



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

---

Protocolado:	08012.002866/2011-99
Natureza:	Procedimento Administrativo
Representante:	SDE <i>ex officio</i>
Representada:	Associação Paulista de Medicina – Regional de Indaiatuba
Advogados:	Não foram constituídos advogados nos autos

---

Senhora Coordenadora-Geral,

## I. RELATÓRIO

1. Em 17 de março de 2011, a SDE recebeu denúncia anônima que relatava prática supostamente anticompetitiva da Associação Paulista de Medicina – Regional de Indaiatuba – APM Indaiatuba. Tal entidade estaria fixando os preços das consultas e honorários médicos, em detrimento da livre concorrência, por meio de suas Assembléias Deliberativas. Além disso, segundo a denúncia, a APM Indaiatuba estaria paralisando os atendimentos médicos às operadoras de planos de saúde que não aceitassem os valores por ela determinados. Os médicos se veriam obrigados a adotar as medidas propostas pela entidade, pois aqueles que não seguissem as decisões da APM Indaiatuba poderiam ser punidos, com a abertura de processos ético-disciplinares no CREMESP.

2. A denúncia em referência chegou a esta Secretaria acompanhada dos seguintes comunicados extraídos da página eletrônica da Associação:

i) “A classe médica de Indaiatuba, reunida em Assembléia Deliberativa (...), deliberou o que segue:

- valor mínimo de consultas R\$ 55,00 a partir de 01.01.2011;

- valor mínimo de CH de procedimentos médicos: 0,42 a partir de 01.11.2011;

(...)

- dar continuidade às negociações com o objetivo de remuneração das consultas a R\$ 80,00 e CH 0,50 para procedimentos médicos, conforme já havia sido deliberado na Assembléia de 20/10/2010.

(...)

*Informamos que a Amil continua paralisada por tempo indeterminado, e a Medial se propôs a manter os acordos firmados com a classe, de consultas R\$ 46,00 e CH 0,41 para procedimentos. Caso algum colega não esteja recebendo esses valores, favor entrar em contato com a APM Indaiatuba.*

*Continuam paralisados: Amil, Abrasf, Assimédica, B. Portuguesa, Coopi, Coopus, Coperbrás, Golden Crosso, HPS Intermédica, Master Saúde, Nipomed, Notre Dame, Skill Omint.*

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

---

*Esclarecemos a todos que as decisões da Assembléia são soberanas, e portanto, caso não sejam cumpridas, são passíveis de denúncia ao Conselho Regional de Medicina.*

*ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA – REGIONAL DE INDAIATUBA” (fl. 03)*

- ii) *“A partir de 1º de janeiro de 2011, todos os convênios que atuam no município não poderão pagar aos médicos credenciados valor de consulta menor que R\$ 55 e de CH inferior a R\$ 0,42. Os valores foram discutidos e deliberados pelos 43 médicos que participaram da assembléia de classe, no dia 1º de dezembro (...).*

*O entendimento dos médicos foi pelo reajuste gradativo até o valor mínimo desejável, que é de R\$ 80 por consulta. ‘Contatamos todas as operadoras de saúde para que até 26 de novembro se pronunciassem sobre o reajuste proposto’, afirma o presidente da APM, Dr. Francisco Carlos Ruiz (...)*

*APM News – E se as operadoras se recusarem a praticar esse reajuste?*

*Dr. Ruiz – (...) os que não pagarem a partir de 1º de janeiro correrão risco de paralisação, se assim a assembléia do dia 2 de março deliberar”*

*(...)*

*Atendimentos paralisados:*

*AMIL, ASSIMÉDICA, B. PORTUGUESA, COOPI, COOPUS, COPEBRÁS, GOLDEN CROSS, HPS, INTERMÉDICA, MASTER SAÚDE, NIPOMED, NOTRE DAME, SKILL OMINT*

*As decisões da Assembléia são soberanas e portanto, passíveis de denúncia ao CRM. O atendimento a um plano paralisado por Assembléia representa infração ética e fere o Código de Ética Médica” (fl. 07/08).*

- iii) *“ÁS CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS DE INDAIATUBA*

*VERIFIQUEM COMO ESTÃO OS ATENDIMENTOS AOS PLANOS DE SAÚDE E CONVÊNIOS EM INDAIATUBA CONFORME A ÚLTIMA ASSEMBLÉIA DA CLASSE MÉDICA*

*ATENDIMENTO NORMAL AOS CONVÊNIOS:*

*Agemed, AGF, BLUE LIFE, CARE PLUS, E & E, GAMA SAÚDE, HAOC SAÚDE, HOSP.SANTA TEREZA, INTERMÉDICI, MARÍTIMA, MASTER SAÚDE, MEDIAL, MEDICAMP, MEDISERVICE, PORTO SEGURO, SAÚDE BRADESCO, SEPREV, SUL AMÉRICA, UNIBANCO, UNIMED, UNIVERSAL SAÚDE.*

*UNIDAS = ATENDIMENTO NORMAL: Abet Plante, Cabesp, Cassi, Cesp, Economus, Funcef, Pams, Geap, Sabesprev, Saúde Caixa*

*CONTINUAM PARALISADOS POR TEMPO INDETERMINADO:*

*- ABRASF, ALBERT SABIN, AMIL, ASSIMÉDICA, BENEFICÊNCIA PORTUGUESA, COOPI SAÚDE, COOPUS, COPERBRÁS, GOLDEN CROSS, HPS INTERMÉDICA, NIPOMED, NOTRE DAME, SANTA CRUZ, SKILL OMINT.*

*ESCLARECEMOS A TODOS OS COLEGAS MÉDICOS QUE AS DECISÕES ASSEMBLEARES SÃO SOBERANAS E PORTANTO, CASO NÃO SEJAM CUMPRIDAS, SERÃO PASSÍVEIS DE DENÚNCIA AO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA.” (fl. 09 – grifo nosso)*

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

---

iv) “Decisão da Assembléia 02/03 (...)

A CLASSE MÉDICA DE INDAIATUBA REUNIDA EM ASSEMBLÉIA DELIBERATIVA NO ÚLTIMO DIA 02 DE MARÇO DE 2011, NA APM REGIONAL DE INDAIATUBA, DELIBERA O QUE SEGUE:

- Ficam mantidos os valores mínimos de R\$ 55,00 para consultas médicas e CH procedimentos a 0,42 até julho/11;

- Não assinar novos contratos que não contemplem os valores mencionados.

Atendimentos Normalizados AGEMED, HAOC SAUDE, UNIMED, MARÍTIMA, UNIVERSAL SAUDE, INTERMÉDICI;

Atendimentos Paralisados AMIL, HOSP.SAMARITANO, BLUE LIFE, CARE PLUS, ASSIMÉDICA, GAMA SAUDE, HOSP. SANTA TEREZA, MEDICAMP, MEDISERVICE, ABRASF, BENEF.PORTUGUESA, COOPI SAÚDE, COOPUS, COPERBRÁS, GOLDEN CROSS, HPS, MASTER SAUDE, NIPOMED, NOTRE DAME, SKILL OMINT.

Paralisar a partir de 07.04.2011 E & E; MEDIAL; SEPREV

Seguradoras: AGF; PORTO SEGURO; SAUDE BRADESCO; SUL AMÉRICA; UNIBANCO

Unidas: ABET PLANTEL; CABESP; CASSI; ECONOMUS; FUNDAÇÃO CESP; GEAP; SAUDE CAIXA, SABESPREV.

UNIMED: Paralisar Intercâmbios por 15 dias a partir de 07.04.2011

PARALISAÇÃO DIA 07/04: Em conformidade com o movimento nacional pela valorização do trabalho médico, seguindo orientações da AMB, CFM e Fenam, ficou decidido que no dia 07/04/11 não haverá atendimento para os planos de saúde (TODOS).

LEMBRAMOS A TODOS QUE A ASSEMBLÉIA É SOBERANA E O SEU NÃO CUMPRIMENTO É PASSÍVEL DE INFRAÇÃO ÉTICA E ENCAMINHAMENTO AO CREMESP.” (fl. 13 – grifo nosso)

v) “Nova relação de planos de saúde

DATA: 22.03.2011

- Ficam mantidos os valores mínimos de R\$ 55,00 para consultas médicas e CH procedimentos a 0,42 até julho/11;

- Não assinar novos contratos que não contemplem os valores mencionados.

Atendimentos Normalizados: PORTO SEGURO, AMIL, MEDIAL (...)

Atendimentos Paralisados: HOSP. SAMARITANO, BLUE LIFE, ASSIMÉDICA (...)

Paralisar a partir de 07.04.2011 E&E/SEPREV (...)

LEMBRAMOS A TODOS QUE A ASSEMBLÉIA É SOBERANA E O SEU NÃO CUMPRIMENTO É PASSÍVEL DE INFRAÇÃO ÉTICA E ENCAMINHAMENTO AO CREMESP” (fl. 14).

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

---

3. Dando início à investigação produzida *ex officio* por esta Secretaria de Direito Econômico, às fls. 18 a 31 foram acostados:

(i) número de médicos cadastrados no CREMESP que atuam na cidade de Indaiatuba.

(ii) lista de associados por especialidade da Associação Paulista Médica de Indaiatuba.

4. Às fls. 40 a 191 foram acostados documentos, notícias e relatórios retirados das páginas eletrônicas do Conselho Federal de Medicina, da AMB e da FENAM, assim como de diversas outras entidades médicas e Conselhos Regionais. Tais informações, em suma, retratam que as entidades médicas nacionais estão liderando um movimento em todo o Brasil para pressionar as operadoras de planos de saúde a reajustarem os valores dos honorários médicos e adotarem os preços definidos na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) 6ª Edição. Ainda em consonância com as informações em referência, o CFM, a AMB e a FENAM determinaram que as negociações com as operadoras se dariam regionalmente, por meio de Comissões de Honorários formadas pelas entidades médicas de cada Estado.

5. Este é o relatório.

## **II. ANÁLISE**

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

7. Denota-se que a Lei de Defesa da Concorrência, no *caput* de seu artigo 20, estabelece que configuram infrações à Ordem Econômica, os atos sob qualquer forma manifestados que, *independentemente de culpa*, tenham por objeto ou possam causar limitação, falseamento ou qualquer forma de prejuízo à livre concorrência ou à livre iniciativa, dominação de mercado relevante de bens ou serviços, aumento arbitrário de lucros, ou representem abuso de posição dominante.

8. De acordo com o observado no breve relatório que à presente análise antecede, o material colhido por iniciativa desta Secretaria aponta no sentido de que o movimento organizado pela APM Indaiatuba para pressionar as operadoras de planos de saúde faz parte de um movimento médico mais amplo, coordenado pelo CFM, pela AMB e pela FENAM, que, através da utilização de diversos mecanismos, visa impulsionar o aumento da remuneração de prestadores de serviços médicos em todo o Brasil.

9. Assim, em que pese a denúncia que subsidiou a instauração do presente Procedimento Administrativo restrinja-se exclusivamente a supostas condutas anticompetitivas na cidade de Indaiatuba, o ponto fulcral das investigações a partir do quanto carreado ao feito por iniciativa desta Secretaria deslocou-se significativamente.

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

---

10. As ações levadas a cabo na cidade de Indaiatuba figuram como verdadeiros sintomas de uma doença grave da qual vem padecendo o sistema de saúde suplementar no Brasil. A relação entre prestadores de serviços atinentes à saúde e as respectivas operadoras de plano de saúde, em vista da flagrante ausência de regulação, vem provocando a intensa mitigação da qualidade na prestação dos serviços do setor e poderá, em um futuro bastante próximo, ocasionar a morte do mesmo.

11. Não bastasse a reticência do corpo médico em credenciar-se aos planos de saúde, relegando significativa parte da população ao pagamento de consultas particulares quando da busca de um serviço de real qualidade, os movimentos que implementam ações coletivas para forçar o reajuste de honorários vem crescendo assustadoramente.

12. É assim que os consumidores resultam como vítimas irrefragáveis de um sistema repleto de falhas e omissões. Vítimas porque sofrem com o descredenciamento em massa daqueles aos quais entregam a tutela do sagrado bem jurídico vida. Vítimas porque obrigados a pagar um valor adicional por uma consulta, ainda que cobertos por um plano de saúde. Vítimas também de aumentos desproporcionais nas mensalidades dos planos, os quais, por estarem em sua maioria enquadrados na modalidade coletiva, são impassíveis de regulação. Os médicos, como é sabido, buscam alternativas para diminuir o impacto resultante das baixas remunerações. As operadoras de planos de saúde, por outro lado, cortam gastos, por vezes superfaturados pelos prestadores de serviços médicos. E, dessa forma, mais uma vez, a vítima é o consumidor.

13. A Secretaria de Direito Econômico, em razão da significativa demanda histórica e hodierna do setor, tem buscado intensa aproximação com a realidade dos partícipes das relações travadas na saúde suplementar brasileira, dentre os quais se incluem não apenas os agentes econômicos, como também as próprias estruturas estatais responsáveis pela fiscalização e bom funcionamento do mercado.

14. A aproximação com o setor, entretanto, tem resultado em diagnóstico alarmante, o qual remonta a uma necessária reflexão social da importante e estrutural política pública de prestação suplementar de saúde no país. Os fatos que ora se vivencia demonstram, a mais não poder, a urgência de tais medidas.

15. Em verdade, o caso concreto apresentado por denúncia anônima a esta Secretaria, se observado com tento, demonstra um movimento nacional de busca por maiores remunerações, o qual, embora liderado por entidades legítimas, não necessariamente se circunscreve aos limites da legalidade. Isso porque, as entidades nacionais não apenas têm incentivado condutas uniformes, com a determinação de paralisações em massa e preços unívocos, como têm determinado a fixação de sanções ético-disciplinares aos que não se prestem ao cumprimento das referidas decisões.

16. Isto posto, a análise que ora se inicia terá como escopo, essencialmente: (i) examinar a suposta coordenação de um movimento nacional perpetrado pela AMB, pelo CFM e pela FENAM para impor às operadoras de planos de saúde valores mínimos de consulta e de honorários médicos; (ii) avaliar a suposta organização das entidades nacionais referidas no sentido de impor aos médicos a suspensão da prestação de serviços às operadoras que se recusem a contratá-los pelos valores por elas definidos; (iii) apreciar suposta fixação de valores padronizados a serem cobrados de beneficiários de planos de saúde credenciados como

suplemento à contraprestação de serviços de consultas médicas O exame dos pontos acima mencionados terá por objetivo identificar a existência de indícios de infração contra a ordem econômica, passíveis de subsidiar a instauração de Processo Administrativo, nos termos do artigo 32 da Lei nº 8.884/94.

## **II.1. Do Mercado Relevante**

17. Para analisar se o CFM, a AMB e a FENAM possuem poder de mercado, é importante definir o mercado relevante em questão. Do ponto de vista geográfico, o mercado relevante compreende a área em que as empresas ofertam e procuram produtos (bens ou serviços) em condições de concorrência suficientemente homogêneas em termos de preços, preferências dos consumidores, características dos produtos, dentre outros. Destaca-se que o CFM, a AMB e a FENAM são entidades que atuam nacionalmente, abarcando o total de médicos do território brasileiro. Dessa forma, para a presente análise, do ponto de vista geográfico, considera-se como área de atuação das referidas entidades o território nacional.

18. Sob a ótica do produto, o mercado relevante compreende todos os bens/serviços considerados substituíveis entre si pelo consumidor devido às suas características, aos preços e à utilização. Dessa forma, do ponto de vista do produto, a suposta prática objeto de exame insere-se no mercado de prestação de serviços médicos-hospitalares por meio de planos de saúde. Isso porque este é o segmento de mercado no qual se insere a suposta prática de infração à concorrência, qual seja, a formação de um bloco de negociação de médicos, coordenado pelo CFM, pela AMB e pela FENAM, para impor um conjunto unívoco de deliberações sobre contratualização e preços,

19. Para a presente análise deve-se proceder à exclusão da prestação de serviços médicos por meio do Sistema Único de Saúde – SUS, em razão da diferenciação entre o tipo de usuário que se vale desse sistema e aquele que procura os serviços de planos de saúde e clínicas particulares, tais como preço, facilidade de acesso ao produto e qualidade<sup>1</sup>. Da mesma forma, o tratamento médico aos pacientes que não possuem planos ou seguros de saúde e são atendidos por médicos da rede privada, pagando-os como particular, não são incluídos no mercado relevante.

20. Definido o mercado relevante, impende avaliar se o CFM, a AMB e a FENAM possuem posição dominante, nos moldes do consagrado pelos §§ 2º e 3º do artigo 20 da Lei nº 8.884/94.

21. Segundo o artigo 3º da Lei nº 3.268/57, os Conselhos Regionais de Medicina estão subordinados ao Conselho Federal de Medicina, *in verbis*:

---

<sup>1</sup> Tal conclusão não afasta, consoante se verá detalhadamente a seguir, as inevitáveis conseqüências da alegada conduta às estruturas da saúde pública no país.

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

---

*“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.”*

22. Além disso, segundo o artigo 17 da Lei nº 3.268/57, os médicos devem estar credenciados ao CRM do seu respectivo Estado para exercer suas atividades:

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

23. Destaca-se, também, que segundo o art. 18 do Capítulo III do novo Código de Ética Médica, editado consoante a Resolução 1931/2009, é vedado ao médico *“desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los”*.

24. Dessa forma, como o profissional tem de estar credenciado ao CRM do seu respectivo Estado (inciso III do Preâmbulo do Código de Ética Médica<sup>2</sup>) e o Conselho, obrigatoriamente, tem de estar filiado ao CFM para o regular desenvolvimento de suas atividades; e como os médicos, sob pena de infração ética, devem acatar e respeitar as decisões do Conselho Federal de Medicina, conclui-se que o CFM tem a capacidade de influenciar seus credenciados/associados, consubstanciando, em princípio, considerável poder de mercado.

25. A AMB, por sua vez, segundo o artigo 3º de seu Estatuto Social (fl. 306) *“é uma federação, constituindo-se de entidades médicas congêneres dos estados e do Distrito Federal, suas unidades federadas, com base no regime representativo e as sociedades nacionais de especialidade, suas unidades conveniadas”*. De fato, estão filiadas à AMB 56 Sociedades de Especialidades<sup>3</sup>, assim como entidades associativas de classes médicas de todos os Estados brasileiros<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Assim determina o referido dispositivo: *Para o exercício da Medicina impõe-se a inscrição no Conselho Regional do respectivo Estado, Território ou Distrito Federal.*

<sup>3</sup> Colégio Médico de Acupuntura; Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde; Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia; Sociedade Brasileira de Anestesiologia; Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vasculare; Sociedade Brasileira de Cancerologia; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço; Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular; Associação Brasileira de Cirurgia da Mão; Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva; Colégio Brasileiro de Cirurgias; Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica; Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica; Sociedade Brasileira de Citopatologia; Sociedade Brasileira de Coloproctologia; Sociedade Brasileira de Clínica Médica; Sociedade Brasileira de Dermatologia; Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia; Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva; Sociedade Brasileira de Endoscopia Peroral; Federação Brasileira de Gastroenterologia; Sociedade Brasileira de Genética Médica; Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; Fed. Bras. das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; Sociedade Brasileira de Hansenologia; Associação Brasileira de

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

---

26. Dessa forma, a AMB possui grande capilaridade entre médicos de todas as regiões e especialidades. Além disso, destaca-se os artigos 6º e 7º do Estatuto Social da Associação Médica Brasileira (fls. 306 e 307), que afirmam:

*“Artigo 6º. As entidades federadas têm autonomia administrativa, econômica e associativa, obrigando-se, entretanto a:*

*I) prestigiar todas as iniciativas e resoluções tomadas pela Assembléia de Delegados da AMB;*

*(...)*

*VII) não tomar iniciativa de âmbito nacional sem prévia anuência da AMB”*

*“Artigo 7º. Em caso de violação deste Estatuto, a Assembléia de Delegados poderá determinar à entidade federada o enquadramento na norma estatutária; e não havendo atendimento dessa recomendação ou ocorrendo perda de requisitos para sua permanência no quadro federativo, a AMB poderá cassar-lhe a filiação (...)”*

27. Quando se considera que cada entidade associada à AMB está obrigada a prestigiar as iniciativas desta entidade, sob pena de ter sua filiação cassada, observa-se que a AMB possui grande capacidade de nortear as decisões de seus credenciados/associados, influenciando-os a adotar ações.

---

Hematologia e Hemoterapia; Sociedade Brasileira de Hepatologia; Associação Médica Homeopática Brasileira; Sociedade Brasileira de Infectologia; Sociedade Brasileira de Mastologia; Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte; Associação Nacional de Medicina do Trabalho; Associação Brasileira de Medicina de Tráfego; Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação; Associação de Medicina Intensiva Brasileira; Associação Brasileira de Medicina Legal; Sociedade Brasileira de Nefrologia; Sociedade Brasileira de Neurocirurgia; Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica; Academia Brasileira de Neurologia; Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral; Associação Brasileira de Nutrologia; Conselho Brasileiro de Oftalmologia; Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia; Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial; Sociedade Brasileira de Patologia; Sociedade Brasileira de Patologia Clínica / Medicina Laboratorial; Sociedade Brasileira de Pediatria; Sociedade Brasileira de Perícias Médicas; Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia; Associação Brasileira de Psiquiatria; Colégio Brasileiro de Radiologia; Sociedade Brasileira de Urologia; Sociedade Brasileira de Reumatologia. Fonte: [http://www.amb.org.br/teste/sociedades\\_de\\_especialidade.html](http://www.amb.org.br/teste/sociedades_de_especialidade.html). Data de acesso: 22 de setembro de 2010.

<sup>4</sup> AMRIGS – Associação Médica do Rio Grande do Sul; ACM – Associação Catarinense de Medicina; AMP - Associação Médica do Paraná; Associação Paulista de Medicina; Associação *Médica* de Mato Grosso do Sul; SOMERJ – Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro; AMMG – Associação Médica de Minas Gerais; Associação Médica do Estado do Espírito Santo; Associação Médica de Goiás; AMBr – Associação Médica de Brasília; AMMT – Associação Médica de Mato Grosso; Associação Médica de Rondônia; AMB – Associação Bahiana de Medicina; Associação Médica do Acre; Associação Médica do Amazonas; Associação Médica de Roraima; Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará; Associação Médica do Amapá; Associação Médica do Maranhão; ASPIMED – Associação Piauiense de Medicina; AMC – Associação Médica Cearense; Associação Médica do Rio Grande do Norte; Associação Médica da Paraíba; Associação Médica de Pernambuco; Sociedade de Medicina de Alagoas; SOMESE – Sociedade Médica de Sergipe. Fonte: [http://www.amb.org.br/teste/inst\\_federadas\\_amb.html](http://www.amb.org.br/teste/inst_federadas_amb.html). Data de acesso: 22 de setembro de 2010.



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

---

28. A FENAM constitui-se como entidade sindical de grau superior para fins de estudo, coordenação, proteção, reivindicação e representação legal das entidades médicas sindicais (artigo 1º - Estatuto Social da FENAM). Dessa forma, todos os sindicatos de médicos, legalmente constituídos e em regular funcionamento, podem ser admitidos como sócios da Federação Nacional dos Médicos, desde que satisfaçam as condições previstas na legislação e atendam aos requisitos estabelecidos no Estatuto (artigo 4º do Estatuto Social da FENAM)<sup>5</sup>.

29. Segundo o Artigo 10 do Estatuto Social da FENAM, é dever das entidades filiadas à Federação defender os princípios e objetivos por ela definidos, além de cumprir e encaminhar as deliberações de suas instâncias. Vejamos, *in verbis*, o que retrata o normativo interno da Federação Nacional dos Médicos<sup>6</sup>:

*“Art. 10. São deveres das entidades filiadas:*

*I – defender os princípios e objetivos definidos pela FENAM; (...)*

*IV – cumprir e encaminhar as deliberações adotadas, acatando as decisões das diversas instâncias; (...)*

*IX – prestigiar a FENAM por todos os meios ao seu alcance, acatando as deliberações de suas instâncias legítimas e zelando pela unidade do movimento sindical médico e dos trabalhadores em geral.”*

30. Ressalta-se, também, que aquelas entidades que não respeitarem o Estatuto ou as decisões dos organismos da FENAM podem ser desfiliaadas. É assim que determina a letra do art. 11 do referido instrumento normativo:

*“Art. 11. A Entidade filiada está sujeita às penalidades de advertência, suspensão e desfiliação quando desrespeitar o estatuto e as decisões dos organismos da entidade.”*

31. A importância da FENAM na condução de atividades que dizem respeito aos médicos se torna ainda mais clara quando se tem em conta que tal entidade congrega cerca de 50 sindicatos médicos distribuídos por todo o país<sup>7</sup>.

32. Sendo assim, constatada a importante participação do CFM, da AMB e da FENAM no mercado nacional de prestação de serviços médicos a beneficiários de planos de saúde, é preciso prosseguir na análise para verificar se os atos que praticam atentam aos

---

<sup>5</sup> A FENAM estabelece como requisito para filiação que *“a entidade sindical não seja associada a nenhuma outra entidade de nível nacional do mesmo grau e constituição”*(art. 5º do Estatuto Social da FENAM). Fonte: <http://portal.fenam2.org.br/helper/show/9937>. Data de acesso: 15 de fevereiro de 2011

<sup>6</sup> Fonte: <http://portal.fenam2.org.br/helper/show/9937>. Data de acesso: 15 de fevereiro de 2011.

<sup>7</sup> Fonte: <http://portal.fenam2.org.br/portal/showData/9052>. Data de acesso: 02 de maio de 2011.

princípios norteadores da livre concorrência, a impulsionar a instauração do respectivo Processo Administrativo.

## **II.2 Das possíveis práticas anticompetitivas**

33. Em vista da existência de significativo poder de mercado das entidades referidas, é imperativo examinar se a atuação da AMB, do CFM e da FENAM tem como objeto ou pode produzir, **independente de culpa**, os efeitos deletérios à livre concorrência e à livre iniciativa previstos na Lei Antitruste.

34. As informações coligidas a este Procedimento Administrativo, a princípio, demonstram: (i) suposta coordenação de um movimento nacional perpetrado pela AMB, pelo CFM e pela FENAM para impor às operadoras de planos de saúde valores mínimos de consulta e de honorários médicos; (ii) suposta organização das entidades nacionais referidas no sentido de impor aos médicos a suspensão da prestação de serviços às operadoras que se recusem a contratá-los pelos valores por elas definidos; (iii) suposta fixação de valores padronizados a serem cobrados de beneficiários de planos de saúde como suplemento à contraprestação de serviços de consultas médicas.

35. Os fatos constantes nos autos indicam que, no dia 07 de abril de 2011, a Associação Médica Brasileira, o Conselho Federal de Medicina e a Federação Nacional dos Médicos coordenaram nacionalmente a suspensão de todas as consultas e procedimentos eletivos de pacientes conveniados a planos e seguros de saúde, iniciando um movimento que possui como uma das principais reivindicações o reajuste dos valores dos honorários médicos<sup>8</sup>.

36. As paralisações do dia 07 de abril de 2011 afetaram mais de 88% dos Estados brasileiros<sup>9</sup>. Segundo o Boletim nº 9 da Comissão Nacional de Saúde Suplementar (COMSU)<sup>10</sup>: “a adesão foi aproximadamente de 80% dos cerca de 160 mil profissionais que atendem usuários de planos de saúde”. De acordo com a FENAM, a suspensão de atendimentos foi ainda maior em algumas localidades:

Localidade	Adesão
Paraná	85%
Bahia	90%
Brasília	90%
Alagoas	100%

---

<sup>8</sup> Ressalte-se que, embora se observe no presente caso elementos que consubstanciam o movimento de fixação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos como parâmetro de remuneração aos prestadores de serviços médicos, a questão é objeto específico do Processo Administrativo nº 08012.004276/2004-71, cujos Representados são: Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira, Confederação Médica Brasileira e Federação Nacional dos Médicos.

<sup>9</sup> Até o momento, não foram encontrados indícios de que a classe médica nos Estados do Amazonas, do Maranhão e de Roraima tenha, de fato, aderido ao movimento nacional de paralisação no dia 07 de abril de 2011 e tampouco que tenha aderido a seus desdobramentos.

<sup>10</sup> A COMSU é a instância composta pelo CFM, pela AMB e pela FENAM responsável por organizar o movimento nacionalmente.

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

---

37. Segundo o coordenador da Comissão Nacional de Saúde Suplementar, Aloísio Tibiriçá Miranda, 2º vice-presidente do Conselho Federal de Medicina:

*“Atingimos nosso objetivo com o protesto de 7 de abril. O alerta foi dado às operadoras de planos de saúde e à sociedade com relação aos problemas percebidos pela categoria. De agora em diante, esperamos que seja feita uma negociação real pelas empresas para acabar com a defasagem dos honorários (...)”<sup>11</sup>(grifos nossos).*

38. O dia 07 de abril de 2011, portanto, foi definido como um marco zero nas reivindicações produzidas pelos médicos quanto aos valores pagos pelas operadoras de planos de saúde. Deslindou, desta feita, um movimento de negociação coletiva coordenado por entidades nacionais, com poderio comprovado pela própria adesão alcançada pela paralisação levada a cabo pelos médicos na referida data.

39. O “marco zero”, assim, tornou-se demonstrativo do poderio exercido pelas entidades organizadoras do movimento e culminou em uma série de desdobramentos de negociação, paralisação nos atendimentos aos beneficiários de planos de saúde e cobrança de valores particulares destes últimos, conforme se verá detalhadamente a seguir.

40. O CFM, a AMB e a FENAM determinaram que as negociações com as operadoras se dariam regionalmente, por meio de Comissões de Honorários formadas pelas entidades médicas de cada Estado. Além disso, foi definido um cronograma para as negociações a serem realizadas com as operadoras de planos de saúde. Segundo boletim informativo publicado na página eletrônica da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia – SBOT:

*“Em 30 dias os líderes do movimento de 7 de abril se reunirão para reavaliar o andamento das negociações com os representantes dos planos de saúde. Este trabalho será conduzido pelas entidades médicas em nível regional”<sup>12</sup>.*

41. Segundo notícia publicada na página eletrônica do CREMESP “o CFM informou aos presidentes dos CRMs que em 28 de abril acontecerá uma reunião de avaliação do movimento de reivindicações das entidades com as operadoras de planos de saúde nos Estados e definido o rumo que a categoria adotará”<sup>13</sup>.

42. O quadro abaixo, retirado do Boletim nº 9 da COMSU, expressa não apenas as principais reivindicações dos médicos, como também publiciza as principais estratégias dos organizadores do movimento, senão vejamos:

---

<sup>11</sup> Notícia “Planos de saúde: suspensão do atendimento é sucesso em todo o país”, publicada na página eletrônica da FENAM: <http://portal.fenam2.org.br/portal/showData/393263>. Data de acesso 27 de abril de 2011.

<sup>12</sup> Fonte: <http://www.portalsbot.org.br/public/portal.php?idNOT=43&tab=1&mn=>. Data de acesso: 27 de abril de 2011.

<sup>13</sup> Fonte: <http://www.centrodebioeticacremesp.org.br/?siteAcao=Noticias&id=2117>. Data de acesso: 27 de abril de 2011.

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE DIREITO ECONÔMICO**

<p><b>BANDEIRAS DO MOVIMENTO</b></p> <p>O movimento deflagrado no dia 7 de abril tomou públicas as principais reivindicações dos médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reajuste dos honorários, tendo como balizador os valores da CBHPM Sexta Edição;</li> <li>• Regularização dos contratos conforme a Resolução ANS Nº 71 / 2004, que prevê critérios e periodicidade de reajustes;</li> <li>• Fim das interferências dos planos de saúde na autonomia do médico;</li> <li>• Aprovação do Projeto de Lei 6964/2010 que institui reajuste anual dos honorários médicos, com arbitragem da ANS diante de impasses.</li> </ul>	<p><b>PRÓXIMOS PASSOS</b></p> <p>Em abril e maio ocorrerão negociações com as operadoras. Em seguida deverão ser convocadas assembleias dos médicos para avaliar as respostas das empresas. Caso não ocorra uma evolução satisfatória, poderão ser deflagradas novas iniciativas regionais aprovadas em assembleias, além daquelas já definidas pelo movimento nacional. Veja o cronograma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Abril:</b> início das negociações com o impreterível envio, pelas entidades, de correspondência (<i>leia mais à página 3</i>) às operadoras, para que apresentem suas propostas em resposta aos médicos</li> <li>• <b>Final de maio:</b> consolidação das negociações (preferencialmente por operadora) e das propostas concretas apresentadas pelos planos e seguros de saúde</li> <li>• <b>Início de junho:</b> convocação, pelas Comissões de Honorários Estaduais ou Regionais, de assembleias dos médicos, com o objetivo de deliberar sobre o posicionamento da categoria na continuidade da relação com os planos de saúde.</li> <li>• <b>Julho:</b> balanço nacional dos resultados e das deliberações das assembleias estaduais e regionais</li> </ul>
--	---

Fonte: Boletim nº 9 da COMSU

43. Diversos informes publicados nas páginas eletrônicas de entidades médicas apontam no sentido de que o movimento médico nacional tem como objetivo fixar o valor das consultas para beneficiários de planos de saúde em um valor mínimo – variável entre R\$ 60,00 (sessenta reais) e R\$ 85,00 (oitenta e cinco reais) – e os valores dos procedimentos adotados pela CBHPM na 6ª edição<sup>14</sup>.

44. *A priori*, o levantamento fático realizado por esta Secretaria aponta que os valores definidos nacionalmente são seguidos pelas entidades médicas regionais, responsáveis por negociar com as operadoras de planos de saúde diretamente. Nesse sentido, observe-se a tabela de informações colhidas por esta SDE:

<b>Abrangência Geográfica</b>	<b>Manifestação no sentido de fixar preço de serviços médicos às operadoras de planos de saúde</b>
Nacional	<p><i>“Entenda o que foi reivindicado: (...) 3) Reajustes dos honorários: As entidades médicas estimam em R\$ 60,00 o valor mínimo a ser pago por cada consulta. Mas esse valor ainda não é ideal: o movimento dos médicos aponta como meta o honorário de R\$ 80,00 por consulta, além dos reajustes dos demais procedimentos”</i>. Informe publicado na página eletrônica da SBOT<sup>15</sup>.</p> <p><i>“Bandeiras do movimento (...) Reajuste dos honorários médicos, tendo como balizador os valores da CBHPM 6ª Edição”</i>. Boletim nº 9 da COMSU<sup>16</sup></p> <p><i>“A estratégia [Dia Nacional da Paralisação do Atendimento aos Planos de Saúde] integra a nossa agenda de lutas para 2011 (...). São três diretrizes nacionais do movimento: organizar a luta por reajustes de honorários, tendo</i></p>

<sup>14</sup> Destaca-se que os indícios coletados por esta Secretaria demonstram uma convergência entre as demandas de diferentes Estados em torno do valor de consulta de R\$ 80,00 (oitenta reais), tal como defendido pelas entidades nacionais.

<sup>15</sup> Fonte: <http://www.portalsbot.org.br/public/portal.php?idNOT=43&tab=1&mn=>. Data de acesso: 27 de abril de 2011

<sup>16</sup> Fonte: <http://www.cremers.org.br/index.php?indice=24&&noticiaTremo=611>. Data de acesso: 27 de abril de 2011

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

	<i>como balizador os valores da CBHPM/Sexta Edição</i> ". Carta Aberta aos médicos, encaminhada pela AMB, pela FENAM e pelo CFM, no dia 07 de abril de 2011 <sup>17</sup> .
Pará	<i>"Nesta quarta-feira, 06, no Conselho Regional de Medicina houve uma assembléia geral com os médicos, as sociedades especializadas e com as cooperativas para discutir sobre a paralisação. Durante assembléia, ficou acertado que a comissão que faz parte da CBHPM irá negociar com os planos de saúde a partir de abril o valor das consultas para R\$ 80,00 (oitenta reais) e os procedimentos adotados pela CBHPM na 6ª edição/cheia.</i> ". Notícia: <i>"Médicos do Pará fazem Paralisação no Dia Nacional da Saúde"</i> publicada na página eletrônica do CRM do Estado do Pará (grifo nosso) <sup>18</sup> .
São Paulo	<i>"A classe médica de Indaiatuba, reunida em Assembléia Deliberativa (...), deliberou o que segue:</i>  <i>- dar continuidade às negociações com o objetivo de remuneração das consultas a R\$ 80,00 e CH 0,50 para procedimentos médicos, conforme já havia sido deliberado na Assembléia de 20/10/2010."</i> Informação referente a deliberações da Assembléia da Associação Paulista de Medicina, fl. 03 do Procedimento Administrativo nº 08012.002866/2011-99.  <i>"Com o apoio das Regionais e Sociedades de Especialidade, também ficou decidido que a reivindicação será de R\$ 80, no mínimo, por consulta em São Paulo e a valorização proporcional dos procedimentos"</i> . Notícia publicada na página eletrônica da Associação Paulista de Medicina <sup>19</sup> .
Espírito Santo	<i>"No entanto, a necessidade de se estabelecer um valor mínimo para a consulta médica, com o CRM orientando a categoria sobre o assunto, levou a Diretoria do CRM-ES a aprovar, na sessão plenária do dia 5 de abril, a Resolução nº 237/2011, que estabelece o valor mínimo de R\$ 80,00 para a consulta médica. Esse valor deverá ser cobrado nos contratos de prestação de serviços entre médicos e planos de saúde. A Resolução irá para publicação no Diário Oficial do Espírito Santo na próxima semana, entrando em vigor 90 dias após sua publicação."</i> Informe publicado na página eletrônica do Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo. <sup>20</sup>
Rio Grande do Norte	<i>"Na carta aos médicos, as diretorias da FENAM, CFM e AMB chamam a atenção para os problemas relacionados à relação de trabalho entre médicos/operadoras de planos de saúde e convoca toda a categoria o Dia Nacional de Paralisação do Atendimento aos Planos de Saúde, marcado para 7 de abril, quando comemora o Dia Mundial da Saúde. No documento, as entidades também apontam as diretrizes nacionais do movimento, que vão organizar a luta por reajustes de honorários, tendo como balizador os valores</i>

<sup>17</sup>Fonte: [http://www.cremern.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=21637:entidades-nacionais-divulgam-carta-aberta-aos-medicos-e-a-populacao-brasileira&catid=3:portal](http://www.cremern.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21637:entidades-nacionais-divulgam-carta-aberta-aos-medicos-e-a-populacao-brasileira&catid=3:portal). Data de acesso: 27 de abril de 2011

<sup>18</sup> Fonte: [http://www.cremepa.org.br/comunicacao/noticias/noticia\\_completa.php?id\\_noticia=712](http://www.cremepa.org.br/comunicacao/noticias/noticia_completa.php?id_noticia=712). Data de acesso: 27 de abril de 2011.

<sup>19</sup> Fonte: <http://www.apm.org.br/>. Data de acesso: 28 de abril de 2011

<sup>20</sup> Fonte: <http://crm-es.org.br/conteudo.php?incConteudo=verTodas2&target=310>. Data de acesso: 28 de abril de 2011.

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

	<i>da CBHPM/ sexta edição/cheia</i> ” Informação publicada no sítio eletrônico do CRM-RN <sup>21</sup> .
Tocantins	“A presidente do Sindicato dos Médicos no Tocantins (SIMED-TO) (...) explicou aos médicos a pauta de reivindicações do movimento que ocorre no País inteiro: os baixos reajustes dos honorários médicos que não seguem os valores da CBHPM 2010”. Informação publicada na página eletrônica da AMB <sup>22</sup> .
Rio Grande do Sul	“É necessário restabelecer com urgência os critérios de reposição de honorários médicos, que devem ser regulados pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM-2010).” Artigo de autoria do Sr. Fernando Weber Matos, Presidente do CREMERS, publicado na página eletrônica desse Conselho <sup>23</sup> .
Paraná	“As entidades apresentaram a um mediador, formado em economia, as propostas de reajustes de honorários, cujos valores devem ser baseados na sexta edição da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM)”. Informe “COMSU divulga próximos passos do movimento médico” publicado na página eletrônica do CRM-PR <sup>24</sup> .
Rondônia	“Na carta aos médicos, as diretorias da FENAM, CFM e AMB chamam a atenção para os problemas relacionados à relação de trabalho entre médicos/operadoras de planos de saúde e convoca toda a categoria o Dia Nacional de Paralisação do Atendimento aos Planos de Saúde, marcado para 7 de abril, quando comemora o Dia Mundial da Saúde. No documento, as entidades também apontam as diretrizes nacionais do movimento, que vão organizar a luta por reajustes de honorários, tendo como balizador os valores da CBHPM/ sexta edição/cheia” Informação publicada no sítio eletrônico do SIMERO <sup>25</sup>

45. Destaca-se, também, a existência de indícios que demonstram que o movimento organizado pelo CFM, pela AMB e pela FENAM adotará a **realização de boicotes ou descredenciamentos coletivos** como estratégia para pressionar as operadoras de planos de saúde a adotar os valores de procedimentos médicos por eles fixados. Em algumas localidades, como em Indaiatuba-SP, o descredenciamento de operadoras de planos de saúde já vem ocorrendo. Vejamos o quadro até o momento identificado pela SDE nos mais diversos Estados da Federação:

<b>Abrangência Geográfica</b>	<b>Manifestação no sentido de boicotar as operadoras de planos de saúde que não aceitarem os valores de consultas e procedimentos médicos definidos</b>
Nacional	“O presidente da Fenam e do Simesp lembrou que o movimento sindical médico ‘é negociador por excelência’, mas alertou que <i>se não houver negociação as</i>

<sup>21</sup>Fonte: [http://www.cremern.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=21637:entidades-nacionais-divulgam-carta-aberta-aos-medicos-e-a-populacao-brasileira&catid=3:portal](http://www.cremern.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21637:entidades-nacionais-divulgam-carta-aberta-aos-medicos-e-a-populacao-brasileira&catid=3:portal). Data de acesso: 28 de abril de 2011

<sup>22</sup> Fonte: [http://www.amb.org.br/teste/index.php?acao=mostra\\_noticia&id=6935](http://www.amb.org.br/teste/index.php?acao=mostra_noticia&id=6935). Data de acesso: 28 de abril de 2011

<sup>23</sup> Fonte: <http://www.cremers.org.br/index.php?indice=58&idartigo=31>. Data de acesso: 28 de abril de 2011

<sup>24</sup> [http://www.crmpr.org.br/lista\\_ver\\_noticia.php?id=4414](http://www.crmpr.org.br/lista_ver_noticia.php?id=4414). Data de acesso: 28 de abril de 2011

<sup>25</sup> Fonte: <http://www.simero.com.br/site/2011/03/01/paralisacao-do-dia-7-de-abril/>. Data de acesso: 28 de abril de 2011.

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

	<p><i>instituições poderão programar paralisações mais longas ou adotar várias outras medidas como ações junto ao judiciário (para cumprimento dos contratos), órgãos fiscalizadores, Ministério do Trabalho, Ministério Público Federal e Estaduais, descredenciamento setorizado ou universal dos médicos de alguns ou de todos os planos de saúde, além de outras alternativas que serão discutidas durante reunião de avaliação do movimento em Brasília”</i> notícia publicada na página eletrônica da FENAM (grifo nosso)<sup>26</sup>.</p> <p><b>“Aloísio Miranda:</b> <i>Muito bem, então nós vamos até o fim de abril, começo de maio nos reunir nacionalmente para deliberar os próximos passos que poderão ser desde o descredenciamento dos médicos até denúncia mais contundente, sim, daquelas operadoras que não estão negociando com os médicos.”</i> Manifestação do Vice Presidente do CFM em entrevista a repórter do Saúde TV<sup>27</sup>.</p>
São Paulo	<p><i>“o movimento espera, nos próximos dois meses, convocar reuniões específicas com cada operadora. Se não houver acordo, as entidades médicas pretendem tomar atitudes como (...) mobilizar os médicos para o descredenciamento”</i>. Notícia publicada na página eletrônica do CREMESP<sup>28</sup>.</p> <p><i>“Informamos que a Amil continua paralisada por tempo indeterminado, e a Medial se propôs a manter os acordos firmados com a classe, de consultas R\$ 46,00 e CH 0,41 para procedimentos. Caso algum colega não esteja recebendo esses valores, favor entrar em contato com a APM Indaiatuba. Continuam paralisados: Amil, Abrasf, Assimédica, B. Portuguesa, Coopi, Coopus, Coperbrás, Golden Crosso, HPS Intermédica, Máster Saúde, Nipomed, Notre Dame, Skill Omint.”</i>. Informação referente a deliberações da Assembléia da Associação Paulista de Medicina, fl. 03 do Procedimento Administrativo nº 08012.002866/2011-99.</p>
Espírito Santo	<p><i>“Descredenciamento em massa de Planos e Seguros de Saúde: Usuários de planos e seguros de saúde correm o risco de ficar sem atendimento médico por um tempo indeterminado porque as empresas de planos e seguros de saúde se negam a reajustar consultas e procedimentos em percentuais compatíveis com a inflação, além de interferirem diretamente no exercício da Medicina”</i>. Carta informativa aos médicos, publicada no sítio eletrônico do CRM-ES<sup>29</sup>.</p>
Minas Gerais	<p><i>“Após sucesso de paralisação, momento é de negociação firme: (...) Em abril e maio ocorrerão negociações com as operadoras. Em seguida deverão ser convocadas assembléias dos médicos para avaliar as respostas das empresas. Caso não ocorra uma evolução satisfatória, poderão ser deflagradas novas iniciativas regionais aprovadas em assembléias, além daquelas já definidas pelo movimento nacional”</i>. Notícia publicada na página eletrônica do CRM-MG<sup>30</sup>.</p>
Paraná	<p><i>“Paraná – (...)Pela manhã, na sede a Associação Médica do Paraná, os médicos participaram de plenárias para discutir, entre outros assuntos, um possível descredenciamento individual de cada profissional se não houver contrapartida</i></p>

<sup>26</sup> Fonte: <http://portal.fenam2.org.br/portal/showData/393263>. Data de acesso: 28 de abril de 2011

<sup>27</sup> Entrevista disponível on line em: <http://www.saudebusinessweb.com.br/webcasts/index.asp?video=2003>. Data de acesso: 20 de abril de 2011.

<sup>28</sup> Fonte: <http://www.cremesp.org.br/index.php?siteAcao=Noticias&id=2114>. Data de acesso: 28 de abril de 2011

<sup>29</sup> Fonte: [crm-es.org.br/.../CARTA\\_ENTIDADES%20EDICAS\\_PARALISACAO\\_PUBLICACAO.doc](http://crm-es.org.br/.../CARTA_ENTIDADES%20EDICAS_PARALISACAO_PUBLICACAO.doc). Data de acesso: 28 de abril de 2011

<sup>30</sup> Fonte: <http://www.crmmg.org.br/interna.php?n1=13&n2=28&n3=200&pagina=201&noticia=2255>. Data de acesso: 28 de abril de 2011

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

---

	<i>das operadoras dos planos de saúde</i> ". Notícia " <i>Planos de saúde: suspensão do atendimento é sucesso em todo o país</i> " publicada na página eletrônica da FENAM <sup>31</sup> .
Pernambuco	<i>"Pernambuco – (...) a paralisação nacional foi estrategicamente marcada para hoje, (...) com o objetivo de alertar às operadoras dos planos de saúde e à população sobre os baixos honorários médicos praticados, o que poderá ocasionar um movimento de descredenciamento em massa"</i> . Notícia " <i>Planos de saúde: suspensão do atendimento é sucesso em todo o país</i> " publicada na página eletrônica da FENAM <sup>32</sup> .

46. A possibilidade de dano à concorrência do movimento nacional dos médicos é agravada devido ao fato de que o CFM e os Conselhos Regionais de Medicina (CRMs)<sup>33</sup> a ele subordinados podem, sob alegada caracterização de infração ético-disciplinar, punir aqueles médicos que se neguem a cumprir as decisões de observar os valores mínimos determinados ou de paralisar o atendimento às operadoras que não remunerem de acordo com o quanto fixado pelas entidades médicas.

47. Isso porque, os artigos 18, 48, 49 e o inciso XV dos Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica podem ser utilizados pelos CRMs, sob a orientação do CFM, como subsídio normativo para a instauração de processos administrativos contra médicos que decidem não participar de movimentos para negociações de melhor remuneração, ou dos boicotes organizados pelas entidades médicas às operadoras de planos de saúde. Assim dispõem os referidos dispositivos:

*Princípios Fundamentais (Capítulo I)*

*XV - O médico será solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração digna e justa, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico-científico.*

**Art. 18.** *Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.*

**Art. 48.** *Assumir emprego, cargo ou função para suceder médico demitido ou afastado em represália à atitude de defesa de movimentos legítimos da categoria ou da aplicação deste Código.*

---

<sup>31</sup> Fonte: <http://ptl.fenam2.org.br/portal/showData/393263>. Data de acesso: 28 de abril de 2011

<sup>32</sup> Fonte: <http://ptl.fenam2.org.br/portal/showData/393263>. Data de acesso: 28 de abril de 2011

<sup>33</sup> Segundo o Artigo 2º do Código de Processo Ético-Disciplinar, aprovado em 14 de julho de 2010 pela Resolução do CFM nº 1.953/2010, a competência para apreciar e julgar infrações éticas é atribuição do Conselho Regional de Medicina em que o médico estiver inscrito, ao tempo do fato punível ou de sua ocorrência. Já a apreciação e o julgamento de infrações éticas de Conselheiros obedecerá às seguintes regras: I - a sindicância realizar-se-á pelo Conselho Regional de Medicina onde o fato ocorreu; II - decidida a instauração de Processo Ético-Profissional a instrução ocorrerá no Conselho Regional de Medicina, remetendo ao Conselho Federal de Medicina para desaforamento do julgamento. Os Artigos 50 e 52 destacam ainda que cabe recurso e revisão pelo Conselho Federal de Medicina das decisões proferidas no bojo de Processos Éticos Disciplinares tramitados nos Conselhos Regionais.



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

---

*Art. 49. Assumir condutas contrárias a movimentos legítimos da categoria médica com a finalidade de obter vantagens.*

48. De fato, observa-se que alguns dos comunicados encaminhados pelas entidades médicas denotam que os médicos são impelidos a participar da mobilização por elas coordenada com o intuito de boicotar operadoras de planos de saúde ou adotar os valores definidos pelo movimento nacional, sob pena de encaminhamento de denúncias ao CRM do Estado. Nesse sentido, é possível citar as seguintes notícias:

<b>Abrangência Geográfica</b>	<b>Manifestação no sentido de punir médicos que não aderirem o movimento</b>
<b>São Paulo</b>	<p><i>“PARALISAÇÃO DIA 07/04: Em conformidade com o movimento nacional pela valorização do trabalho médico, seguindo orientações da AMB, CFM e Fenam, ficou decidido que no dia 07/04/11 não haverá atendimento para os planos de saúde (TODOS). <b>LEMBRAMOS A TODOS QUE A ASSEMBLÉIA É SOBERANA E O SEU NÃO CUMPRIMENTO É PASSÍVEL DE INFRAÇÃO ÉTICA E ENCAMINHAMENTO AO CREMESP.</b>”</i> Informação referente a deliberações da Assembléia da Associação Paulista de Medicina, fl. 13 do Procedimento Administrativo nº 08012.002866/2011-99 (negrito nosso).</p>
<b>Goiás</b>	<p><i>“Lembrando que o SIMEGO alerta que o não acatamento das decisões da AGE poderão incorrer em denúncias do Conselho Regional de Medicina, como ficou estabelecido pela própria AGE, de acordo com o Artigo 49 do código de Ética Médica que diz que é vedado ao Médico: Assumir condutas contrárias a movimentos legítimos da categoria médica com a finalidade de obter vantagens”.</i> Notícia “Seis especialidades médicas paralisam atendimento pelo IPASGO”, publicada na página eletrônica do SIMEGO<sup>34</sup>.</p> <p><i>“Lembrando que o SIMEGO alerta que o não acatamento das decisões da AGE poderão incorrer em denúncias no Conselho Regional de Medicina como ficou estabelecido pela própria AGE, de acordo com o Artigo 49 do código de Ética Médica que diz que é vedado ao médico: "Assumir condutas contrárias a movimentos legítimos da categoria médica com a finalidade de obter vantagens". Em AGE os médicos decidiram que o SIMEGO oferecerá denúncia no Conselho Regional de Medicina em desfavor daqueles que não seguirem o movimento.”</i> Notícia “SIMEGO Convoca Agep com cirurgiões Gerais e do Aparelho Digestivo que Atuam Junto ao Ipasgo”, publicada na página eletrônica do SIMEGO<sup>35</sup>.</p>

49. Dessa forma, existem indícios que denotam que os médicos são proibidos de atender as empresas de assistência à saúde que não adotem os valores definidos pelas entidades médicas, sob pena de sofrer processo disciplinar, fato que aponta no sentido de que os valores definidos por estas últimas são de adoção obrigatória por toda a classe médica. Assim, mesmo

---

<sup>34</sup> Fonte: <http://www.simego.com.br/simego-99.asp?ID=1802>. Data de acesso: 28 de abril de 2011.

<sup>35</sup> Fonte: <http://www.simego.com.br/simego-99.asp?id=1772>. Data de acesso: 28 de abril de 2011.

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

---

aqueles médicos que não tenham interesse em aderir o movimento orquestrado pelo CFM, pela AMB e pela FENAM se vêm impelidos a fazê-lo, em vista da ameaça de sanções ético-disciplinares.

50. Torna-se ainda mais grave a situação de alguns Estados quando se observa que alguns Conselhos Regionais de Medicina adotaram resoluções que reforçam a possibilidade de médicos serem punidos caso não participem do movimento. Nesse passo, foi possível identificar, até o momento, os seguintes textos normativos internos:

<b>Estados</b>	<b>Determinações das Resoluções</b>
Pernambuco	<p>Resolução CREMEPE nº 04/2011 – “(...) <i>Considerando que a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), (sic) é referência ética de valor econômico dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar;</i> <i>Considerando que cabe à Comissão Estadual de Honorários Médicos (CEHM) realizar as negociações, de forma coletiva, (...) dos valores dos serviços prestados pelos médicos no Estado de Pernambuco aos beneficiários das empresas de planos e seguros de saúde (...);</i> <b>RESOLVE: (...)</b> <i>Art. 4º Os valores dos honorários médicos pelos serviços prestados aos pacientes internados que forem negociados coletivamente pela Comissão Estadual de Honorários Médicos (CEHM), deverão ser respeitados, não podendo haver discriminação e diferenciação de valores dos honorários para os atos médicos praticados em pacientes internados em enfermarias e acomodações individuais;</i> <i>Art. 5º É assegurada ao médico a liberdade de cobrança de honorários aos pacientes vinculados a convênios que não aceitem pagar ou rejeitem a realização dos procedimentos indicados pelo profissional médico assistente, cujo parâmetro de valores para os procedimentos deverá ser o estabelecido coletivamente pela CEHM.</i> <i>Art. 6º O único instrumento de referência a ser utilizado nos acordos será a (...) CBHPM, a ser consolidada pela Comissão Estadual de Honorários Médicos (CEHM).</i> <i>Art 7º Os estabelecimentos de saúde, (sic) que descumprirem a presente Resolução, deverão ser denunciados pelo diretor técnico dos mesmos ao CREMEPE, para as providências cabíveis.<sup>36</sup></i></p>
Espírito Santo	<p>Resolução nº 237/2011<sup>37</sup> - “<i>No entanto, a necessidade de se estabelecer um valor mínimo para a consulta médica, com o CRM orientando a categoria sobre o assunto, levou a Diretoria do CRM-ES a aprovar, na sessão plenária do dia 5 de abril, a Resolução nº 237/2011, que estabelece o valor mínimo de R\$ 80,00 para a consulta médica. Esse valor deverá ser cobrado nos contratos de prestação de serviços entre médicos e planos de saúde. A Resolução irá para publicação no Diário Oficial do Espírito Santo na próxima semana, entrando em vigor 90 dias após sua publicação.</i>” Informe publicado na página eletrônica do Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo<sup>38</sup>.</p>
Brasília	<p>Resolução CRM/DF nº 317/2010 – “<b>RESOLVE:</b> <i>Art. 2º A responsabilidade em negociar valores dos serviços prestados pelos médicos do Distrito Federal aos beneficiários das empresas de seguro de saúde, de medicina de grupo, cooperativas de trabalho médico,</i></p>

<sup>36</sup> Fonte: <http://www.cremepe.org.br/resolucoes.php>. Data de acesso: 28 de abril de 2011

<sup>37</sup> O CRM-ES não disponibiliza a íntegra dessa Resolução em sua página eletrônica.

<sup>38</sup> Fonte: <http://crm-es.org.br/conteudo.php?incConteudo=verTodas2&target=310>. Data de acesso: 28 de abril de 2011

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

---

	<p><i>empresas de autogestão é das instituições representativas que detêm estrutura operacional e técnica (...);</i></p> <p><i>Art. 3º. As representatividades médicas, responsáveis pelas negociações dos honorários médicos junto aos planos de saúde no Distrito Federal, deverão negociar os valores dos honorários médicos, de paciente internados, independente da acomodação, obedecendo sempre os critérios praticados para os pacientes praticados para os pacientes acomodados em acomodações individuais (...);</i></p> <p><i>Art. 5º. As representatividades médicas, responsáveis pelas negociações dos honorários médicos junto aos planos de saúde no Distrito Federal, deverão implantar a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM atualizada de forma que valorize o procedimento médico hoje praticado, aplicando, para tanto, as bandas positivas necessárias, permitindo as condições mínimas de trabalho ao profissional médico e retorno financeiro adequado (art. 1º da Resolução CFM 1673/2003)</i></p> <p><i>Art. 6º. Os estabelecimentos de saúde que descumprirem a presente Resolução poderão ter seus registros cancelados no Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal conforme resolução CFM N.º 1642/2002 (...)”<sup>39</sup></i></p>
--	---

51. Às empresas operadoras de planos de saúde que ora estão sendo boicotadas e às demais que poderão sê-lo, não resta alternativa senão aceitar as condições uniformemente impostas pela classe médica, sob pena de inadmissível desassistência a seus beneficiários, a implicar sanções sob o ponto de vista da defesa do consumidor e da regulação.

52. Sabe-se que os honorários médicos compõem parcela significativa dos custos das operadoras dos planos de saúde. A adoção de conduta uniforme imposta por entidades de classe nacionais, pressionando as operadoras a aceitarem os valores por elas fixados, pode provocar o aumento dos custos das operadoras, os quais serão, em última análise, certamente repassados aos consumidores finais.

53. Ainda mais grave é a circunstância já identificada em algumas Unidades da Federação, a exemplo do Distrito Federal, onde, em que pese o consumidor seja beneficiário de um plano de saúde, é compelido por seu médico a pagar um valor adicional pré-determinado pelas entidades médicas como contraprestação suplementar às consultas médicas. Observe-se o teor da notícia publicada no periódico de maior circulação no Distrito Federal em 19 de abril de 2011:

*“Sob o fogo cruzado de médicos e operadoras de planos de saúde, os usuários que buscaram atendimento ontem em Brasília, mesmo com suas mensalidades em dia, foram surpreendidos com a cobrança de uma taxa de R\$ 60 por consulta. O ônus é mais um capítulo da briga dos médicos contra as operadoras por um reajuste de seus honorários – eles não concordam com o valor médio de R\$ 30 pago pelos convênios. O pretexto alegado foi o da entrada em vigor de uma resolução do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (CRM-DF), que estabelece mudanças na forma como as empresas remuneram os profissionais. Em protesto por um reajuste no valor das consultas, médicos de todo o país fizeram paralisação no último dia 7.*

---

<sup>39</sup> Fonte: <http://www.crmdf.org.br/index.asp?opcao=resolucoes>. Data de acesso: 28 de abril de 2011.

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

---

*O CRM-DF argumentou que seis planos não se adaptaram à medida, levando seus afiliados a se recusarem a prestar atendimento aos clientes dos convênios Amil/Medial, Bradesco, Sul América, Goldem Cross, Bradesco Saúde, Assefaz e AGF que não aceitassem pagar a taxa extra. As operadoras, por sua vez, desaprovaram a decisão, que, segundo elas, foi praticada de forma unilateral pelos médicos”*

54. Tal quadro denota não apenas um descumprimento contratual das operadoras de planos de saúde<sup>40</sup> – obrigadas por lei e por contrato a disponibilizar rede de prestadores a seus beneficiários – como um ilícito sob o ponto de vista da concorrência, na medida em que diversos agentes econômicos, por determinação das entidades médicas, cobram preços iguais, fazendo cair por terra um dos pilares da ordem econômica, qual seja, a existência de um ambiente concorrencialmente livre para a determinação dos preços.

55. O embate entre prestadores e operadoras tem sido acompanhado pelas autoridades de defesa da concorrência, que são recorrentemente chamadas a se manifestar sobre a adoção de tabelas de honorários no setor de saúde, bem como sobre a composição entre os pares para a negociação de valores e o potencial prejuízo à concorrência decorrente de supostas práticas colusivas. Ao longo da evolução do setor, médicos e operadoras de saúde tem travado intensos conflitos distributivos. Enquanto as últimas argumentam que o crescimento exponencial dos custos associados ao tratamento médico impacta a administração de planos de saúde<sup>41</sup>, os primeiros consideram que os reajustes dos valores dos procedimentos médicos são inferiores aos

---

<sup>40</sup> Tendo em vista os reflexos inerentes à defesa do consumidor observados nos fatos que figuram como objeto do presente Procedimento Administrativo, uma cópia integral do feito foi encaminhada ao Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor em 05 de maio de 2011, para providências cabíveis.

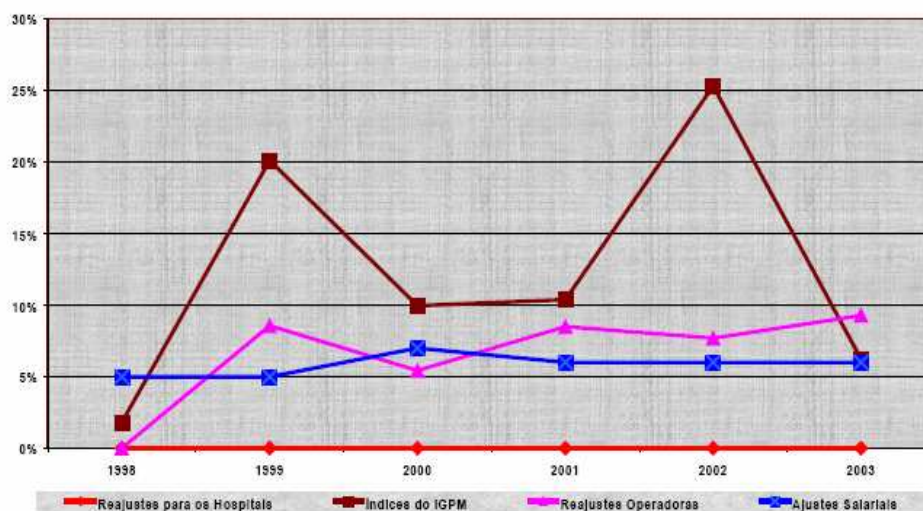
<sup>41</sup> Acerca da elevação dos custos das operadoras, e de seus reflexos sobre a relação entre estas e os prestadores de serviços, anotou Alceu Alves da Silva, professor do Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde de Porto Alegre-RS, e ex-chefe de gabinete do Ministro de Estado da Saúde, em seu trabalho intitulado “Relação entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços – Um Novo Relacionamento Estratégico” (2003) - estudo técnico realizado com a finalidade de contribuir para as discussões temáticas do Fórum de Saúde Suplementar, promovido pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS: “O mergulho das Operadoras de Planos de Saúde nos Prestadores de Serviços encontrou um campo fértil e efetivo para redução de custos. Passou a ser a vertente essencial de um novo e conflituado relacionamento. As Operadoras, através da análise das contas de seus usuários sabiam que havia espaços importantes de melhorias na gestão de recursos, na correção de muitas distorções praticadas pelos Prestadores de Serviços, algumas de extrema gravidade do ponto de vista ético, moral e econômico. Igualmente, sabiam que havia oportunidades de construir parcerias, quase sempre demoradas e com resultados a médio e longo prazo. Mas a intervenção necessitava ser rápida e de resultados no curtíssimo prazo. Assim, a estratégia escolhida foi a de exercer a força conferida pela capacidade de gerar demanda, de agregar massa e de utilizar o alto e crescente grau de dependência dos Prestadores de Serviços, já que o setor público continuou sua eterna crise político-econômica e os pacientes privados tornaram-se uma população cada vez mais reduzida. As imposições passaram a ser a tônica das negociações. Nem mesmo os grandes hospitais foram poupados, apesar de que a visibilidade de mercado e o poder que conferem às vendas das Operadoras, atenuaram os impactos. As Operadoras centraram suas investidas sob o manto da elevação dos custos na área da saúde – críticas contundentes ao sistema “fee for service”, à livre introdução de novas tecnologias, ao uso indiscriminado e abusivo da tecnologia de ponta e aos tratamentos de alto custo. O livre acesso aos consultórios médicos, as indicações pouco criteriosas de serviços de diagnóstico e tratamento e as graves distorções comerciais, também foram incluídas no rol dos exemplos que as operadoras fizeram brotar, mostrando toda a sorte situações que enfraqueceram as posições dos prestadores de serviços. A partir desse cenário, as Operadoras passaram a exercer uma forte pressão junto aos prestadores, elegendo os seus alvos preferidos.”

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

---

reajustes obtidos pelas operadoras junto à ANS, e inferiores à inflação acumulada do período<sup>42</sup>-<sup>43</sup>. Outros fatores destacados pelos prestadores de serviços são: pressões dos planos de saúde sobre os médicos para que estes adotem procedimentos de redução dos exames e custos de internação - sob pena de descredenciamento; o não reajuste dos honorários médicos; o uso indiscriminado de glosa<sup>44</sup>; a inadimplência, a dilatação dos prazos de pagamento, a deterioração da qualidade dos planos de saúde; pouca demanda particular<sup>45</sup> e necessidade de assegurar a dignidade e o respeito ao profissional de saúde. O gráfico abaixo mostra a comparação entre o índice de inflação no período de 1998 a 2003, os reajustes das mensalidades das operadoras, e os obtidos pelos prestadores – médicos e hospitais.

**ÍNDICES COMPARATIVOS**



Fonte: SINDHERJ

---

<sup>42</sup> Disponível em: <[http://www.cns.org.br/links/menup/noticiadosetor/clipping/2007/05/clipping\\_1805.htm](http://www.cns.org.br/links/menup/noticiadosetor/clipping/2007/05/clipping_1805.htm)>. Acesso em: 17 de março de 2010.

<sup>43</sup> Em 30 de julho de 2007, em razão de algumas operadoras obterem reajustes aprovados pela ANS, mais uma vez a discussão se apresentou porque os percentuais permitidos ficaram muito acima da variação do Índice de Preços ao Consumidor-Amplio (IPCA). Enquanto o IPCA acumulado (maio/2006 entre maio/2007) era de 2,48%, as operadoras receberam autorizações de reajuste entre 6,64% e 9,94%. <http://www.idec.org.br/emacao.asp?id=1338>

<sup>44</sup> Recurso utilizado para impugnação parcial ou total de itens de serviços e, ou, de valores cobrados, relativos à prestação da assistência à clientela do plano de saúde, isto é, trata-se do cancelamento ou recusa, total ou parcial, por parte das operadoras, de uma conta apresentada por um prestador de serviço.

<sup>45</sup> Acerca da redução dos atendimentos particulares e da dependência dos médicos quanto aos atendimentos prestados às operadoras de planos de saúde, apontou Silva (2003): “Os Prestadores de Serviços, inclusive os Médicos, por sua vez, atendidos nos seus interesses mais imediatos, notadamente pela progressiva escassez dos pacientes privados e pela crescente deterioração do relacionamento com a área pública (defasagem acentuada e crescente de preços, glosas, atrasos nos pagamentos, tetos físicos e financeiros incompatíveis com o volume dos serviços prestados, entre outros), não relutaram em compor uma associação forte e firme com as operadoras de planos de saúde. Já em 1995 os médicos registravam uma enorme dependência das Operadoras de Planos de Saúde. Foi o que revelou a pesquisa desenvolvida pela Escola Nacional de Saúde Pública (Machado,1995) apontando que 75 % a 90 % dos médicos declararam depender diretamente dos convênios para manter suas atividades em consultório.” (Grifos nossos).

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

---

56. A circunstância é agravada pelo fato de que, no setor de saúde suplementar, usualmente há assimetria entre as estruturas de oferta de mão de obra nos serviços de saúde (pulverizada)<sup>46</sup> e demanda de serviços médicos (relativamente concentrada, caracterizada pela existência de oligopsônio), em um contexto em que o mercado é regulado em alguns de seus elos. No lado da oferta (prestadores), a regulação ocorre com o objetivo de manter qualidade mínima no produto ofertado, via de regra, através de normas legais apostas pelos conselhos profissionais e por quesitos normativos e obrigações junto a órgãos de fiscalização sanitária. No lado da demanda (operadoras), as instituições são reguladas por um único agente público com os objetivos de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde - notadamente no que se refere ao desenvolvimento das ações assistenciais de saúde no país, tais como, critérios de atenção integral à saúde e modelos de atenção - e de regular as operadoras setoriais quanto às suas relações com consumidores, especialmente nas cláusulas contratuais de reajuste, cobertura e carência (regras financeiras e assistenciais).

57. O Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência, historicamente, tem sido incisivo ao condenar entidades associativas das categorias de prestadores de serviços médicos pela adoção de valores de honorários médicos, em geral, na forma de Tabelas. Decisão do Egrégio Conselho Administrativo de Defesa Econômica – CADE, proferida no Processo Administrativo nº 08000.007201/97-09 na qual se apurou a imposição da tabela de honorários médicos, denominada Lista de Procedimentos Médicos, por parte da AMB, condenou tal prática, haja vista a caracterização da conduta como infringente à ordem econômica, nos termos da Lei nº 8.884/94.

58. O Conselheiro Thompson Andrade, relator do supracitado processo, assim expôs, *in verbis*:

“REICINDÊNCIA

*Em 14 de fevereiro de 1996, o plenário do CADE julgou procedente denúncia da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização contra a Associação Médica Brasileira - AMB, ora Representado, à qual foi imputada a prática de **influenciar a uniformização de conduta entre concorrentes, através da elaboração, divulgação e recomendação de tabelas de honorários médicos, utilizadas em âmbito nacional por médicos, hospitais e serviços ambulatoriais** (decisão publicada pelo Diário Oficial de 22 de fevereiro de 1996).*

*Todavia, conforme mencionado anteriormente, outras listas de valores referenciais para cobrança de honorários médicos foram editadas pela Representado, uma em junho de 1996 (apenas quatro meses após a decisão do Conselho) e outra em janeiro de 1999.”*

59. O julgamento do caso acima referido se consolidou na seguinte ementa, *in verbis*:

*“EMENTA: Processo Administrativo. Denúncia de prática de cartelização na prestação de serviços médicos promovida pela Associação Médica Brasileira – AMB. Infração prevista no artigo 20, IV c/c artigo 21, II da Lei 8.884/94. Conduta*

---

<sup>46</sup> A Organização Mundial de Saúde recomenda uma relação de 1 médico para cada 1.000 habitantes. No Brasil já a relação, em 2003, era de 1 para cada 606 habitantes. No Estado de São Paulo, a relação é de 1 médico para cada 443 habitantes. Na capital, a relação é de 1 médico para 264 habitantes. Em 2003, havia 117 faculdades de medicina que entregavam, anualmente, cerca de 11.000 novos médicos no mercado (Silva, 2003).

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

---

*configurada e comprovada. Reincidência. Reafirmação da jurisprudência já assentada no CADE. Cessação das práticas. Aplicação de multa.*

60. E mais, o ex-Conselheiro Ruy Santacruz, relator do Processo Administrativo nº 08000.011520/94-40, em face da conduta atribuída à Sociedade de Medicina de Alagoas e outros, assim se manifestou, *in verbis*:

“Jurisprudência do Cade em casos similares

*Este constitui-se em mais um caso remanescente de uma sucessão de denúncias de imposição de tabelas de preços por entidades representativas do setor de saúde ocorridas nos anos de 1992/94. As reiteradas decisões desta casa relativas ao tema revelam uma regularidade no tratamento de denúncias de orientação de preços por entidades médicas.*

*A despeito das características particulares de cada julgado, é patente a uniformidade das decisões e a clareza da jurisprudência firmada no Cade, na condenação de tabelas de preços elaboradas e divulgadas por sindicatos, associações ou Conselhos do setor de serviços de saúde. Segue um breve exame desta jurisprudência.*

*Em 31 de junho de 1993, o plenário do Cade, pela unanimidade dos seus membros, decidiu pela procedência da representação feita pelo Ministério Público do Estado de Sergipe contra a Associação dos Hospitais de Sergipe (PA nº 53/92), acusada de elaborar tabela de preços de serviços hospitalares induzindo seus associados à adoção de conduta comercial uniforme. O relator do processo, o ilustre Conselheiro Carlos Eduardo Vieira de Carvalho, argumentou no seu voto que:*

*A questão que se coloca de plano é que a adoção dessas tabelas é, em princípio, prejudicial à concorrência, porquanto elimina os mecanismos normais de formação de preços no mercado, de acordo com as regras da oferta e da procura.*

*Em 14 de fevereiro de 1996, o plenário julgou procedente denúncia da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização contra a Associação Médica Brasileira – AMB, à qual foi imputada a prática de influenciar a uniformização de conduta entre concorrentes, através da elaboração, divulgação e recomendação de tabelas de honorários médicos, utilizadas em âmbito nacional por médicos, hospitais, e serviços ambulatoriais (PA nº 61/92).*

*A relatora do processo, Conselheira Neide Terezinha Mallard, analisando a defesa da Representado (AMB) de que ‘nunca pretendeu impor os honorários mínimos’, sustenta que:*

*Não se requer seja impositiva a tabela. A conduta se materializa na medida em que, utilizando-se de sua indiscutível aptidão para influenciar seus filiados, elabora tabela, divulgando-a e até recomendando-a, com o declarado objetivo de proteger a categoria dos médicos.*

*Esclarece a Conselheira-Relatora que:*

*1. Os argumentos da AMB não são de natureza concorrencial, e sim corporativistas. Insiste a Associação em sua prerrogativa de proteger a classe médica, afirmando que sua atuação não está sujeita à legislação de defesa da concorrência. Não tem, porém, autorização legal para disciplinar a formação de preços no mercado de prestação de serviços médicos.”*

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

---

61. Posicionamento convergente é apresentado pela jurisprudência internacional, que considera os acordos para estabelecimento de preços uniformes, ainda que determine valores considerados “razoáveis”, eficazes meios de eliminação da concorrência.

*“O objetivo e resultado dos acordos para estabelecimentos de preços, se eficazes, é a eliminação da concorrência. O poder de impor preços, exercido razoavelmente ou não, envolve poder de controlar mercado e fixar preços arbitrários e excessivos. Os preços razoáveis fixados hoje podem, através de alterações do panorama econômico e dos negócios, tornar-se os preços excessivos de amanhã. Uma vez estabelecidos, podem manter-se inalterados devido a ausência de concorrência efetiva assegurada pelo estabelecimento de acordo para fixação de preços”.*<sup>47</sup>

62. No contexto fático delineado, para se determinar a profundidade do impacto da prática deflagrada, há que se analisar a dinâmica de negociação peculiar deste mercado, visto que esta se dá entre entidades representantes da categoria médica e operadoras de planos de saúde, entes com considerável poder de barganha, individualmente ou muitas vezes também agremiadas. Vale dizer, também pelo lado das operadoras de planos de saúde, não raro se constata que as negociações são conduzidas por entidades que as representam, como o Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo - SINAMGE, a Associação Brasileira de Empresa de Medicina de Grupo - ABRAMGE, além das já mencionadas UNIDAS e FENASAÚDE.<sup>48</sup>

63. É de se destacar, aliás, que mesmo o uso de tabelas de preços pelas operadoras de planos de saúde já foi condenado pelo CADE. A própria UNIDAS, antigamente denominada Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde, CIEFAS, já foi mais de uma vez condenada pelo Conselho por negociar em nome de suas filiadas e estabelecer tabelas de preços que são por elas adotadas. Tem-se relato até mesmo da utilização pelas operadoras das tabelas de preços cujo uso tradicionalmente se atribui aos prestadores, como a antiga “tabela AMB”, vejamos<sup>49</sup>:

*“Mas, salvo raríssimas situações, em geral os argumentos da qualidade são conceituais, alinhando princípios institucionais no discurso da negociação e servindo de retórica. No final tudo, é decidido com base na tabela de preços padrão utilizada pela Operadora, preferencialmente escolhida entre duas, uma mais antiga, de 1990 – com treze anos de defasagem - e outra, mais moderna, de 1992 – com onze anos de defasagem. O CH , Coeficiente de Honorários, também é utilizado como referência para reajustes de preços. Na maioria dos relacionamentos comerciais com as Operadoras de Planos de Saúde não há diferenciais por sucesso dos serviços, tanto nos aspectos de qualidade, custos e de satisfação de clientes, em planos coletivos ou individuais. Essa forma de proceder nivela a tecnologia atualizada com a ultrapassada, a qualidade médico-assistencial*

---

<sup>47</sup> United States v. Trenton Potteries Co., 273 U.S. 392, 398, In Us Supreme Court Arizona V. Maricopa County Medical Society, 457 U.S 332. Tradução livre de: “*The aim and result of every price-fixing agreement, if effective, is the elimination of one form of competition. The power to fix prices, whether reasonably exercised or not, involves power to control the market and to fix arbitrary and unreasonable prices. The reasonable price fixed today may through economic and business changes become the unreasonable price of tomorrow. Once established, it may be maintained unchanged because of the absence of competition secured by the agreement for a price reasonable when fixed*”.

<sup>48</sup> Vide PA 08000.020425/96-71, julgado em 2000, e PA 08012.001098/2001-84, julgado em 2005. O CIEFAS é Representante recorrente no SBDC, apresentando reiteradas denúncias de adoção de tabelas de preços por prestadores.

<sup>49</sup> Silva (2003).



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

---

*comprovada com a aquela que não é mensurada, a utilização racional dos recursos com o uso abusivo, o custo final ajustado com o a liberdade de gerar custos adicionais.*

*Na relação imposta pelas operadoras a visão é de “commodities”. O problema maior não é o valor dado aos aspectos econômicos e sim o pouco caso que é destinado à avaliação da qualidade médico-assistencial, da satisfação dos clientes e dos diferenciais de desempenho dos prestadores de serviços. Entretanto, quando os usuários necessitam dos serviços junto aos prestadores, a sua visão é completamente diferente da relação estabelecida pela sua Operadora. Agora a relação desejada é personalizada, a busca é essencialmente pela qualidade da assistência prestada.” (Grifos nossos).*

64. No cenário aqui retratado, o desentendimento quanto aos preços dos honorários entre médicos e operadoras de planos de saúde deve ser considerado no intuito de ponderar eventuais *efeitos compensatórios* decorrentes de negociações coletivas que provavelmente ocorrem neste mercado relevante.

65. Além disso, verifica-se que têm sido recorrentes nesta SDE o ingresso de representações de operadoras de planos de saúde ou entidades que congregam operadoras, em âmbitos regionais, denunciando retaliações ou boicotes de entidades médicas exatamente pela recusa daquelas em aceitarem os valores por elas fixados. Dessa forma, todas essas circunstâncias devem ser sopesadas e detalhadamente examinadas, para que se possa definitivamente esclarecer a dinâmica de negociação do setor, a real propensão da conduta em análise à geração de efeitos anticompetitivos e o efetivo papel que podem as autoridades de defesa da concorrência desempenhar para que a solução do conflito não se apresente como um arbitramento de margens na relação operadora-prestador, mas como real interferência em prol do mercado e dos consumidores.

66. É preciso ponderar, por outra borda, o fato de o movimento ora examinado ser liderado por entidades nacionais, das quais o médico não pode dispor quando de sua atuação profissional, o que, inquestionavelmente, confere mais força à conduta, invertendo, quiçá, o tradicional poder de barganha das operadoras de planos de saúde. Evidentemente, um único médico negociando com uma grande empresa, em um mercado que normalmente possui significativo número de prestadores do mesmo serviço, possui reduzido poder de barganha. A classe inteira fixando condições obrigatórias de negociação, todavia, tende a inverter tal cenário, fazendo dos planos de saúde verdadeiros reféns dos prestadores de serviços médicos.

67. É comum, por outro lado, que os médicos argumentem que tais ações são acobertadas pelas prerrogativas conferidas constitucionalmente aos sindicatos e associações, os quais estariam legitimados à busca por melhores condições de trabalho à respectiva classe profissional. Embora tal questão remonte a digressões que ultrapassam a natureza da presente Nota Técnica, é de se notar que a relação entre prestadores de serviços médicos e operadoras de planos de saúde se distancia significativamente da relação de emprego, marcada pelo traço da subordinação (art. 3º da Consolidação das Leis de Trabalho). O médico que se credencia a uma operadora de plano de saúde não se subsume aos ditames desta última em suas atividades diárias. A verdade é que os profissionais possuem inteira liberdade – tal qual é característico aos profissionais autônomos – para organizar suas agendas, sua estrutura física para atendimento e até mesmo se continuarão ou não se especializando para prestar melhores serviços a seus pacientes. Não se pode argumentar, portanto, que lhes são inerentes os direitos relativos às relações de emprego.

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

---

68. Como autônomos que são, quando os médicos se prestam ao credenciamento de operadoras de planos de saúde, ofertam um serviço em um mercado caracterizado pela ampla concorrência, o que implica dizer que tais profissionais concorrem entre si e, desta feita, devem respeitar as diretrizes de livre formação de preço. Ainda que se admita a eventual legalidade da negociação coletiva, sob o argumento do poder compensatório, **não podem as entidades de classe realizar credenciamentos coletivos de adesão obrigatória e tampouco impor valores pré-determinados de consulta a serem cobrados como suplemento à contraprestação pelo atendimento de beneficiários dos planos de saúde.**

69. As ações em referência, se tomadas em caráter nacional, tal qual vem ocorrendo, implicam em conseqüências que suplantam a esfera privada. Em verdade, se os pressupostos para o alcance de condições financeiras que proporcionem o acesso à saúde suplementar no país crescem, evidentemente, um menor número de pessoas poderão contratar planos de saúde e, conseqüentemente, passarão a demandar e sobrecarregar ainda mais o Sistema Único de Saúde. Nessa linha, o problema ora apreciado acarreta seqüelas graves em diversas esferas, e exige, portanto, uma rápida intervenção por parte das autoridades competentes com a finalidade de mitigar os possíveis e eminentes danos sociais.

### **II.3 Da necessária instauração de Processo Administrativo e da composição do pólo passivo**

70. Os fatos acima identificados apontam que, embora a denúncia anônima recebida por esta Secretaria em 16 de março de 2011 refira-se apenas e tão somente à circunstância vivenciada na cidade de Indaiatuba, em verdade, a possível conduta anticompetitiva possui abrangência nacional, a dispensar uma atuação, portanto, mais abrangente por parte desta autoridade.

71. Consoante se observou detalhadamente acima, existem indícios de que o designado “movimento pela dignidade médica” é liderado pelo Conselho Federal de Medicina, pela Associação Médica Brasileira e pela Federação Nacional dos Médicos. A conduta das referidas entidades, assim, aparentemente se perpetra em incisiva influência de conduta uniforme a toda a classe médica brasileira para que, em detrimento do bem estar do ambiente competitivo, imponha condições coletivas de negociação, as quais por vezes possuem como conseqüência o deslinde de paralisações em massa e cobrança despropositada de valores adicionais a beneficiários da assistência suplementar à saúde.

72. Isto posto, em consonância com os pressupostos previstos no artigo 32 da Lei nº 8.884/94, imperioso se faz a imediata instauração de Processo Administrativo para que se apure a existência de eventual infração contra a ordem econômica, caracterizada nos fatos minuciosamente pontuados acima e tipificadas no artigo 20, incisos I, II e IV c/c artigo 21, incisos II, IV, V e X, da Lei nº 8.884/94. Em vista do quanto pontuado acima, entende-se que deverão constar no pólo passivo o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Federação Nacional dos Médicos.

### **III. DA ADOÇÃO DE MEDIDA PREVENTIVA**

---

73. O caso ora analisado desdobra-se sobre bens jurídicos de extrema relevância no ordenamento pátrio, notadamente, a defesa da concorrência e dos consumidores. Para que os órgãos de defesa da concorrência, no entanto, atentos aos princípios da eficiência e celeridade, possam cumprir seu papel institucional, por vezes, se faz necessário a utilização de instrumentos de natureza mais incisiva na atividade de determinados e específicos agentes econômicos, tal qual o instituto da Medida Preventiva.

74. A Lei de Defesa da Concorrência prevê expressamente a possibilidade de adoção de Medida Preventiva em caso de indício ou receio de que o Representado, direta ou indiretamente, cause ou possa causar ao mercado lesão irreparável ou de difícil reparação. Vejamos o texto literal da norma:

“Art. 52. *Em qualquer fase do processo administrativo poderá o Secretário da SDE ou o Conselheiro-Relator, por iniciativa própria ou mediante provocação do Procurador-Geral do CADE, adotar medida preventiva, quando houver indício ou fundado receio de que o representado, direta ou indiretamente, cause ou possa causar ao mercado lesão irreparável ou de difícil reparação, ou torne ineficaz o resultado final do processo.*”

75. Impende analisar, desta feita, os requisitos autorizadores da adoção de intervenção do Estado nas atividades do CFM, da AMB e da FENAM, através de Medida Preventiva. Para tanto, caberá a esta Secretaria avaliar: i) a existência de indícios suficientemente fortes a respeito da caracterização da infração contra a ordem econômica (*fumus boni iuris*); e ii) a iminência de dano irreparável ou de difícil reparação ao mercado, que implique na ineficácia do Processo Administrativo caso sejam observados seus trâmites normais (*periculum in mora*).

76. No presente caso, como se demonstrará, estão presentes, de forma patente, ambos os requisitos legalmente exigidos para a aplicação de Medida Preventiva pela Secretaria de Direito Econômico.

### III.1 Do *fumus boni iuris*

77. Por *fumus boni iuris*, entende-se a aparência de que os fatos narrados subsumem-se aos dispositivos legais invocados, ou "*a plausibilidade do direito substancial invocado por quem pretenda segurança (...)*"<sup>50</sup>.

78. Especificamente no âmbito antitruste, entende-se a aparência de que as condutas investigadas estejam produzindo ou possam produzir os efeitos anticoncorrenciais vedados pela Lei nº. 8.884/94, em face do interesse da coletividade (art. 1.º, Parágrafo único).

79. Assim, o objeto da Medida Preventiva é tão somente um fato aparentemente punível. Para a Medida Preventiva, pois, é suficiente um juízo de possibilidade, visto que no

---

<sup>50</sup> THEODORO JR., Humberto, “Curso de Direito Processual Civil”, vol. II, Forense: Rio de Janeiro, 1999, 26 ed., p. 371.

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

---

curso do processo deve restar provada de forma concreta a potencialidade de ocorrência ou a ocorrência efetiva dos efeitos anticoncorrenciais provocados pelos Representados.

80. Dessa forma, o primeiro requisito legal exige a evidência de fortes indícios que apontem para a constatação de infração contra a ordem econômica. Conforme já reiteradamente asseverado nas linhas antecedentes, as entidades médicas nacionais lideram um movimento que adota medidas relacionadas à influência de conduta concertada entre os médicos para a imposição de reajustes em seus honorários em todo o Brasil, o que evidencia a atualidade e gravidade dos efeitos no mercado considerado.

81. O sucesso da paralisação do atendimento a todos beneficiários de planos de saúde, em 07 de abril de 2011, cuja adesão foi de praticamente 80% dos médicos que prestam serviços às operadoras de assistência suplementar à saúde, afetando 88% do território nacional, demonstra a grande capacidade de influência do CFM, da AMB e da FENAM, que será utilizada para diminuir a competição no mercado, acarretando inevitáveis aumentos dos valores dos procedimentos médicos e, provavelmente, também a suspensão de grande parte deles aos beneficiários de planos de saúde.

82. Ademais, o fato de as entidades médicas ameaçarem abrir processos disciplinares contra aqueles que não acatarem os valores por elas definidos ou, ainda, manterem atendimento a empresas cuja prestação do serviço tenha sido suspensa por determinação das entidades, aponta no sentido de que as decisões e os valores definidos por estas últimas **são de adoção obrigatória por toda a classe médica.**

83. Tendo em conta que, caso condenado em um processo ético-disciplinar, um médico pode, inclusive, ser descredenciado pelo Conselho de Medicina e, conseqüentemente, impedido de continuar atuando em sua profissão, o movimento implementado pelo CFM, pela AMB e pela FENAM se torna muito mais efetivo, pois mesmo que um médico prefira manter o atendimento a um dado valor combinado com a operadora, ou mesmo não cobrar um valor adicional pela consulta de paciente beneficiário de plano de saúde, poderá não fazê-lo por receio de ser julgado em um processo ético-disciplinar.

84. Na linha do quanto detalhadamente descrito no ponto II.2 acima, considerando notadamente o conteúdo das Resoluções do CRM-DF, do CREMEPE, do CRM-ES, das Atas de Assembléia de entidades médicas e das diversas publicações colhidas em páginas eletrônicas de entidades de diversas naturezas, as quais, como resta cristalino, divergem diametralmente da apontada jurisprudência do CADE, restam inexoráveis os indícios de infração contra a ordem econômica.

85. Tais fatos, portanto, demonstram a verossimilhança dos fatos alegados, dos quais se extraem indícios suficientes de infração à Ordem Econômica no caso *sub examine*, atendendo ao requisito do *fumus boni iuris*. Sendo assim, passemos à apreciação do *periculum in mora*.

### **III. 2 Do periculum in mora**

86. Quanto ao *periculum in mora*, entende-se estar caracterizado pelo exame dos possíveis danos a serem observados no mercado relevante em questão, caso não seja adotada, imediatamente, medida que vise cessar as condutas adotadas pelos Representados. A atuação do

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

---

CFM, da AMB e da FENAM como entidades representativas dos médicos demonstra-se, pelas informações acostadas aos autos, realizar-se de forma agressiva e extremamente deletéria às principais estruturas do mercado.

87. Os indícios preambularmente colhidos por esta Secretaria denotam a formação de um bloco conformado por toda classe médica para negociar com as operadoras de planos de saúde, tendo como objetivo a imposição de valores homogêneos definidos pelas entidades médicas. Dessa forma, caso não haja intervenção da SDE, o expressivo poder de barganha dessas entidades frente às operadoras de planos de saúde representará conformação obrigatória de contratos com preços uniformizados, em valores supostamente superiores aos níveis competitivos, os quais ocasionarão aumentos consideráveis nos gastos médicos das operadoras de planos de saúde, que, por sua vez, provavelmente serão repassados aos consumidores. Dessa forma, os beneficiários de planos de saúde serão prejudicados na medida em que terão de arcar com custos ainda maiores para ter acesso à saúde suplementar<sup>51</sup>.

88. Além disso, há evidências de que o movimento médico, como estratégia para pressionar as operadoras de assistência suplementar a aceitarem os honorários impostos pelos Representados, **utilizar-se-á de paralisações concertadas** do atendimento aos planos de saúde, conforme manifestação do presidente da FENAM que *“alertou que se não houver negociação as instituições poderão programar paralisações mais longas ou (...) descredenciamento setorizado ou universal dos médicos de alguns ou de todos os planos de saúde”*<sup>52</sup> (grifo nosso).

89. Destarte, permitir que os Representados continuem a influenciar conduta comercial uniforme entre concorrentes, com a ameaça de abertura de Processos Administrativos Disciplinares aos que não aderirem ao movimento, de paralisações concertadas da prestação dos serviços médicos e cobranças suplementares a beneficiários de planos de saúde, seria aquiescer com a conduta de obtenção de uma imposta política de preços uniformes, que tem por escopo a eliminação da livre concorrência no mercado de prestação de serviços médicos.

90. As negociações em bloco coordenadas pelas entidades médicas para reajuste de honorários médicos e imposição de valores homogêneos já foram iniciadas pelas lideranças nacionais, podendo resultar em outras paralisações ou descredenciamentos que irão acarretar ao mercado, ao Estado e aos consumidores prejuízos diários irreparáveis, hábeis, assim, a justificar a pronta intervenção cautelar por esta Secretaria de Direito Econômico.

#### **IV. CONCLUSÃO**

91. Diante do exposto sugere-se a instauração de Processo Administrativo com a finalidade de apurar a ocorrência de infração à ordem econômica perpetrada pela Associação Médica Brasileira, pelo Conselho Federal de Medicina e pela Federação Nacional dos Médicos, consubstanciada no disposto no artigo 20, incisos I, II e IV c/c artigo 21, incisos II, IV, V e X, ambos da Lei nº 8.884/94.

---

<sup>51</sup> É importante ressaltar que a ANS regula os reajustes dos valores cobrados pelas operadoras de assistência suplementar apenas nos casos de beneficiários de planos individuais, que atualmente representam menos de 20% do mercado. Desta forma, cerca de 80% dos beneficiários de planos de saúde podem ter seus contratos reajustados em percentuais superiores àqueles autorizados pela ANS.

<sup>52</sup> Fonte: <http://portal.fenam2.org.br/portal/showData/393263>. Data de acesso: 28 de abril de 2011

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

---

92. Sugere-se, ainda, a notificação dos Representados, nos termos do art. 33 da Lei nº 8.884/94, para que apresentem defesa no prazo de 15 (quinze) dias, observando o disposto no artigo 37 do mesmo diploma legal.

93. Considerando que os Conselhos Regionais são subordinados ao CFM, segundo o artigo 3º da Lei nº 3.268/57;

94. Considerando que é praxe que o CFM edite normativos internos que instituem diretrizes vinculantes para atuação dos médicos e dos Conselhos Regionais<sup>53</sup>;

95. Considerando o teor do art. 5º da Lei nº 3.268/57, que fixa a competência recursal do CFM em relação às deliberações de Processos Administrativos Disciplinares dos CRMs;

97. Considerando que estão presentes os requisitos do art. 52 da Lei nº. 8.884/94, quais sejam, a existência de indícios ou fundado receio de que os Representados, direta ou indiretamente, causem ou possam causar ao mercado lesão irreparável ou de difícil reparação ou tornem ineficaz o resultado final do processo, sugere-se a adoção de **Medida Preventiva**, para o fim de determinar à AMB, ao CFM e à FENAM:

- i. Que se abstenham de utilizar os artigos 18, 48, 49 e o inciso XV dos Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica para fundamentar a instauração de Sindicâncias ou Processos Administrativos Disciplinares contra médicos que não acompanhem as decisões das entidades médicas quanto a honorários e rescisões contratuais;
- ii. Que se abstenham de utilizar os artigos 18, 48, 49 e o inciso XV dos Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica para coagir ou obrigar a participação de médicos em movimentos de negociação coletiva ou sua adesão às decisões das entidades médicas;
- iii. Que se abstenham de promover, fomentar ou coordenar qualquer movimento de paralisação coletiva de atendimentos aos beneficiários de planos de saúde por tempo indeterminado ou descredenciamento em massa;
- iv. Que se abstenham de fixar ou divulgar valores de consultas, portes e Unidades de Custo Operacionais, ou quaisquer indexações que reflitam nos valores pagos pelas operadoras aos médicos;
- v. Que se abstenham de impedir a negociação direta e individual de honorários entre médicos e operadoras de planos de saúde ou hospitais;
- vi. Que determinem a suspensão da vigência de qualquer ato normativo ou orientação que respaldem a cobrança direta pelos médicos de valores adicionais por consultas ou procedimentos dos beneficiários de planos de saúde credenciados;
- vii. Que determinem a suspensão da vigência de qualquer ato normativo ou orientação que fixe valores de consultas e procedimentos médicos;
- viii. Que façam publicar, em pelo menos um dos dois jornais de maior circulação Nacional, o teor do Comunicado a seguir descrito, juntando aos autos cópia da referida publicação no prazo de 20 (vinte) dias:

---

<sup>53</sup> Tal cenário é claramente identificado, à guisa de exemplo, pela Edição da Resolução nº 1934/2009, da Resolução 1.673/2003 e das Circulares 125 e 129/2004.

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

---

*“Aos médicos, operadoras e consumidores de planos de saúde O Ministério da Justiça, por detectar a possibilidade de danos irreparáveis, adotou Medida Preventiva em processo que investiga a atuação do Conselho Federal de Medicina, da Associação Médica Brasileira e da Federação Nacional dos Médicos. Pela determinação ministerial as entidades devem coibir a cobrança de valores suplementares, no ato do atendimento médico, dos pacientes que possuam plano de saúde conveniado. O Ministério também proibiu a realização de paralisações de atendimento aos beneficiários de planos de saúde de forma generalizada e por tempo indeterminado e vedou que as entidades coordenem descredenciamentos em massa.*

*O CFM, a AMB e a FENAM podem ser punidas com multa diária de aproximadamente R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) caso descumpram a decisão.*

*Os consumidores eventualmente lesados devem procurar o Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor do Ministério da Justiça.”*

- ix. Que divulguem em suas páginas eletrônicas e façam publicar nas páginas eletrônicas de todos os Conselhos Regionais de Medicina e filiais da AMB e da FENAM o seguinte comunicado, juntando aos autos cópia das referidas publicações no prazo de 20 (vinte) dias:

*“A Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça, em vista dos desdobramentos do movimento iniciado no dia 07 de abril de 2011, instaurou Processo Administrativo e adotou Medida Preventiva por vislumbrar a possibilidade de dano irreparável, estabelecendo às entidades médicas que:*

- se abstenham de utilizar os artigos 18, 48, 49 e o inciso XV dos Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica para fundamentar a instauração de Sindicâncias ou Processos Administrativos Disciplinares contra médicos que não acompanham as decisões das entidades médicas quanto a honorários e rescisões contratuais;*
- se abstenham de utilizar os artigos 18, 48, 49 e o inciso XV dos Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica para coagir ou obrigar a participação de médicos em movimentos de negociação coletiva ou sua adesão às decisões das entidades médicas;*
- se abstenham de promover, fomentar ou coordenar qualquer movimento de paralisação coletiva de atendimentos aos beneficiários de planos de saúde por tempo indeterminado ou descredenciamento em massa;*
- se abstenham de fixar ou divulgar valores de consultas, portes e Unidades de Custo Operacionais, ou quaisquer indexações que reflitam nos valores pagos pelas operadoras aos médico;*
- se abstenham de impedir a negociação direta e individual de honorários entre médicos e operadoras de planos de saúde ou hospitais;*
- determinem a suspensão da vigência de qualquer ato normativo ou orientação que respaldem a cobrança direta pelos médicos de valores adicionais por consultas ou procedimentos dos beneficiários de planos de saúde credenciados;*

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

---

- *determinem a suspensão da vigência de qualquer ato normativo ou orientação que fixe valores de consultas e procedimentos médicos;*

*As entidades médicas podem ser punidas com multa diária de aproximadamente R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) caso descumpram a decisão.”*

98. Para a hipótese de descumprimento da Medida Preventiva, tendo em vista a gravidade das condutas que figuram como objeto do presente feito, assim como dada a eminente possibilidade de dano irreparável a toda a sociedade brasileira em razão da conduta objeto de investigação, com fundamento no artigo 25 da Lei nº. 8884/94, sugere-se a cominação de multa diária correspondente a 50.000 (cinquenta mil UFIRs).

À consideração superior.

Brasília, de de 2011.

**TAINÁ LEANDRO**

Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental

De acordo.

Encaminhe-se ao Sr. Diretor do DPDE.

Brasília, de de 2011.

**ALESSANDRA LOPES DA SILVA**

Coordenadora-Geral de Assuntos Jurídicos

De acordo.

Encaminhe-se ao Sr. Secretário de Direito Econômico.

Brasília, de de 2011.

**DIOGO THOMSON ANDRADE**

Diretor do Departamento de Proteção e Defesa Econômica

C:\Documents and Settings\alexandra.lopes\Meus documentos\Alessandra Lopes\Documentos revistos\Tainá\PA 08012.002866-2011-99 - CFM AMB e FENAM - PA e MP - com marcas.doc