

INFORMAÇÃO JURÍDICA REFERENCIAL n. 00001/2025/CONJUR-MS/CGU/AGU

NUP: 00737.025227/2024-39

INTERESSADOS: COORDENAÇÃO-GERAL DE ASSUNTOS JUDICIAIS - CGAJUR (CONJUR-MS)

ASSUNTOS: REAJUSTE DA TABELA DO SUS

EMENTA:

I - Informação Jurídica Referencial – IJR (NUP 00737.025227/2024-39).

II - Subsídios jurídicos solicitados pelas Procuradorias Regionais da União para defesa da União em ações judiciais em que se discute a revisão da Tabela SUS, por motivo de suposta defasagem em relação à TUNEP/IVR, bem como em ações judiciais nas quais se postula o resarcimento por procedimentos glosados.

III - Órgãos de destino da IJR: PGU, PRU-1, PRU-2, PRU-3, PRU-4, PRU-5 e PRU-6.

IV - Validade: 2 anos, a partir de sua aprovação, nos termos do art. 11 da Portaria Normativa CGU/AGU nº 05, de 31 de março de 2022.

Sr. Consultor Jurídico Adjunto,

1. RELATÓRIO

1. Trata-se da elaboração de Informação Jurídica Referencial – IJR a respeito dos pedidos de subsídios jurídicos solicitados pelas Procuradorias Regionais da União para defesa da União em ações judiciais em que se discute a revisão da Tabela SUS, por motivo de suposta defasagem em relação à TUNEP/IVR, bem como em ações judiciais nas quais se postula o resarcimento por procedimentos glosados.

2. Nos termos do art. 8º da Portaria Normativa CGU/AGU nº 05, de 31 de março de 2022, a Informação Jurídica Referencial é a manifestação jurídica produzida para padronizar a prestação de subsídios para a defesa da União.

3. A manifestação tem por fim dispensar a análise individualizada desta Consultoria Jurídica acerca das questões jurídicas que envolvam matérias idênticas e recorrentes sobre o tema, como autoriza a Portaria Normativa CGU/AGU nº 05, de 31 de março de 2022, que disciplina a Manifestação Jurídica Referencial e institui a Informação Jurídica Referencial.

4. Os autos estão no Sapiens e no SEI, contando, até o momento, com um único volume e os seguintes documentos:

- a) DESPACHO n. 04083/2024/CONJUR-MS/CGU/AGU (Sapiens: seq. 1; SEI n. 0043694058);
- b) COTA n. 09806/2024/CONJUR-MS/CGU/AGU (Sapiens: seq. 2; SEI n. 0043874293);
- c) COTA n. 10829/2024/CONJUR-MS/CGU/AGU (Sapiens: seq. 3; SEI n. 0044486862);
- d) COTA n. 12178/2024/CONJUR-MS/CGU/AGU (Sapiens: seq. 4; SEI n. 0045215041).

5. Importa salientar que a presente manifestação não envolve análise de caso concreto, mas apenas compila as informações de cunho jurídico que possam auxiliar a União na sua defesa em juízo.

6. Caso haja necessidade de elaboração de informações complementares relativas às especificidades do caso concreto, essa Consultoria poderá ser instada a se manifestar no processo de maneira individualizada, prestando os subsídios jurídicos relativos à demanda.

7. Lado outro, a presente Informação Jurídica Referencial não impede as Procuradorias-Regionais da União de requisitarem ao Ministério da Saúde elementos fáticos necessários para subsidiar a defesa do ente federal em juízo nos casos concretos.

8. É o relatório.

2. PRELIMINAR: A INFORMAÇÃO JURÍDICA REFERENCIAL

9. A elaboração de *Informação Jurídica Referencial* depende da comprovação, sob pena de invalidade, de dois requisitos que estão previstos no artigo 8º, §2º, da Portaria Normativa AGU/CGU nº 05, de 2022:

Art. 8º Informação Jurídica Referencial é a manifestação jurídica produzida para padronizar a prestação de subsídios para a defesa da União ou de autoridade pública.

§ 1º A IJR objetiva otimizar a tramitação dos pedidos e a prestação de subsídios no âmbito das Consultorias e Assessorias Jurídicas da Administração Direta no Distrito Federal, a partir da fixação de tese jurídica que possa ser utilizada uniformemente pelos órgãos de execução da Procuradoria Geral da União.

§ 2º É requisito para a elaboração da IJR a efetiva ou potencial existência de pedido de subsídios de matéria idêntica e recorrente, que possa justificadamente impactar a atuação do órgão consultivo ou a celeridade dos serviços administrativos. (grifei)

10. Em relação ao *primeiro requisito*, é patente a existência de pedidos recorrentes de subsídios que tratam de matéria idêntica ao objeto da presente manifestação.

11. De acordo com o DESPACHO n. 04083/2024/CONJUR-MS/CGU/AGU (Sapiens: seq. 1; SEI n. 0043694058), apenas considerando o exíguo período de 09/09 a 27/09/2024, 55 (cinquenta e cinco) novas demandas judiciais referentes a esse tema foram recepcionadas por este Consultivo, o que demonstra sua recorrência e seu impacto significativo na atuação consultiva, que teria a missão de prestar informações individualizadas cada vez que novo feito dessa natureza aportasse neste órgão de assessoramento jurídico.

12. Em regra, os casos trazidos a esta Consultoria Jurídica possuem o mesmo contexto fático: prestadores de serviços privados ou entes subnacionais alegam que a defasagem da Tabela SUS inviabiliza a continuidade da prestação de serviços ao Sistema Único de Saúde, causando-lhe prejuízos econômicos. Pode-se alterar o montante da produção de cada estabelecimento, bem como o volume de recursos financeiros repassados pela União, mas ao fim, a causa de pedir e o pedido são os mesmos, assim como o são os argumentos de defesa.

13. De outro lado, seja de forma cumulativa ou autônoma, algumas demandas também versam sobre a suposta responsabilidade da União pelo ressarcimento de procedimentos glosados. A identidade dos argumentos de defesa apresentados por esta Consultoria Jurídica também se faz presente nessa hipótese.

14. Dessa forma, com a obrigatoriedade de se analisar todos os processos administrativos, haveria inegável impacto negativo na atuação da Coordenação-Geral de Contencioso Judicial (CGCJ), responsável pela consultoria e assessoramento jurídico do Ministério da Saúde em demandas judiciais não especializadas.

15. Esta IJR, portanto, constituirá uma orientação padronizada contendo subsídios jurídicos para a defesa da União em juízo, nos casos envolvendo a revisão da Tabela SUS por motivo de suposta defasagem em relação à TUNEP/IVR, assim como em ações judiciais nas quais se postula o ressarcimento por procedimentos glosados.

16. Feitas tais considerações, passa-se à efetiva análise jurídico-material do tema.

3. SUBSÍDIOS JURÍDICOS PARA ATUAÇÃO DA UNIÃO EM JUÍZO - HOSPITAIS PRIVADOS

3.1 Preliminar de suspensão processual

17. Em julgamento realizado nos autos do Recurso Especial nº 2176897 - DF (2024/0312174-1), a Primeira Seção do Superior Tribunal de Justiça, por unanimidade, decidiu por afetar o processo ao rito dos recursos repetitivos (RISTJ, art. 257-C), para delimitar a seguinte questão controvértida:

- a) a legitimidade passiva da União em demanda de revisão dos valores constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde (Tabela SUS);
- b) a necessidade de citação dos demais entes da Federação (estados e municípios) como litisconsortes passivos necessários; e
- c) se é possível equiparar os valores da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SUS aos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde - ANS (TUNEP/IVR), com o objetivo de preservar o equilíbrio econômico-financeiro de contrato ou convênio firmado com hospitais privados, para prestação de serviços de saúde em caráter complementar.

18. Na origem, o processo afetado cuida de ação movida por entidade privada que atua de forma complementar ao SUS e que alega desequilíbrio econômico-financeiro de seu contrato em virtude da defasagem da Tabela SUS. Por conseguinte, com o intuito de sanar o problema, pleiteia sua equiparação à Tabela TUNEP, ao IVR ou a outro índice que esteja sendo utilizado pela Agência Nacional de Saúde em virtude da figura do ressarcimento ao SUS, prevista no art. 32 da Lei 9.656/98.

19. Outrossim, importa ressaltar que, nos termos do art. 1.037, II, do CPC, o referido órgão da Corte Superior também determinou a suspensão de todos os processos pendentes, individuais ou coletivos, que versem sobre a questão e tramitem no território nacional, ressalvados os casos nos quais já se operou o trânsito em julgado, conforme proposta da Exma. Sra. Ministra Relatora (Petição Nº IJ2795/2024 - ProAfr no REsp 2176897).

20. Considerando que a presente Informação Jurídica Referencial versa sobre matéria idêntica, propõe-se que a União pleiteie o sobrerestamento processual até o julgamento do referido Recurso Especial pelo STJ.

3.2 Preliminar de ilegitimidade passiva da União

21. A Constituição da República permite a participação complementar de entidades privadas no sistema único de saúde, mediante a celebração de contrato de direito público ou convênio, atribuindo preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

22. A Lei n. 8.080/90 prevê que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS obedecerão ao princípio da descentralização político-administrativa, com "enfase na descentralização dos serviços para os Municípios" (art. 7º, IX, a).

23. Em decorrência do **princípio da descentralização**, a União não celebra contrato com prestadores de serviços do SUS, cabendo esta atribuição aos gestores municipais e estaduais.

24. Portanto, as entidades filantrópicas que prestam serviços para o SUS mantêm contrato com o ente Estadual, Distrital ou Municipal.

25. A União é totalmente alheia ao contrato e/ou convênio firmado pelos entes subnacionais. A inserção dos estabelecimentos no CNES não implica em vínculo com a União.

26. Acerca das atribuições dos gestores municipais e estaduais do SUS, a Lei nº 8.080/1990 prevê, de forma categórica, que a eles compete a obrigação de prestar assistência à saúde da população, afirmativa consagrada nos incisos III e IX do artigo 17; e I e X do artigo 18, da Lei nº 80.080/1990, *in verbis*:

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; (...)
IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; (...)
X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução.

27. Insta ainda consignar que, caso houvesse a celebração de contrato ou convênio e, embora não se desconheça a responsabilidade solidária dos entes da federação no que tange ao dever de prestar saúde à população, **o mesmo não se aplica aos casos de responsabilidade decorrentes dos contratos**, os quais são firmados pelos Estados ou Municípios, afastando, assim, a responsabilidade da União.

28. Vale relembrar que, com base nesse entendimento, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) entendeu que a União não tem nenhuma responsabilidade civil por prestação de serviços em hospital privado credenciado pelo Sistema Único de Saúde. Isso porque cabe aos estados e municípios, responsáveis pelos contratos e convênios com as entidades privadas de saúde, avaliar os serviços prestados. Nesse sentido:

PROCESSO CIVIL. EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA. RESPONSABILIDADE CIVIL. ERRO MÉDICO OCORRIDO EM HOSPITAL PRIVADO CREDENCIADO PELO SUS. ILEGITIMIDADE PASSIVA DA UNIÃO. COMPETÊNCIA ATRIBUÍDA AO MUNICÍPIO PARA CELEBRAR E CONTROLAR A EXECUÇÃO DE CONTRATOS E CONVÊNIOS COM ENTIDADES PRIVADAS PRESTADORAS DO SERVIÇO DE SAÚDE. 1. A União Federal não é parte legítima para figurar no polo passivo de ação ajuizada para o resarcimento de danos decorrentes de erro médico praticado em hospital privado credenciado pelo SUS. Isso porque, de acordo com o art. 18, inciso X, da Lei n. 8.080/90, compete ao município celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução. Precedentes: AgRg no CC 109.549/MT, Rel. Min. Herman Benjamin, Primeira Seção, DJe 30/06/2010; REsp 992.265/RS, Rel. Min. Denise Arruda, Primeira Turma, DJe 05/08/2009; REsp 1.162.669/PR, Rel. Min. Herman Benjamin, Segunda Turma, DJe 06/04/2010. 2. Não se deve confundir a obrigação solidária dos entes federativos em assegurar o direito à saúde e garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, com a responsabilidade civil do Estado pelos danos causados a terceiros. Nessa última, o interessado busca uma reparação econômica pelos prejuízos sofridos, de modo que a obrigação de indenizar sujeita-se à comprovação da conduta, do dano e do respectivo nexo de causalidade entre eles. 3. No caso, não há qualquer elemento que autorize a responsabilização da União Federal, seja porque a conduta não foi por ela praticada, seja em razão da impossibilidade de aferir-se a existência de culpa in eligendo ou culpa in vigilando na espécie, porquanto cumpre à direção municipal realizar o credenciamento, controlar e fiscalizar as entidades privadas prestadoras de serviços de saúde no âmbito do SUS. 4. Embargos de divergência a que se dá provimento. (EREsp 1388822/RN, Rel. Ministro OG FERNANDES, PRIMEIRA SEÇÃO, julgado em 13/05/2015, DJe 03/06/2015)

MÉDICO. ESTABELECIMENTO HOSPITALAR PRIVADO CREDENCIADO PELO SUS. ILEGITIMIDADE DA UNIÃO. PRECEDENTES.1. A União Federal não é parte legítima para figurar no polo passivo de ação ajuizada para o ressarcimento de danos decorrentes de erro médico praticado em hospital privado credenciado pelo SUS. 2. Agravo interno não provido. (AgInt no REsp n. 1.549.245/SC, relator Ministro Benedito Gonçalves, Primeira Turma, julgado em 6/4/2017, DJe de 20/4/2017.)

29. No que tange ao contrato, cita-se ainda a Portaria GM/MS nº 3.410/2013, que regula as contratações de hospitais no âmbito do SUS, reforçando a competência municipal e estadual no gerenciamento da questão:

Art. 21. A contratualização será formalizada por meio de instrumento celebrado entre o gestor do SUS contratante e o prestador hospitalar sob sua gestão, com a definição das regras contratuais, do estabelecimento de metas, indicadores de acompanhamento e dos recursos financeiros da atenção hospitalar.

Parágrafo único. Para fins da contratualização hospitalar, recomenda-se que todos os instrumentos formais de contratualização que envolvam a prestação de ações e serviços de saúde em um mesmo estabelecimento sejam celebrados pelo gestor público de saúde do respectivo ente federado contratante, mesmo havendo a oferta e cofinanciamento de ações e serviços por outro ente federado.

30. Pelo exposto, seja pela ausência de vínculo, seja pela responsabilidade exclusiva dos gestores estaduais e municipais, entende-se que a União não tem legitimidade para figurar no polo passivo das demandas envolvendo a revisão da remuneração das entidades privadas que prestam serviços ao SUS, razão pela qual conclui-se pela arguição preliminar de extinção processual, sem resolução do mérito, nos termos do art. 485, VI, do CPC.

3.3 Preliminar de litisconsórcio passivo necessário

31. Caso não acolhida a preliminar de ilegitimidade passiva da União, entende-se por necessário suscitar, subsidiariamente, que os entes subnacionais gestores do contrato integrem a lide, tendo em vista que poderão sofrer prejuízos financeiros no caso de um eventual provimento da ação, já que haverá condenação a pagamento com recursos do SUS, financiados de forma tripartite.

32. No modelo de implantação dos contratos e convênios celebrados pelo SUS, o Ministério da Saúde participa com a interveniência dos Governos dos Estados e Municípios, sendo que cabe a cada um a alocação dos recursos de seu orçamento para a manutenção do sistema.

33. Ademais, cabe esclarecer que o Sistema Único de Saúde – SUS – que nasceu com a Constituição Federal de 1988, é integrado também por Estados, Municípios e pelo Distrito Federal, os quais também ocupam a posição de financiadores do sistema, assim como a União, conforme o estabelecido em seu artigo 198:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Desta forma, a autora deve promover a citação do Município e do Estado, na condição de litisconsortes necessários, para integrar a relação processual, sob pena de nulidade e extinção do processo (art. 115, § único, do CPC).

34. Cita-se, novamente, a Portaria GM/MS nº 3.410/2013, que regula as contratações de hospitais no âmbito do SUS, reforçando a competência municipal e estadual no também no financiamento das ações e serviços de saúde contratualizados:

Art. 5º Compete aos entes federativos contratantes:

(...)

III - financiar de forma tripartite as ações e serviços de saúde contratualizadas, conforme pactuação, considerada a oferta das ações e serviços pelos entes federados, as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários e a escala econômica adequada;

35. Conforme referido, a parte autora, hospital privado que presta serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS), postula a condenação da União ao reajuste dos valores de sua remuneração. Ocorre que os contratos de prestação de serviços são celebrados com um ente subnacional, seja este um Estado ou Município, e não diretamente com a União.

36. Conforme dispõe o art. 198, § 1º, da Constituição Federal, o financiamento do SUS ocorre de forma tripartite, com participação da União, dos Estados e dos Municípios. Nesse contexto, a definição dos valores pagos aos prestadores de serviço vincula não apenas a União, mas também os demais entes federativos que realizam a gestão local do sistema de saúde e são responsáveis diretos pelos contratos firmados.

37. Caso a pretensão da parte autora seja acolhida, haverá inevitável impacto na esfera jurídica do ente subnacional contratante, que deverá adequar os pagamentos decorrentes do contrato que celebrou. Essa circunstância caracteriza hipótese de litisconsórcio passivo necessário, nos termos do art. 114 do CPC, que estabelece:

O litisconsórcio será necessário por disposição de lei ou quando, pela natureza da relação jurídica controvertida,

a eficácia da sentença depender da citação de todos que devam ser litisconsortes.

38. Diante do exposto, fica evidente que a solução da lide exige a participação do ente subnacional contratante, sob pena de eventual decisão judicial gerar reflexos diretos sobre seus deveres contratuais e orçamentários, sem que tenha sido ouvido nos autos.

39. Dessa forma, convém requerer-se a intimação da parte autora para promover a devida correção no polo passivo da demanda, incluindo-se o ente subnacional contratante como litisconsorte necessário, sob pena de extinção do feito sem resolução do mérito, nos termos do art. 485, inciso IV, e 115, § único, do CPC.

3.4 Mérito - considerações iniciais

40. Inicialmente, cumpre trazer os seguintes esclarecimentos de modo a demonstrar de forma clara duas premissas básicas para o deslinde da causa:

- A) os prestadores privados de serviços ao SUS não são remunerados unicamente pela “Tabela SUS”;
- B) a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS veicula valores que são utilizados apenas como referência, sendo facultado aos Gestores de Saúde negociar pagamentos a maior de procedimentos realizados pelos estabelecimentos sob sua gestão.

41. Feitos os esclarecimentos iniciais, passa-se à análise dos fundamentos de mérito defendidos pela CONJUR/MS para sustentar a improcedência das demandas envolvendo a temática de revisão da Tabela SUS e sua equiparação com a TUNEP/IVR.

3.5 Do repasse fundo a fundo no SUS e do financiamento tripartite

42. Os Fundos de Saúde, instituídos no âmbito de cada Estado, Distrito Federal e Município, são considerados fundos especiais conforme definição da Lei n. 4.320/64 (art. 71 a 74).

43. A obrigatoriedade de aplicação dos recursos por meio dos Fundos de Saúde advém do art. 33 da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90 e Lei n. 8.142/90) e da EC n. 29/2000 (art. 77 ADCT, CF/88).

44. A transferência de recursos destinados à cobertura de serviços e ações de saúde também foi regulamentada pelo Decreto n. 1.232/94.

45. No âmbito da saúde, o repasse fundo a fundo foi instituído pelo art. 4º da Lei n. 8.142, de 28 de Dezembro de 1990, e regulamentado pelo Decreto 1.232, de 30 de agosto de 1994, que dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal.

46. A execução das políticas na área de saúde em sua maior parte é financiada por meio desse tipo de transferência. Cumpre esclarecer que o financiamento do Sistema Único de Saúde é tripartite, conforme se depreende dos parágrafos 1º e 2º do Artigo 198, da Constituição Federal, *in verbis*:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: [...]

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000); (grifei).

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (...)

47. Nesse sentido, acerca da exclusividade do Ministério da Saúde na fixação dos valores da tabela do SUS, usualmente decantada pelos autores, há que ser esclarecido que desde a Norma Operacional Básica nº 1/1996, publicizada pela Portaria nº 2203/1996, restou consagrado que os valores da tabela SUS seriam referenciais mínimos (piso), podendo o Gestor estadual e o municipal complementar os valores ao celebrar contratos administrativos e/ou convênios com entidades privadas para a prestação direta dos serviços de saúde dentro de suas competências, de forma que não se pode exigir da União complementação de valores tal como se a tabela fosse vinculativa para os particulares e imposta pela União.

48. Depende, além disso, do redimensionamento da direção nacional do Sistema, tanto em termos da estrutura, quanto de agilidade e de integração, como no que se refere às estratégias, aos mecanismos e aos instrumentos de articulação com os demais níveis de gestão, destacando-se:

- h) a adoção, como referência mínima, das tabelas nacionais de valores do SUS, bem assim a flexibilização do seu uso diferenciado pelos gestores estaduais e municipais, segundo prioridades locais e ou regionais;
[...] 15.2. GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL [...] 15.2.3. Prerrogativas [...]
- b) Normalização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, inclusive quanto a alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima, desde que aprovada pelo CMS e pela CIB.(grifei).

49. Os recursos financeiros federais do Sistema Único de Saúde são repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde estaduais e/ou municipais, para compor o financiamento triparte, consoante o preconizado: i) na diretriz da descentralização do Sistema Único de Saúde (Inciso I do Artigo 198 da Constituição Federal); ii) no artigo 33 da lei 8080/1990; e iii) na Lei Complementar no 141/2012.

50. Registre-se que o Fundo Nacional de Saúde/MS disponibiliza ferramenta de pesquisa dos valores transferidos para cada fundo estadual ou municipal, por ano, consoante planilhas acessíveis no endereço eletrônico <https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>.

3.6 Da política de contratualização

51. É preciso destacar que a **participação da iniciativa privada, em caráter complementar no SUS, não é compulsória** e foi disciplinada nos artigos 197 e 199 da Carta da República, *in verbis*:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (...)

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

52. Em consonância com a diretriz da participação da iniciativa privada no SUS, a Lei Orgânica da Saúde - Lei Federal nº 8.080/1990 -, em seu Capítulo 2º, artigo 7º, menciona que "as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios":

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; [...]

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

53. Observa-se que a contratualização é um processo pelo qual as partes (o gestor municipal ou estadual do SUS e representante legal do hospital privado) estabelecem metas quantitativas e qualitativas de atenção à saúde e de gestão hospitalar, formalizadas por meio de um convênio ou contrato.

54. Este instrumento é composto por duas partes indissociáveis: uma, o contrato (propriamente dito), com vigência de 60 meses e a outra, o Plano Operativo, com vigência de 12 meses, os quais serão acompanhados e avaliados por uma Comissão Local de Acompanhamento do Contrato.

55. A Portaria GM/MS nº 3.410/2013, que regula a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, dispõe que os entes federativos formalizarão a relação com os hospitais públicos e privados integrantes do SUS sob sua gestão, com ou sem fins lucrativos, por meio de instrumento formal de contratualização. Ainda, ressalta que compete aos entes federativos contratantes:

(...) v - Gerenciar os instrumentos formais de contratualização sob sua gestão, visando à execução das ações e serviços de saúde e demais compromissos contratualizados.

56. Em regra, a relação contratual estabelecida para a prestação específica dos serviços de saúde se dá unicamente entre as partes contratantes (hospital e Município ou Estado).

57. Assim, segue como conclusão cristalina que a União não pode ser obrigada nessa relação, em virtude do **princípio da relatividade dos contratos**, pois não faz parte da relação de contratualização, justamente porque não cabe a ela a atribuição de gestão direta dos serviços de saúde, mas apenas de cooperação técnica e financeira, o que já foi feito por meio de repasses ao Fundo de Saúde do ente respectivo e não por uma interferência em um contrato de prestação de serviços do qual não é parte. Saliente-se que os autores, em regra, se cingem a dizer que a relação travada com o Poder Público tem natureza contratual, não sendo fruto de ato unilateral do Poder Público, mas sim de acordo de vontades.

58. Ora, se assim o é, a parte tem total autonomia para desfazer o vínculo, posto que alguém só é obrigado a algo por meio de lei. A situação é simples de ser resolvida: se não se mostra economicamente viável a prestação do serviço pelo preço pago, basta às clínicas e hospitais solicitarem a desconstituição do convênio ou contrato.

59. Nesse sentido, confira-se o seguinte aresto do TRF1:

PROCESSUAL CIVIL. ADMINISTRATIVO. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS. HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS. DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO. REAJUSTE DOS VALORES PAGOS PELO SUS. EQUILÍBRIO ECONÔMICO FINANCEIRO. DIREITO ADQUIRIDO. ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO PROCURADORIA-REGIONAL DA UNIÃO - 1^a REGIÃO 12 AUSÊNCIA. AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS. IMPOSSIBILIDADE.

I - Hipótese de insurreição relativamente ao reajuste de diárias de internação em Psiquiatria, estabelecida na Tabela de Procedimentos Hospitalares do SUS - SIH/SUS, em vista da distinção impingida à classificação entre Internação em Psiquiatria III e Internação em Psiquiatria IV, cujas modalidades, por meio das Portarias GM n. 52 e 53, foram redefinidas em quatorze classes de hospitais de psiquiatria, gerando a indigitada desigualdade de remuneração, em desvantagem aos hospitais de maior porte, e a alegada violação ao princípio da isonomia.

II - Insuficiente para o combate aos fundamentos da sentença, a defesa de ausência de motivo para a criação de classes com diferenciação nos valores de remuneração pelo número de leitos disponibilizados, porquanto evidencia pleito de ingerência do Judiciário às políticas públicas veiculadas pelos órgãos governamentais.

III - Já decidiu o e. STJ, em demanda intentada pela Federação Brasileira de Hospitais, que, "Malgrado a inexistência de remissão expressa ao presente mandado de segurança, é certo que a Portaria GM/MS 2.488/2007, destacou a observância de análises e estudos realizados pelas diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde a fim de promover a adequação da remuneração dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares. Outrossim, da análise do quadro comparativo apresentado pela União (fls. 612/613), não refutado pela Federação, verifica-se que a recomposição dos valores da tabela de remuneração dos serviços psiquiátricos, realizada no âmbito da Portaria GM/MS 2.488/2007, ultrapassa o quantitativo enunciado na Nota Técnica 23/2007/DES/SCTIE/MS, tendência mantida quando da edição das Portarias GM/MS 3.192/2008 e 2.644/2009. Destarte, sobressai o cumprimento da obrigação de fazer certificada no acórdão concessivo da segurança, razão pela qual não merece acolhida o pedido formulado pela impetrante para que seja paga, aos hospitais psiquiátricos, a recomposição dos valores das diárias hospitalares à luz da Nota Técnica 23/2007/DES/SCTIE/MS."

IV - **Por não se tratar a hipótese dos autos de contrato administrativo típico, mas de convênio do SUS, é possível ao conveniado retirar-se, a qualquer tempo, do convênio, caso compreenda que este não atende às suas expectativas.**

V - "Não caberia ao Poder Judiciário fixar padrão de reajuste ou correção a título de manutenção do equilíbrio econômico financeiro do contrato sem previsão do impacto orçamentário que tal medida traria. Diferentemente do contrato administrativo usual, em que o contratado, se não concordar com os A valores a serem pagos, não pode deixar de prestar a atividade, devendo valer-se do Judiciário para que este reequilibre o contrato, no convênio do SUS, o conveniado privado pode livremente requerer a rescisão unilateral, bastando para isso declarar à autoridade competente sua vontade de que não mais atender pelo SUS.

8- No caso dos autos, as instituições de saúde conveniadas devem, pelos meios administrativos e negociações por órgãos representativos de classe, buscar o reajuste dos preços praticados junto ao Ministério da Saúde (o qual inclusive tem realizado reajustes através de Portarias). Caso não logrem êxito em obter o reajuste por esta via e julguem que os valores são ínfimos, continuam possuindo uma opção extrajudicial: retirar-se livremente do convênio. Precedente: TRF-5 - AR: 5527 PE 0071023-20.2006.4.05.0000, Relator: Desembargador Federal José Maria Lucena, Data de Julgamento: 29/10/2008, Pleno, Data de Publicação: 16/02/2009 - Página: 189 - Nº: 32). 9- Apelação desprovida. Sentença confirmada. (AC 00006792120064025101, MARCUS ABRAHAM, TRF2.) VI - Apelação da parte autora a que se nega provimento. A Turma, por unanimidade, negou provimento à apelação. (AC 0037470-46.2004.4.01.3400, DESEMBARGADOR FEDERAL JIRAIR ARAM MEGUERIAN, TRF1 - SEXTA TURMA, e-DJF1 08/06/2018 PAG.)

60. O serviço de saúde, não obstante seja de interesse público, é livre à iniciativa privada que tem a faculdade de atender pacientes pelo SUS ou não. Se não concordam com os preços, podem exercer suas atividades apenas na iniciativa privada, que certamente tem melhores condições de remunerá-las no patamar desejado.

61. Nesse sentido, um pedido de que a União se responsabilize pelo equilíbrio dessa relação contratual, da qual subjetivamente não faz parte, carece de viabilidade jurídica.

62. Essa interferência ultrapassaria os limites do "apoio técnico e financeiro", na medida em que tal apoio, da forma em que delineado expressamente no inciso XIII do art. 16 da Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8080/90, não poderia ignorar a autonomia federativa. Mais do que isso, carece de viabilidade operacional, uma vez que entender essa atribuição da União como regra decorrente da solidariedade do SUS implicaria a mesma obrigação em relação a todas as ações e serviços de saúde nos 26 Estados, respectivos Municípios (mais de 5,5 mil espalhados pelo País) e DF.

63. Daí a lógica da descentralização do SUS, que não se confunde com a solidariedade dos entes federativos pelos serviços de saúde, a qual implica a divisão de competências entre os entes para efetivar a operacionalização do SUS, cabendo à União apenas a cooperação técnica e financeira (por meio de repasses "fundo a fundo" e não de reequilíbrio de contrato de que não faz parte), além das atividades típicas de sua natureza de órgão central do SUS, destacando-se a regulamentação do sistema a partir de pactuações da Comissão Intergestores Tripartite (artigos 14-A e 14-B da Lei 8080/90).

64. Compete, afinal, ao gestor local, observada a legislação vigente acerca das normas de licitações, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução, conforme disciplina art. 2º, parágrafo único, Lei 8.666/1993, inc. X, art. 18 Lei nº 8080/1990 e art. 2º e 3º da Portaria GM/MS 1.034, de 2010.

65. Segundo os manuais da SIH e do SIA, o profissional médico que realiza o atendimento ao paciente deve emitir laudo solicitando a internação ou realização de outros procedimentos.

66. A esse laudo deve ser anexado outro documento: a autorização de Internação Hospitalar (AIH) ou a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC), conforme o caso. Essas autorizações devem ser encaminhadas ao gestor responsável pela gestão da saúde no município para que seja autorizada a realização da internação ou do procedimento médico.

67. Ao final de cada período, a produção hospitalar realizada e registrada no módulo descentralizado é encaminhada para o gestor, que deve confrontar a produtividade de cada unidade hospitalar ou ambulatorial com as autorizações emitidas e com os contratos formalizados.

68. Além de, por amostragem, pelo menos, identificar, por meio de informações do prontuário do paciente, ou junto ao próprio paciente, a efetiva prestação do serviço registrado. Se tudo estiver de acordo com as normas, essas informações são encaminhadas para o setor financeiro para que o estabelecimento receba pelo serviço que prestou.

69. A principal forma de controle sobre os pagamentos dos procedimentos médicos ocorre em função da autorização prévia do gestor.

70. O estabelecimento de saúde só pode realizar consultas, exames ou internações com um aval do responsável pelo SUS **local**. Após a realização do procedimento médico, os dados devem ser inseridos nos sistemas de informações de saúde do Datasus (SIA/SUS, SIH/SUS, SCNES, etc.) e aprovados pelo gestor antes de serem encaminhados ao departamento financeiro para realização do pagamento. **Vê-se, portanto, que a União não repassa recursos financeiros diretamente aos hospitais conveniados ou contratados integrantes da rede SUS.**

3.7 Da inaplicabilidade da Tabela TUNEP/IVR para revisão da Tabela SUS

71. Os autores, em regra, pretendem a equiparação entre os valores da TUNEP/IVR e aqueles previstos na Tabela de Procedimentos do SUS. Essa pretensão, no entanto, não é juridicamente viável, dada a diversidade de objetivos das mencionadas tabelas.

72. A Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP) tem por objetivo o ressarcimento ao SUS pelos serviços prestados aos clientes das operadoras de plano de Saúde e tem previsão no § 8º do artigo 32 da Lei nº 9.656, de 1998, sendo regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

73. Referida legislação, em seu art. 32, estabelece que as operadoras de plano de saúde ressarcirão o Sistema Único de Saúde (Fundo Nacional de Saúde - FNS) diante de serviços de atendimento à saúde prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas:

Art. 32. Serão resarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS. (Redação dada pela Lei nº 12.469, de 2011)

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o 15º (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS. (Redação dada pela Lei nº 12.469, de 2011)

§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) II - multa de mora de dez por cento (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos. (Vide Medida Provisória nº 1.665, de 1998) (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 7º A ANS disciplinará o processo de glossa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos. (Redação dada pela Lei nº 12.469, de 2011)

§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 9º Os valores a que se referem os §§ 3º e 6º deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal. (Incluído pela Lei nº 12.469, de 2011)

74. Como visto, coube à ANS estabelecer a regra de valoração para tal ressarcimento. Tais valores, conforme aponta o parágrafo 8º do art. 32, não podem ser inferiores aos praticados pelo SUS e tampouco superiores aos praticados pelas próprias

operadoras de planos privados de atenção à saúde.

75. Assim, à época, a ANS optou pela criação de uma tabela de valores para pagamento por procedimentos realizados, garantindo que os valores fossem sempre maiores do que a Tabela SUS e menores do que os valores praticados no mercado. Tratava-se da Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP, criada e aprovada pela Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU n.º 23/99.

76. A mencionada tabela foi concebida a partir de um processo participativo e consensual, desenvolvido no âmbito da Câmara de Saúde Suplementar, no qual foram envolvidos gestores estaduais e municipais do SUS, representantes das operadoras e das unidades prestadoras de serviços integrantes do SUS.

77. A TUNEP teria como objetivos: (i) evitar o enriquecimento sem causa das operadoras de planos privados de assistência à saúde; (ii) evitar o custeio de atividades privadas com recursos públicos e (iii) regular os planos de assistência à saúde, coibindo fraudes no sistema de saúde complementar.

78. Destaca-se que, na tentativa de conformar as diversidades regionais na definição da tabela unificada, houve a discussão desses valores, formada a partir de reuniões de grupos técnicos, estabelecidos pela Câmara de Saúde Suplementar.

79. Os valores da TUNEP incluíam todas as ações necessárias para o pronto atendimento e recuperação do paciente, ou seja, a internação, os medicamentos, os honorários médicos, entre outras. **Por isso, é natural que os valores da tabela de pagamento do SUS sejam inferiores aos valores constantes na TUNEP, já que exclui honorários médicos, sangue e derivados, despesas porventura necessárias em virtude da permanência em hospital.** O valor TUNEP, em sentido oposto, cobre todo este número de procedimentos, incluindo, portanto, tudo aquilo que a operadora cobra de forma separada. Por tal razão, não é possível a equiparação entre os valores da TUNEP e a Tabela de Procedimentos do SUS.

80. Com efeito, deve-se diferenciar o valor de um procedimento do valor do atendimento. Esse é composto, muitas vezes, por vários procedimentos e inclui diárias de internação, honorários médicos e medicamentos.

81. É por isso que a legislação estabelece que a TUNEP possui como **finalidade única** o ressarcimento pelas operadoras, não podendo ser utilizada para outros fins. Nesse sentido, a Resolução de Diretoria Colegiada da ANS - RDCNº 17, de 30 de março de 2000, deixou claro, em seu art. 2º, que:

Art. 2º A TUNEP terá como finalidade única o ressarcimento, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, dos atendimentos prestados a seus beneficiários pelas entidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, sendo vedada sua utilização para outros fins.

82. A questão, inclusive, já foi, por inúmeras vezes, levada ao Poder Judiciário pelas operadoras de plano de saúde, alegando-se a incompatibilidade entre as tabelas TUNEP e SUS. O posicionamento jurisprudencial tem sido unânime no sentido da legalidade da aplicação da TUNEP para ressarcimento dos planos de saúde ao SUS. Nesse sentido:

OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE. RESSARCIMENTO AO SUS. PRESCRIÇÃO. DECRETO 20.910/1932. INOCORRÊNCIA. INSCRIÇÃO NA DIVIDA ATIVA. POSSIBILIDADE. ANS. CONSTITUCIONALIDADE. TABELA TUNEP. LEGALIDADE. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. (...)8. A Tabela TUNEP não possui qualquer ilegalidade e foi implementada pela Agência Nacional de Saúde (ANS) a partir de seu poder regulador do mercado de saúde suplementar;§§ 1º e 8º do artigo 32 da Lei n.º 9.656/98, portanto, não se revelando desarrazoados ou arbitrários, conforme sustenta a apelante.9. (...) (TRF 3ª Região, QUARTA TURMA, AP - AGRAVO DE PETIÇÃO - 1894275 - 0016326-63.2011.4.03.6100, Rel. DESEMBARGADOR FEDERAL MARCELO SARAIVA, julgado em 20/09/2017, e-DJF3 Judicial 1 DATA:27/10/2017)

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO. EMBARGOS À EXECUÇÃO FISCAL. RESSARCIMENTO AO SUS. PRESCRIÇÃO. NÃO CONFIGURAÇÃO. ART. 32 DA LEI 9.656/98. INCONSTITUCIONALIDADE. NÃO CONFIGURAÇÃO. TUNEP. ILEGALIDADE NÃO CONSTATADA. COBRANÇA DE VALORES GASTOS EM LOCAIS FORA DA ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO CONTRATO. NÃO COMPROVAÇÃO DA CONTRARIEDADE À LEI. (...) - A TUNEP tem fundamento no artigo 32, § 1º, da Lei 9.656/1998, que outorgou à ANS o poder de definir normas acerca das importâncias a serem reembolsadas ao SUS. - A tese de que se deveria ter por parâmetro a tabela do SUS, não deve prevalecer, eis que esta não representa todos os custos operacionais do atendimento ao consumidor. Ademais, os valores da tabela TUNEP - Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos, decorrem de deliberação da Diretoria Colegiada da ANS, com a participação da Câmara Técnica que busca estabelecer um diálogo entre a agência reguladora e os membros da Câmara de Saúde Suplementar, o que inclui participação de representantes das operadoras de planos de saúde, realizada mediante procedimento administrativo e considera todos os custos suportados pelo SUS no referido atendimento. - (...) - Preliminar rejeitada. Apelação provida. Embargos à execução fiscal julgados improcedentes, com fulcro no artigo 1.013, § 4º, do CPC. (TRF 3ª Região, QUARTA TURMA, AP - AGRAVO DE PETIÇÃO - 2212933 - 0002213- 95.2011.4.03.6103, Rel. DESEMBARGADOR FEDERAL ANDRE NABARRETE, julgado em 04/10/2017, e-DJF3 Judicial 1 DATA:26/10/2017).

83. A discussão acerca da legalidade da aplicação da Tabela TUNEP para cobrança dos planos de saúde, **bem como a sua diferenciação em relação à Tabela SUS**, permeou não apenas os Tribunais Regionais Federais, tendo encontrado assento também no

ADMINISTRATIVO. RESSARCIMENTO SUS. OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE. ART. 32 DA LEI 9.656/98. ART. 199 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL. CONSTITUCIONALIDADE. IMPUGNAÇÃO. CONTRADITÓRIO E AMPLA DEFESA ASSEGURADOS. PRINCÍPIO DA IRRETROATIVIDADE. FATOS JURÍGENOS POSTERIORES À VIGÊNCIA DA LEI FEDERAL. 1. O Estado, sem se desincumbir de seu ônus constitucional, possibilitou que empresas privadas, sob sua regulamentação, fiscalização e controle (ANS), prestassem a assistência à saúde de forma paralela, no intuito de compartilhar os custos e os riscos a fim de otimizar o mandamento constitucional. 2. A cobrança disciplinada no art. 32 da Lei 9.656/98 ostenta natureza jurídica indenizatória ex lege (receita originária), sendo inaplicáveis as disposições constitucionais concernentes às limitações estatais ao poder de tributar, entre elas a necessidade de edição de lei complementar. **3. Observada a cobertura contratual entre os cidadãos-usuários e as operadoras de planos de saúde, além dos limites mínimo (praticado pelo SUS) e máximo (valores de mercado pagos pelas operadoras de planos de saúde), tal ressarcimento é compatível com a permissão constitucional contida no art. 199 da Carta Maior.** 4. A possibilidade de as operadoras de planos de saúde ofertarem impugnação (e recurso, atualmente), em prazo razoável e antes da cobrança administrativa e da inscrição em dívida ativa, sendo-lhes permitido suscitar matérias administrativas ou técnicas de defesa, cumpre o mandamento constitucional do inciso LV do art. 5º da Constituição Federal. 5. O ressarcimento previsto na norma do art. 32 da Lei 9.656/98 é aplicável aos procedimentos médicos, hospitalares ou ambulatoriais custeados pelo SUS posteriores a 4.6.1998, desde que assegurado o exercício do contraditório e da ampla defesa, no âmbito administrativo, em todos os interstícios amparados por sucessivas reedições de medidas provisórias.(RE 597064, Relator(a): GILMAR MENDES, Tribunal Pleno, julgado em 07/02/2018, ACÓRDÃO ELETRÔNICO REPERCUSSÃO GERAL - MÉRITO DJe-095 DIVULG 15-05-2018 PUBLIC 16-05-2018)

84. Em relação ao julgamento, merece destaque trecho do voto do Relator Ministro Gilmar Mendes, **no qual ficou consignado não haver qualquer ilicitude na utilização de valores diferentes na Tabela TUNEP em relação à Tabela SUS**, uma vez que a diferenciação foi amplamente debatida com os setores sociais interessados:

[...]

A fixação dos procedimentos a serem resarcidos se processava nos termos da Tabela “Tunep” (Resolução RDC 17, de 3 de março de 2000) – inicialmente tratada consensualmente entre os representantes do Governo e dos setores envolvidos, no âmbito da Câmara de Saúde Suplementar (tal como assentado no acórdão recorrido), de maneira que, apenas em caso de impossibilidade de avanço dessas tratativas, é que se adotava a imposição daquela – e atualmente atualizada pelo Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR) de acordo com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, a qual teve ampla participação da sociedade civil e é perenemente atualizada (Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabelaunificada/app/sec/inicio.jsp>. Acesso em 7.2.2018).

Aqui, faço o registro de que tal previsão de participação dos setores envolvidos na agenda de pontuação dos procedimentos a serem reembolsados coaduna-se com o direito à organização e procedimento (Recht auf Organisation und auf Verfahren).

85. Noutros termos, na medida em que o STF declara a constitucionalidade da Tabela TUNEP e sua sistemática, debruçando-se sobre o art. 32 da Lei n.º 9.656/98, também pontua que não há qualquer inconstitucionalidade na utilização de valores diversos daqueles utilizados na Tabela de Procedimentos do SUS, ao afirmar a legitimidade do Índice de Valoração do Ressarcimento.

86. Portanto, o fundamento da obrigação de ressarcimento ao SUS é exigir colaboração pecuniária dos empreendedores que auferem lucratividade a partir de um mercado socialmente sensível (saúde suplementar), para manter a integridade do respectivo sistema de proteção mantido pelo Estado.

87. Lado outro, a Tabela de Procedimento, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS constitui uma ferramenta pela qual o SUS realiza o cálculo que será repassado a determinada unidade conveniada à rede pública de saúde pelo procedimento realizado.

88. Diante do exposto, conclui-se que não há qualquer relação entre a metodologia de valoração do ressarcimento do SUS e a suposta defasagem da tabela do SUS.

89. Como demonstrado, a TUNEP e seu sucessor (o IVR) são parâmetros utilizados pela ANS para operacionalizar o ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde, não sendo possível a sua incidência sobre a Tabela SUS por **inexistência de previsão legal nesse sentido**, pela **diversidade da finalidade de ambas as tabelas** e pelo fato de **o prestador de serviço conveniado/contratado ao SUS não ser remunerado única e exclusivamente pelos valores da indigitada tabela**, considerando os diversos benefícios fiscais de que dispõe em razão da natureza de sua atividade.

3.8 Dos recentes reajustes na tabela SUS

90. Acerca dos reajustes da tabela ocorridos no decorrer de 2008 a 2023, com intuito de subsidiar a defesa da União em causas envolvendo a Tabela SUS, o Departamento de Regulação Assistencial e Controle do Ministério da Saúde elaborou a NOTA INFORMATIVA Nº 289-2024-CGSI-DRAC-SAES-MS (NUP: 00737.028001/2024-90; Sapiens: seq. 29; SEI n. 0044252375).

91. Na referida Nota Informativa, o departamento ressalta que este Ministério da Saúde tem realizado diversas adequações

na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM), de acordo com prioridades estabelecidas com base em estudos técnicos que avaliam o impacto das ações e serviços de saúde.

92. Destaca-se, mais uma vez, que os valores dos procedimentos que constam na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS são utilizados apenas como valores de referência, sendo facultado aos Gestores de Saúde negociar pagamentos a maior de procedimentos realizados pelos estabelecimentos sob sua gestão.

3.9 Dos reajustes dos valores das diárias de UTI

93. Quanto aos valores das diárias de UTI, impende destacar que a Portaria 3.126, de 26 de dezembro de 2008, reajustou os valores dos procedimentos de diárias de UTI.

94. Contudo, considerando a grave situação causada pelo início da pandemia de COVID-19, foi publicada a Lei n.º 13.979, 6 de fevereiro de 2020, que dispôs sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus, responsável pelo surto de 2019, bem como a Portaria n.º 188, de 03 de fevereiro de 2020, que declarou Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV).

95. Como medida excepcional, foi publicada a Medida Provisória n.º 924, de 13 de março de 2020, que abriu crédito extraordinário em favor dos Ministérios da Saúde e da Educação, para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus.

96. Além disso, foi publicada a Portaria n.º 414/GM/MS, de 18 de março de 2020, que autorizou a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico, para atendimento exclusivo dos pacientes acometidos pela COVID-19.

97. Assim, diante do contexto pandêmico, bem como da complexidade dos atendimentos realizados pela COVID-19, foi publicada a Portaria nº 237, de 18 de março de 2020, que incluiu temporariamente os leitos e procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS), para atendimento exclusivo dos pacientes com COVID-19.

98. Considerando a publicação da portaria supramencionada, de caráter temporário e somente enquanto durasse a ESPIN, bem como o crédito extraordinário da MP nº 924, os valores das diárias de UTI Adulto e Pediátrica tipo – II foram fixados em R\$ 1.600,00.

99. Com a redução dos casos de COVID-19 no País, entendeu-se pela desmobilização dos leitos de UTI COVID-19, conforme Portaria n.º 4.226, de 31 de dezembro de 2021, e, posteriormente, pela extinção da tipologia na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS destes leitos utilizados exclusivamente para atendimento de pacientes com COVID-19.

100. Ato contínuo, e levando em consideração a vertente diminuição dos casos COVID-19, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 913, de 22 de abril de 2022, que declarou o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV), e revogou a Portaria GM/MS n.º 188, de 3 de fevereiro de 2020.

101. Assim, com a extinção dos leitos de UTI COVID-19 e o encerramento da ESPIN, os valores das diárias de UTI, independentemente da doença, retornaram àqueles previstos na Portaria n.º 3.126/2008.

102. Não obstante, em atenção à necessidade de promover a adequação de valores referentes aos procedimentos hospitalares das tabelas de referências nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), foi publicada a Portaria GM/MS n.º 160, de 27 de janeiro de 2022, publicada no DOU edição extra, de 25 de fevereiro de 2022, que concedeu novo reajuste dos valores de procedimentos de diária de UTI Adulto e Pediátrico, elevando-os ao patamar de R\$ 600 a R\$ 700, a depender do procedimento/tipo.

103. Logo, deve ser rechaçada qualquer pretensão no sentido da elevação das diárias de UTI ao valor de R\$ 1.600,00, já que essa quantia foi fixada apenas durante a ESPIN, inclusive dependendo do crédito extraordinário da MP n.º 524.

104. O montante supramencionado refere-se exclusivamente à UTI COVID, sendo que tal tipo de leito não mais existe na Tabela de Procedimentos SUS ou para fins de habilitação.

105. Atualmente, a Tabela de Procedimentos SUS prevê apenas leitos convencionais de UTI (e não mais exclusivos para COVID), inexistindo previsão legal ou normativa que autorize o pagamento naquele patamar.

106. Importante destacar que a Tabela SUS é apenas uma referência, cujos valores devem ser reforçados pelos Estados e pelos Municípios, contemplando assim a totalidade dos valores praticados pelo SUS.

107. Além disso, por força do art. 18, X c/c art. 26, ambos da Lei 8.080/80 (Lei Orgânica do SUS), compete aos entes municipal e, em caráter suplementar, estadual, firmar contratos/convênios para prestação de serviços de saúde, ficando a União responsável apenas pela elaboração dos referenciais (tabela SUS) para garantir a qualidade dos serviços prestados.

108. Logo, eventual pedido de extinção da avença ou reequilíbrio econômico deve ser feito perante o ente responsável, não

podendo a União responder por contrato do qual não fez parte.

109. Quanto a uma possível pretensão residual de submeter a União ao contrato/convênio firmado com outro ente, tem-se que a União não pode ser obrigada nessa relação em virtude do princípio da relatividade dos contratos, pois não faz parte da relação de contratualização, justamente porque não cabe a ela a atribuição de gestão direta dos serviços de saúde, mas apenas de cooperação técnica e financeira, o que já foi feito por meio de repasses ao Fundo de Saúde do ente respectivo e não por uma interferência em um contrato de prestação de serviços do qual não é parte.

110. Como já dito, quanto a União possua competência para estabelecer os valores de referência da tabela, nada impede que Estados e Municípios os complementem ao celebrarem contratos administrativos e/ou convênios com entidades privadas para a prestação direta dos serviços de saúde dentro de suas competências, não sendo possível exigir da União complementação de valores como se a tabela fosse vinculativa para os particulares e imposta pela União.

111. Nessa ordem de ideias, assumir que a Tabela SUS é a única forma de remuneração destinada a tais entidades é ignorar todas as diretrizes relacionadas à política pública de saúde e as demais formas de remuneração, diretas e indiretas, fornecidas pelo Poder Público.

112. Inclusive, destaca-se a Publicação da Portaria GM/MS nº 3.633, de 27 de setembro de 2022, que alterou a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o valor do incentivo às instituições hospitalares que dispuserem de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto e Pediátrico tipos II e III aos serviços hospitalares que compõem a Rede de Atenção às Urgências.

113. Ou seja, aquelas instituições hospitalares que disponibilizarem leitos de UTI à Rede de Atenção às Urgências farão jus a acréscimo do valor por diária de UTI, no importe de R\$ 321,28 (trezentos e vinte e um reais e vinte e oito centavos) para UTI adulta e pediátrica tipo II; e R\$ 291,37 (duzentos e noventa e um reais e trinta e sete centavos) para UTI adulta e pediátrica tipo III.

114. Por fim, faz-se imperioso destacar que, atualmente, o Brasil possui 21.554 leitos de UTI – tipo II adultos e pediátricos habilitados (fonte CNES), o que custa, aproximadamente, R\$ 4,24 bilhões de reais ao ano.

115. Isso que dizer que, caso o Poder Judiciário resolva acolher teses para majoração das diárias de UTI aos patamares praticados na vigência da pandemia de COVID-19, o custo acima poderá aumentar, mesmo sem previsão orçamentária no âmbito das ações do SUS, em R\$ 7,08 bilhões ao ano.

116. Nessa linha de raciocínio, convém trazer à baila os artigos 20 a 22 da Lei de Introdução às Normas do Direito brasileiro - LINDB, os quais positivam o consequencialismo no ordenamento jurídico brasileiro:

Art. 20. Nas esferas administrativa, controladora e judicial, não se decidirá com base em valores jurídicos abstratos sem que sejam consideradas as consequências práticas da decisão. (Incluído pela Lei nº 13.655, de 2018) (Regulamento)

Parágrafo único. A motivação demonstrará a necessidade e a adequação da medida imposta ou da invalidação de ato, contrato, ajuste, processo ou norma administrativa, inclusive em face das possíveis alternativas. (Incluído pela Lei nº 13.655, de 2018)

Art. 21. A decisão que, nas esferas administrativa, controladora ou judicial, decretar a invalidação de ato, contrato, ajuste, processo ou norma administrativa deverá indicar de modo expresso suas consequências jurídicas e administrativas. (Incluído pela Lei nº 13.655, de 2018) (Regulamento)

Parágrafo único. A decisão a que se refere o caput deste artigo deverá, quando for o caso, indicar as condições para que a regularização ocorra de modo proporcional e equânime e sem prejuízo aos interesses gerais, não se podendo impor aos sujeitos atingidos ônus ou perdas que, em função das peculiaridades do caso, sejam anormais ou excessivos. (Incluído pela Lei nº 13.655, de 2018)

Art. 22. Na interpretação de normas sobre gestão pública, serão considerados os obstáculos e as dificuldades reais do gestor e as exigências das políticas públicas a seu cargo, sem prejuízo dos direitos dos administrados. (Regulamento)

§ 1º Em decisão sobre regularidade de conduta ou validade de ato, contrato, ajuste, processo ou norma administrativa, serão consideradas as circunstâncias práticas que houverem imposto, limitado ou condicionado a ação do agente. (Incluído pela Lei nº 13.655, de 2018)

§ 2º Na aplicação de sanções, serão consideradas a natureza e a gravidade da infração cometida, os danos que dela provierem para a administração pública, as circunstâncias agravantes ou atenuantes e os antecedentes do agente. (Incluído pela Lei nº 13.655, de 2018)

§ 3º As sanções aplicadas ao agente serão levadas em conta na dosimetria das demais sanções de mesma natureza e relativas ao mesmo fato. (Incluído pela Lei nº 13.655, de 2018)

117. Por fim, em atenção ao princípio da eventualidade, deve-se ressaltar que eventual acolhimento da pretensão formulada não ampliará a oferta de serviços de saúde, tampouco melhorará a qualidade do atendimento ao usuário do SUS.

3.10 Do impacto das decisões judiciais que objetivam a correção da Tabela SUS

118. O Departamento de Regulação Assistencial e Controle, através do DESPACHO DRAC/SAES/MS, de 06 de novembro de 2024 (NUP: 00737.028001/2024-90; Sapiens: seq. 30; SEI nº 0044251640), exarado em demanda paradigmática, destacou que as demandas judiciais objetivando o reajuste da tabela do SUS vêm se avolumando, principalmente nos dois últimos anos.

119. O número de ações judiciais que tratam de “reajuste de tabela SUS” em curso no DRAC/SAES/MS, consoante ferramenta interna do departamento, atingiu, em 2022 e 2023, aproximadamente 1.750 (mil, setecentos e cinquenta) expedientes.

120. Ressaltou-se que, em levantamento realizado pela CGOF/DRAC/SAES/MS (NUP: 00737.001860/2020-16; Sapiens: seq. 129, p. 137; SEI n. 0038160463), foi observado que os valores despendidos em cumprimento a decisões judiciais sobre o tema atingiram, em 29/12/2023, o montante de R\$ 111.883.134,37 (cento e onze milhões, oitocentos e oitenta e três mil, cento e trinta e quatro reais e trinta e sete centavos):

“9. Por derradeiro, alertamos acerca dos levantamentos realizados para pagamentos aos estabelecimentos de saúde que tiveram seus pedidos deferidos em juízo, pois se somados os depósitos realizados com os pagamentos fundo a fundo, encontram -se no importe de R\$ 111.883.134,37 (cento e onze milhões, oitocentos e oitenta e três mil cento e trinta e quatro reais e trinta e sete centavos), no presente momento, uma vez que por orientação da CONJUR/MS, a obrigação de fazer/pagar, nestes casos, deve ser de forma continua, sem dúvida alguma uma quantia extremamente vultosa, que irá impactar, significativamente, o orçamento ministerial.”.

121. Esses dados demonstram a magnitude do problema, que pode se agravar ainda mais se cogitarmos a possibilidade real de judicialização por parte de todos os prestadores de serviços do SUS (sejam eles privados ou públicos), situação que poderia atingir o montante de **R\$ 24.499.991.334,17 (vinte e quatro bilhões, quatrocentos e noventa e nove milhões, novecentos e noventa e um mil, trezentos e trinta e quatro reais e dezessete centavos)**, considerando a aplicação de 50% (IVR) sobre o montante da produção/2023.

122. É razoável supor os reflexos diretos e negativos que as ações judiciais em comento produzirão sobre os serviços e as políticas de saúde, notadamente em razão da limitação orçamentária e financeira que o SUS sempre enfrentou, podendo resultar, inclusive, na desassistência em decorrência da ausência de recursos financeiros para as demais ações e serviços de saúde. **Ademais, não se vislumbra nas sobreditas demandas judiciais a propositura de ampliação de ofertas de serviços de saúde, tampouco melhoria de acesso ao usuário do SUS.**

123. Esse cenário de gastos elevados e contínuos implica uma pressão insustentável sobre o orçamento do SUS, impactando diretamente a capacidade de financiamento de outras necessidades essenciais do sistema de saúde.

3.11 Da cláusula da reserva do possível e da violação ao princípio democrático

124. No tocante ao direito à saúde, a norma constitucional determina que sua efetivação deverá ser realizada por meio de um serviço nacional de saúde, de acesso universal, e gratuito, ou seja, em atenção ao princípio da igualdade (art. 196 da CF).

125. Observa-se, dessa forma, que embora se esteja diante de normas consagradoras de direitos sociais, estas são, na verdade, normas programáticas que norteiam a atuação dos poderes públicos em longo prazo, sempre dependentes de providências integrativas e custosas por parte do administrador.

126. Ante o fato de os direitos sociais exigirem prestações positivas do Estado, põe-se em relevo sua dimensão econômica e a análise não apenas da conveniência e oportunidade de adoção da medida, mas, principalmente, da possibilidade, significando que a efetiva realização das prestações reclamadas não é possível sem que se despenda algum recurso, dependendo, em última análise, da conjuntura econômica e financeira.

127. Assim, em relação à saúde, optou o Constituinte e o Administrador brasileiro em concretizar os direitos sociais levando-se em conta à “reserva do financeiramente possível”, utilizando-se de escolhas que alcançassem a maior parte da população, ainda que, para tanto, algumas situações específicas tivessem de ser excluídas.

128. No caso em espécie, ainda que se admitisse, *ad argumentandum tantum*, competir à União o reajuste dos serviços médicos na forma usualmente pretendida pelos autores, teria de ser averiguado se o SUS detém condições materiais para tanto.

129. Além de ponderar acerca do conteúdo programático das normas garantidoras do direito à saúde, é preciso ressaltar o respeito aos princípios da igualdade e impessoalidade, a necessidade de preservar a harmonia existente na tripartição das funções inerentes ao poder, os limites da atuação judicial no controle da atividade administrativa, bem como as limitações de ordem orçamentária e financeira.

130. Não se pretende aqui defender a inexistência de um controle judicial da atividade administrativa, e nem mesmo fechar os olhos para o direito à vida e às mazelas da população, mas apenas demonstrar que a aplicação de recursos públicos para o financiamento das ações de saúde fora dos critérios estabelecidos pelo administrador poderá acarretar efeitos nefastos para todo o Sistema Público de Saúde e para os seus beneficiários.

131. Dessa forma, autorizar a revisão dos valores pagos pelos serviços médicos na forma pleiteada pelos autores significa comprometer a atuação do Poder Público em outras áreas que se constituem em objeto de políticas públicas, vez que seriam remanejados recursos de um setor para o outro.

132. Não podemos esquecer que os recursos que munem o erário para o cumprimento de suas finalidades institucionais são finitos e escassos.

133. Isto é, se acolhido o pleito autoral, a consequência será que os recursos existentes serão redistribuídos de outra alocação orçamentária para o pagamento das despesas públicas relativas à demanda. E mais, essa realocação pode ter como consequência a retirada de verbas que estavam originariamente destinadas ao tratamento de outros pacientes, ao custeio de obras de infraestrutura, essenciais ao desenvolvimento do país, ou mesmo a ações sociais integrativas para o atendimento de pessoas em condições de miserabilidade.

134. Por fim, cabe asseverar que o atendimento da pretensão, porquanto relativo à realização de despesa não autorizada pela Lei Orçamentária Anual, viola o teor do art. 167, incs. I, II, VI (por tal circunstância ter por consequência inevitável o remanejamento de recursos de uma dotação para outra sem a devida autorização legislativa para tanto), e VII (eis que não foram definidos de onde virão os créditos necessários para o custeio da despesa em questão).

135. Sendo assim, verifica-se que os prestadores de serviços não podem ter ingerência sobre a maneira pela qual os gastos públicos do SUS são efetivados, vez que isso entra na seara da discricionariedade dos Poderes Legislativo e Executivo, não sendo possível, no particular, qualquer controle por parte do Poder Judiciário.

3.12 Da ausência de prejuízo pela prestação de serviços ao SUS

136. Por derradeiro, vale destacar que o financiamento tripartite do SUS traz a possibilidade de recebimento de outros recursos financeiros pelas entidades privadas, tais como: incrementos, incentivos e investimentos, que elevam os valores da tabela SUS, em alguns casos em mais de 100% (cem por cento). Ademais, há casos em que o Estado e/ou Município acrescenta recursos próprios, em acolhimento ao princípio constitucional do financiamento tripartite do SUS (é possível identificar estes repasses nos contratos/convênios celebrados entre as partes). Daí a importância de que os entes subnacionais contratantes sejam integrados à lide, de modo a permitir a apuração precisa da situação econômica do contrato celebrado pela entidade privada com o SUS.

4. SUBSÍDIOS JURÍDICOS PARA ATUAÇÃO DA UNIÃO EM JUÍZO - ENTES PÚBLICOS SUBNACIONAIS

4.1 Preliminar de ilegitimidade ativa

137. A legitimidade ativa é condição da ação prevista no art. 17 do CPC, consistindo na capacidade jurídica de uma pessoa ou entidade para ingressar com uma ação judicial em seu próprio nome para defesa de direito próprio (legitimidade ativa ordinária) ou em defesa de um direito alheio, quando autorizado por lei (legitimidade ativa extraordinária).

138. Caso o autor da ação não tenha legitimidade ativa, isso pode resultar na extinção do processo sem resolução do mérito (art. 485, VI, do CPC/2015).

139. Acerca das atribuições dos gestores municipais e estaduais do SUS, a Lei nº 8.080/1990 prevê, de forma categórica, que a eles compete a obrigação de prestar assistência à saúde da população, afirmativa consagrada nos incisos III e IX do artigo 17; e I e X do artigo 18, da Lei nº 80.080/1990, *in verbis*:

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; (...)
IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; (...)
X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução.

140. Assim, segundo dispõe a Lei nº.º 8.080/90, compete aos entes públicos subnacionais a gestão e execução de serviços de saúde de forma direta, atuando como integrantes do sistema do SUS, e não como prestadores de serviços externos.

141. A hipótese se diferencia das demandas propostas por entidades privadas contratadas ou conveniadas visando à revisão dos valores pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para o custeio dos procedimentos de saúde – Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) do SUS. No caso, a pretensão de revisão é veiculada por ente público integrante da Federação e do próprio Sistema Único de Saúde (SUS). A única relação jurídica existente entre o ente subnacional e a União envolve repasses na modalidade "fundo a fundo", ou seja, relação entre entes federativos, sem qualquer conotação contratual.

142. De fato, a Tabela de Procedimento, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS constitui uma ferramenta pela qual o SUS realiza o cálculo que será repassado a determinada unidade conveniada à rede pública de saúde pelo procedimento realizado, ou seja, é destinada à remuneração da iniciativa privada, quando atua complementarmente ao Sistema Único de Saúde.

143. Caso o ente subnacional entenda que o valor fixado pelo Ministério da Saúde como contraprestação para determinado procedimento constante da Tabela de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS encontra-se defasado, nada impede que o complemente com verbas municipais, em atenção ao financiamento tripartite do sistema.

144. A propósito, cita-se recente precedente do Tribunal Regional Federal da 1ª Região:

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. REMESSA NECESSÁRIA. APELAÇÃO CÍVEL. CORREÇÃO DO VALOR DA TABELA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SUS. PRELIMINARES DE ILEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM DA UNIÃO FEDERAL E FORMAÇÃO DE LITISCONSÓRCIO PASSIVO NECESSÁRIO AFASTADAS. ILEGITIMIDADE ATIVA DO ENTE MUNICIPAL. ACOLHIMENTO. REMESSA NECESSÁRIA PROVIDA. APELAÇÃO DA UNIÃO PROVIDA. 1. Nos termos do Art. 26, caput, e respectivos §§ 1º e 2º, c/c o Art. 9º, I, da Lei nº 8.080/90, compete à União Federal, por intermédio do Ministério da Saúde, estabelecer os critérios e os valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2. Na hipótese dos autos, em que se busca a correção da tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do referido sistema, afigura-se manifesta a legitimidade passiva ad causam exclusiva da União Federal, não se vislumbrando, por conseguinte, a necessidade de formação de litisconsórcio passivo necessário com as demais unidades da federação. Precedentes. Preliminares rejeitadas. 3. A Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) do SUS destina-se unicamente a remunerar a iniciativa privada, quando atuante de forma complementar ao SUS. O ente municipal não é o destinatário das verbas oriundas da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) do SUS, razão pela qual não possui interesse e legitimidade para pleitear a sua revisão, tampouco para auferir supostas diferenças financeiras. 4. A Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP tem por objetivo o resarcimento ao SUS pelos serviços prestados aos clientes das operadoras de plano de saúde (artigo 32, § 8º, da Lei nº 9.656/1998), inexistindo respaldo jurídico para a sua utilização nos repasses fundo a fundo da União para o ente municipal. Preliminar acolhida. 5. Remessa necessária provida. Apelação da União provida para reformar a sentença e reconhecer a ilegitimidade ativa do ente municipal. (AC 1025100-22.2021.4.01.3400, JUIZ FEDERAL ALYSSON MAIA FONTENELE (CONV.), TRF1 - DÉCIMA-SEGUNDA TURMA, PJe 12/09/2023 PAG.) (grifei)

145. Dessa forma, evidenciada a ausência de legitimidade do ente subnacional para pleitear a revisão da Tabela SUS, é de rigor a extinção do processo sem resolução do mérito, com esteio no art. 485, VI, do CPC.

4.2 Preliminar de falta de interesse processual - possibilidade de solicitação de incremento do teto MAC pela via administrativa

146. O art. 198 da Constituição Federal de 1988 (CF/88) estabelece que o financiamento do SUS é responsabilidade de todas as esferas de governo.

147. No que se refere à participação da União, as transferências de recursos aos Estados, Distrito Federal e Municípios estão disciplinadas pela Portaria Ministerial n.º 204/2007, cujo texto foi transscrito para a Portaria de Consolidação n.º 6, com a modificação dada pela Portaria GM/MS n.º 3992/2017, transformando os blocos em grupos de financiamento, que integram um único bloco de custeio, incluindo o que se destina às ações e serviços ambulatoriais e hospitalares, conhecido como Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade, ou Teto MAC.

148. O Teto MAC é um valor cumulativo e não o resultado de um cálculo, baseado em um algoritmo e refeito a cada ano.

149. Os entes estaduais e municipais são livres para apresentar ao Ministério da Saúde solicitações de incremento do valor do teto MAC (Média e Alta Complexidade), explicitando o valor, finalidade, justificativa e manifestação de apoio ao pleito, por parte da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Estado.

150. À vista de uma solicitação de incremento do Teto MAC, o Ministério da Saúde compara o montante recebido com o montante da produção apresentada e caso seja demonstrada produção elevada em todo o Estado, o atendimento da solicitação fica condicionado à disponibilidade orçamentário-financeira do Ministério da Saúde.

151. Em regra, nas ações desta espécie, observa-se que a parte autora requer o restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro da relação jurídica entre ela e a União. Assim, verifica-se que, na verdade, o que os entes subnacionais pretendem é o aumento do repasse da União via Teto MAC.

152. Esse pleito, como já asseverado, é perfeitamente cabível por qualquer Estado ou Município, porém a via jurisdicional não é, pelo menos a princípio, a trilha adequada para tanto, motivo pelo qual a falta de interesse processual é patente.

153. O aumento do repasse de verbas pela União pode ser obtido por meio de pedido de incremento do teto MAC (Média e Alta Complexidade) pelo Estado ou Município, por meio de processo administrativo específico encaminhado ao Ministério da Saúde.

154. Assim, ainda que superada a preliminar acima aventada, o que se cogita em atenção ao princípio da eventualidade, o processo deve ser extinto sem resolução de mérito, com fulcro no art. 485, VI, do CPC, tendo em vista a ausência de interesse processual.

4.3 Mérito - considerações iniciais - do Sistema Único de Saúde

155. A CF/88 estabelece, em seu art. 196, que o direito à saúde é direito de todos e um dever do Estado, concretizado através do Sistema Único de Saúde (SUS).

156. Como se sabe, a organização do SUS possui a descentralização como uma de suas diretrizes, a teor do disposto no inciso I do art. 198 da CF/88, *in verbis*:

"Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;"

157. Em atenção a tal característica, a Lei n.º 8.080/90 estabeleceu que a execução dos serviços cabe, precípua mente, aos Municípios e, supletivamente, aos Estados-membros. Vejamos os dispositivos legais pertinentes:

"Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

(...)

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;"

"Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

(...)

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;"

158. Essa distribuição de competências se dá em virtude de os entes locais e os regionais estarem mais próximos da população e, por consequência, terem melhores condições de conhecer as necessidades dela.

159. Dessa forma, resta claro que, dentro do arcabouço legal e organizacional do SUS, incumbe aos entes municipais e estaduais a execução direta dos serviços de saúde, refletindo o princípio da descentralização e garantindo que as ações de saúde sejam executadas de maneira eficiente e alinhadas às necessidades específicas de cada comunidade local.

4.4 Do financiamento tripartite do SUS

160. O § 1º do art. 198 da CF/88 estabelece que o financiamento do SUS se dá de maneira tripartite, ou seja, os recursos provêm dos orçamentos para a seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

(...)

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

161. Esse financiamento compartilhado também está previsto na Portaria de Consolidação MS n.º 6/2017:

Art. 2º O financiamento das ações e serviços públicos de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), observado o disposto na Constituição Federal, na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e na Lei Orgânica da Saúde.

162. Considerando a lógica do financiamento tripartite do SUS, é dever da União repassar tais recursos aos Estados e Municípios para que eles, em homenagem ao princípio da descentralização, apliquem-nos nas ações e serviços de saúde a seu cargo, complementando tais valores com recursos próprios.

163. Nessa linha de raciocínio, é importante frisar que não cabe à União arcar sozinha com o financiamento da saúde pública, como deixa claro a redação do art. 195 da CF/88:

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais

164. Em reforço a tal argumento, o § 2º do art. 198 do texto constitucional estabelece que cada ente deve aplicar, anualmente, recursos mínimos em ações e serviços de saúde:

Art. 198.

(...)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento);

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts.

155 e 156-A e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, I, "a", e II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 156 e 156-A e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, I, "b", e § 3º.

165. Logo, é imprescindível que Estados e Municípios também contribuam adequadamente para o custeio do sistema público de saúde, não sendo razoável impor à União um ônus desproporcional, especialmente se considerarmos que o ente federal deve atender às necessidades existentes em outros entes da federação.

4.5 Do financiamento da atenção primária à saúde: as transferências regulares ocorrem de forma independente da Tabela SUS

166. Observa-se que nas ações em questão a parte autora pretende restabelecer o equilíbrio econômico-financeiro da relação jurídica estabelecida com a União, considerando o custeio das unidades de saúde da localidade ou região.

167. No entanto, como já demonstrado, os entes subnacionais não prestam serviços ao SUS, mas executam diretamente serviços de saúde pelo SUS à população local. Além disso, o financiamento do SUS é tripartite, cabendo ao ente federal repassar recursos, enquanto os entes estaduais e municipais complementam o financiamento com recursos próprios.

168. Especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, convém fazer alguns esclarecimentos complementares sobre o cofinanciamento, de forma a compreender como cada nível de governo desempenha um papel crucial em prover os recursos necessários para manter e melhorar os serviços de saúde oferecidos à população.

169. Na Atenção Primária à Saúde, visando à ampliação do acesso da população aos serviços de saúde para garantir a universalidade, a equidade e a integralidade do SUS, previstos na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, buscou-se estruturar um modelo de financiamento focado no atendimento (acesso) das pessoas, de acordo com suas necessidades de saúde, com mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e profissionais quanto à melhor alocação e utilização dos recursos públicos, de forma racional, eficiente e respeitando os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080/1990.

170. Nesse sentido, a NOTA TÉCNICA Nº 186/2024-COHC/CGFAP/SAPS/MS (NUP: 00737.003974/2024-16; Sapiens: seq. 19; SEI n. 0040149608), apresentada pela SAPS/MS em caso análogo, esclareceu que a Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, que alterou a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, organizou um modelo misto de financiamento, constituído pelos seguintes componentes:

- I. Componente Fixo;
- II. Componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial;
- III. Componente de Qualidade;
- IV. Componente para Implantação e Manutenção de Programas, Serviços, Profissionais e outras Composições de Equipes da APS;
- V. Componente para Atenção à Saúde Bucal; e,
- VI. Componente per capita de base populacional para ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

171. Passa-se a esclarecer cada um dos componentes:

Componente Fixo:

Define-se como incentivo financeiro fixo e mensal para apoiar o custeio das equipes de Saúde da Família (eSF) e das equipes de Atenção Primária (eAP).

É um incentivo de implantação, em parcela única, para as equipes de Saúde da Família (eSF), equipe de Atenção Primária (eAP), equipes de Saúde Bucal (eSB) e equipes Multiprofissionais (eMulti).

Componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial:

Destina-se a estimular a qualificação do cadastro e acompanhamento territorial, possibilitando a reorganização da atenção primária no território e a melhoria do atendimento às pessoas.

O valor do componente será transferido mensalmente, e dependerá do quantitativo de pessoas vinculadas à eSF e eAP, e acompanhadas pelas eSF, eAP, eSB e eMulti.

Componente de Qualidade:

Visa incentivar a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços ofertados na APS com vistas a induzir boas práticas e aperfeiçoar os resultados em saúde. O incentivo financeiro para as eSF, eAP, eSB e eMulti é calculado conforme os resultados alcançados pelas equipes nos indicadores e é transferido mensalmente.

Componente para Implantação e Manutenção de Programas, Serviços, Profissionais e outras Composições de Equipes da APS:

Destina-se a apoiar o custeio de diversas estratégias de cuidado na APS, como equipes multiprofissionais, equipes de Consultório na Rua, Unidades Básicas de Saúde Fluvial, entre outros.

As transferências financeiras seguem as regras previstas nas normas vigentes de cada programa, serviço, profissional ou equipe contemplada.

Componente para Atenção à Saúde Bucal:

Este componente visa a apoiar as ações de saúde bucal nos territórios e contempla o custeio do valor fixo das equipes de Saúde Bucal (eSB), das Unidades Odontológicas Móveis (UOM), dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e dos Serviços de Especialidades em Saúde Bucal (SESB).

As transferências financeiras seguem as regras previstas nas normas vigentes que regulamentam a organização e o funcionamento dos respectivos programas, serviços e equipes.

Componente per capita de base populacional para ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde:

Este componente considera a estimativa populacional dos municípios e Distrito Federal divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para determinar o incentivo financeiro per capita a ser repassado anualmente em ato normativo do Ministério da Saúde.

172. Nota-se que a União, através do Ministério da Saúde, é responsável por repassar recursos de maneira regular e automática para os Fundos Locais de Saúde, sem qualquer relação com pagamento baseados na Tabela SUS.

173. Tais recursos destinados à Atenção Primária à Saúde são gerenciados pelos Municípios, que têm autonomia para aplicar estes fundos de acordo com as necessidades locais, mas dentro dos critérios estabelecidos pelas políticas nacionais de saúde.

174. A fiscalização desses recursos cabe aos Conselhos de Saúde em cada nível administrativo, garantindo transparência e eficácia na gestão dos fundos.

175. **Portanto, é possível concluir que a forma do financiamento da Atenção Primária à Saúde não possui relação com pagamentos baseados na Tabela SUS.**

4.6 Do financiamento da atenção especializada: Teto MAC e FAEC

176. No que concerne ao custeio da atenção especializada à saúde, a contribuição federal é repassada aos gestores estaduais e municipais em duas modalidades: i) Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade - Teto MAC e ii) Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC.

177. Do ponto de vista operacional, a diferença entre os dois componentes está na condição de transferência dos recursos: o Teto MAC, com seus incentivos, consiste em um valor anual, composto pelo somatório de valores definidos por portarias ministeriais, sendo transferido aos fundos estaduais e municipais mensalmente, em duodécimos, de forma automática.

178. O Teto MAC corresponde à maior parte da contribuição federal para custeio da atenção especializada no SUS. É um valor cumulativo e não o resultado de um cálculo refeito a cada ano. Atualmente, corresponde a aproximadamente 58 bilhões de reais para todo o país, e é repassado mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos estados e municípios, em 12 parcelas por ano, podendo ser aplicado no custeio de qualquer ação ou serviço de média e alta complexidade, de acordo com a programação assistencial elaborada sob a responsabilidade dos gestores do SUS nas esferas subnacionais.

179. Frequentemente, a designação Teto MAC é equivocadamente empregada como referência aos valores de pagamento a entidades prestadoras de serviços de saúde. Contudo, o conceito de Teto MAC não se aplica a nenhum estabelecimento de saúde em particular, uma vez que o Ministério da Saúde (MS) não efetua transferências diretas a essas entidades e que o valor da remuneração pelos serviços prestados é definida pelo gestor contratante, seja o Estado ou o Município, sem participação do MS.

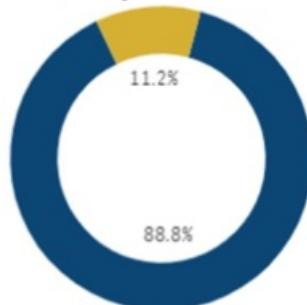
180. Mesmo nos casos em que uma portaria ministerial concede recursos, fazendo menção a uma unidade de saúde específica, o recurso é incorporado ao Teto MAC do Estado ou do Município, cabendo ao gestor decidir sobre o montante e os pagamentos devidos ao estabelecimento, conforme os termos do contrato e a produção dos serviços.

181. Por sua vez, os recursos do FAEC são valores variáveis, transferidos mensalmente aos fundos estaduais e municipais de saúde, com base na apuração dos valores da produção dos serviços, segundo a Tabela SUS, nas categorias elegíveis (lista de procedimentos específicos).

182. Para exemplificar o volume correspondente a cada um dos componentes no repasse federal do bloco de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar aos Municípios e Estados brasileiros, a SAES/MS, em caso análogo, apresentou a NOTA INFORMATIVA Nº 278/2024-CGSI/DRAC/SAES/MS (NUP: 00405.059901/2024-31; Sapiens: seq. 3, p. 9; SEI n. 0041273962), na qual demonstrou que o valor repassado referente ao componente do Teto MAC é 88,8% dos repasses do bloco e, em contrapartida, o FAEC corresponde a 11,2%:

Componente

Fundo De Ações Estratégicas E Compensaç...



Limite Financeiro Da Média E Alta Complexidade



Repasses Fundo a Fundo



Fundo a Fundo

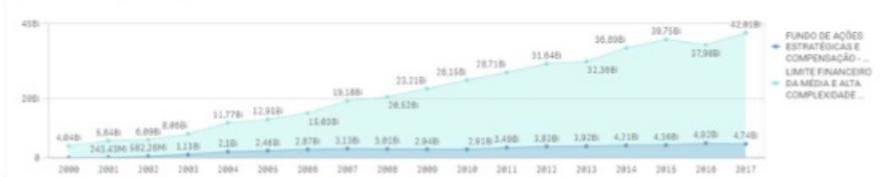


Bloco, Componente, Programa, UF, Município, Entidade

Clique sobre a informação de bloco para navegar pelos tópicos

capitalize(COMPONENTE)	Valor Bruto	Desconto	Valor Líquido
Total	R\$463.113.056.428,30	R\$46.775.632.391,00	R\$406.337.424.037,30
Limite Financeiro Da Média E Alta Complexidade Ambul. E Hospital - Mac	R\$402.138.793.231,94	R\$44.497.381.636,43	R\$357.641.411.595,51
Fundo De Ações Estratégicas E Compensação - Faec	R\$50.974.263.196,37	R\$2.278.250.754,57	R\$48.696.012.441,80

Série histórica por bloco



183. Vale dizer que os recursos financeiros destinados à atenção especializada, repassados aos gestores de saúde, não contemplam apenas a remuneração dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares da Tabela SUS, mas há ainda a destinação de recursos a título de incentivos financeiros de custeio, desvinculados do financiamento por procedimento e sem qualquer relação com meta quantitativa, bem como o recebimento de volumosos recursos de emendas parlamentares de custeio. Em algumas gestões, os incentivos alcançam 30% do Teto MAC.

4.7 Da impossibilidade de utilização de recursos federais para complementação de valores da Tabela SUS

184. Como já mencionado, a Tabela SUS contempla apenas valores de referência, que podem ser complementados pelos gestores estaduais e municipais, considerando o financiamento tripartite.

185. No entanto, não é possível que tais entes utilizem recursos federais para fins de complementação, à luz do disposto na Portaria de Consolidação n. 6:

CAPÍTULO II

DA TABELA DIFERENCIADA PARA REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE

Art. 1140. Os estados, Distrito Federal e municípios que adotarem tabela diferenciada para remuneração de serviços assistenciais de saúde deverão, para efeito de complementação financeira, **empregar recursos próprios estaduais e/ou municipais, sendo vedada a utilização de recursos federais para esta finalidade.** (Origem: PRT MS/GM 1606/2001, Art. 1º)

Art. 1141. A utilização de tabela diferenciada para remuneração de serviços de saúde não poderá acarretar, sob nenhuma circunstância, em discriminação no acesso ou no atendimento dos usuários referenciados por outros municípios ou estados no processo de Programação Pactuada Integrada (PPI). (Origem: PRT MS/GM 1606/2001, Art. 2º)

Parágrafo Único. Para evitar a que o Tesouro Municipal seja onerado pelos serviços prestados a cidadãos de outros municípios, os gestores municipais que decidirem por complementar os valores da tabela nacional de procedimentos deverão buscar, em articulação com os gestores dos municípios que utilizem sua rede

assistencial, a implementação de mecanismos de cooperação para a provisão dos serviços. (Origem: PRT MS/GM 1606/2001, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 1142. Os municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) deverão informar, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, à respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB), as alterações a serem efetuadas nos valores das tabelas. (Origem: PRT MS/GM 1606/2001, Art. 3º) (sem grifo no original)

186. Portanto, não há qualquer problema na complementação dos valores fixados na tabela SUS pelos entes estaduais e locais. Pelo contrário, tal situação se amolda perfeitamente à ideia de financiamento tripartite do SUS, exigindo o emprego de recursos próprios dos entes subnacionais.

4.8 O repasse de recursos da União aos Estados e Municípios obedece a modalidade fundo a fundo

187. O repasse de recursos pela União obedece ao sistema fundo a fundo, isso é, os valores são repassados pelo Fundo Nacional de Saúde diretamente aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, para compor o financiamento tripartite, conforme reza a Lei Complementar n.º 141/2012:

Art. 18. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.

Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos federais poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre a União e os demais entes da Federação, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento.

188. No caso concreto, a Procuradoria atuante no feito poderá apurar os recursos financeiros que correspondem à contrapartida federal para manutenção das ações e serviços públicos de saúde (custeio) da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar no portal do Fundo Nacional de Saúde (FNS): <https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>.

189. Pelo exposto, com o repasse da parte federal do financiamento ao ente subnacional para o custeio das atividades de sua responsabilidade, a improcedência da ação é medida que se impõe.

4.9 Da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS

190. A Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) do SUS é um documento que lista os procedimentos médicos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Essa tabela é utilizada como referência para definir quais serviços e produtos serão oferecidos gratuitamente à população.

191. A tabela é atualizada regularmente pelo Ministério da Saúde e abrange uma ampla gama de procedimentos e itens, incluindo consultas médicas, exames laboratoriais, cirurgias, medicamentos, órteses (aparelhos ortopédicos) e próteses (substituições de partes do corpo).

192. A Tabela SUS foi criada com base na obrigação de organizar um sistema nacional de informações em saúde, inclusive para fins de prestação de serviços.

193. Assim, o Ministério da Saúde edita tabelas contendo informações sobre procedimentos, medicamentos, materiais, etc., disponíveis no âmbito do SUS, indicando inclusive o valor de referência mínimo para serviços hospitalares, serviços profissionais, serviços ambulatoriais, dentre outras especificidades, instrumento largamente conhecido como Tabela SUS.

194. Pontue-se que a Tabela SUS é instrumento que veicula apenas valores mínimos que devem ser observados na prestação de serviços no âmbito do SUS, sendo perfeitamente possível, com fundamento na gestão e financiamento tripartite do Sistema, que Estados e Municípios complementem os valores ali indicados quando da contratação/celebração do convênio, possibilidade já indicada desde 1996 pela Norma Operacional Básica n.º 1/1996 do MS, publicizada pela Portaria n.º 2203/1996:

"7. PAPEL DO GESTOR FEDERAL

(...)

Depende, além disso, do redimensionamento da direção nacional do Sistema, tanto em termos da estrutura, quanto de agilidade e de integração, como no que se refere às estratégias, aos mecanismos e aos instrumentos de articulação com os demais níveis de gestão, destacando-se:

(...)

h) a adoção, como referência mínima, das tabelas nacionais de valores do SUS, bem assim a flexibilização do seu uso diferenciado pelos gestores estaduais e municipais, segundo prioridades locais e ou regionais;

15.2. GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL

(...) 15.2.3. Prerrogativas

(...)

b) Normalização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território,

inclusive quanto a alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima, desde que aprovada pelo CMS e pela CIB.

16.4. GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL

(...) 16.4.3. Prerrogativas

f) Normalização complementar, pactuada na CIB e aprovada pelo CES, relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais sob sua contratação, inclusive alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima."

195. Ainda, procedendo a contextualização necessária em relação ao normativo recente, a Portaria de Consolidação GM nº 6/2017, consagra e disciplina a possibilidade de Estados e Municípios adotarem tabelas diferenciadas para remunerar os serviços sob sua responsabilidade, conforme art. 1.140 e seguintes, a saber:

Art. 1.140. Os estados, Distrito Federal e municípios que adotarem tabela diferenciada para remuneração de serviços assistenciais de saúde deverão, para efeito de complementação financeira, empregar recursos próprios estaduais e/ou municipais, sendo vedada a utilização de recursos federais para esta finalidade. (Origem: PRT MS/GM 1606/2001, Art. 1º)

Art. 1.141. A utilização de tabela diferenciada para remuneração de serviços de saúde não poderá acarretar, sob nenhuma circunstância, em discriminação no acesso ou no atendimento dos usuários referenciados por outros municípios ou estados no processo de Programação Pactuada Integrada (PPI). (Origem: PRT MS/GM 1606/2001, Art. 2º)

196. Em resumo, fica claro que a Tabela de Procedimentos do SUS, por ser de âmbito nacional, buscou apresentar valores mínimos, que podem ser aplicados de norte a sul do País.

197. No entanto, compreendendo as situações diversas entre as localidades (um procedimento em determinado local pode ter um custo superior em relação a outro), permitiu a legislação que os Estados e Municípios, ao celebrarem contratos/convênios com as entidades privadas, complementem os valores com recursos próprios, com fulcro no financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde.

4.10 Dos recentes reajustes na tabela SUS

198. Acerca dos reajustes da tabela ocorridos no decorrer de 2008 a 2023, com intuito de subsidiar a defesa da União em causas envolvendo a Tabela SUS, o Departamento de Regulação Assistencial e Controle do Ministério da Saúde elaborou a NOTA INFORMATIVA Nº 289-2024-CGSI-DRAC-SAES-MS (NUP: 00737.028001/2024-90; Sapiens: seq. 29; SEI n. 0044252375).

199. Na referida Nota Informativa, o departamento ressalta que este Ministério da Saúde tem realizado diversas adequações na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM), de acordo com prioridades estabelecidas com base em estudos técnicos que avaliam o impacto das ações e serviços de saúde.

200. Destaca-se, mais uma vez, que os valores dos procedimentos que constam na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS são utilizados apenas como valores de referência, sendo facultado aos Gestores de Saúde negociar pagamentos a maior de procedimentos realizados pelos estabelecimentos sob sua gestão.

4.11 Da inaplicabilidade da Tabela TUNEP/IVR para revisão da Tabela SUS

201. Os autores, em regra, pretendem a equiparação entre os valores da TUNEP/IVR e aqueles previstos na Tabela de Procedimentos do SUS. Essa pretensão, no entanto, não é juridicamente viável, dada a diversidade de objetivos das mencionadas tabelas.

202. A Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP) tem por objetivo o resarcimento ao SUS pelos serviços prestados aos clientes das operadoras de plano de Saúde e tem previsão no § 8º do artigo 32 da Lei nº 9.656, de 1998, sendo regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

203. Referida legislação, em seu art. 32, estabelece que as operadoras de plano de saúde ressarcirão o Sistema Único de Saúde (Fundo Nacional de Saúde - FNS) diante de serviços de atendimento à saúde prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas:

Art. 32. Serão resarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º O resarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS. (Redação dada pela Lei nº 12.469, de 2011)

§ 2º Para a efetivação do resarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o 15º (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS. (Redação dada pela Lei nº 12.469, de 2011)

§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) II - multa de mora de dez por cento (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos. (Vide Medida Provisória nº 1.665, de 1998) (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 7º A ANS disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem resarcidos. (Redação dada pela Lei nº 12.469, de 2011)

§ 8º Os valores a serem resarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 9º Os valores a que se referem os §§ 3º e 6º deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal. (Incluído pela Lei nº 12.469, de 2011)

204. Como visto, coube à ANS estabelecer a regra de valoração para tal ressarcimento. Tais valores, conforme aponta o parágrafo 8º do art. 32, não podem ser inferiores aos praticados pelo SUS e tampouco superiores aos praticados pelas próprias operadoras de planos privados de atenção à saúde.

205. Assim, à época, a ANS optou pela criação de uma tabela de valores para pagamento por procedimentos realizados, garantindo que os valores fossem sempre maiores do que a Tabela SUS e menores do que os valores praticados no mercado. Tratava-se da Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP, criada e aprovada pela Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU nº 23/99.

206. A mencionada tabela foi concebida a partir de um processo participativo e consensual, desenvolvido no âmbito da Câmara de Saúde Suplementar, no qual foram envolvidos gestores estaduais e municipais do SUS, representantes das operadoras e das unidades prestadoras de serviços integrantes do SUS.

207. A TUNEP teria como objetivos: (i) evitar o enriquecimento sem causa das operadoras de planos privados de assistência à saúde; (ii) evitar o custeio de atividades privadas com recursos públicos e (iii) regular os planos de assistência à saúde, coibindo fraudes no sistema de saúde complementar.

208. Destaca-se que, na tentativa de conformar as diversidades regionais na definição da tabela unificada, houve a discussão desses valores, formada a partir de reuniões de grupos técnicos, estabelecidos pela Câmara de Saúde Suplementar.

209. Os valores da TUNEP incluíam todas as ações necessárias para o pronto atendimento e recuperação do paciente, ou seja, a internação, os medicamentos, os honorários médicos, entre outras. Por isso, é natural que os valores da tabela de pagamento do SUS sejam inferiores aos valores constantes na TUNEP, já que exclui honorários médicos, sangue e derivados, despesas porventura necessárias em virtude da permanência em hospital. O valor TUNEP, em sentido oposto, cobre todo este número de procedimentos, incluindo, portanto, tudo aquilo que a operadora cobra de forma separada. Por tal razão, não é possível a equiparação entre os valores da TUNEP e a Tabela de Procedimentos do SUS.

210. Com efeito, deve-se diferenciar o valor de um procedimento do valor do atendimento. Esse é composto, muitas vezes, por vários procedimentos e inclui diárias de internação, honorários médicos e medicamentos.

211. É por isso que a legislação estabelece que a TUNEP possui como finalidade única o ressarcimento pelas operadoras, não podendo ser utilizada para outros fins. Nesse sentido, a Resolução de Diretoria Colegiada da ANS - RDCNº 17, de 30 de março de 2000, deixou claro, em seu art. 2º, que:

Art. 2º A TUNEP terá como finalidade única o ressarcimento, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, dos atendimentos prestados a seus beneficiários pelas entidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, sendo vedada sua utilização para outros fins.

212. A questão, inclusive, já foi, por inúmeras vezes, levada ao Poder Judiciário pelas operadoras de plano de saúde, alegando-se a incompatibilidade entre as tabelas TUNEP e SUS. O posicionamento jurisprudencial tem sido unânime no sentido da legalidade da aplicação da TUNEP para ressarcimento dos planos de saúde ao SUS. Nesse sentido:

OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE. RESSARCIMENTO AO SUS. PRESCRIÇÃO. DECRETO 20.910/1932. INOCORRÊNCIA. INSCRIÇÃO NA DÍVIDA ATIVA. POSSIBILIDADE. ANS. CONSTITUCIONALIDADE. TABELA TUNEP. LEGALIDADE. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. (...) A Tabela TUNEP não possui qualquer ilegalidade e foi implementada pela Agência Nacional de Saúde (ANS) a partir de seu poder regulador do mercado de saúde suplementar; §§ 1º e 8º do artigo 32 da Lei nº 9.656/98, portanto, não se revelando desarrazoados ou arbitrários, conforme sustenta a apelante. (...) (TRF 3ª Região, QUARTA TURMA, AP - AGRAVO DE PETIÇÃO - 1894275 - 0016326-63.2011.4.03.6100, Rel.

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO. EMBARGOS À EXECUÇÃO FISCAL. RESSARCIMENTO AO SUS. PREScriÇÃO. NÃO CONFIGURAÇÃO. ART. 32 DA LEI 9.656/98. INCONSTITUCIONALIDADE. NÃO CONFIGURAÇÃO. TUNEP.ILEGALIDADE NÃO CONSTATADA. COBRANÇA DE VALORES GASTOS EM LOCAIS FORA DA ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO CONTRATO. NÃO COMPROVAÇÃO DA CONTRARIEDADE À LEI.(...)- A TUNEP tem fundamento no artigo 32, § 1º, da Lei 9.656/1998, que outorgou à ANS o poder de definir normas acerca das importâncias a serem reembolsadas ao SUS.- A tese de que se deveria ter por parâmetro a tabela do SUS, não deve prevalecer, eis que esta não representa todos os custos operacionais do atendimento ao consumidor. Ademais, os valores da tabela TUNEP - Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos,decorrem de deliberação da Diretoria Colegiada da ANS, com a participação da Câmara Técnica que busca estabelecer um diálogo entre a agência reguladora e os membros da Câmara de Saúde Suplementar, o que inclui participação de representantes das operadoras de planos de saúde, realizada mediante procedimento administrativo e considera todos os custos suportados pelo SUS no referido atendimento.- (...) - Preliminar rejeitada. Apelação provida. Embargos à execução fiscal julgados improcedentes, com fulcro no artigo 1.013, § 4º, do CPC. (TRF 3ª Região, QUARTA TURMA, AP- AGRAVO DE PETIÇÃO - 2212933 - 0002213- 95.2011.4.03.6103, Rel. DESEMBARGADOR FEDERAL ANDRE NABARRETE, julgado em 04/10/2017, e-DJF3 Judicial 1DATA:26/10/2017).

213. A discussão acerca da legalidade da aplicação da Tabela TUNEP para cobrança dos planos de saúde, **bem como a sua diferenciação em relação à Tabela SUS**, permeou não apenas os Tribunais Regionais Federais, tendo encontrado assento também no Supremo Tribunal Federal quando do julgamento, **em sede de Repercussão Geral, do RE n.º 597.064**, assim ementado:

ADMINISTRATIVO. RESSARCIMENTO SUS. OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE. ART. 32 DA LEI 9.656/98. ART. 199 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL. CONSTITUCIONALIDADE. IMPUGNAÇÃO. CONTRADITÓRIO E AMPLA DEFESA ASSEGURADOS. PRINCÍPIO DA IRRETROATIVIDADE. FATOS JURÍGENOS POSTERIORES À VIGÊNCIA DA LEI FEDERAL. 1. O Estado, sem se desincumbir de seu ônus constitucional, possibilitou que empresas privadas, sob sua regulamentação, fiscalização e controle (ANS), prestassem a assistência à saúde de forma paralela, no intuito de compartilhar os custos e os riscos a fim de otimizar o mandamento constitucional. 2. A cobrança disciplinada no art. 32 da Lei 9.656/98 ostenta natureza jurídica indenizatória ex lege (receita originária), sendo inaplicáveis as disposições constitucionais concernentes às limitações estatais ao poder de tributar, entre elas a necessidade de edição de lei complementar. **3. Observada a cobertura contratual entre os cidadãos-usuários e as operadoras de planos de saúde, além dos limites mínimo (praticado pelo SUS) e máximo (valores de mercado pagos pelas operadoras de planos de saúde), tal ressarcimento é compatível com a permissão constitucional contida no art. 199 da Carta Maior.** 4. A possibilidade de as operadoras de planos de saúde oferecerem impugnação (e recurso, atualmente), em prazo razoável e antes da cobrança administrativa e da inscrição em dívida ativa, sendo-lhes permitido suscitar matérias administrativas ou técnicas de defesa, cumpre o mandamento constitucional do inciso LV do art. 5º da Constituição Federal. 5. O ressarcimento previsto na norma do art. 32 da Lei 9.656/98 é aplicável aos procedimentos médicos, hospitalares ou ambulatoriais custeados pelo SUS posteriores a 4.6.1998, desde que assegurado o exercício do contraditório e da ampla defesa, no âmbito administrativo, em todos os interstícios amparados por sucessivas reedições de medidas provisórias.(RE 597064, Relator(a): GILMAR MENDES, Tribunal Pleno, julgado em 07/02/2018, ACÓRDÃO ELETRÔNICO REPERCUSSÃO GERAL - MÉRITO DJe-095 DIVULG 15-05-2018 PUBLIC 16-05-2018)

214. Em relação ao julgamento, merece destaque trecho do voto do Relator Ministro Gilmar Mendes, **no qual ficou consignado não haver qualquer ilicitude na utilização de valores diferentes na Tabela TUNEP em relação à Tabela SUS**, uma vez que a diferenciação foi amplamente debatida com os setores sociais interessados:

[...]

A fixação dos procedimentos a serem resarcidos se processava nos termos da Tabela “Tunep” (Resolução RDC 17, de 3 de março de 2000) – inicialmente tratada consensualmente entre os representantes do Governo e dos setores envolvidos, no âmbito da Câmara de Saúde Suplementar (tal como assentado no acórdão recorrido), de maneira que, apenas em caso de impossibilidade de avanço dessas tratativas, é que se adotava a imposição daquela – e atualmente atualizada pelo Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR) de acordo com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, a qual teve ampla participação da sociedade civil e é perenemente atualizada (Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabelaunificada/app/sec/inicio.jsp>. Acesso em 7.2.2018).

Aqui, faço o registro de que tal previsão de participação dos setores envolvidos na agenda de pactuação dos procedimentos a serem reembolsados coaduna-se com o direito à organização e procedimento (Recht auf Organisation und auf Verfahren).

215. Noutros termos, na medida em que o STF declara a constitucionalidade da Tabela TUNEP e sua sistemática, debruçando-se sobre o art. 32 da Lei n.º 9.656/98, também pontua que não há qualquer inconstitucionalidade na utilização de valores diversos daqueles utilizados na Tabela de Procedimentos do SUS, ao afirmar a legitimidade do Índice de Valoração do Ressarcimento.

216. Portanto, o fundamento da obrigação de ressarcimento ao SUS é exigir colaboração pecuniária dos empreendedores que auferem lucratividade a partir de um mercado socialmente sensível (saúde suplementar), para manter a integridade do respectivo

sistema de proteção mantido pelo Estado.

217. Lado outro, a Tabela de Procedimento, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS constitui uma ferramenta pela qual o SUS realiza o cálculo que será repassado a determinada unidade conveniada à rede pública de saúde pelo procedimento realizado.

218. Diante do exposto, conclui-se que não há qualquer relação entre a metodologia de valoração do ressarcimento do SUS e a suposta defasagem da tabela do SUS.

219. Como demonstrado, a TUNEP e seu sucessor (o IVR) são parâmetros utilizados pela ANS para operacionalizar o ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde, não sendo possível a sua incidência sobre a Tabela SUS por **inexistência de previsão legal nesse sentido**, pela **diversidade da finalidade de ambas as tabelas** e pelo fato de **o prestador de serviço conveniado/contratado ao SUS não ser remunerado única e exclusivamente pelos valores da indigitada tabela**, considerando os diversos benefícios fiscais de que dispõe em razão da natureza de sua atividade.

4.12 Do impacto das decisões judiciais que objetivam a correção da Tabela SUS

220. O Departamento de Regulação Assistencial e Controle, através do DESPACHO DRAC/SAES/MS, de 06 de novembro de 2024 (NUP: 00737.028001/2024-90; Sapiens: seq. 30; SEI nº 0044251640), exarado em demanda paradigmática, destacou que as demandas judiciais objetivando o reajuste da tabela do SUS vêm se avolumando, principalmente nos dois últimos anos.

221. O número de ações judiciais que tratam de “reajuste de tabela SUS” em curso no DRAC/SAES/MS, consoante ferramenta interna do departamento, atingiu, em 2022 e 2023, aproximadamente 1.750 (mil, setecentos e cinquenta) expedientes.

222. Ressaltou-se que, em levantamento realizado pela CGOF/DRAC/SAES/MS (NUP: 00737.001860/2020-16; Sapiens: seq. 129, p. 137; SEI n. 0038160463), foi observado que os valores despendidos em cumprimento a decisões judiciais sobre o tema atingiram, em 29/12/2023, o montante de R\$ 111.883.134,37 (cento e onze milhões, oitocentos e oitenta e três mil, cento e trinta e quatro reais e trinta e sete centavos):

“9. Por derradeiro, alertamos acerca dos levantamentos realizados para pagamentos aos estabelecimentos de saúde que tiveram seus pedidos deferidos em juízo, pois se somados os depósitos realizados com os pagamentos fundo a fundo, encontram-se no importe de R\$ 111.883.134,37 (cento e onze milhões, oitocentos e oitenta e três mil cento e trinta e quatro reais e trinta e sete centavos), no presente momento, uma vez que por orientação da CONJUR/MS, a obrigação de fazer/pagar, nestes casos, deve ser de forma continua, sem dúvida alguma uma quantia extremamente vultosa, que irá impactar, significativamente, o orçamento ministerial”.

223. Esses dados demonstram a magnitude do problema, que pode se agravar ainda mais se cogitarmos a possibilidade real de judicialização por parte de todos os prestadores de serviços do SUS (sejam eles privados ou públicos), situação que poderia atingir o montante de **R\$ 24.499.991.334,17 (vinte e quatro bilhões, quatrocentos e noventa e nove milhões, novecentos e noventa e um mil, trezentos e trinta e quatro reais e dezessete centavos)**, considerando a aplicação de 50% (IVR) sobre o montante da produção/2023.

224. É razoável supor os reflexos diretos e negativos que as ações judiciais em comento produzirão sobre os serviços e as políticas de saúde, notadamente em razão da limitação orçamentária e financeira que o SUS sempre enfrentou, podendo resultar, inclusive, na desassistência em decorrência da ausência de recursos financeiros para as demais ações e serviços de saúde. **Ademais, não se vislumbra nas sobreditas demandas judiciais a propositura de ampliação de ofertas de serviços de saúde, tampouco melhoria de acesso ao usuário do SUS.**

225. Esse cenário de gastos elevados e contínuos implica uma pressão insustentável sobre o orçamento do SUS, impactando diretamente a capacidade de financiamento de outras necessidades essenciais do sistema de saúde.

4.13 Do ressarcimento ao SUS pelos planos de saúde

226. O ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) por serviços prestados a beneficiários de planos de saúde tem expressa previsão no artigo 32 da Lei nº 9.656/1998.

227. A norma estabelece que as operadoras de planos de saúde são obrigadas a ressarcir o SUS quando seus beneficiários utilizam serviços do sistema público. O objetivo é assegurar uma alocação apropriada de recursos públicos e privados no âmbito da saúde.

228. Em uma decisão relevante, o Supremo Tribunal Federal (STF) reconheceu a constitucionalidade deste mecanismo de ressarcimento, reforçando sua importância e validade no contexto legal brasileiro. Esta decisão da Corte Suprema valida a estrutura de financiamento do SUS e reafirma o papel das operadoras de planos de saúde na cobertura dos custos de atendimentos prestados a seus beneficiários, mesmo quando esses ocorrem no âmbito do sistema público.

229. A decisão paradigmática do Supremo Tribunal Federal (STF) que reconheceu a constitucionalidade do mecanismo de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) pelas operadoras de planos de saúde, conforme previsto no artigo 32 da Lei nº 9.656/1998, ocorreu no julgamento do Recurso Extraordinário (RE) 597.064, com repercussão geral reconhecida. Nesse julgamento, o STF decidiu que *“É constitucional o ressarcimento previsto no art. 32 da Lei 9.656/98, o qual é aplicável aos procedimentos médicos,*

hospitalares ou ambulatoriais custeados pelo SUS e posteriores a 1.9.1998, assegurados o contraditório e a ampla defesa, no âmbito administrativo, em todos os marcos jurídicos" (Tema 345).

230. Além disso, em decisão anterior, na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1.931, o STF já havia reconhecido a legitimidade da previsão legal de ressarcimento ao SUS, entendendo que tal mecanismo visa coibir o enriquecimento sem causa das operadoras de planos de saúde e está em conformidade com as garantias constitucionais previstas no artigo 196 da Constituição Federal.

231. Portanto, o STF firmou o entendimento de que as operadoras de planos de saúde devem ressarcir o SUS pelos atendimentos prestados a seus beneficiários na rede pública, conforme estabelecido no artigo 32 da Lei nº 9.656/1998.

232. Os valores ressarcidos pelas operadoras de planos de saúde devem ser direcionados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), sem que haja menção a repasses diretos para Municípios ou Estados, nos termos da Lei nº 9.656/1998:

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS. (Redação dada pela Lei nº 12.469, de 2011) - grifei.

233. Essa centralização é crucial para garantir uma gestão eficiente e justa dos recursos dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela permite que a distribuição dos recursos financeiros seja realizada de forma equitativa, atendendo às necessidades de saúde em âmbito nacional, independentemente das disparidades regionais ou locais..

234. Tal abordagem assegura que todos os setores do SUS sejam adequadamente financiados, mantendo a uniformidade e a coesão do sistema de saúde como um todo. Isso garante que regiões com menor capacidade financeira ou com demandas de saúde mais elevadas possam receber o financiamento necessário para atender adequadamente às suas populações.

235. Caso os ressarcimentos fossem repassados diretamente aos Municípios que realizam os atendimentos, poderia haver um desequilíbrio, beneficiando desproporcionalmente aqueles com maior capacidade de prover serviços aos beneficiários de planos de saúde, enquanto outros, com menos recursos, seriam prejudicados. Assim, a centralização no FNS é um mecanismo essencial para assegurar que os recursos sejam distribuídos de maneira justa e equilibrada, refletindo as necessidades reais de saúde em todo o país.

236. Convém ressaltar que, com a decisão do STF, no sentido de reconhecer a constitucionalidade do mecanismo de ressarcimento, reafirma-se a legalidade e a adequação do modelo de financiamento do SUS, que inclui o ressarcimento ao FNS. Essa decisão sublinha, portanto, que o modelo vigente está em conformidade com os princípios constitucionais brasileiros e contribui para uma gestão mais eficaz dos recursos disponíveis para a saúde no país.

237. Quanto à dinâmica alusiva ao ressarcimento ao SUS, destaca-se o seguinte trecho do DESPACHO COAN/FNS/SE/MS (NUP: 00737.023736/2024-27; Sapiens: seq. 9; SEI n. 0043807982):

[...]

4. O ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de assistência à saúde, resulta das despesas incorridas nos atendimentos de seus beneficiários, desde que os serviços prestados sejam cobertos pelo contrato do plano de saúde. Assim, o **artigo 32 da Lei nº 9.656/1998** prevê tal instituto, e também os normativos regulamentadores da ANS, como a atual **Resolução Normativa nº 502, de 30 de março de 2022**, que dispõe sobre os procedimentos administrativos físico e híbrido de ressarcimento ao SUS e estabelece normas sobre o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS.

5. Cabe observar que **o ressarcimento ao SUS é uma obrigação legal, a que se submetem as operadoras de planos privados de assistência à saúde**. Portanto, os beneficiários dos planos quando atendidos na rede pública tem tais registros identificados no sistema de informação do SUS que são repassados à ANS.

6. Nesse sentido, em cumprimento ao dispositivo legal, a ANS realiza o cruzamento dos dados e repassa ao Fundo Nacional de Saúde - FNS o montante arrecadado, por ser o gestor financeiro dos recursos do SUS, para ser aplicado em programas prioritários do Ministério da Saúde.

7. Frisa-se que este FNS não tem ingerência sobre os contratos firmados entre os Estados, Municípios e Distrito Federal e os prestadores de serviços ao SUS. O FNS, unidade administrativa integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde e vinculado à Secretaria-Executiva, é o gestor financeiro, na esfera federal, dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), recursos esses destinados ao financiamento de diversos programas e ações governamentais sob a responsabilidade das Secretarias finalísticas deste Ministério da Saúde, nos termos dos normativos que o definem e o delimitam (**Decreto nº 3.964/2001 e 11.798/2023, alterado pelo Decreto nº 12.036/2024**).

8. Destaca-se que regimento interno do Ministério da Saúde prevê que as competências para elaborar e propor normas para disciplinar as relações entre as instâncias gestoras do SUS, e ainda para formular, implementar e avaliar políticas, diretrizes e metas para as áreas e temas estratégicos necessários à implementação da Política Nacional de Saúde, são de responsabilidade de cada Secretaria Finalística, a quem compete, ainda, propor normas, estabelecer diretrizes e orientar as demais instâncias do SUS acerca da aplicação dos recursos destinados ao financiamento das ações e programas sob a sua responsabilidade.

9. Todas as transferências realizadas por este FNS para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde a serem implementadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios são depositadas diretamente em instituições financeiras federais sob a titularidade dos respectivos Fundos de Saúde dos entes federados, em cumprimento ao que dispõe as **Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990; Lei Complementar nº 141/2012; Decreto nº 7.507/2011** e demais legislações correlatas do Sistema Único de Saúde - SUS.

10. Posto isto, verifica-se que o ressarcimento ao SUS é um significativo mecanismo de regulação, que possibilita identificar como as operadoras de planos de saúde estão procedendo em relação ao cumprimento dos contratos dos beneficiários e se possuem uma rede de atendimento adequada. Contudo, ressalta-se que **o percentual legal arrecadado, aprovado e divulgado pela ANS, de acordo com normas a serem definidas por esta, será efetuado pelas operadoras ao SUS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde (§1º, do art. 32, da Lei nº 9.656/1998), em cumprimento aos normativos vigentes e não se apresenta de forma detalhada por município, conforme requerido pelo município-autor.**

[...]

238. Como visto, em síntese, a ANS realiza o cruzamento de dados e repassa os valores arrecadados ao FNS, que, por sua vez, os aplica em programas prioritários do Ministério da Saúde, conforme previsto na legislação supramencionada.

5. SUBSÍDIOS JURÍDICOS PARA ATUAÇÃO DA UNIÃO EM JUÍZO - GLOSAS

5.1 Preliminar de ilegitimidade passiva da União

239. Inicialmente, cumpre demonstrar a patente ilegitimidade passiva da União para figurar no polo passivo das demandas que objetivam o ressarcimento dos procedimentos supostamente glosados de forma indevida.

240. Conforme já referido, em decorrência do princípio da descentralização, a União não celebra contrato com prestadores de serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), cabendo tal atribuição aos gestores municipais e estaduais. Assim, não há qualquer relação jurídica entre as entidades contratadas/conveniadas ao SUS e a União.

241. Além disso, como será demonstrado ao longo da presente manifestação, no que tange aos sistemas de informação do SUS, cabe à União apenas aspectos tecnológicos, regras de negócio e disseminação. A operacionalização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), onde são processados os bloqueios e rejeições de procedimentos, é feita pelos gestores municipais e estaduais.

242. Assim, resta evidente que **a União não detém legitimidade passiva** para responder pelos atos de gestão local e regional dos serviços de saúde, incluindo eventuais glosas de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, razão pela qual a extinção do feito em relação à União é medida que se impõe, nos termos do artigo 485, inciso VI, do Código de Processo Civil.

5.2 Preliminar de litisconsórcio passivo necessário

243. Não sendo acatada a preliminar de ilegitimidade passiva da União, o que se ventila em homenagem ao princípio da eventualidade, é de rigor, ao menos, a inclusão do ente subnacional contratante/conveniente no polo passivo da demanda (art. 114 do CPC), seja em função da argumentação já desenvolvida acima, seja em razão das atribuições estaduais e municipais de financiamento (financiamento tripartite), definição e fiscalização dos aspectos econômicos e financeiros do contrato, no âmbito estadual e municipal.

5.3 Mérito - considerações iniciais - do Sistema Único de Saúde

244. A CF/88 estabelece, em seu art. 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, concretizado através do Sistema Único de Saúde (SUS).

245. Como se sabe, a organização do SUS possui a descentralização como uma de suas diretrizes, a teor do disposto no inciso I do art. 198 da CF/88:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

246. Em atenção a tal característica, a Lei n.º 8.080/90 estabeleceu que a execução dos serviços cabe, precipuamente, aos Municípios e, supletivamente, aos Estados-membros. Vejamos os dispositivos legais pertinentes:

"Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

(...)

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;"

"Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

(...)

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;"

247. Essa distribuição de competências se dá em virtude de os entes locais e regionais estarem mais próximos da população e, por consequência, terem melhores condições de conhecer as necessidades dela.

248. Além dos entes públicos, a CF/88 franqueou à iniciativa privada a participação no SUS, conferindo preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

[...]

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

249. Nessa esteira, previu a Lei nº 8.080/90:

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

250. Segundo a estrutura tripartite do SUS e a divisão de competências a ela associada, a participação da iniciativa privada no sistema se dá a partir de processo pelo qual os entes executores (gestor municipal ou estadual) firmam contratos ou convênios com a entidade hospitalar, estabelecendo metas quantitativas e qualitativas de atenção à saúde e de gestão hospitalar. Atualmente, a contratualização resta regulamentada pela Portaria de Consolidação n. 2, de 28 de setembro de 2017, a qual segue, em linhas gerais, a prática adotada desde a edição da Lei n. 8.080/94.

251. O processo de contratualização é formalizado entre gestores do SUS e os hospitais sob sua gestão e, via de consequência, a pactuação abrange aspectos relacionados aos recursos financeiros, metas quantitativas e qualitativas, acompanhamento e monitoramento da contratação, bem como definição do equilíbrio econômico-financeiro da avença.

252. Convém destacar que o Ministério da Saúde não firma instrumento contratual com os estabelecimentos de saúde privados que prestam serviços para o SUS e não possui qualquer interferência, ou mesmo ciência, dos contratos firmados pelos gestores locais, nem mesmo para verificação se está havendo pagamento complementar pelo ente em relação aos valores da Tabela SUS. **Trata-se de competência exclusiva dos gestores locais do SUS.**

253. Portanto, é claro que, dentro do arcabouço legal e organizacional do SUS, cabe aos Municípios e aos Estados-membros a execução direta dos serviços de saúde, seja de forma autônoma ou com o auxílio da iniciativa privada, sem a interferência direta do Ministério da Saúde.

5.4 Do financiamento tripartite do SUS

254. Quanto ao financiamento do SUS, a Constituição Federal estabelece que ele ocorre com recursos provenientes dos orçamentos para a seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Ou seja, trata-se de financiamento tripartite:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

(...)

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

255. A lógica do financiamento tripartite também está prevista na Portaria de Consolidação MS nº 6/2017:

Art. 2º O financiamento das ações e serviços públicos de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), observado o disposto na Constituição Federal, na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e na Lei Orgânica da Saúde.

256. Considerando a lógica do financiamento tripartite do SUS, é dever da União repassar tais recursos aos estados e municípios para que esses últimos, em atenção ao princípio da descentralização, apliquem-nos nas ações e serviços de saúde a seu cargo, **complementando tais valores com recursos próprios**.

257. É importante deixar claro que **não cabe à União arcar sozinha com o financiamento da saúde pública**. Nesse sentido, o art. 195 da Constituição Federal:

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais (...)

258. Em reforço, o art. 198, § 2º, da Constituição estabelece que cada ente deve aplicar recursos mínimos em ações e serviços de saúde:

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento);

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 155 e 156-A e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, I, "a", e II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 156 e 156-A e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, I, "b", e § 3º.

259. Consequentemente, é preciso que Estados e Municípios não apenas contribuam, mas contribuam de forma adequada com recursos para custear a referida unidade, não sendo razoável nem lícito impor à União um ônus desproporcional, especialmente considerando que o ente federal deve atender às necessidades de saúde em outros entes da federação.

260. Nesse contexto, para reforçar que a União cumpriu sua obrigação, repassando ao ente subnacional gestor do contrato/convênio o montante necessário para o financiamento tripartite da saúde, a Procuradoria atuante no feito pode consultar o sítio do Fundo Nacional de Saúde, no seguinte endereço eletrônico: <https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>.

261. Ante o exposto, verificado que já houve repasse da parte federal do financiamento ao ente subnacional, para o custeio das atividades de sua responsabilidade, a **improcedência da ação é medida que se impõe**.

5.5 Dos sistemas de informação em saúde do SUS

262. Atualmente, as principais fontes de informação nacional sobre a produção assistencial da atenção especializada no SUS estão disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH) e no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA).

263. Ambos os sistemas são gerenciados pelo Ministério da Saúde, no que diz respeito aos aspectos tecnológicos, regras de negócio e disseminação, mas são operados diretamente pelos estabelecimentos de saúde e pelos gestores estaduais e municipais do SUS, sendo estes responsáveis por controlar e avaliar a produção registrada pelos estabelecimentos de saúde sob sua gestão.

264. Por meio do SIA e do SIH, as produções ambulatorial e hospitalar são registradas pelos prestadores públicos e privados contratados do SUS, que encaminham os dados dos atendimentos aos gestores estaduais e municipais para o processamento, o controle e a avaliação da produção do SUS. Após os referidos processos, os gestores enviam a produção, aprovada por eles, ao Ministério da Saúde, para composição do Banco de Dados Nacional e disseminação das informações.

265. Cabe salientar que o envio da produção ambulatorial e hospitalar ao banco de dados nacional é responsabilidade das Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde, conforme a gestão do estabelecimento de saúde cadastrado no CNES, de acordo com o disposto na PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO n.º 1, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, Título VII, Capítulo III, Seção II (Dos Critérios para Alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde).

266. É importante observar, ainda, que a PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO n.º 1, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, em seus Anexos IV e V, estabelece as responsabilidades dos Municípios e dos Estados quanto aos processos de Regulação, Controle e Avaliação, nos seguintes termos:

ANEXO IV

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Anexo 1)

(...)

4 - RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

(...)

4.16. Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;

4.17. Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de

saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;

(...)

4.22

- a) Estabelecer e monitorar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão;
- b) observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais, monitorando e fiscalizando a sua execução por meio de ações de controle, avaliação e auditoria;
- c) processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e
- d) realizar o pagamento dos prestadores de serviços;

(...)

ANEXO V

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO ESTADUAL (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Anexo 2)

(...)

4 - RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

(...)

4.16. Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;

4.17 Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;

(...)

4.22

- a) Estabelecer e monitorar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão;
- b) observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais, monitorando e fiscalizando a sua execução por meio de ações de controle, avaliação e auditoria;
- c) processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e
- d) realizar o pagamento dos prestadores de serviços;

(...)"

267. Nesse contexto, o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) são ferramentas que auxiliam os gestores municipais e estaduais em suas atividades de monitoramento, controle, avaliação e auditoria.

268. Vale frisar que, conforme a NOTA INFORMATIVA Nº 494/2024-CGSI/DRAC/SAES/MS (NUP: 00737.030885/2024-42; Sapiens: seq. 15, p. 6; SEI n. 0043732942), do Departamento de Regulação Assistencial e Controle, o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA) são gerenciados pelo Ministério da Saúde, no que diz respeito aos aspectos tecnológicos, regras de negócio e disseminação, **mas são operados diretamente pelos estabelecimentos de saúde e pelos gestores estaduais e municipais do SUS, sendo estes responsáveis por controlar e avaliar a produção registrada pelos estabelecimentos de saúde sob sua gestão.**

269. Cabe destacar, ainda, que os aspectos operacionais dos referidos sistemas de informação são negociados e pactuados entre as três esferas de gestão do SUS, por meio da Comissão Intergestores Triparte (CIT), conforme preconizado pela Lei nº 8.080/1990:

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Biparte e Triparte são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Biparte e Triparte terá por objetivo: (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.

270. Ademais, a Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021, determina diretrizes específicas para os sistemas de informação em saúde e define que os referidos sistemas são pactuados na CIT. Além disso, estabelece que a validação e a homologação dos sistemas de informação são realizadas por equipe técnica composta por representantes indicados pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), conforme transscrito abaixo:

RESOLUÇÃO DE CONSOLIDAÇÃO CIT Nº 1, DE 30 DE MARÇO DE 2021

[...]

DAS DIRETRIZES PARA IMPLANTAÇÃO DE NOVOS APlicATIVOS, SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE OU NOVASVERSÕES DE SISTEMAS E APlicATIVOS

Art. 114. Este capítulo dispõe sobre as regras para implantação de novos aplicativos, sistemas de informação

em saúde ou novas versões de sistemas e aplicativos já existentes no âmbito do SUS e que envolvam a sua utilização pelo Ministério da Saúde e secretarias estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde. (Origem: Res. CIT6/2013, art. 1º, caput)

Art. 115. Todos os sistemas de informação ou aplicativos a serem implantados no SUS ou novas versões de sistemas e aplicativos já existentes terão seus modelos, regras de negócio e cronograma de implantação apreciados no âmbito da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Triparte e pactuados na CIT. (Origem: Res.CIT 6/2013, art. 2º, caput)

Art. 116. A validação e a homologação dos sistemas e aplicativos de que trata este capítulo serão realizadas por equipe técnica composta por representantes indicados pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. (Origem: Res. CIT 6/2013, art. 3º, caput)

Art. 117. Será garantido o acesso automático e integral às informações dos bancos de dados dos sistemas de que trata este capítulo, produzidas no seu território, às secretarias estaduais, do Distrito Federal e municipais de Saúde ,em conformidade com os princípios e diretrizes da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. (Origem: Res. CIT6/2013, art. 4º, caput)

Art. 118. Será disponibilizado às secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e municípios o dicionário dedados dos sistemas e aplicativos de que trata este capítulo, em data prévia ao início da operação, de forma a facilitar que aplicativos e sistemas próprios das respectivas unidades federadas sejam integrados ao novo produto. (Origem: Res. CIT 6/2013, art. 5º, caput)

271. Ou seja, a gestão do Sistema de Saúde demanda a estruturação de programas e políticas sanitárias que devem estar articuladas e fundamentadas em informações sobre a situação de saúde da população e sobre o funcionamento da rede assistencial.

272. Nessa linha de raciocínio, os Sistemas de Informação Assistencial do SUS desempenham importante papel no apoio à tomada de decisão, no monitoramento, no controle e na avaliação de ações que compõem o cotidiano dos gestores do SUS nos três níveis.

273. Cabe repisar, por fim, que as regras dos Sistemas de Informação refletem as normativas que formalizam as políticas de saúde e que são previamente discutidas e pactuadas na CIT, que é a instância máxima de gestão compartilhada do SUS.

5.6 Do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH)

274. O Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH) é o sistema por meio do qual são processados os registros referentes às Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). Essas informações hospitalares são utilizadas como instrumento de gestão, subsidiando ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência hospitalar.

275. O processamento do SIH é completamente descentralizado e, para tanto, utiliza-se o SIHD, que é uma aplicação (software) de processamento descentralizada, operada exclusivamente pelos gestores estaduais e municipais do SUS. No SIHD, após a importação das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), enviadas pelos estabelecimentos de saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde possuem um conjunto de relatórios e funcionalidades que permitem a análise e o processo de controle e avaliação das internações apresentadas.

276. A AIH é o instrumento de registro utilizado por todos os estabelecimentos que prestam serviços hospitalares ao SUS. Contém informações administrativas, dados do paciente e do atendimento, com foco nos procedimentos realizados e seus respectivos atributos.

277. Anualmente, são registradas no SIH cerca de 11,5 milhões de AIH aprovadas, gerando informação de alto valor de uso para os três níveis de gestão do SUS.

5.7 Do sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA)

278. O Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA) é o sistema que permite aos gestores municipais e estaduais o processamento das informações de atendimento ambulatorial. Essas informações são utilizadas como instrumento de gestão, subsidiando ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência ambulatorial.

279. O processamento da produção ambulatorial, no SIA, ocorre de maneira descentralizada pelas Secretarias Estaduais (SES) e Municipais de Saúde (SMS). Antes do processamento pelos referidos gestores locais, os estabelecimentos registram os procedimentos realizados na assistência ambulatorial, por meio dos instrumentos de registro específicos do SIA, e enviam os dados às SES e SMS competentes.

280. Além dos sistemas de base (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS - SIGTAP e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES), o SIA necessita das seguintes entradas para o processamento e geração de informação:

- **BPA-Mag, APAC-Mag e RAAS** : são instrumentos de registro dos atendimentos ambulatoriais que permitem

que os estabelecimentos de saúde registrem os procedimentos realizados durante o atendimento ambulatorial no SUS;

- **Ficha de Programação Orçamentária Magnética (FPO-Mag):** é o aplicativo que possibilita ao gestor estadual e municipal registrar a programação física-orçamentária ambulatorial, de cada estabelecimento de saúde sob sua gestão que presta atendimento ao SUS.

281. Assim, os próprios gestores definem limites quantitativos e financeiros obrigatórios para apresentação de procedimentos ambulatoriais em cada estabelecimento de saúde sob sua gestão.

282. Além disso, por meio dessa funcionalidade, os gestores podem personalizar a tabela de valores dos procedimentos, incrementando os valores de referência federal constantes da Tabela de procedimentos do SUS.

283. Os gestores municipais e estaduais elaboram as FPO considerando os serviços contratados com cada prestador e os recursos disponíveis para custeio da assistência. A atualização das FPO pelos gestores deve ser mensal e refletir a realidade dos contratos celebrados com os prestadores.

284. Além disso, a produção de um estabelecimento no SIA só é aprovada se houver FPO compatível com a produção apresentada, ou seja, se o gestor local fez a devida programação fisico-orçamentária do estabelecimento de saúde sob sua gestão.

5.8 Dos mecanismos de controle e avaliação

285. No que se refere aos objetivos dos Sistemas de Informação Ambulatorial (SIA) e Hospitalar (SIH), observa-se que ambos estão voltados a permitir o registro e processamento das informações da assistência prestada nos estabelecimentos de saúde próprios ou contratados pelos gestores do SUS. De acordo com os manuais dos respectivos sistemas, tem-se que:

O SIA foi implantado nacionalmente na década de 1990, visando o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do Bolem de Produção Ambulatorial (BPA). Ao longo dos anos, o SIA vem sendo aprimorado para ser efetivamente um sistema que gere informações referentes ao atendimento ambulatorial e que possa subsidiar os gestores estaduais e municipais no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial. (SIA – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS: Manual de Operação do Sistema, Ministério da Saúde: 2016)

Os sistemas que registram o atendimento nos pacientes internados são:

1. Sistema de Captação da Internação/SISAIH01 (Programa de Apoio à Entrada de Dados das Autorizações de Internação Hospitalar): utilizado pelo estabelecimento de saúde onde ocorre o atendimento ao paciente para digitar os dados da internação. (Autorização de Internação Hospitalar - AIH).

2. Sistema de Informação Hospitalar/SIH/SUS: onde são processados os registros do atendimento do paciente internado, que são enviados ao Ministério da Saúde para compor o Banco de Dados Nacional a partir do qual são disseminadas as informações. Este sistema é de uso dos gestores locais para processar a produção de todos os estabelecimentos sob sua gestão. Neste sistema, é importado o arquivo exportado do SISAIH01 por cada estabelecimento. Ele auxilia gestores locais no controle, avaliação e auditoria. (SIH – Sistema de Informação Hospitalar do SUS: Manual Técnico Operacional do Sistema, Ministério da Saúde: 2017)

286. Sobre os controles de produção realizados pelo Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), vale destacar que se trata de um sistema de processamento também descentralizado, operado exclusivamente pelos gestores estaduais e municipais do SUS.

287. No processamento do SIA, aplica-se automaticamente um conjunto de consistências e validações obrigatórias dos dados apresentados em cada atendimento ambulatorial. Essas consistências e validações são consideradas obrigatórias no processo de faturamento do SUS e, quando não cumpridas, os atendimentos ambulatoriais são classificados como rejeitados por apontarem não conformidade com situações que devem ser observadas no processo assistencial de saúde e nas normativas vigentes do SUS. As validações ocorrem principalmente:

- I - Conforme as regras de negócio previstas na legislação do SUS;
- II - Conforme as informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e
- III - Conforme as informações do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP).

288. Para ilustrar a questão das possíveis validações que ocorrem no SIA, trazemos como exemplo o procedimento “02.04.03.003-0 - MAMOGRAFIA”, presente na Tabela de Procedimentos do SUS, o qual possui algumas exigências (definidas em normativas do SUS), para fins de validação e aprovação da produção apresentada pelos estabelecimentos de saúde.

289. Como pode ser observado na estrutura abaixo, para executar o procedimento de Mamografia, as normativas do SUS exigem que o estabelecimento de saúde possua, no CNES, um dos dois Serviços/Classificações relacionados ao procedimento na Tabela de Procedimentos do SUS. Ou seja, o estabelecimento de saúde precisa ter necessariamente ou o Serviço/Classificação 121/012 ou o Serviço/Classificação 121/013:

■ Procedimento

Procedimento: 02.04.03.003-0 - MAMOGRAFIA		
Grupo: 02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica		
Sub-Grupo: 04 - Diagnóstico por radiologia		
Forma de Organização: 03 - Exames radiológicos do torax e mediastino		
Competência: 02/2024 Histórico de alterações		
Modalidade de Atendimento: Ambulatorial		
Complexidade: Média Complexidade		
Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)		
Sub-Tipo de Financiamento:		
Instrumento de Registro: BPA (Individualizado)		
Sexo: Ambos		
Média de Permanência:		
Tempo de Permanência:		
Quantidade Máxima: 2		
Idade Mínima: 10 anos		
Idade Máxima: 130 anos		
Pontos:		
Atributos Complementares: Registro no SISMAMA Registro no SISCAN		
Valores		
Serviço Ambulatorial: R\$ 22,50	Serviço Hospitalar: R\$ 0,00	
Total Ambulatorial: R\$ 22,50	Serviço Profissional: R\$ 0,00	
	Total Hospitalar: R\$ 0,00	
Descrição CID CBO Leito Serviço Classificação Habilitação Redes Origem Regra Condicionada Renases TUSS		
Cód. Serviço	Código	Nome
121	012	Mamografia (Diagnóstico por Imagem)
121	013	Mamografia por Telemedicina (Diagnóstico por Imagem)

290. Assim, considerando o procedimento “02.04.03.003-0 - MAMOGRAFIA” explicado acima, trazemos a seguir exemplos de aplicação de regras de validação no SIA em cenários hipotéticos no processamento da produção ambulatorial:

	Possui o Serviço/Classificação 121/012 e/ou 121/013 no CNES?	Possui programação, elaborada pelo gestor local, na FPO compatível com a produção?	Produção Aprovada ou Rejeitada?
Estabelecimento X	Sim	Sim	Aprovada
Estabelecimento Y	Não	Sim	Rejeitada, pois o estabelecimento não possui nenhum dos Serviços/Classificações necessários para executar o procedimento.
Estabelecimento Z	Sim	Não	Rejeitada, pois o estabelecimento não possui programação na FPO compatível com a produção apresentada.

291. Como dito, regras como essas são autorizadas por normativas específicas e visam garantir a conformidade das informações apresentadas com os requisitos do SUS.

292. Outro exemplo elucidativo diz respeito à "capacidade hospitalar instalada", que é definida pela Portaria SAS/MS n.º 312, de 30 de abril de 2002, como *“a capacidade dos leitos que são habitualmente utilizados para internação, mesmo que alguns deles eventualmente não possam ser utilizados por um certo período, por qualquer razão”*.

293. No processamento da produção de serviços de determinado hospital, caso o número de internações na referida competência não corresponda à capacidade hospitalar instalada informada no cadastro (CNES), o sistema rejeitará automaticamente o excedente.

294. É necessário destacar que o SIA apresenta outras regras de validação não apresentadas no quadro hipotético acima, pois, atualmente, existem mais de 170 regras de consistência de produção no referido sistema.

295. No SIH, por sua vez, um importante mecanismo de controle de conformidade e avaliação ocorre de modo automatizado no Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD), nas fases de gestão da informação (controle e avaliação) e processamento das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), principalmente por meio dos **bloqueios e rejeições**.

296. Como demonstrado, o Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD) é uma plataforma de processamento descentralizada, operada exclusivamente pelos gestores estaduais e municipais do SUS.

297. No SIHD, após a importação das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) enviadas pelos estabelecimentos de saúde, os gestores possuem um conjunto de relatórios e funcionalidades que permitem a análise e o processo de controle e avaliação das internações apresentadas:

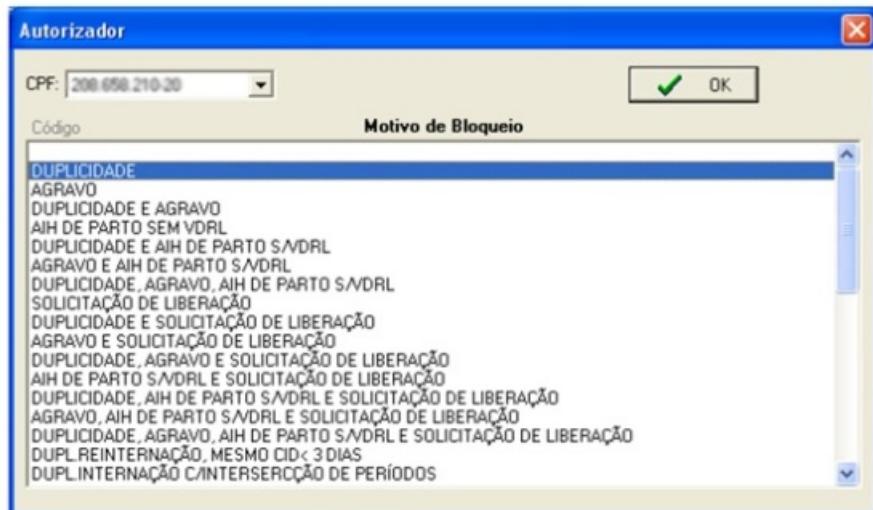


Figura 48. Motivo de bloqueio

298. Portanto, o bloqueio é um comando direto do gestor local do SUS para que o SIHD desconsidere AIHs específicas na composição do processamento de uma competência, destacando-as para uma análise posterior e interrompendo seu prosseguimento pelas validações obrigatórias de informação ou sua correta valoração.

299. De acordo com o disposto no MANUAL TÉCNICO OPERACIONAL DO SISTEMA, aprovado pela Portaria GM/MS n.º 396/2000, Versão 2017, dependendo das informações registradas, a AIH poderá ser aprovada, bloqueada ou rejeitada.

300. Sobre os BLOQUEIOS DE AIH, existem duas possibilidades:

a) BLOQUEIO AUTOMATICAMENTE PELO SISTEMA: havendo informações incompatíveis com as normas vigentes, a AIH pode ser bloqueada automaticamente pelo SIH/SUS com solicitação de liberação de crítica realizada no sistema SISAIH01 (Módulo de Captação de Dados pelo Prestador).

A AIH bloqueada com a solicitação de liberação de crítica é encaminhada para o Gestor ao qual o estabelecimento está sob a gestão, cabendo aos auditores/autorizadores (Gestor) proceder a análise e decidir sobre a liberação da AIH.

Se o Gestor não desbloquear, a AIH será processada e disponibilizada com status de bloqueada. São exemplos de Bloqueio automático de AIH pelo sistema: bloqueada em processamento anterior; bloqueada por duplicidade; bloqueada por permanência a menor injustificada; bloqueada por período de internação sobreposto no movimento; [...]

b) BLOQUEIO PELO GESTOR: A AIH registrada no sistema SISAIH01 (Módulo de Captação de Dados pelo Prestador) é liberada sem nenhum bloqueio automático do sistema que a impeça de ser processada e aprovada.

Entretanto, se por algum motivo o Gestor entender que deve bloquear essa AIH, ele tem a prerrogativa fazê-lo. São exemplos de bloqueio de AIH pelo Gestor: para auditoria no prontuário; para adequar ao teto financeiro do gestor; [...]

301. Após a análise e recomendação do gestor, as AIH bloqueadas devem ser reapresentadas pelos estabelecimentos a fim de possibilitar o desbloqueio e o processamento, quando permitido, após a correção das informações. Essas AIH, quando reapresentadas, são identificadas como "BLOQUEADAS EM PROCESSAMENTO ANTERIOR", cabendo ao gestor uma nova análise e liberação, quando indicada.

302. Tal possibilidade está prevista na Portaria n.º 1.110, de 11 de novembro de 2021, nos seguintes termos:

"Art. 2º Fica estabelecido que, na competência de processamento, o SIH/SUS aceitará as AIH com alta correspondente à competência de processamento e de no máximo 03 meses anteriores ao mês de processamento, totalizando 4 competências.

§ 1º As AIH apresentadas e que, por alguma razão, foram bloqueadas ou rejeitadas, poderão ser reapresentadas no prazo de 6 meses." (grifos próprios)

303. É importante destacar que um dos motivos de bloqueio usualmente aplicado pelo gestor local é a adequação ao teto financeiro do contrato. Como mencionado anteriormente, cabe ao gestor estabelecer a programação físico-financeira de cada estabelecimento de saúde sob sua gestão. Significa dizer que os próprios gestores definem limites quantitativos e financeiros obrigatórios para apresentação de procedimentos ambulatoriais e hospitalares em cada estabelecimento de saúde sob sua gestão.

304. Dessa forma, **é importante ressaltar que os bloqueios feitos em razão de questões contratuais e valores de "teto" são de responsabilidade exclusiva dos gestores locais, sem interferência da União.**

5.10 Das rejeições

305. Na fase de processamento, ocorrem todas as consistências e validações, as possíveis rejeições e a valoração das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs), conforme as regras e críticas definidas pela legislação vigente do SUS.

306. As CONSISTÊNCIAS E VALIDAÇÕES obrigatórias da informação de cada AIH são verificadas de acordo com: (1) as regras de negócio previstas na legislação do SUS, (2) as informações do CNES e (3) as informações do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP).

307. A seguir, são citados alguns exemplos de aspectos fundamentais para validação das AIH apresentadas pelos estabelecimentos de saúde:

- A capacidade instalada de leitos do estabelecimento, não permitindo apresentação de AIH acima da capacidade de internação que o hospital possui;
- A existência do profissional de saúde e de sua especialidade no hospital para realizar o tipo de internação informada;
- A existência de serviço especializado, que considera as equipes de profissionais e equipamentos existentes, para informar os procedimentos realizados na internação;
- A existência de habilitação obrigatória e concedida pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde para a realização de determinados serviços hospitalares que exigem um conjunto de critérios técnicos e clínicos que são definidos e monitorados pela Secretaria de Atenção Especializada em Saúde (SAES/MS).

308. Ressalta-se que as rejeições executadas pelo SIH não estão relacionadas a questões contratuais e de valores de "teto" entre o gestor e seus prestadores de serviço, mas sim de conformidade da informação com os regramentos vigentes do SUS, estabelecidos por meio das políticas de saúde expressas em normativas publicadas no Diário Oficial da União.

309. Impende destacar, também, que é somente na fase de processamento que as AIHs são submetidas às regras de VALORAÇÃO - que consideram um conjunto de regras internas e informações do CNES e SIGTAP - para determinar o valor final da AIH como: os cálculos de rateio de Serviços Profissionais (SP), a aplicação de incrementos e percentuais adicionais decorrentes de habilitações. Sem a aplicação dessas regras, os valores financeiros das AIHs ficam prejudicados, representando apenas uma soma simples de valores prévios realizados pelo SISAIH01.

310. Importa ainda consignar que as rejeições não permitem que os gestores locais realizem a aprovação do atendimento em saúde apresentado. Entretanto, caso os estabelecimentos e/ou gestores corrijam as informações passíveis de adequação, esses atendimentos poderão ser reapresentados para que sejam novamente processados pelos sistemas de informação.

311. Abaixo, estão listados exemplos de rejeições passíveis de correção:

- Dados de Cartão Nacional de Saúde ou de CBO do profissional executante registrados de maneira equivocada;
- Inconsistências nos dados do paciente;
- Código do procedimento registrado de forma equivocada;
- Não importação de tabela necessária para processamento e validação da produção;
- Procedimento executado exige AIH com numeração específica do Programa Nacional de Redução de Filas; e
- Número da AIH já utilizado em outro processamento.

312. Entretanto, algumas rejeições não podem ser corrigidas, porque são, em grande parte, inconsistências no cadastro do estabelecimento no CNES, que não retroagem para alteração de dados. Seguem abaixo exemplos de rejeições que não podem ser corrigidas:

- Profissional executante não está cadastrado no CNES do estabelecimento com o CBO exigido para realização do procedimento, conforme Tabela de Procedimentos do SUS. Por exemplo, o procedimento “04.08.05.040-3 - TRANSPLANTE DE MENISCO” permite execução apenas por Médico Ortopedista e Traumatologista (CBO225270). Assim, se o profissional executante for Médico Cirurgião Geral (CBO 225225), haverá glosa;
- Profissional executante não está cadastrado no CNES do estabelecimento com carga horária específica para o SUS;
- O procedimento informado na AIH foi realizado em paciente com idade diferente daquela estabelecida no procedimento, conforme a Tabela de Procedimentos do SUS (por exemplo, o procedimento “04.09.04.024-0 - VASECTOMIA” possui idade mínima de 21 anos e idade máxima de 130 anos. Assim, se o paciente da AIH tiver 19 anos, essa AIH será bloqueada automaticamente pelo sistema, mas com possibilidade de análise e

aprovação posterior pelo gestor local).

313. É importante destacar, ainda, que o resultado imediato do processamento da produção, bem como os relatórios gerenciais produzidos por ele, são acessíveis aos gestores locais, que podem encaminhá-los para conhecimento dos estabelecimentos de saúde.

314. Uma vez que a remessa da produção (pós-processamento) seja encaminhada para a base nacional pelos gestores locais, todos os estabelecimentos de saúde (públicos e privados) podem acessar os motivos de rejeição dos atendimentos por meio do tabulador público Tabwin, disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/>.

315. Como dito, os gestores locais podem solicitar e/ou orientar os estabelecimentos para que eles corrijam, no que for possível, os atendimentos rejeitados pelos sistemas. Assim, uma vez que a incorreção tenha sido sanada, é possível que um registro anteriormente rejeitado seja aprovado em novo processamento.

316. Sendo assim, a diferença entre bloqueio e rejeição é que o primeiro permite que o gestor aprove a informação tal qual apresentada pelo estabelecimento, mesmo estando com algum dado fora das regras do sistema. Já a rejeição não permite que os gestores locais realizem a aprovação do atendimento em saúde apresentado, a não ser que, antes de uma próxima apresentação, o estabelecimento e/ou o gestor faça a correção da irregularidade apontada e reapresente o registro.

5.11 Dos motivos das glosas

317. Em regra, os autores sustentam que a União, arbitrária e unilateralmente, realiza glosas de determinados procedimentos efetivamente prestados no âmbito do SUS. Acrescentam que a União possui exclusiva competência e responsabilidade na perpetuação ilegal da glosa, o que reflete no prejuízo econômico-financeiro do acordo estabelecido entre as partes.

318. Ocorre que tal afirmação não é verdadeira.

319. O termo "glosa" refere-se à "rejeição total ou parcial de recursos financeiros do SUS, utilizados pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios de forma irregular ou cobrados indevidamente por prestadores de serviço, causando danos aos cofres públicos"⁴¹.

320. Como se nota, "glosa" é o termo tecnicamente empregado no âmbito das auditorias do Sistema Nacional de Auditorias (SNA) do SUS, designando a rejeição, total ou parcial, e o consequente cancelamento de verbas destinadas aos entes subnacionais ou prestadores de serviço, devido a erros, impropriedades ou irregularidades detectados em auditorias.

321. Como apontado anteriormente, as principais fontes de informação nacional sobre a produção assistencial da atenção especializada no SUS estão disponíveis no SIH/SUS e no SIA/SUS. Ambos os sistemas são gerenciados pelo Ministério da Saúde, no que diz respeito aos aspectos tecnológicos, regras de negócio e disseminação, porém eles são operados diretamente pelos estabelecimentos de saúde e pelos gestores estaduais e municipais do SUS, os quais são responsáveis por controlar e avaliar a produção registrada pelos prestadores de serviços sob sua gestão.

322. Diferentemente do que afirmam as partes adversas, a União não age de forma unilateral e indevida em relação às glosas. Isso porque as glosas são efetivadas pelos Sistemas do SUS e, em diversos casos, podem ser liberadas pelos gestores municipais e/ou estaduais. Em outros casos, o próprio gestor é quem efetiva as glosas. Portanto, é indevida a imputação das glosas à União.

323. Para melhor entendimento do funcionamento do SIH, descrevemos abaixo, novamente, o fluxo da informação neste sistema. Os estabelecimentos de saúde públicos e privados contratados pelo SUS operacionalizam o SISAIH01, que é um sistema de coleta de dados. Neste sistema, os estabelecimentos lançam as informações das internações realizadas, no formato do instrumento de registro de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

324. O SISAIH01 possui regras de validação preliminares que permitem aos estabelecimentos conhecer e corrigir algumas inconsistências antes do envio de dados à Secretaria de Saúde gestora. Posteriormente, e em período mensal, os estabelecimentos encaminham os dados dos atendimentos às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para processamento, controle e avaliação da produção. São estas, portanto, que operacionalizam o sistema de processamento SIHD, em que são aplicadas as regras de consistência.

325. No SIHD, os gestores verificam eventuais bloqueios e/ou rejeições realizadas em virtude de aplicação das regras de negócio do sistema. Mas os gestores também possuem autonomia para realizar bloqueios e/ou rejeições nas AIH, conforme lista exemplificativa abaixo, com motivos de rejeições/bloqueios que a própria Secretaria Estadual ou Municipal de saúde pode aplicar:

- *Duplicidade*
- *Agravio de Notificação Compulsória*
- *AIH de parto sem VDR*
- *Duplicidade por reinternação com mesmo CID em menos de 3 dias da alta*
- *Duplicidade de internação com intersecção de períodos*
- *Não autorizado para realizar o procedimento*
- *Permanência a menor injustificada*
- *Cirurgia múltipla não caracterizada (mesma incisão, mesma região, mesma patologia)*

- *Duplicidade de procedimento especial não justificado*
- *Procedimento de adulto utilizado para crianças*

326. Cumpre ressaltar que um mesmo motivo de bloqueio e/ou rejeição pode ser realizado tanto em virtude de aplicação de regras de processamento do sistema, quanto por ação direta do gestor. Isso inviabiliza que o Ministério da Saúde aponte detalhadamente se a rejeição foi efetuada pelo sistema ou pela Secretaria Municipal/Estadual de Saúde.

327. **Como demonstrado, as "glosas" são, em verdade, bloqueios e rejeições aplicados na produção hospitalar e ambulatorial, decorrentes de desconformidade com as normas vigentes e/ou por ação direta do próprio gestor (municipal ou estadual) no uso de sua prerrogativa de controle e fiscalização.**

328. Ainda nesse contexto, cabe registrar que o Departamento de Regulação Assistencial e Controle, em demanda paradigmática, lavrou o DESPACHO DRAC/SAES/MS (NUP: 00737.030885/2024-42; Sapiens: seq. 15; SEI n. 0045123876), do qual se destacam as seguintes conclusões:

- i) as glosas, independentemente do Ente da federação que praticou, referentes aos repasses do MAC, não são objeto de devolução ao Fundo Nacional de Saúde;
- ii) estes valores que foram disponibilizados pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais/estaduais de Saúde permanecem sob a gestão municipal/estadual, que nos exemplos (apenas exemplificativos) acima poderão os gestores municipais/estaduais, se entenderem indevidos, efetivar o pagamento aos prestadores;
- iii) assim, é razoável supor que em havendo determinação judicial de devolução de glosas/bloqueios, no caso em tela, haverá repetição sobre o mesmo (bis idem), já que os recursos financeiros permaneceram no Fundo Municipal de Saúde de [...], visto que não houve devolução dos recursos ao FNS, pois não há previsão legal ou infralegal que determina a restituição ao FNS nestes casos;
- iv) as glosas são efetivadas pelo Sistemas do SUS, e em diversos casos, podem ao alvitro dos gestores municipais e/ou estaduais serem liberadas; e em outros casos, é o próprio gestor contratante que efetiva as glosas;
- v) além disso, é essencial que se averigue a forma de contratação (realizada pelo gestor local), ou seja, se o pagamento se dá por produção, pois nos casos de contrato que não seja por produção a ocorrência de glosas é irrelevante.

329. Como visto, eventual condenação da União a ressarcir procedimentos glosados poderá caracterizar *bis in idem*, na medida em que não há previsão legal ou infralegal que determine ao fundo de saúde local devolver os recursos já repassados pelo ente federal, através do FNS. Daí a relevância de que a lide seja integrada pelo ente subnacional gestor do contrato.

330. Além disso, caso o contrato/convênio celebrado pelo ente subnacional não seja por produção, a ocorrência de glosas é irrelevante, pois não altera a remuneração do prestador de serviço.

5.12 Do impacto financeiro dos bloqueios e rejeições de sistema

331. Como dito, a responsabilidade pelo financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é tripartite, ou seja, compartilhada entre as três esferas de governo. Os recursos financeiros necessários provêm do orçamento da Seguridade Social, da arrecadação de impostos e de outras fontes, conforme estabelece o §1º do art. 198 da Constituição Federal.

332. Os percentuais de investimento financeiro da União, dos estados e dos municípios são atualmente definidos pela Lei Complementar n.º 141/2012. Os municípios devem aplicar, anualmente, no mínimo 15% da arrecadação de impostos em ações e serviços públicos de saúde, enquanto os estados têm a obrigação de aplicar, no mínimo, 12%. No caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual relativo à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior ao da lei orçamentária anual.

333. Quanto aos recursos federais, o repasse para os estados, o Distrito Federal e os municípios é realizado por meio de **transferências intergovernamentais fundo a fundo**, organizadas em blocos de financiamento. Essas transferências seguem critérios legais, como o perfil demográfico, epidemiológico e socioeconômico da população atendida. Confira:

Lei Complementar n.º 141/2012

Da Movimentação dos Recursos da União

Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde.

(...)

Art. 18. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a

celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.

Lei n.º 8.080/1990

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - resarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

334. Até dezembro de 2017, a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde se dava na forma dos seguintes blocos de financiamento: I - Atenção Básica; II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; III - Vigilância em Saúde; IV - Assistência Farmacêutica e; V - Gestão do SUS.

335. Com a publicação da Portaria GM/MS n.º 3.992, em 28 de dezembro de 2017, os recursos a serem repassados na modalidade fundo a fundo aos estados, Distrito Federal e municípios são organizados e agora transferidos para: I - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e; II - Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

336. Tal mudança pode ser assim sintetizada:

Antigos Blocos	Novo Bloco
Atenção Básica	
Média e Alta Complexidade	Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde
Vigilância em Saúde	
Assistência Farmacêutica	
Gestão do SUS	

Antigo Bloco	Novo Bloco
Investimento	Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde

337. Em síntese, o Bloco de custeio diz respeito aos recursos destinados à manutenção das ações e serviços públicos de saúde já implantados e ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos, enquanto o bloco de investimento abrange recursos destinados à estruturação e ampliação da oferta das ações e serviços de saúde (obras e equipamentos).

338. No universo do repasse federal, é dentro do Bloco de custeio, mais especificamente nas ações e serviços de saúde de **Média e Alta Complexidade**, que encontramos as rejeições e bloqueios de produção. Ocorre que, a depender do componente da Média e Alta complexidade envolvido, a repercussão financeira para o ente subnacional é diversa.

339. Nos termos da Portaria de Consolidação n.º 6, de 28 de setembro de 2017, tem-se que:

"Art. 173. O bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar será constituído por dois componentes:
I - Componente Limite Financeiro da MAC;
II - Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)."

340. O Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Teto MAC) é um valor cumulativo, que foi definido na década de 1990 e vem sendo ajustado ao longo dos anos por vários fatores, dentre eles a variação do contingente populacional e sua movimentação em busca dos serviços de saúde mais caros ou mais escassos.

341. Nas últimas duas décadas, o Ministério da Saúde vem incorporando recursos ao Teto MAC sob a forma de incentivos à organização de redes temáticas, à ampliação de leitos hospitalares, ao estímulo à atenção especializada, ao aprimoramento da qualidade da gestão e da atenção, entre outros.

342. O valor do Teto MAC, que inclui os incentivos de custeio, não é feito com base diretamente na produção hospitalar e ambulatorial, pois já é um valor pré-estabelecido repassado mensalmente, de forma regular e automática, aos entes federativos. Dessa forma, o valor do Teto MAC não é afetado por eventuais "glosas" de produção.

343. Por seu turno, o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) representa o repasse federal para financiar procedimentos e políticas consideradas estratégicas, bem como novos procedimentos não relacionados na tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento. Tais procedimentos são custeados pelo FAEC por um período, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao limite financeiro do Teto MAC.

344. Diferentemente do Teto MAC, os recursos financeiros do componente FAEC são transferidos após a apuração da produção dos estabelecimentos de saúde registrada pelos respectivos gestores no SIA/SUS e no SIH/SUS. Logo, o valor de FAEC, por ser baseado na produção aprovada, é afetado pelas rejeições e bloqueios dos sistemas.

345. Nesse quadro, imperioso destacar que a quase totalidade do repasse federal para custeio das ações e serviços de saúde de Média e Alta Complexidade se refere ao componente Teto MAC, que, como dito, constituiu um valor pré-estabelecido não afetado por rejeições e bloqueios de sistema.

346. Em levantamento feito pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/CGIN_Painel_FAF/CGIN_Painel_FAF.html, é possível verificar o montante do repasse federal relativo a cada componente da Média e Alta Complexidade, entre os anos de 2000 a 2017. Veja-se:



347. Como se observa, o valor repassado referente ao componente Teto MAC correspondeu a 88,8% dos repasses do bloco e, em contrapartida, o FAEC foi responsável por apenas 11,2% do total.

348. Desta feita, deve-se ter em mente, em primeiro lugar, que os bloqueios e rejeições de sistema dizem respeito a procedimentos realizados em desconformidade com regras e validações obrigatorias, pactuados de forma tripartite no SUS.

349. Mesmo que o julgador queira superar esse aspecto, é evidente que as "glosas" que efetivamente impactam no montante transferido ao ente local representam parcela ínfima do repasse federal no âmbito do SUS. Logo, **não se pode concluir, prima facie e sem qualquer comprovação nos autos, que há oneração desproporcional ou sufocamento financeiro do ente subnacional**, como querem fazer crer as narrativas usualmente postas pelas partes autoras.

350. Como se observa, os entes subnacionais requerem o restabelecimento do "equilíbrio econômico-financeiro" da relação jurídica firmada com a União. Ora, a única relação jurídica existente entre os entes federativos é a que envolve repasses na modalidade fundo a fundo.

351. Assim, o que se pretende, na realidade e por vias transversas, é o aumento do repasse da União via Teto MAC, já que esse responde por quase 90% do valor que é repassado pela União.

352. Sobre esse aspecto, estados e municípios são livres para apresentar solicitações de incremento do valor do teto MAC ao Ministério da Saúde, explicitando o valor, finalidade e justificativa. Face a uma solicitação de incremento do Teto MAC, o Ministério da Saúde compara o montante recebido com o montante da produção apresentada e, caso seja demonstrada produção elevada em todo o território, será feita a análise da solicitação de acordo com a disponibilidade orçamentária federal.

353. Logo, é evidente que as rejeições e bloqueios de sistema, pactuados de forma tripartite e estruturados para evitar pagamento de procedimentos em desconformidade com importantes regras do SUS, não podem ser afastados com tal desiderato.

6. CONCLUSÃO

354. Diante do exposto, **sugere-se o acolhimento da presente manifestação jurídica como Informação Jurídica Referencial** nos termos da Portaria Normativa CGU/AGU nº 05, de 2022, que deverá ser adotada como parâmetro nos processos com pedidos de subsídios jurídicos solicitados pelas Procuradorias-Regionais da União para defesa da União em ações judiciais em que se discute a revisão da Tabela SUS por motivo de suposta defasagem em relação à TUNEP/IVR e/ou em ações judiciais nas quais se postula o resarcimento por procedimentos glosados.

355. Ressalta-se, entretanto, que este órgão consultivo poderá se pronunciar, de ofício ou por **provocação específica**, visando à retificação, complementação, aperfeiçoamento ou ampliação de posicionamento lançado na presente Informação Jurídica Referencial, ou destinado a adaptá-la a inovação normativa, mutação jurisprudencial ou entendimento de órgão de direção superior da AGU.

356. Esta Informação Jurídica Referencial terá validade de 2 anos, a partir de sua aprovação, nos termos do art. 11 da Portaria Normativa CGU/AGU nº 05, de 31 de março de 2022.

7. ENCAMINHAMENTOS

357. Com a aprovação desta IJR, ao Apoio Administrativo para:

- a)** via Sapiens, dar ciência:
 - a1)** à Procuradoria-Geral da União;
 - a2)** às Procuradorias-Regionais da União;
 - a3)** ao Departamento de Inteligência Jurídica e Inovação da Consultoria-Geral da União;
 - a4)** aos Advogados da União lotados na CGCJ.

- b)** abrir tarefa, via Sapiens, à Divisão de Triagem e Internalização de Processos - DITIP e à Divisão de Destinação de Processos - DIDEPE desta CONJUR/MS, para ciência, com as seguintes orientações:
 - b1)** juntar cópia desta INFORMAÇÃO JURÍDICA REFERENCIAL n. 00001/2025/CONJUR-MS/CGU/AGU nos processos que aportarem na CONJUR/MS requisitando subsídios para defesa da União sobre o tema "revisão da Tabela SUS por motivo de suposta defasagem em relação à TUNEP/IVR" e/ou "em ações judiciais nas quais se postula o resarcimento por procedimentos glosados", sem prejuízo do encaminhamento dos autos à SAES/MS e ao FNS/MS, para prestação das informações de fato porventura requisitadas pelos órgãos contenciosos da AGU.

- c)** via SEI, dar ciência:
 - c1)** à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS;
 - c2)** à Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS;
 - c3)** ao Fundo Nacional de Saúde - FNS/MS.

- d)** publicações e comunicações necessárias.

358. À consideração superior.

Brasília, 06 de fevereiro de 2025.

LUIZ MIGUEL CHOCIAI WAIDZIK
Advogado da União
Coordenador-Geral de Contencioso Judicial
Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde

Atenção, a consulta ao processo eletrônico está disponível em <https://supersapiens.agu.gov.br> mediante o fornecimento do Número Único de Protocolo (NUP) 00737025227202439 e da chave de acesso 37653b15

1. ¹ “Orientações Técnicas sobre Aplicação de Glosas em Auditoria no SUS” (disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aplicacao_glosas_auditoria.pdf)



Documento assinado eletronicamente por LUIZ MIGUEL CHOCIAI WAIDZIK, com certificado A1 institucional (*.AGU.GOV.BR), de acordo com os normativos legais aplicáveis. A conferência da autenticidade do documento está disponível com o código 1837041461 e chave de acesso 37653b15 no endereço eletrônico <https://sapiens.agu.gov.br>. Informações adicionais: Signatário (a): LUIZ MIGUEL CHOCIAI WAIDZIK, com certificado A1 institucional (*.AGU.GOV.BR). Data e Hora: 06-02-2025 16:32. Número de Série: 24688056426646610828629120681. Emissor: Autoridade Certificadora do SERPRO Final SSL.



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DA CONSULTORIA JURÍDICA
ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS - BLOCO G

DESPACHO n. 00488/2025/CONJUR-MS/CGU/AGU

NUP: 00737.025227/2024-39

INTERESSADOS: COORDENAÇÃO-GERAL DE ASSUNTOS JUDICIAIS - CGAJUR (CONJUR-MS)

ASSUNTOS: REAJUSTE DA TABELA DO SUS

1. **Aprovo** a INFORMAÇÃO JURÍDICA REFERENCIAL (IJR) n. 00001/2025/CONJUR-MS/CGU/AGU, subscrita pelo Advogado da União Luiz Miguel Chociai Waidzik, então Coordenador-Geral de Contencioso Judicial, relativa à revisão da Tabela do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua equiparação com a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP) – Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR), bem como às ações de ressarcimento por procedimentos glosados.

2. A IJR destaca, entre outros, os seguintes aspectos.

- **Sobrestamento** de todos os processos pendentes que tramitem no território nacional, individuais ou coletivos, movidos por entidades privadas que atuam de forma complementar e que alegam desequilíbrio econômico-financeiro de seu contrato em virtude da defasagem da Tabela SUS.
- **Legitimidade passiva da União** para compor a lide nas ações ajuizadas por prestadores de serviços locais, considerando que União não celebra contrato com eles. **Subsidiariamente**, a necessidade de pleitear o **litisconsórcio passivo necessário** dos entes subnacionais contratantes.
- **Inaplicabilidade da Tabela TUNEP/IVR** para fins de revisão da **Tabela SUS**, considerando que possuem **finalidades distintas**.
- **Legitimidade ativa dos entes subnacionais**, considerando que também fazem parte do SUS - tripartite.
- **Falta de interesse processual dos entes subnacionais**, uma vez que podem realizar solicitações de incremento do valor do Teto MAC (Média e Alta Complexidade) por meio de processo administrativo próprio.

3. Ademais, atesto que houve atendimento aos requisitos constantes da Portaria Normativa CGU/AGU nº 05/2022.

4. Por fim, além de algumas repetições, apenas ressalvo que estes subtítulos estão duplicados: i) *Da inaplicabilidade da Tabela TUNEP/IVR para revisão da Tabela SUS* - 3.7 (parágrafos 71 a 89) e 4.11 (parágrafos 201 a 219); ii) *Do impacto das decisões judiciais que objetivam a correção da Tabela SUS* - 3.10 (parágrafos 118 a 123) e 4.12 (parágrafos 220 a 225).

5. Ao Apoio Administrativo para que:

- a) *abra tarefa no SAPIENS:*
 - a.1) à Procuradoria-Geral da União (PGU/AGU);
 - a.2) às Procuradorias-Regionais da União (PRU1, PRU2, PRU3, PRU4, PRU5 e PRU6);
 - a.3) ao Departamento de Inteligência Jurídica e Inovação (DIJI/SGE/AGU);
 - a.4) ao Departamento de Gestão Administrativa (DGA/CGU/AGU);
 - a.5) à Divisão de Triagem e Internalização de Processos (DITIP/CONJUR/MS);
 - a.6) à Divisão de Destinação de Processos (DIDEP/CONJUR/MS);
 - a.7) aos Advogados da União atuantes na Coordenação-Geral de Contencioso Judicial (CGCJ/CONJUR/MS);
 - a.8) à Coordenação de Gestão Técnica e Administrativa (COGAD/CONJUR/MS), para publicação da manifestação referencial nas páginas do Ministério da Saúde e da Advocacia-Geral da União;
- b) *envie os autos via SEI:*
 - b.1) à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES/MS);
 - b.2) à Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS);
 - b.3) ao Fundo Nacional de Saúde (FNS/SE/MS).

Brasília, 27 de março de 2025.

FERNANDO MIZERSKI

Advogado da União

Atenção, a consulta ao processo eletrônico está disponível em <https://supersapiens.agu.gov.br> mediante o fornecimento do Número Único de Protocolo (NUP) 00737025227202439 e da chave de acesso 37653b15



Documento assinado eletronicamente por FERNANDO MIZERSKI, com certificado A1 institucional (*.AGU.GOV.BR), de acordo com os normativos legais aplicáveis. A conferência da autenticidade do documento está disponível com o código 1850017304 e chave de acesso 37653b15 no endereço eletrônico <https://sapiens.agu.gov.br>. Informações adicionais: Signatário (a): FERNANDO MIZERSKI, com certificado A1 institucional (*.AGU.GOV.BR). Data e Hora: 27-03-2025 19:58. Número de Série: 24688056426646610828629120681. Emissor: Autoridade Certificadora do SERPRO Final SSL.
