



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

CONSELHO ADMINISTRATIVO DE DEFESA ECONÔMICA – CADE

Gabinete do Conselheiro Márcio de Oliveira Júnior



Processo Administrativo 08012.006552/2005-17

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

Representado: 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**

Voto-Vogal: Conselheiro **Márcio de Oliveira Júnior**

VOTO-VOGAL

1. Do Meu Voto-Vogal.....	2
1.1. Das Preliminares.....	3
1.2. Do Mercado Relevante e do Poder de Mercado.....	3
1.3. Da Metodologia de Análise de Negociações Coletivas em Âmbito Médico.....	6
1.4. Entendimentos do Poder Judiciário	8
1.5. Poder de Barganha e Inexistência de Negociação Coletiva.....	13
1.6. Poder Compensatório	23
2. Das Conclusões.....	25
3. Da Individualização das Condutas.....	26
4. Da Dosimetria da Pena	26
4.1. Gravidade da Infração	27
4.2. Boa-fé do Infrator	27

2004.



4.3. Vantagem Auferida ou Pretendida pelo Infrator	28
4.4. Consumação ou não da infração	28
4.5. Grau de Lesão, ou Perigo de Lesão, à Livre Concorrência, à Economia Nacional, aos Consumidores ou a Terceiros	28
4.6. Efeitos Econômicos Negativos Produzidos no Mercado	28
4.7. Situação Econômica do Infrator	29
4.8. Reincidência	29
5. Do Dispositivo	29

1. Do Meu Voto-Vogal

1. A CBHPM foi adotada pelas entidades de classe médicas em caráter nacional, conforme Resolução 1.673/03 do Conselho Federal de Medicina¹. A norma editou uma uniformização no padrão de remuneração para a classe médica e institucionalizou comissões regionais para determinar variações regionais em bandas pré-definidas, comissões estas compostas pelos CRM's, federações médicas e/ou por associações médicas estaduais.

2. As entidades de classe alegam que a uniformização de preços entre prestadores e operadoras seria uma forma legítima de negociação coletiva no meio médico. Em defesa, essas entidades afirmaram que a Tabela CBHPM não é vinculativa, mas sim sugestiva, evitando a prática de preços muito baixos, garantindo o mínimo de eficiência na prestação de serviços e protegendo profissionais liberais de condições desfavoráveis de trabalho.

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

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

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

leou.



3. A análise da edição dessa tabela pelo CADE vem se estendendo há anos em virtude do possível viés anticompetitivo que a fixação de preços de honorários médicos poderia causar.

4. O caso envolve a discussão de três teses principais: (i) poder de barganha por parte das entidades de classe, (ii) negociação coletiva e (iii) existência de poder compensatório que excluiria a ilicitude da conduta.

1.1. Das Preliminares

5. Por princípio de economia processual, adoto expressamente as razões expostas pelo Conselheiro-Relator Eduardo Pontual e pela Conselheira Ana Frazão para rejeitar as preliminares levantadas pelos Representados.

1.2. Do Mercado Relevante e do Poder de Mercado

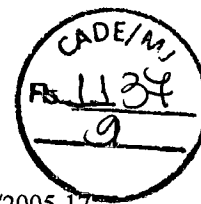
6. Do ponto de vista geográfico, o mercado relevante compreende a área em que os agentes ofertam e procuram bens ou serviços em condições de concorrência efetiva. No caso em exame, os Representados são entidades associativas sediadas no Estado do Mato Grosso e a negociação era relacionada aos preços que seriam cobrados pelos planos de saúde em escala estadual. 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 do Mato Grosso, conforme já definido pela Superintendência-Geral na Nota Técnica de fls. 627/675.

7. Sob a ótica 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 médicos² para planos de saúde³ – até porque a CBHPM

² 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.

³ 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

2004



foi criada para ser utilizada nas negociações de honorários especificamente com o segmento de saúde suplementar (excluindo a prestação de serviços médicos por meio do Sistema Público de Saúde – SUS).

8. Pelo lado da demanda, o mercado relevante pode ser entendido apenas envolvendo o mercado de prestação de serviços médicos para os planos de saúde, visto que estes adquirem os serviços médicos em condições diferenciadas dos clientes particulares.

9. Concorde com a Superintendência-Geral para considerar o mercado relevante como o afetado pela conduta, ou seja, de serviços médicos para operadoras de saúde suplementar, sem fragmentá-lo por especialidade. A prática ora em exame não se deu por especialidade médica ou apenas em um ou outro município, já que ocorreu no âmbito de entidades representativas de médicos, sem a determinação da especialidade, e no Estado do Mato Grosso.

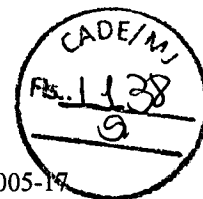
10. Quanto ao poder de mercado, a Superintendência-Geral entendeu que a fiscalização do exercício da medicina pelo Conselho Regional de Medicina do Mato Grosso confere ao CRM/MT substancial poder sobre os médicos de todo o Estado do Mato Grosso (vide art. 17 da Lei 3.268/57⁴). Nesse sentido, o Conselho é responsável pela supervisão da ética profissional da categoria médica, devendo tal categoria respeitar as determinações do CRM/MT, sob pena de cometimento de infração médica.

11. Além disso, os Representados CRM/MT, AMMT e Sindimet/MT faziam parte da Comissão Estadual de Honorários que determinou políticas de preços a partir da Tabela CBHPM, o que significa que tiveram ampla ingerência para cobrar os médicos uma conduta alinhada à Tabela, sob pena de configuração da negativa de alinhamento como “infração ética”. Para tanto, vale colacionar as conclusões da Superintendência-Geral quanto à existência de poder de mercado por parte das Representadas:

exclusivamente odontológico individual/familiar; e (iv) plano exclusivamente odontológico coletivo . Os critérios são objeto dos serviços e requisitos exigidos dos consumidores para o acesso.

⁴ Art. 17. Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e de sua instrução no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

2004



“Dessa forma, considerando que (i) o profissional deve estar credenciado ao CRM do seu respectivo Estado para o regular desenvolvimento de suas atividades; (ii) para manter regular a sua inscrição no Conselho, os médicos devem respeitar e acatar as decisões da entidade profissional; (iii) pelos pronunciamentos do CRM-MT, obrigou-se a utilização da CBHPM segundo os parâmetros definidos pela CHEM, determinando a adesão aos movimentos da categoria; instituiu-se a possibilidade de repreensão, via CRM, dos profissionais que não acatassem as decisões da Comissão Estadual, havendo inequívoca situação de poder de influência das entidades Representadas.

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

Por outro lado, isto não significa que os representados não detenham capacidade suficiente de influenciar as decisões mercadologicamente relevantes. Com efeito, o CRM-MT, a AMMT e o Sindimet-MT deteriam poder de determinar a fixação de preços mínimos dos serviços médicos, independentemente do número de associados de cada entidade. Isto ocorreria porque todos os representados compunham a Comissão Estadual de Honorários Médicos que determinou uma política de preços obrigatória, a partir da definição dos valores dos portes da CBHPM.

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

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

Sendo assim, as entidades Representadas teriam capacidade para influenciar e induzir a adoção de comportamento uniforme dos médicos no Estado do Mato Grosso como um todo tem inequívoca capacidade para influenciar seus credenciados e induzir a adoção de comportamento uniforme dos médicos na Bahia como um todo” (fls. 648/649).

12. Acrescento que os próprios autos demonstram essa capacidade de influenciar os médicos do Mato Grosso. O Ofício 41/2005, enviado pela Comissão Estadual de Honorários (composta pelas Representadas), determinou aos médicos “a suspensão do

2004.



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” (fl. 66), consoante decidido em Assembleia Geral de Médicos realizada em 13/06/2005.

13. Nesse sentido, concluo que as Representadas possuem poder de mercado suficiente para influenciar eventual conduta uniforme dos médicos no mercado relevante considerado.

1.3. Da Metodologia de Análise de Negociações Coletivas em Âmbito Médico

14. As tabelas médicas e/ou uniformização de negociação de condições de prestação de serviços e valores de honorários têm sido recorrentemente trazidas ao CADE como possíveis infrações à ordem econômica, nos termos da Lei 8.884/94 e da Lei 12.529/11.

15. Para que esse tipo de prática caracterize conduta punível pela legislação antitruste, entendo que devem ser analisados três importantes fatores: (a) (i) legitimidade para tratar do tema de forma coletiva, (b) existência de imposição via coerção direta ou indireta e (c) inexistência de negociação diante da impossibilidade de estabelecimento de poder de barganha bilateral. Esses critérios não são arrolados de forma hierárquica, mas trazem os elementos que entendo imprescindíveis para análise da tese sob a perspectiva da regra da razão.

16. No critério de legitimidade para tratar do tema de forma coletiva, entendo que deve haver autorização individual para que as entidades se reúnam e construam uma solução harmônica e que alcance todos os elementos do conjunto, inclusive os que não estejam diretamente envolvidos na negociação, mas que sejam por ela impactados. Quando a entidade representativa for um ente integrante da Administração Indireta (conselhos, por exemplo), a atuação em nome dos filiados é submetida a reserva legal, isto é, o ente só pode negociar coletivamente se houver autorização legal para tanto, com lei em sentido formal.

17. Em relação à existência de imposição via coerção direta ou indireta, os Representados devem demonstrar que a uniformização não deve ser imposta à parte

elou.



adversa e/ou compulsoriamente adotada pelos próprios elementos que possuem sua vontade substituída na negociação. Observe que a imposição possui dois destinatários: as operadoras de saúde e os médicos/hospitais que são representados pela entidade ou pelo grupo de entidades. No primeiro caso, a uniformização não é impositiva se as operadoras de plano de saúde não forem coagidas a aceitar tal uniformização e puderem negociar individualmente com cada médico/hospital que entender que a uniformização não é aplicável. No segundo caso, os médicos/hospitais devem gozar de “válvula de escape”, ou seja, devem ter a prerrogativa de entabular negociação autônoma quando entenderem que as condições fixadas não lhe são aplicáveis sem sofrer qualquer tipo de retaliação ou ameaça.

18. No critério inexistência de negociação diante da impossibilidade de estabelecimento de poder de barganha bilateral, deve-se avaliar se foi estabelecida, de fato, uma relação de negociação e se não houve supressão de barganha por quaisquer das partes. Para que haja barganha efetiva, é preciso que ambas as partes de uma negociação possam apresentar ofertas, rejeitá-las e propor novas ofertas: *“no campo da resolução alternativa de disputas, entende-se por barganhar a atitude de tentar resolver a disputa através de repetidas ofertas, demandas e concessões. Busca-se aproximar as posições ou interesses das partes com o objetivo de encontrar um ponto em que se forme o consenso”*⁵. Esse é o sentido de negociação, seja ela posicional⁶ ou baseada em interesses⁷. A palavra-chave da

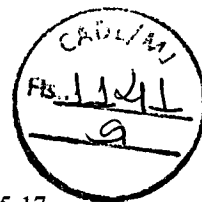
⁵ Verbete “Barganhar”. *Glossário: Método de Resolução de Disputas*. In: AZEVEDO, André Gomma de (org.). Estudos em Arbitragem, Mediação e Negociação, Vol. 3. Brasília: Grupos de Pesquisa, 2004.

⁶ Adoto o seguinte conceito de negociação posicional: *“Nessa modalidade de negociação, a tática das partes é se ancorar, defendendo sua posição e atacando a contrária. O processo é colocado no paradigma de “quanto mais você ganha, mais eu perco”. Dessa forma, os negociadores competem como adversários, deteriorando o relacionamento e ganhando pouco em troca. Os negociadores se esquecem de que negociam e têm um relacionamento conjunto exatamente porque seus interesses são mais complementares do que concorrentes, e centram a atenção da negociação somente nos pontos em que os interesses se chocam.*

Essa tática geralmente negligencia soluções criativas, desperdiçando a chance de otimizar o acordo nos pontos em que os interesses são complementares e desgastando o relacionamento nos pontos em que os interesses são antagônicos. Igualmente, produz acordos que as partes cumprirão com pouco ânimo, pois insatisfeitas. Assim, mesmo quem “ganha” fazendo a outra parte ceder por pressão e ameaças, pode ter o acordo (favorável somente para si) questionado, e ter de voltar a negociar”. *Glossário: Método de Resolução de Disputas*. In: AZEVEDO, André Gomma de (org.). Estudos em Arbitragem, Mediação e Negociação, Vol. 3. Brasília: Grupos de Pesquisa, 2004.

⁷ Adoto o seguinte conceito de negociação baseada em interesses: *“Negociação baseada em interesses: Nessa modalidade, as partes comunicam diretamente seus interesses entre si e encaram a negociação como*

2004.



negociação, portanto, é o consenso, razão pela qual é necessário que, do debate entabulado entre as partes surja um ponto comum e satisfatório a elas.

19. A efetiva existência de barganha é pressuposto para que haja uma negociação. Ou seja, caso não haja efetivo poder de barganha por uma das partes, a deliberação então ocorrida é imposição unilateral de vontades. Tal imposição é acompanhada de meios específicos de coerção, direta ou indireta, capaz de moldar a vontade do agente e suprimir eventual impulso de negociação.

20. Caso esses três critérios estejam atendidos, entendo que seja possível adentrar a discussão de poder compensatório horizontal suficiente para reverter a assimetria de mercado. Nesse sentido, a tese de poder compensatório não deve ser aplicada a todos os casos, mas poderia ser aplicada apenas àqueles em que houve efetiva negociação para equilibrar a barganha inicialmente afetada pela disparidade de posições de mercado envolvidas. Ademais, se algum dos critérios não for atendido, não há poder compensatório que justifique a ilicitude anticompetitiva e a perda de bem-estar decorrente da atitude concertada de agentes para obtenção de vantagens uniformes e em detrimento da posição negocial da parte contrária.

1.4. Entendimentos do Poder Judiciário

21. Em alguns casos, as decisões colegiadas do CADE têm sido reformadas pelo Poder Judiciário por suposta ausência de sanção. Um dos precedentes mais citados por Representados que defendem a Tabela CBHPM é o voto vencido do Ministro Humberto Gomes de Barros no Mandado de Segurança 3461/STJ, publicado no DJ de 11/10/1994,

uma oportunidade na qual podem encontrar o ponto ótimo de cooperação. Assim, as portas estão abertas para soluções criativas, em que se maximiza a satisfação tanto do seu interesse como do da outra parte. As partes, sabendo dos interesses da outra, sabem mais facilmente quando são contraditórios ou se comportam uma composição. A negociação tem foco nos interesses complementares, que são exacerbados e valorizados, todavia, sem desprezar os pontos em que os interesses são antagônicos. Pois, em vez de desgastar o relacionamento pelejando por cada centavo, nessa modalidade os negociantes buscam critérios objetivos como o valor de mercado ou uma avaliação neutra (ver Avaliação neutra), fora de seu poder de intervenção, e os utilizam como argumentos". Glossário: Método de Resolução de Disputas. In: AZEVEDO, André Gomma de (org.). Estudos em Arbitragem, Mediação e Negociação, Vol. 3. Brasília: Grupos de Pesquisa, 2004.

leou.



que entendeu que as tabelas não consistiram em norma de conduta por não cominarem sanção aos médicos:

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

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

Quem já exerceu profissão liberal conhece a utilidade de semelhantes tabelas, em relação, notadamente, aos novicos.

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

A tabela obvia o embaraço.

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

*se a realidade econômica revela que tais valores são demasiadamente elevados, a clientela desaparece;
se, pelo contrário, a conjuntura os coloca em patamares demasiadamente elevados, os prestadores de serviços desprezam as sugestões e elevam os honorários.*

Sob outro aspecto, o profissional que se torna famoso contrata honorários, sem levar em conta qualquer tabela.

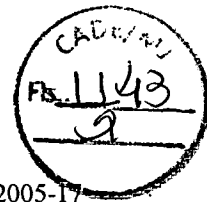
Nos termos da própria Lei 8.158/91, a atividade da Secretaria Nacional de Direito Econômico tem como encargo

“apurar e propor as medidas cabíveis com o propósito de corrigir as anomalias de comportamento de setores econômicos, empresas ou estabelecimentos, bem como de seus administradores e controladores, capazes de perturbar ou afetar, direta ou indiretamente, os mecanismos de formação de preços, a livre concorrência, a liberdade de iniciativa ou os princípios constitucionais da ordem econômica”.

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

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

2004-



As tabelas de honorários não agrupam entidades, para exploração do mercado, nem propiciam o controle de preços; elas, simplesmente, fornecem parâmetros não obrigatórios de honorários, evitando que uma categoria econômica, pulverizada em inúmeros indivíduos sem contato entre si, tornem-se presas fáceis de organizações econômicas voltadas à exploração de seu trabalho.

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

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

Enxergo nelas um instrumento de defesa das profissões liberais, contra organizações, que na atual sociedade de massas, exploram o trabalho de seus integrantes".

22. Há diversos elementos do precedente com os quais discordo, especialmente quanto à natureza supostamente não impositiva da Tabela CBHPM. Tais pontos serão discutidos no próximo tópico.

23. Uma das premissas que se deve adotar na análise deste caso é a de que as Representadas, de fato, atuaram em nome de seus filiados, independente de haver autorização legal para tanto.

24. Em primeiro lugar, o poder de influência do CRM/MT deriva da possibilidade de fiscalizar e punir profissionais que desrespeitarem o Código de Ética Médica. O art. 142 desse Código relembra que as resoluções dos Conselhos Federal e Estadual devem ser acatadas, o que abrange a observância à Tabela CBHPM estatuída pela Resolução CFM 1.673/03. Nesse sentido, não há dúvidas de que o CRM/MT poderia – e pode – exercer influência relevante sobre seus filiados.

25. No que se refere ao Sindimet-MT, o próprio Estatuto Social do sindicato traz a importância e a capacidade de influência da entidade, conforme se verifica nos trechos seguintes:

" 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 a obtenção de melhorias para a categoria profissional;

XIV - Colaborar com os órgãos públicos visando a fiscalização do trabalho e das condições de saúde, higiene e segurança do trabalhador

Art. 9º Os associados estão sujeitos a penalidades de advertência, eliminação do quadro social quando desrespeitarem o Estatuto ou as decisões da Assembleia Geral” (fls. 790/812).

26. A AMMT, por sua vez, traz a seus associados os deveres de “zelar pelo bom nome do AMMT, prestigiando todas as suas iniciativas e as das associações médicas regionais a que pertencem” e “manter conduta pautada pelos princípios éticos e morais que dignifiquem a profissão” (arts. 6º, C e D).

27. Por fim, as três Representadas integram a Comissão Estadual de Honorários Médicos, formada exatamente para fazer valer a Tabela CBHPM, sobre a qual versa o presente Processo Administrativo. Nesse sentido, existe não apenas o poder de influência dessas entidades individualmente consideradas, como também o poder coordenado referente à atuação conjunta das três Representadas para impor a CBHPM, bem como à fiscalização do cumprimento da tabela.

28. Nesse sentido, apesar de todo o esforço de se demonstrar que a negociação por parte de entidades de classe médicas não contrariaria o ordenamento jurídico, entendo que entidades de classe médicas não possuem legitimidade para tratar de preços dos serviços prestados pelos profissionais, uma vez que tal atribuição necessita de reserva legal. Esse é o recentíssimo entendimento do Superior Tribunal de Justiça e do Tribunal Regional



Federal da 1ª Região, abaixo transcritos, os quais incorporo como motivação e com os quais concordo integralmente:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVOS REGIMENTAIS NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. RESOLUÇÃO CFM N. 1.673/03 E RESOLUÇÃO CRM/ES N.154/2004. TABELA DE HONORÁRIOS PROFISSIONAIS. ATOS NORMATIVOS QUE EXTRAPOLAM OS LIMITES TRAÇADOS PELA LEI N. 3.268/57.

1. O art. 22, XVI, da Constituição Federal e claro ao dispor que "[c]ompete privativamente à União legislar sobre organização do sistema nacional de emprego e condições para o exercício de profissões. Nesse sentido, a Lei n. 3.268/57 outorgou ao Conselho Federal de Medicina (CFM) competência administrativa para regular os Conselhos Regionais de Medicina. Mas essa competência não abrange a organização quanto ao exercício da medicina em si, justamente em razão do dispositivo constitucional em testilha. Logo, a Resolução CFM n. 1.673/03 e a Resolução CRM/ES n. 154/2004, que fixam valores mínimos para remuneração dos procedimentos médicos, violam o princípio da reserva legal, já que essa regulação não foi instituída por meio de lei em sentido formal. Precedentes: REsp 1.080.770/SC, Relator Ministro Arnaldo Esteves Lima, Primeira Turma, DJe 2/2/2011;

e REsp 828.798/RJ, Relator Ministro Luiz Fux, Primeira Turma, DJ 19/10/2006).

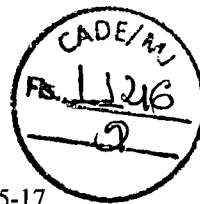
2. Agravos regimentais não providos.

(AgRg no REsp 1153444/ES, STJ, Rel. Ministro Benedito Gonçalves, Primeira Turma, julgado em 18/02/2014, DJe 24/02/2014).

ADMINISTRATIVO. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. CONSELHOS FEDERAL E REGIONAL DE MEDICINA. RESOLUÇÕES N°S 1.673/03-CFM e 264/04-CREMEB. TABELA DE HONORÁRIOS E PROCEDIMENTOS MÉDICOS. ILEGALIDADE.

1. A lei não atribuiu aos Conselhos de Medicina a competência para disciplinar o preço de consultas e procedimentos médicos, o que torna as Resoluções n°s 1.673/03-CFM e 264/04-CREMEB manifestamente ilegais.

2. "a Resolução CFM n. 1.673/03 e a Resolução CRM/ES n. 154/2004, que fixam valores mínimos para remuneração dos procedimentos médicos, violam o princípio da reserva legal, já que essa regulação não foi instituída por meio de lei em sentido formal. Precedentes: REsp 1.080.770/SC, Relator Ministro Arnaldo Esteves Lima, Primeira Turma, DJe 2/2/2011; e REsp 828.798/RJ, Relator Ministro Luiz Fux, Primeira Turma, DJ 19/10/2006)." (AGRESP n° 1153444, rel. Min. BENEDITO GONÇALVES, DJE de 24/02/2014).



3. "Os Conselhos de medicina não podem impor tabela de honorários (CBHPM), sob pena de violação da liberdade contratual." (AG nº 200401000586719, JUIZA FEDERAL DANIELE MARANHÃO COSTA (CONV.), DJ de 09/06/2006, pág. 78).

4. "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." (AC nº 421251, rel. Desembargador Federal REIS FRIEDE, DJU de 24/10/2008, pág. 209).

5. *Apelações e remessa oficial não providas. Sentença confirmada.*

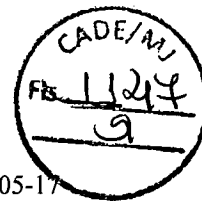
(AC 0013829-38.2004.4.01.3300/BA, TRF 1ª Região, Relator Desembargador Federal Reynaldo Fonseca, Sétima Turma, e-DJF1 p.893 de 15/08/2014)

29. A ilegitimidade do CRM está demonstrada. Além disso, somente a participação do CRM já afasta a possibilidade do uso do poder compensatório, uma vez que o Conselho é a instituição que tem o poder de impor a tabela aos médicos e às operadoras de plano de saúde. Sem que os médicos possam ser coagidos a aceitar os valores estabelecidos na tabela, não há como impor os valores às operadoras, sendo que a imposição é outro fator a afastar o uso do poder compensatório. Assim sendo, mesmo que as associações médicas e os sindicatos tivessem legitimidade para negociar em nome dos médicos, com base em um suposto poder compensatório, essa negociação estaria maculada pela presença de um órgão – CRM – que não tem legitimidade para participar da negociação e que é responsável pela coação aos médicos e imposição às OPS.

30. De acordo com os recentes precedentes, não seria necessário sequer adentrar na discussão sobre o tipo de coerção – direta ou indireta – envidada pelas entidades de classe, uma vez que sua atuação para **fixar tabelas de honorários é ilegal**. Mesmo assim, faço questão de desenvolver nos tópicos seguintes o raciocínio quanto à efetividade da imposição da tabela para afastar eventuais teses que defendam que esses preços seriam “sugestão” ou “recomendação”.

31. Nesse sentido, apesar de entender que as Representadas não detinham autorização legal para entabular essa negociação, ainda que tivessem autorização de seus filiados, prossigo na análise quanto aos demais critérios para verificar se a ilicitude da prática

ellou.



persistiria mesmo se houvesse lei formal que previsse essa prerrogativa de negociação a Conselhos e outras entidades de classe.

1.5. Poder de Barganha e Inexistência de Negociação Coletiva

32. As Representadas alegaram que contribuíram para elevar o poder de barganha dos médicos, sem o qual os profissionais médicos ficariam em desvantagem em relação aos operadores de planos de saúde. Caso não houvesse a edição dessas tabelas, dificilmente o médico teria poder de barganha individual para negociar com os operadores de planos de saúde de maneira que sua remuneração não fosse vil e/ou subvalorizada.

33. Ressalto que a hierarquização de serviços médicos não representa, de pronto, um ilícito anticompetitivo, eis que não apresenta valores monetários e/ou condições específicas de oferta de serviços. Essa hierarquização consiste em uma comparação entre diferentes procedimentos, indicando uma posição relativa de cada um, segundo seu grau de complexidade.

34. A existência da Tabela CBHPM foi instituída pelo CFM, mas os valores associados aos procedimentos são atribuídos a comissões regionais⁸. O problema não é classificar os

⁸ Resolução CFM 1.673/03

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

CONSIDERANDO que lhe cabe, juntamente com os Conselhos Regionais de Medicina, zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente (artigo 15, letra h da Lei nº 3.268/57);

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

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

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

RESOLVE:

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

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

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

Art. 3º - Revogue-se as disposições em contrário.

Art. 4º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 7 de agosto de 2003

20011-



procedimentos em uma escala e sim atribuir-lhes valores específicos, condições de fornecimento e os impor aos filiados das entidades de classe.

35. O segundo passo para se examinar a prática investigada é a existência ou não de negociação coletiva, o que é diretamente derivado do poder de barganha anteriormente explanado.

36. Um dos principais argumentos aduzidos pelas Representadas é o de que a Tabela CBHPM não seria imposta, porquanto seria uma sugestão de preços de honorários compatíveis com o trabalho desenvolvido pelos profissionais médicos.

37. Infelizmente, esse argumento não prospera. A Tabela CBHPM possuía (e possui) meios específicos de coerção, direta ou indireta, que vão desde o descredenciamento de médicos por “infração ética”, coordenação de boicotes a planos de saúde (movimentos de paralisação e descredenciamento e organização de suspensão em massa de credenciamentos a planos de saúde) à ameaça de abertura de sindicância contra os médicos que não adotam a tabela.

38. A configuração do descumprimento dos preços da tabela como infração ética é nítida sanção, o que fica claro quando os CRMs e demais entidades “recomendam” a tabela “sob pena” de submissão ao Código de Ética Médica. A tipificação de inobservância desses preços é clara sanção, já que o médico pode ter seu registro cancelado em virtude desse descumprimento. O cancelamento do registro, por sua vez, impossibilita o médico de exercer seu ofício, o que significa uma punição imputada ao profissional. Nesse sentido, há coerções suficientes para configurar a obrigatoriedade da Tabela CBHPM.

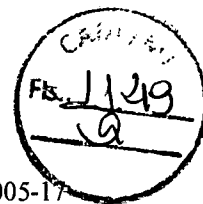
39. Em resposta ao Ofício 3559/2008/DPDE, o Representado CRM/MT reconheceu que aplica infrações éticas a médicos que não seguem a CBHPM:

“Desta forma, partindo de denúncia formal e após a instauração do devido processo legal, a prática por profissional médico de

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA
Secretário-Geral

2004



valores inferiores aos sugeridos na CBHPM, poderiam (sic) ser considerados infração ética nos artigos que tratam de remuneração profissional e relação entre médicos” (fl. 556).

40. Essas evidências comprovam que as infrações éticas eram utilizadas como forma de coação de médicos para adesão ao movimento, inclusive para forçar um descredenciamento em massa de operadoras que não quisessem aceitar a tabela.

41. Outra assertiva comumente levantada ao se discutir sobre a ilicitude da Tabela CBHPM é a de que ela não seria uma norma de conduta. Normas de conduta não são moldadas apenas por sanções diretas, consistentes em penalidades e punições que atinjam diretamente a esfera jurídica do sancionado. Uma norma de conduta também pode ser construída com base em coerções indiretas, que podem ser aplicadas por ameaças e coações psicológicas ao indivíduo. No Código Penal, por exemplo, há diversos comportamentos que são puníveis porque são tipificados com base em ameaça⁹, o que

⁹ Cito alguns exemplos:

Constrangimento ilegal

Art. 146 - Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda:

Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa.

Ameaça

Art. 147 - Ameaçar alguém, por palavra, escrito ou gesto, ou qualquer outro meio simbólico, de causar-lhe mal injusto e grave:

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

Parágrafo único - Somente se procede mediante representação.

Roubo

Art. 157 - Subtrair coisa móvel alheia, para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência a pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência:

Pena - reclusão, de quatro a dez anos, e multa.

Extorsão

Art. 158 - Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, e com o intuito de obter para si ou para outrem indevida vantagem econômica, a fazer, tolerar que se faça ou deixar fazer alguma coisa:

Pena - reclusão, de quatro a dez anos, e multa.

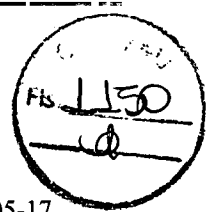
Atentado contra a liberdade de trabalho

Art. 197 - Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça:

I - a exercer ou não exercer arte, ofício, profissão ou indústria, ou a trabalhar ou não trabalhar durante certo período ou em determinados dias:

Pena - detenção, de um mês a um ano, e multa, além da pena correspondente à violência;

2004



significa que o direito brasileiro entende que normas de conduta são pautadas tanto por sanções quanto por ameaças.

42. A cultura da ameaça e do medo é suficiente para que o profissional siga a tabela para, assim, preservar a habilitação para exercício da medicina. Essa cultura contraria a liberdade de trabalho do profissional, que se sente acuado e passa a aceitar a tabela para não deixar de exercer seu ofício. Nesse caso, a “decisão” é aceitar a tabela ou deixar de atender seus pacientes. Com isso, fica claro que a Tabela CBHPM é impositiva, e não a base para uma negociação. Logo, a Tabela é sim uma norma de conduta, imposta unilateral e compulsoriamente pelos Representados a seus filiados.

43. Parte das ações da Comissão Nacional de Implantação da CBHPM consistia em paralisações e descredenciamentos em massa de profissionais médicos com o objetivo de persuadir operadoras de planos de saúde a aceitar condições de prestação de serviços (incluindo preços) estatuídas na CBHPM.

44. O voto condutor do Conselheiro-Relator Eduardo Pontual Ribeiro salientou diversas ocasiões em que as Representadas suscitaram, por meio da Comissão Estadual de Honorários Médicos, da qual faziam parte as Representadas, paralisações e descredenciamentos em massa de operadoras de saúde que não aceitassem a Tabela CBHPM.

45. O primeiro elemento foi o Ofício Circular 66/2005, de 21/07/2005, em que 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 da CBHPM não haviam chegado a bom termo

“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/cadastrados com as seguintes operadoras: Cassi, Geap, Sesi/MT Saúde, Assefaz, Embratel, Fassincra, Correios, Affemat, Capesesp,

II - a abrir ou fechar o seu estabelecimento de trabalho, ou a participar de greve ou paralisação de atividade econômica;

Pena - detenção, de três meses a um ano, e multa, além da pena correspondente à violência.

2004

Eletronorte, Casf/Basa, Saúde Caixa, Conab, Sambemat, Amil, Sul América, Saúde Bradesco, Sadia, Petrobrás, Golden Cross. Apesar de todas as tentativas de negociação, não obtivemos acordo com as operadoras, até o presente momento, quanto às seguintes cláusulas: 1) implantação da CBHPM; 2) Manutenção da mesma rede credenciada como era em 01.07.04; 3) Multa por atraso no pagamento; 4) Multa por glosas indevidas, quando do pagamento destas” (fl. 65)¹⁰.

46. O segundo elemento foi o Ofício CEHM 41/2005, de 15/06/2005, em que as Representadas requerem que os médicos neguem atendimento a segurados de planos de saúde pela recusa de aceitação da tabela CBHPM pelas operadoras:

“Prezada Senhora,

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 10.12.2004 expirou em 28.02.2005, foi deliberado o que se segue:

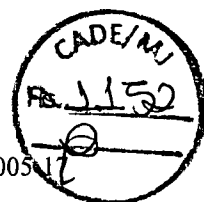
- 1) Novos contratos – CBHPM sem deflatores;*
- 2) Novos contratos – procedimentos do rol da ANS e os que não estiverem no rol serão de livre negociações com os pacientes e com os valores mínimos da CBHPM;*
- 3) Sem reajuste agora e sim daqui a 1 ano, com índice de reajuste com definição posterior;*
- 4) Prazo para assinatura do contrato 30.06.05.*
- 5) Suspensão do atendimento aos pacientes que possuem convênios com as empresas Auto-gestão, Medicina de Grupo e Seguradoras, a partir do dia 1.07.2005, caso não assinem contratos até o dia 30.06.2005, a exemplo da Blue Life e Sintrae que já assinaram contratos”.*
- 6) Na suspensão do atendimento, cobrar os valores de particular, tendo como referencial mínimo os valores da CBHPM” (fls. 66/67).*

47. Além disso, no Ofício CEHM 95/2004, de 05/11/2004, as Representadas informam à Unidas que não haveria retomada dos atendimentos sem a assinatura dos contratos com base na CBHPM:

“À Diretoria da Unidas/MT,

¹⁰ 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.

2004



Em relação ao Ofício n. 093/04, de 05.11.04 comunicamos a não aceitação, por unanimidade, dos itens referentes às cláusulas 3ª e 7ª.

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” (fl. 69).

48. Outro elemento relevante foi o comunicado da Gastroclínica sobre a suspensão dos atendimentos à operadora de plano de saúde Sambemat “*por orientação do Conselho Regional de Medicina-MT*”:

“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” (fl. 71).

49. A mesma orientação de suspensão de atendimentos foi dada pelas Representadas ao Dr. Sérgio Duarte, conforme transcrevo a seguir:

“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.”

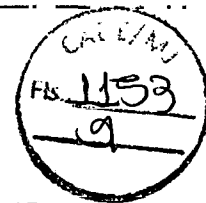
Esclareço que esta decisão esta (sic) alicerçada na minha postura ética com os colegas, e para evitar qualquer tipo de advertência advinda do CRM ou do SINDMED” (fl. 74).

50. A liberdade associativa foi, de fato, utilizada de forma abusiva e desproporcional, conforme já destacou o Ministério Público Federal no Processo Administrativo 08012.005135/2005-57, cujo excerto transcrevo abaixo e incorporo expressamente ao presente voto:

“O poder de influência dos representados sobre o mercado decorre, inicialmente, de suas naturezas de associação de classe e de sindicato. A visibilidade que esses entes têm diante da categoria já é forte indício de sua capacidade de alterar, unilateralmente, as condições de competição do mercado.

A esse fator soma-se o fato de que ambos os representados fazem parte do Conselho Estadual das Entidades Médicas do estado do

jeon



Rio Grande do Norte, órgãos responsáveis por definir as bandas de valor da CBHPM e intermediar a negociação da categoria (inclusive mobilizando-a) com as operadoras de planos de saúde, para implementação da CBHPM. As decisões dessa Comissão tinham caráter obrigatório, decorrente de decisões do SINMED/RN e da AMRN.

Os médicos que não atendessem às determinações dos (sic) representados sujeitar-se-iam à aplicação de sanções disciplinares. Por essa via, o Conselho acabou transferindo sua posição no mercado aos demais representados, uma vez que todos, conjuntamente, dirigiam as atividades da Comissão Estadual de Mobilização pela Implantação da CBHPM.

(...)

Além da ação junto aos profissionais médicos, há vasta documentação nos autos que demonstra a atuação dos representados no sentido de impor a tabela também às operadoras de planos de saúde. Os representados dirigiram a negociação coletiva dos médicos e passaram a coordenar a prática de boicotes, impedindo que os médicos atendessem os beneficiários das operadoras que se recusassem a aderir aos valores estipulados pela tabela, conforme documentos constantes dos autos.

Ressalta-se, por fim, que os boicotes 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 combatido pelo direito antitruste. Também não estão acobertados pelo direito de greve, uma vez que este vige nas relações de natureza trabalhista (o que não é o caso da relação entre médicos e operadoras de planos de saúde) e não têm caráter impositivo.

Com a conduta dos representados, a tabela deixa de ser meramente sugestiva, podendo ser considerada uma tabela impositiva de preços mínimos, o que agrava sobremaneira a ilicitude da conduta, uma vez que seu efeito deixa de ser a criação de um ponto focal para os preços, tornando-se efetivamente uma fixação deles – no caso, preços mínimos”.

51. Os precedentes judiciais já citados afastaram qualquer possibilidade de participação do médico nas negociações da CBHPM ao estatuírem que os noviços são favorecidos por iniciarem seu ofício com uma tabela pronta e a preços supostamente não tão elevados e não tão irrisórios. Houve, assim, a dispensa da decisão do médico na formação de seu próprio preço, a qual é pré-estabelecida por CRMs e entidades de classe que defendem a Tabela CBHPM. Nesse passo, a supressão de negociação e a existência de poder compensatório

2004



são contraditórios e de coexistência impossível em uma mesma relação jurídico-econômica.

52. Nesse sentido, é inegável que as Representadas têm meios para sua imposição, mesmo tentando argumentar que esses preços seriam “sugestões” ou “recomendações”. Seria “sugestão” ou “recomendação” se os médicos, mesmo que em grupo, tivessem liberdade para negociar diretamente com as operadoras de planos de saúde caso entendessem que a remuneração tabelada não fosse adequada. No entanto, não é isso o que acontece: não há escape aos médicos que não concordam com a tabela; há apenas a obrigação de adoção desses preços, sob pena de boicotes e retaliações contra o indivíduo prestador de serviços.

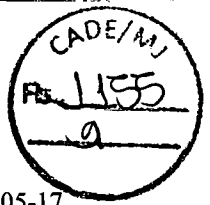
53. É sabido que a profissão de médico é regulamentada e só pode ser exercida mediante regular inscrição perante o Conselho Regional da área de atividade do médico, conforme redação da Lei 3.268/57:

Art. 17, Lei 3.268/57. Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

54. Mais ainda. A missão legal dada aos Conselhos de Medicina é a supervisão da ética profissional da classe médica, tal como delimitado pela mesma lei:

Art 2º, Lei 3.268/57 O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.

55. Nesse passo, não entendo que a formação de preços da atividade seja pertinente à ética médica porque isso faz parte da remuneração que o profissional entende que seja justa ao seu trabalho. A formação desses preços depende de um grande número de fatores que não têm relação direta com a ética e a conduta do médico, tais como demanda, qualificação técnica, carteira de clientes, disponibilidade de horários para atendimento e



disponibilidade de local para atendimento. Assim, os médicos não possuem condições homogêneas de oferta de serviços, razão pela qual não deveriam demandar condições homogêneas de remuneração desses serviços.

56. Diante dessa disparidade das condições de oferta de serviços médicos, inerentes a qualquer profissão, a busca de um preço comum de forma **bilateral** é a saída para se alcançar um valor satisfatório a ambas as partes envolvidas em uma negociação.

57. O consenso bilateral não existiu porque ele só existe quando há um ajuste mútuo entre as partes e sem coerção. Só existe consenso quando há opção de seguir ou não seguir um determinado comando. A Tabela CBHPM foi alvo de boicotes, paralisações, descredenciamentos coletivos e retaliações por CRMs e entidades de classe previamente à negociação com as operadoras de planos de saúde, razão pela qual considero que ela foi imposta às operadoras, e não base para negociação entre as partes. Além disso, os médicos eram ameaçados de descredenciamento caso não seguissem a tabela ou eram alvo de “Alertas aos Médicos”, que estipulavam a adoção compulsória dessa mesma tabela¹¹. Como já explanado, o credenciamento é o requisito legal indispensável ao exercício da Medicina, isto é, caso o profissional seja descredenciado, não pode trabalhar. É com essa ameaça de desempregar médicos que os CRMs e demais entidades de classe impunham a Tabela aos seus filiados. Havia, portanto, uma dupla imposição: aos filiados e às operadoras de planos de saúde. No último caso, caracteriza-se a ausência de barganha.

58. Uma alegação contrária aos boicotes, paralisações, descredenciamentos coletivos e retaliações é a de que a tabela era sugerida/recomendada e que os médicos poderiam aplicá-la se quisessem. No entanto, as sindicâncias abertas contra médicos deixam claro que isso não procede. Primeiramente, não existe recomendação quando há punição. Em

¹¹ No caso do Conselho Regional de Medicina de Rondônia (CREMERO), por exemplo, o texto deixava claro que havia sanções para o descumprimento da tabela: “Assim sendo, baseado na Resolução nº 1.673/03 do Conselho Federal de Medicina (CFM), este CREMERO recomenda aos médicos prestadores de serviço às empresas acima citadas [AMERON, GEAP, ASTIR, SAÚDE BRADESCO e SUL AMÉRICA], que não acordaram com a Comissão Estadual, que suspendam o atendimento aos usuários de tais convênios, sob pena de estarem cometendo desobediência ao Código de Ética Médica (artigo 45). Cabe a este CREMERO alertar que a infringência ao CEM, torna o profissional sujeito às sanções previstas em Lei, extensíveis aos Diretores Técnicos dos hospitais” (fls. 14, 773, 775 e 777 do Processo Administrativo 08012.007833/2006-78, sem destaques no original).



segundo lugar, os médicos ficavam coagidos a responder por processo administrativo junto a seu conselho por uma suposta infração ética. A sindicância, portanto, é um meio claro de coerção indireta ao médico que não desejasse seguir os preços impostos pelas associações médicas às operadoras de plano de saúde via tabela CBHPM.

59. O foco da coerção indireta¹² é a manipulação da vontade do executado, em que se insere a cultura do medo e se vence a resistência da relação em que incide. A medida coercitiva supostamente sugestiva passa a ser sancionatória quando não cumprida, configurando uma técnica de pressão negativa. No direito processual civil, por exemplo, esse tipo de coerção é bastante utilizado como forma de estímulo psicológico ao cumprimento da obrigação¹³.

60. Distratos são livre manifestação da vontade das partes envolvidas em um contrato, que exterioriza seu desejo em cessar as obrigações bilateralmente acordadas. Não há desfazimento das obrigações anteriores, mas eliminam eventuais futuros vínculos que tais obrigações podem gerar (*contrarius consensus*¹⁴). No entanto, quando essa livre manifestação é coibida ou direcionada de forma mandatória, a vontade inicial foi contida e distorcida para atender às decisões da parte coatora. Isso não é barganha, isso não é

¹² “Noutros setores, embora a coerção seja apenas indireta, não é menos eficaz. Não estou obrigado a falar o mesmo idioma que meus compatriotas, nem a empregar as moedas legais; mas é impossível agir de outra maneira. Minha tentativa fracassaria lamentavelmente, se procurasse escapar desta necessidade. Se sou industrial, nada me proíbe de trabalhar utilizando processos e técnicas do século passado; mas, se o fizer, terei a ruína como resultado inevitável. Mesmo quando posso realmente me libertar destas regras e violá-las com sucesso, vejo-me sempre obrigado a lutar contra elas. E quando são finalmente vencidas, fazem sentir seu poderio de maneira suficientemente coercitiva pela resistência que me opuseram. Nenhum inovador, por mais feliz, deixou de ver seus empreendimentos se chocarem contra oposições deste gênero”. DURKHEIM, Émile. *O que é fato social?* In: Durkheim – Coleção Grandes Cientistas Sociais. São Paulo: Ática, 2005, p. 47-48.

¹³ “Na sentença mandamental, o juiz atua sobre a vontade do demandado, ordenando sob pena de multa ou sob pena de prisão. Ou seja, a peculiaridade da sentença (técnica) mandamental está na coerção indireta, vale dizer, na força que visa convencer o demandado a observar o conteúdo da sentença. Embora a ordem mediante coerção indireta seja absolutamente necessária à efetividade da decisão ou da sentença que depende do cumprimento de um não-fazer ou de um fazer infungível - uma vez que nesses casos não há outra alternativa a não ser “tentar dobrar a vontade do réu” -, admite-se o seu uso também em relação às situações em que o direito, para ser efetivado, não exige o convencimento do demandado (obrigações fungíveis) (com destaques no original)”. MARINONI, Luiz Guilherme. *Técnica Processual e Tutela dos Direitos*. São Paulo: RT, 2004, p. 290.

¹⁴ MIRANDA, Pontes de. *Tratado de direito privado: parte especial: direito das obrigações*. Tomo XXV. São Paulo: RT, 2012, p. 283-284



negociação: é imposição sujeita a penalidades desenhadas e impostas por CRMs e entidades de classe.

61. As Representadas, portanto, eliminaram a possibilidade de contratações sob condições variadas em que as negociações entre médicos e operadoras de planos de saúde fossem feitas dentro de condições entendidas pelas partes como adequadas, forçando os médicos a romper contratos e deixando as operadoras de planos de saúde sem alternativas para garantir a continuidade dos serviços médicos.

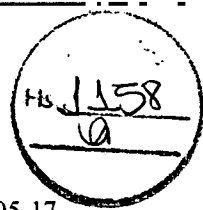
1.6. Poder Compensatório

62. As Representadas direcionaram algumas de suas alegações à existência de um possível poder compensatório para mitigar e/ou anular a relevância da posição de negociação atrelada ao porte das operadoras de planos de saúde.

63. Esclareço, inicialmente, que entendo que o poder compensatório pode ser legítimo em situações em que a entidade de classe negociadora esteja autorizada a exercer a barganha em nome de seus associados. Nesse passo, o poder compensatório pode ser pró-competitivo, desde que a formação desse poder siga as leis vigentes no país. Em outras palavras, a premissa para que haja poder compensatório é que a composição associativa com essa finalidade seja lícita e que obtenha a autorização dos representados para a negociação.

64. A imposição de uma tabela desvirtua a tese de poder compensatório. Segundo essa tese, há possibilidade de que os médicos se organizem para uma negociação coletiva com as operadoras de planos de saúde, haja vista que o poder de mercado delas seria muito superior ao dos médicos individualmente. Além disso, as próprias operadoras poderiam se unir para uma negociação coletiva, desequilibrando ainda mais o poder de barganha em seu favor.

65. Mas, havendo a associação para a negociação coletiva e o consequente equilíbrio do poder de barganha entre médicos e operadoras de plano de saúde, a adoção da tabela perde o sentido. A tese de que a tabela seria referencial somente seria aceitável se ela servisse de parâmetro para negociações individuais entre médicos e operadoras de planos



de saúde. Ressalte-se, ainda, que, seguindo esse raciocínio, tabelas elaboradas pelas operadoras também não seriam aceitas.

66. Portanto, ainda que se considere que a imposição da tabela CBHPM por Conselhos seja legítima, a tese do poder compensatório só seria aplicável se não houvesse uniformização e imposição de preços, isto é, (i) se houvesse rodadas de negociação em que os médicos se associassem e chegassem a um consenso sobre o preço a ser praticado em relação a esse ou aquele agente e (ii) se o médico filiado tivesse a opção de não adotá-la sem coações contra si ou contra sua atividade. A Tabela CBHPM, no entanto, é aplicada de forma indistinta a qualquer operadora de plano de saúde, ou seja, não depende do porte econômico, da capacidade e da assiduidade de pagamento, do fornecimento de benefícios adicionais, da oferta de melhores condições de trabalho ao médico ou de ganhos de escala, por exemplo. Não existem preços diferenciados por operadora de plano de saúde ou por região, mesmo considerando a diminuta variação de 20% de banda estabelecida a título de “peculiaridades regionais”.

2. Das Conclusões

67. Considerando o consolidado entendimento do CADE de que tabelas devem ser submetidas à “regra da razão”, entendo que a edição da Tabela CBHPM, associada ao modo como foi utilizada, possui efeitos negativos para a concorrência e não enseja efeito positivo capaz de justificar benefícios ao consumidor final. Isso significa que:

- Houve prejuízos efetivos com a conduta: (i) a uniformização de preços imposta pelas entidades de classe falseia a concorrência; (ii) a coerção, direta ou indireta, aos médicos reforça a impossibilidade de oferecer outros preços que não os enumerados pela tabela; (iii) a punição (ou ameaça de punição) coíbe os profissionais de procurarem uma forma alternativa de precificação e/ou tomada de decisão sobre as condições de fornecimento de seus serviços, (iv) não há autorização legal para que entidades de classe médicas atuem como agentes fiscalizadores, controladores e/ou fixadores de preços de serviços e procedimentos de profissionais do setor, (v) os boicotes e retaliações, em massa, a operadoras de

2004

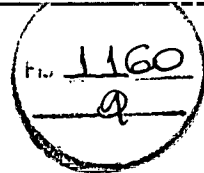


planos de saúde organizados pelas entidades de classe constituem abuso da liberdade de associação;

- Não houve eficiências geradas pela conduta: (i) não houve formação de consenso entre operadores de planos de saúde e médicos que viabilizassem um ponto comum de precificação dos serviços, mas sim a imposição de uma tabela – não sugestiva, já que havia coerção aos profissionais que não a adotavam; (ii) não houve consideração das características individuais dos profissionais, as quais influenciariam a formação do preço dos procedimentos, o que, inclusive, desestimula o médico a buscar o fornecimento de um serviço diferenciado;
- Da soma geral dos fatores (prejuízos efetivos + benefícios/eficiências) decorrem efeitos líquidos negativos da conduta, que não eximem os Representados de punição pela legislação de defesa da concorrência.

68. Entendo que a potencialidade do dano da Tabela CBHPM é eminente e elevada, uma vez que (i) o tipo da tabela estabelece preços homogêneos, o que não é atenuado pela existência de bandas que variem de acordo com as peculiaridades regionais, (ii) a tabela é imposta aos filiados das entidades de classe, o que consiste na totalidade de médicos de cada estado, já que (ii.a) a profissão de médico só pode ser exercida após registro no respectivo CRM (art. 17 da Lei 3.268/57) e (ii.b) o descumprimento da tabela constituiria, aos olhos dos Conselhos, infrações éticas passíveis de fiscalização e punição pelos CRMs, (iii) não houve “sugestão” ou “recomendação” dos preços de honorários, mas sim imposição às operadoras de planos de saúde, o que é comprovado pelos boicotes, retaliações e demais meios de coerção direta e indireta estabelecidos pelas entidades de classe.

69. Nesse contexto, as Representadas agiram contrariamente à ordem econômica por meio de (i) coordenação de um movimento nacional para impor valores mínimos padronizados de consultas e honorários às operadoras de planos de saúde, (ii) promoção de boicotes às operadoras de planos de saúde que não adotassem a tabela CBHPM, nos termos e nas condições enumeradas pelas entidades de classe e (iii) promoção de ameaças de punições éticas a médicos não alinhados ao movimento.



3. Da Individualização das Condutas

70. No que se refere à individualização das condutas das Representadas, adoto integralmente as razões expostas pelo Conselheiro-Relator Eduardo Pontual Ribeiro em seu voto condutor. Entendo, portanto, que as Representadas foram capazes de influenciar a conduta uniforme de médicos no Estado do Mato Grosso, causando sérios prejuízos à livre concorrência, razão pela qual devem ser condenadas, nos termos do art. 20, inciso I, e do art. 21, inciso II, ambos da Lei 8.884/94.

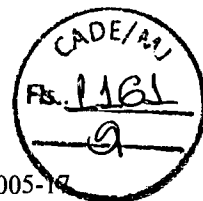
4. Da Dosimetria da Pena

71. Como demonstrado no voto condutor, a Representada influenciou a adoção de comportamento uniforme não só por médicos, como também por clínicas, hospitais e outros prestadores de serviços de apoio, influenciando a ação privada desses agentes com as operadoras de planos de saúde. Ademais, a Representada participou de movimento caracterizado pela coação aos médicos para adotar a CBHPM, ameaçando-os com a imposição de sanções ético-disciplinares, tendo, inclusive, sido editada Resolução que erigia a CBHPM a “referencial ético”.

72. Quanto à dosimetria da pena, no julgamento do Processo Administrativo 08012.009834/2006-57, o Tribunal do CADE decidiu que a Lei 12.529/11 deve ser aplicada quando mais favorável aos Representados nos processos que ainda estiverem pendentes de julgamento sobre o cometimento de infrações previstas na Lei 8.884/94.

73. No referido julgamento, a voto da Conselheira Ana Frazão demonstrou 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 e, por isso, não há que se cogitar da sua aplicação”.

74. A partir dessas premissas, analiso os critérios de dosimetria previstos na legislação de defesa da concorrência.



4.1. Gravidade da Infração

75. O Conselho Regional de Medicina do Estado do Mato Grosso – CRM/MT ameaçou instaurar procedimentos ético-administrativos – ou sobrestar os que estavam em curso – contra médicos que decidissem não participar do movimento de implantação da CBHPM, seja na negociação de honorários, seja na participação nos boicotes organizados contra as operadoras de planos de saúde.

76. Além disso, as Representadas 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 atuavam por meio da Comissão Estadual de Honorários Médicos para divulgar paralisações e negativas de atendimento em massa, bem coordenavam a realização de boicotes e ameaças de punição aos profissionais médicos que se recusassem a seguir a tabela CBHPM. Com isso, o segurado arcava com os prejuízos da falta de atendimento e da uniformidade de preços infundida pela CBHPM.

4.2. Boa-fé do Infrator

77. Não há que se falar em boa-fé dos representados, especialmente diante da existência de inúmeras decisões no CADE que deixam clara a ilicitude da ameaça de imposição de sanções ético-disciplinares por associações como forma de pressão para a adoção de conduta uniforme.

4.3. Vantagem Auferida ou Pretendida pelo Infrator

78. A vantagem auferida foi a imposição de conduta uniforme de médicos junto a planos de saúde na negociação de honorários médicos, sem espaço para contrapropostas ou negociação efetiva que equilibrasse as forças deliberativas envolvidas no caso. Com isso, as Representadas impunham suas condições de prestação de serviços médicos, inclusive honorários, e impediam que médicos desenvolvessem negociações individuais de forma autônoma e desvinculada da CBHPM.

2004



4.4. Consumação ou não da infração

79. A infração investigada foi consumada pela influência das Representadas na adoção da tabela CBHPM, cujo conteúdo é ilegítimo e impositivo, estipulando preços uniformes para procedimentos médicos realizados por clínicas, hospitais e laboratórios.

4.5. Grau de Lesão, ou Perigo de Lesão, à Livre Concorrência, à Economia Nacional, aos Consumidores ou a Terceiros

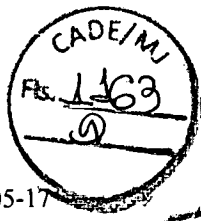
80. O grau do perigo de lesão deve ser considerado elevado, seja em razão da tentativa de negociar coletivamente vários aspectos que não dizem respeito aos honorários médicos, tendo havido, inclusive a promoção de boicotes a laboratórios, clínicas e hospitais, seja em razão da existência de sanções ético-disciplinares, que impediam que os médicos e os demais agentes econômicos mencionados acima pudessem fixar livremente os preços com as operadoras de planos de saúde, caso assim desejassem. Ademais, os atos foram praticados no mercado de saúde suplementar, que diz respeito a direito fundamental, expressamente assegurado na Constituição, em que a vulnerabilidade dos consumidores é evidente, fator que agrava a conduta.

4.6. Efeitos Econômicos Negativos Produzidos no Mercado

81. Houve prejuízos efetivos com a conduta: (i) a uniformização de preços imposta pelas entidades de classe falseia a concorrência; (ii) a coerção, direta ou indireta, aos médicos reforça a impossibilidade de oferecer outros preços que não os enumerados pela tabela; (iii) a punição (ou ameaça de punição) coíbe os profissionais de procurarem uma forma alternativa de precificação e/ou tomada de decisão sobre as condições de fornecimento de seus serviços, (iv) não há autorização legal para que entidades de classe médicas atuem como agentes fiscalizadores, controladores e/ou fixadores de preços de serviços e procedimentos de profissionais do setor, (v) os boicotes e retaliações, em massa, a operadoras de planos de saúde organizados pelas entidades de classe constituem abuso da liberdade de associação.

82. Não houve eficiências geradas pela conduta: (i) não houve formação de consenso entre operadores de planos de saúde e médicos que viabilizassem um ponto comum de

2004.



precificação dos serviços, mas sim a imposição de uma tabela – não sugestiva, já que havia coerção aos profissionais que não a adotavam; (ii) não houve consideração das características individuais dos profissionais, as quais influenciariam na formação do preço dos procedimentos, o que, inclusive, desestimula o médico a buscar o fornecimento de um serviço diferenciado.

4.7. Situação Econômica do Infrator

83. O elevado número de médicos associados/filiados/credenciados às Representadas, que detinham representatividade estadual, deverá ser utilizado como critério para cominar a pena.

4.8. Reincidência

84. Não houve reincidência.

5. Do Dispositivo

85. Ante o exposto, no mérito, concordo com o Relator e voto com pela condenação das Representadas 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 pela prática de infração à ordem econômica prevista no art. 20, inciso I e no art. 21, inciso II, ambos da Lei 8.884/94.

86. Entretanto, dirijo quanto à aplicação das multas, considerando a capacidade econômico-financeira das Representadas e fixo a multa no valor de 80.000 (oitenta mil) UFIR à Associação Médica de Mato Grosso – AMMT, perfazendo o valor de R\$ 85.128,00 (oitenta e cinco mil e cento e vinte e oito reais); de R\$ 80.000 (oitenta mil) UFIR ao Sindicato dos Médicos do Estado de Mato Grosso – Sindmed-MT, perfazendo o valor de R\$ 85.128,00 (oitenta e cinco mil e cento e vinte e oito reais); e de 200.000 (duzentos mil) UFIR ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso – CRM/MT, perfazendo o valor de R\$ 212.820,00 (duzentos e doze mil e oitocentos e vinte reais).

87. Além da multa pecuniária, determino que as Representadas:

- Abstenham-se de instaurar regulamentos, sindicâncias e processos administrativos disciplinares ou de utilizar-se de qualquer outro expediente para punir, ameaçar, coagir ou retaliar os médicos que deixarem de adotar a CBHPM como padrão de remuneração. O médico profissional liberal ou responsável pela direção de instituição hospitalar 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;
- Abstenham-se de instaurar regulamentos, sindicâncias e processos administrativos disciplinares ou de utilizar-se de qualquer outro expediente para punir, ameaçar, coagir ou retaliar os médicos para obrigá-los a participar de movimentos de boicote, paralisação, descredenciamento, negociação coletiva ou a acatar irrestritamente as decisões das entidades médicas;
- 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;
- Abstenham-se de impedir a negociação direta e individual de honorários entre médicos e operadoras de planos de saúde ou hospitais;
- Disponibilizem síntese desta decisão em seu sítio eletrônico;
- Divulguem aos médicos credenciados seu teor, por qualquer meio a sua escolha, comprovando seu cumprimento perante o CADE no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da publicação da decisão.

É o voto.


MÁRCIO DE OLIVEIRA JÚNIOR
Conselheiro

Brasília, 15 de outubro de 2014