



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO  
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO  
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO-GERAL EXTRAJUDICIAL E DE NEGOCIAÇÃO

PARECER REFERENCIAL Nº. 00007/2026/CONJUR-MS/CGU/AGU

**NUP: 25000.219307/2025-70**

**INTERESSADOS: MUNICIPIO DE ATALAIA AL E OUTROS**

**ASSUNTOS: PEDIDOS DE EQUIPARAÇÃO ENTRE TABELA SUS E TUNEP/IVR PARA FINS DE REPASSES FEDERAIS**

**EMENTA: DIREITO CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. MANIFESTAÇÃO JURÍDICA REFERENCIAL. ON AGU Nº 55/2014. PORTARIA NORMATIVA CGU/AGU Nº 5, DE 31 DE MARÇO DE 2022. REQUERIMENTOS ADMINISTRATIVOS. ENTES SUBNACIONAIS. PEDIDO DE REEQUILIBRIO FINANCEIRO MEDIANTE EQUIPARAÇÃO ENTRE TABELA SUS E TUNEP E/OU IVR. INVIABILIDADE JURÍDICA. AUSÊNCIA DE AMPARO CONSTITUCIONAL E LEGAL. FINANCIAMENTO TRIPARTITE E SOLIDÁRIO DO SUS. OPINA PELO INDEFERIMENTO DOS PEDIDOS ADMINISTRATIVOS**

I - É juridicamente infundada a pretensão dos municípios de exigir a revisão dos valores da Tabela de Procedimentos do SUS com base nos parâmetros da Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP) ou do Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR);

II - A Tabela SUS constitui um referencial para o repasse de recursos federais dentro de um modelo de financiamento tripartite e solidário, não se confundindo com uma tabela de remuneração de serviços em uma relação contratual;

III - A TUNEP e o IVR são instrumentos de natureza indenizatória e dissuasória, com finalidade específica de viabilizar o ressarcimento ao SUS por parte das operadoras de planos de saúde e ao mesmo tempo dissuadir que estas passem a utilizar a rede pública para o atendimento dos seus clientes, sendo sua lógica e aplicação inversas à pretendida pelos requerentes, não havendo amparo legal para sua utilização como paradigma de remuneração dos entes subnacionais pela União;

IV - Não se configuram, na espécie, as hipóteses de desequilíbrio econômico-financeiro contratual ou de enriquecimento sem causa da União, uma vez que a relação entre os entes é de natureza constitucional-estatutária, e os recursos do ressarcimento são revertidos ao Fundo Nacional de Saúde, em benefício de todo o sistema;

V - As resoluções da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), embora relevantes no âmbito da gestão estadual, não possuem competência para criar obrigações financeiras para a União que extrapolem ou contrariem a legislação federal e as pactuações firmadas em âmbito tripartite.

VI - A faculdade de complementação dos valores da Tabela SUS com recursos próprios é a via legalmente prevista para que os gestores municipais possam adequar a remuneração dos serviços à realidade local, em exercício de sua autonomia e em cumprimento de sua responsabilidade compartilhada no financiamento da saúde.

VII - Órgãos de destino da MJR: Ministério da Saúde;

VIII - 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.

## 1. RELATÓRIO

1. Trata-se de uma série de processos administrativos instaurados a partir de requerimentos formulados por diversos Entes subnacionais, com maior volume oriundo dos Municípios do Estado de Alagoas. Tais requerimentos buscam o reconhecimento do direito à revisão e à consequente readequação dos valores constantes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (Tabela SUS), com o objetivo de promover o que os requerentes denominam de "equilíbrio econômico-financeiro" da relação jurídica mantida com a União.

2. A pretensão dos requerentes, conforme se extrai das petições administrativas, é que a União/Ministério da Saúde seja compelida a utilizar, como paradigma para a remuneração dos serviços prestados em seus estabelecimentos de saúde e, conseqüentemente, dos repasses federais, a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP) ou a Tabela SUS acrescida do Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR), ou outra tabela equivalente, postulando que, além da alteração dos valores para o futuro, o pagamento retroativo das diferenças que teriam sido apuradas nos últimos cinco anos, contados da data do requerimento, totalizando um montante que, no caso paradigma do Município de Atalaia/AL (NUP 25000.219307/2025-70), por exemplo, alcançaria, em sua ótica, a cifra de R\$ 10.295.902,22 (dez milhões, duzentos e noventa e cinco mil, novecentos e dois reais e vinte e dois centavos).

3. O trâmite processual, neste caso concreto, utilizado como paradigma para esta Manifestação Jurídica

Referencial, iniciou-se com o protocolo dos referidos requerimentos, que foram direcionados à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES/MS) para análise técnica. Em resposta, o Departamento de Regulação Assistencial e Controle (DRAC/SAES/MS), por meio da Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informação em Saúde (CGSI), emitiu a Nota Informativa nº 1/2025-CGSI/DRAC/SAES/MS (Sapiens Seq. 12, SEI 0045420905) e despachos subsequentes, esclarecendo que os valores da Tabela SUS servem como referência para os repasses federais e que os gestores locais possuem a prerrogativa de complementar esses valores com recursos próprios.

4. Em face do expressivo e crescente volume de processos administrativos repetitivos, esta Consultoria Jurídica, por meio da Cota nº 01511/2026/CONJUR-MS/CGU/AGU (Sapiens Seq. 31), identificou o fenômeno da litigância administrativa em massa e recomendou o sobrestamento dos feitos para viabilizar a elaboração de uma Manifestação Jurídica Referencial, visando garantir a uniformidade, a celeridade e a eficiência na resposta do poder público.

5. Em resposta, a SAES/MS, através do DESPACHO SAES/CGOEX/SAES/MS (Sapiens Seq. 39, SEI 0053986818) identificou um total de 11 (onze) requerimentos da mesma natureza até aquele momento, além de diversos outros processos que estavam sendo instaurados, o que motivou a elaboração do presente parecer de caráter referencial.

6. O argumento central dos requerentes, como mencionado acima, baseia-se na alegação de um suposto desequilíbrio econômico-financeiro, sustentando que a Tabela SUS possui valores defasados que não cobrem os custos dos procedimentos, alegando-se que a União, ao utilizar a TUNEP ou o IVR para ser ressarcida pelas operadoras de planos de saúde, reconhece a insuficiência dos valores da Tabela SUS e, ao não aplicar o mesmo critério para remunerar os municípios, viola a isonomia e promove um enriquecimento sem causa. Invocam, ainda, Resoluções expedidas por Comissões Intergestores Bipartite (CIB) que estes participam junto ao respectivo Estado.

7. Registre-se, por oportuno, que esta Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde já expediu Informação Jurídica Referencial - IJR a respeito da temática a fim de subsidiar a defesa da União em juízo, qual seja, a INFORMAÇÃO JURÍDICA REFERENCIAL n. 00001/2025/CONJUR-MS/CGU/AGU, da lavra da Coordenação-Geral de Contencioso Judicial (NUP: 00737.025227/2024-39), além de diversos Pareceres expedidos em casos individuais de pedidos administrativos por parte desta Coordenação-Geral Extrajudicial e de Negociação, a exemplo do PARECER Nº 00181/2026/CONJUR-MS/CGU/AGU, PARECER Nº 00085/2026/CONJUR-MS/CGU/AGU e PARECER Nº 00086/2026/CONJUR-MS/CGU/AGU. Em todas estas Manifestações, esta Consultoria Jurídica concluiu pela improcedência dos pleitos em referência.

8. É o relatório. Passa-se a opinar.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO JURÍDICA**

### **2.1 PRELIMINARMENTE - DAS PREMISSAS METODOLÓGICAS E ATENDIMENTO AOS REQUISITOS QUE JUSTIFICAM A EMISSÃO DA MANIFESTAÇÃO JURÍDICA REFERENCIAL**

9. Com a expedição da Orientação Normativa AGU nº 55, de 23 de maio de 2014, foi instituída a manifestação jurídica referencial (MJR), que tem como premissa a promoção da celeridade em processos administrativos que possibilitem análise jurídica padronizada em casos repetitivos e que com grande volume de tramitação.

10. Nessas hipóteses, cabe à área técnica atestar no processo que o caso se amolda ao parecer referencial, dispensando, assim, a análise individualizada da Consultoria Jurídica acerca das questões jurídicas que envolvam matérias idênticas e recorrentes sobre o tema. Vejamos o seu teor:

ORIENTAÇÃO NORMATIVA Nº 55, DE 23 DE MAIO DE 2014.

O ADOGADO-GERAL DA UNIÃO, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I, X, XI e XIII, do art. 4º da Lei Complementar nº 73, de 10 de fevereiro de 1993, considerando o que consta do Processo nº 56377.000011/2009-12, resolve expedir a presente orientação normativa a todos os órgãos jurídicos enumerados nos arts. 2º e 17 da Lei Complementar nº 73, de 1993:

I - Os processos que sejam objeto de manifestação jurídica referencial, isto é, aquela que analisa todas as questões jurídicas que envolvam matérias idênticas e recorrentes, estão dispensados de análise individualizada pelos órgãos consultivos, desde que a área técnica ateste, de forma expressa, que o caso concreto se amolda aos termos da citada manifestação.

II - Para a elaboração de manifestação jurídica referencial devem ser observados os seguintes requisitos: a) o volume de processos em matérias idênticas e recorrentes impactar, justificadamente, a atuação do órgão consultivo ou a celeridade dos serviços administrativos; e b) a atividade jurídica exercida se restringir à verificação do atendimento das exigências legais a partir da simples conferência de documentos. Referência: Parecer nº 004/ASMG/CGU/AGU/2014

11. Ressalte-se que, recentemente, a Portaria Normativa CGU/AGU nº 5, de 31 de março de 2022, passou a disciplinar a manifestação jurídica referencial, reproduzindo, em seu artigo 3º, §2º, os requisitos objetivos autorizadores da elaboração de ditas manifestações que já estavam prescritos na Orientação Normativa AGU nº 55, de 23 de maio de 2014, in litteris:

Art. 3ºA Manifestação Jurídica Referencial tem como premissa a promoção da celeridade em processos administrativos que possibilitem análise jurídica padronizada em casos repetitivos. (...)

§ 2ºA emissão de uma MJR depende do preenchimento dos seguintes requisitos:

I -comprovação de elevado volume de processos sobre a matéria; e

II -demonstração de que a análise individualizada dos processos impacta de forma negativa na celeridade das atividades desenvolvidas pelo órgão consultivo ou pelo órgão assessorado.

12. Da simples leitura dos normativos acima transcritos, percebe-se para a elaboração de manifestações referenciais no âmbito das Consultorias Jurídica faz-se mister a presença de dois requisitos cumulativos: a comprovação do elevado volume de processos sobre a matéria e demonstração de que a análise individualizada dos processos impacta de forma negativa na celeridade das atividades desenvolvidas pelo órgão consultivo ou pelo órgão assessorado.

13. Nesses casos, quando presentes os requisitos autorizadores, a Consultoria Jurídica pode produzir uma manifestação jurídica referencial, dispensando a análise individualizada pelos órgãos consultivos, desde que a área técnica ateste, de forma expressa, que o caso concreto se amolda aos termos da citada manifestação.

14. A instauração de dezenas de procedimentos administrativos, todos versando sobre idêntica matéria fática e jurídica, caracteriza o que se convencionou chamar de litigância administrativa de massa, tal qual ocorre na litigância de massa no âmbito do contencioso judicial. Este cenário, conforme identificado na Cota nº 01511/2026/CONJUR-MS/CGU/AGU (Sapiens Seq. 31) e na Nota Nº 00078/2026/CONJUR-MS/CGU/AGU (Sapiens Seq. 37), exige da Administração Pública uma atuação estratégica e racional, em estrita observância aos princípios que a regem (art. 37, caput, da CF/88).

15. Conforme DESPACHO SAES/CGOEX/SAES/MS (Sapiens Seq. 39, SEI 0053986818), foram identificados somente no início deste ano de 2026 cerca de 11 (onze) requerimentos da mesma natureza, além de diversos outros processos que estavam sendo instaurados, e outros individuais que esta Consultoria Jurídica já se manifestou anteriormente, a exemplo do PARECER Nº 00181/2026/CONJUR-MS/CGU/AGU, PARECER Nº 00085/2026/CONJUR-MS/CGU/AGU e PARECER Nº 00086/2026/CONJUR-MS/CGU/AGU, revelando que se trata de tema repetitivo no âmbito desta Pasta.

16. Nesse passo, é inconteste que o volume de processos sobre o tema causa um significativo impacto sobre a atuação deste órgão Consultivo, o que compromete a celeridade dos serviços administrativos prestados, além de reduzir o tempo que dispõe o Advogado da União para examinar processos mais complexos e que exigem uma análise jurídica mais detida e profunda.

17. Por fim, o segundo requisito resta atendido, uma vez que a atividade jurídica exercida se restringe à verificação do atendimento às exigências legais a partir da conferência de documentos juntados aos autos, eis que, a rigor, inexistente qualquer controvérsia ou dúvida jurídica relevante e complexa acerca da matéria que obrigue a uma análise individualizada.

18. Portanto, considerando que os processos em análise apresentam identidade de pedido, de causa de pedir e de fundamentação jurídica, a adoção de um Parecer Jurídico Referencial é a medida que melhor atende ao interesse público, garantindo uma resposta coesa, célere e juridicamente fundamentada a todos os Entes requerentes.

## 2.2 DA DELIMITAÇÃO DA CONTROVÉRSIA JURÍDICA

19. Superada a questão procedimental, a controvérsia jurídica central a ser dirimida pode ser sintetizada na seguinte questão:

**Possuem os Entes subnacionais, em especial os Municípios, enquanto entes da federação e gestores locais do SUS, o direito subjetivo de exigir que a União (gestor federal) revise os valores de transferência de recursos para o custeio de ações e serviços de saúde, estabelecidos na Tabela de Procedimentos do SUS, adotando como parâmetro obrigatório os critérios utilizados para o ressarcimento ao SUS por parte das operadoras de planos de saúde (TUNEP ou IVR), e de receber as diferenças retroativas dos últimos cinco anos?**

20. A resposta a essa indagação perpassa, necessariamente, pela análise da arquitetura constitucional e legal do financiamento do Sistema Único de Saúde, da natureza jurídica da Tabela SUS e dos institutos do ressarcimento ao SUS (TUNEP e IVR), bem como dos limites da pactuação interfederativa no âmbito das Comissões Intergestores.

## 2.3 DO REGIME JURÍDICO DO FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E DA NATUREZA DA TABELA DE PROCEDIMENTOS

21. Inicialmente, importa deixar claro, desde já, três premissas básicas quanto ao tema suscitado pelos requerentes nesta via administrativa:

A) Os valores recebidos pelos Entes subnacionais tendo por referência a Tabela SUS são

complementados por diversos outros componentes financeiros, sendo equivocada a comparação pura e simples engendrada pelos requerentes entre a Tabela SUS (SIGTAP) isoladamente e a TUNEP ou acréscimo de IVR;

B) a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS veicula valores que são utilizados apenas como referência de repasses de recursos federais, sendo facultado aos Gestores de Saúde propor pagamentos a maior de procedimentos realizados pelos estabelecimentos sob sua gestão;

c) de acordo com a Constituição de 1988 não cabe à União arcar, isoladamente, com todos os valores pertinentes ao financiamento da Saúde Pública, tal responsabilidade é compartilhada entre todos os Entes federados.

22. Isto posto, rememore-se que o Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, fundamenta-se em um modelo de **gestão e financiamento tripartite e solidário**, significando que a responsabilidade pelo custeio das ações e serviços públicos de saúde é compartilhada entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, conforme a dicção constitucional:

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.

§ 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: [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); [\(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015\)](#)

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; [\(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 132, de 2023\)](#)

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.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#) [Regulamento](#)

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º; [\(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015\)](#)

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

23. A Lei Complementar nº 141, de 2012, estabelece os percentuais mínimos de investimento para cada ente, consolidando a ideia de que a sustentabilidade do sistema depende do esforço conjunto de todos.

24. Dentro dessa arquitetura, as transferências de recursos da União para os demais entes federados **não configuram um pagamento por serviços prestados em uma relação contratual, mas sim a execução de uma competência constitucional e legal de cooperação técnica e financeira**. Os recursos federais são repassados "**fundo a fundo**", do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, para compor o orçamento global da saúde naquelas esferas. Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar estão atualmente organizados em dois componentes:

(i) Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (**MAC**) que inclui os incentivos de custeio e é transferido de forma regular e automática aos fundos de saúde dos estados, DF e municípios;

(ii) Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (**FAEC**), cuja finalidade é financiar procedimentos e políticas consideradas estratégicas, bem como novos procedimentos incorporados à Tabela do SUS. Os recursos financeiros são transferidos após a apuração da produção dos estabelecimentos de saúde registrada pelos respectivos gestores nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar SIA/SIH.

25. A Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS é, nesse contexto, uma **ferramenta de gestão e um referencial para a alocação e o repasse desses recursos federais**. Conforme bem

apontado pela Nota Informativa nº 1/2025-CGSI/DRAC/SAES/MS (Sapiens Seq. 12, SEI 0045420905), os valores nela constantes não são uma tabela de preços de mercado, nem se propõem a remunerar integralmente o custo de cada procedimento. Eles representam, na verdade, a **parcela do financiamento de responsabilidade da União** para determinados procedimentos, dentro do pacto federativo.

26. Neste aspecto, diversos normativos deixam clara a natureza referencial da Tabela SUS, não restando dúvidas de que a determinação constitucional é de que haja um financiamento compartilhado. A Portaria de Consolidação nº 6/2017 e normativos anteriores, como a Portaria-MS nº 1.606/2001, autorizam expressamente que o gestor local (estadual ou municipal) utilize **recursos próprios para complementar os valores da Tabela SUS**, seja para remunerar melhor seus prestadores (públicos ou privados conveniados), seja para contratar serviços por valores acima do referencial federal, de modo que essa faculdade, longe de ser um problema, é a expressão máxima da autonomia do ente federado na gestão de seus recursos e da lógica de financiamento compartilhado.

27. Se a Tabela SUS fosse um instrumento de remuneração integral e exaustiva, tal complementação facultativa não seria necessária, e nem sequer permitida.

28. 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. (grifei)

29. 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**.

30. 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. (grifei)

31. Em reforço a tal argumento, o § 2º do art. 198 do texto constitucional, já transcrito acima, 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.

32. 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.

33. No caso dos pedidos administrativos encaminhados a este Ministério por diversos municípios, verifica-se que pretendem "reestabelecer o equilíbrio econômico-financeiro" da relação jurídica mantida com a União, tendo em vista o custeio das unidades de saúde locais. Ocorre que, como já demonstrado, os entes subnacionais não prestam serviços ao SUS, eles propriamente integram o SUS e devem executar diretamente serviços de saúde à população local. Se não o fazem, por decisão própria, realizam a contratualização local.

34. Além disso, repita-se, o financiamento do SUS é tripartite, cabendo ao ente federal repassar recursos, enquanto que caber aos entes estaduais e municipais complementar o financiamento com recursos próprios.

35. Destaque-se que a Tabela SUS (SIGTAP) não é o único aporte de financiamento realizado pela União aos Municípios, visto que os valores devem ser considerados no conjunto dos componentes que integram os blocos de repasse financeiro aos Entes subnacionais.

36. Neste tópico, procede-se à análise das modalidades de financiamento, **no âmbito federal**, do custeio da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Especializada.

37. No que se relaciona ao **financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS)**, a Secretaria de Atenção Primária

à Saúde (SAES), na Nota Técnica nº 186/2024-COHC/CGFAP/SAPS/MS (SEI/MS: 0040149608), elaborada em demanda análoga, esclarece que, no âmbito federal, os recursos financeiros destinados à viabilização das ações de APS estão alocados no Bloco de Financiamento de Custeio e no Bloco de Financiamento de Investimento.

38. Com vistas a assegurar a oferta de ações e serviços à população, o Ministério da Saúde compromete-se a destinar, de forma regular e automática, recursos federais mensais para a composição do financiamento tripartite da Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo, entre os mecanismos adotados, a transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

39. O financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do SUS foi instituído pela Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, a qual estabelece um modelo misto. A saber:

- 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.

**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 as 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).

40. **O financiamento da Atenção Primária à Saúde, portanto, é integralmente desvinculado de pagamentos realizados com base na Tabela SUS.**

41. No que se refere ao custeio da atenção especializada à saúde, a participação federal é repassada aos gestores estaduais e municipais por meio de duas modalidades:

- a) Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (Teto MAC);
- b) Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

42. **O Teto MAC representa a principal parcela da contribuição federal para o custeio da atenção especializada no SUS**, consistindo em valor cumulativo, não resultante de cálculo anual. Atualmente, totaliza aproximadamente R\$ 58 bilhões em âmbito nacional, sendo transferido mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde estaduais e municipais, em doze parcelas anuais, podendo ser aplicado no custeio de ações e serviços de média e alta complexidade, conforme a programação assistencial definida pelos gestores do SUS nas esferas subnacionais.

43. Nesse tema, cumpre ressaltar que os entes estaduais e municipais podem, de forma autônoma, apresentar ao Ministério da Saúde pleitos de incremento do valor do Teto MAC (Média e Alta Complexidade), devidamente instruídos com a

indicação do montante pretendido, sua finalidade, a respectiva justificativa e a manifestação de apoio da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Estado, o que não se confunde com a tentativa dos requerentes de se ampliar o Teto MAC, de forma artificial, através de uma indevida equiparação entre os valores fixados na Tabela SUS e TUNEP/IVR.

44. Os recursos do FAEC, por sua vez, que correspondem à *menor* parcela da contribuição federal destinada ao custeio da atenção especializada, possuem natureza variável e são repassados mensalmente aos fundos estaduais e municipais de saúde com base na apuração da produção dos serviços, conforme a Tabela SUS, limitada às categorias de procedimentos especificamente elegíveis.

45. **Os repasses realizados aos Municípios com base nos valores da Tabela SUS correspondem apenas aos recursos do FAEC, os quais são complementados pelos recursos do Teto MAC, que representam a principal parcela do financiamento.**

46. 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 Fundo de Ações Estratégicas e Compensação- FAEC corresponde a 11,2% (<https://portalfns.saude.gov.br/consultas/>):



47. Com efeito, 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.

48. Isto posto, é inverídica a alegação da parte requerente de que os Municípios seriam remunerados exclusivamente com base nos valores constantes da Tabela SUS, devendo-se ser considerados os critérios do art. 35, da Lei 8.080/90.

49. Assim, a argumentação dos requerentes desconsidera completamente o disposto no art. 35 da Lei nº8.080/90, que estabelece como critérios dos valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, a combinação dos

seguintes critérios: *o perfil demográfico da região; o perfil epidemiológico da população a ser coberta; as características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; o desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; os níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; a previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; e o ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.*

50. Assim, os repasses federais destinados ao custeio da atenção especializada não contemplam somente a remuneração dos procedimentos da Tabela SUS, sendo que 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, além das parcelas únicas.

#### **2.4 DA INAPLICABILIDADE DA TUNEP E DO IVR COMO PARÂMETROS PARA A REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS NO ÂMBITO DO SUS**

51. O ponto relevante do argumento dos municípios reside na tentativa de transpor para o universo do financiamento público da saúde, institutos criados com finalidade completamente distinta no âmbito da saúde suplementar, qual seja, a **Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP)** e o **Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR)**.

52. A Tabela TUNEP (Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos) foi instituída pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para padronizar os valores de ressarcimento ao SUS devidos pelas operadoras de planos de saúde privados. Trata-se de instrumento **próprio e exclusivo do sistema de saúde suplementar**, vinculado aos planos e seguros privados de assistência à saúde.

53. É prevista no § 8º do artigo 32 da Lei nº 9.656, de 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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

(...)

§ 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) (grifei)

54. 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; (iv) **dissuadir as operadoras de planos** de saúde de utilizar a rede pública de saúde para atender os pacientes que são de sua responsabilidade contratual.

55. Coíbe-se, com a existência da Tabela, que determinada operadora, ao disponibilizar determinado procedimento previsto em contrato ao seu cliente, que o encaminhe à rede pública do SUS ou a hospital privado conveniado em um dos leitos reservados a pacientes SUS e obtenha, com isso, lucro indevido.

56. A previsão de que os valores da TUNEP não sejam inferiores aos da Tabela SUS visa justamente impedir que se lese o erário na restituição em valores inferiores aos pagos pelo próprio SUS para o procedimento. Já a limitação ao teto do valor pago pelas operadoras impede que haja o enriquecimento sem causa por parte do próprio estado.

57. 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, acrescentando-se um intuito dissuasório, em ordem a repelir a utilização de indevida de estrutura pública de Saúde por pacientes de responsabilidade dos planos de saúde. **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.

58. A utilização de valores superiores aos da Tabela SUS nesse cálculo (seja pela TUNEP ou pelo fator de multiplicação IVR) justifica-se precisamente pela natureza da relação. A operadora privada, que auferir lucro e tem uma obrigação contratual com seu cliente, não pode ser cobrada pelo mero valor de referência que a União usa para o repasse federativo. A cobrança visa a uma recomposição mais ampla dos custos suportados pelo sistema público. O Supremo Tribunal Federal, ao julgar a constitucionalidade do ressarcimento ao SUS (RE 597.064), validou essa sistemática, reconhecendo sua natureza indenizatória.

59. 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.

60. Neste ponto, convém rememorar, de forma breve, o aspecto tratado no tópico anterior no que diz respeito ao custeio da atenção especializada à saúde, o financiamento federal é composto por duas parcelas. **Os repasses realizados aos Municípios com base nos valores da Tabela SUS correspondem apenas aos recursos do FAEC, os quais são**

**complementados pelos recursos do Teto MAC, que representam a principal parcela do financiamento.**

61. 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.

62. 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) (grifei)

63. 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 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) (grifei)

64. Cumpre pontuar ainda, que **a criação de incentivo negativo à utilização da rede pública pela iniciativa privada, com o estabelecimento de um pagamento à maior pelas operadoras da saúde suplementar evidencia a autorização constitucional de regulação de mercado, estabelecido no art. 174 da Constituição Federal.** Acrescente-se mais, 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.

65. A TUNEP e seu sucessor (o IVR) são parâmetros utilizados pela ANS para regular o mercado e 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, pelo poder/dever conferido pela Constituição Federal ao Estado como agente normativo da atividade econômica e, também, 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.

66. É de ressaltar, de passagem, que o tema 1033 da Repercussão Geral do Supremo Tribunal Federal não se aplica às hipóteses aqui tratada. O Tema 1033, possui a seguinte tese vinculante:

Tema 1.033 da Repercussão Geral do STF: O ressarcimento de serviços de saúde prestados por unidade privada em favor de paciente do Sistema Único de Saúde, em cumprimento de ordem judicial, deve utilizar como critério o mesmo que é adotado para o ressarcimento do Sistema Único de Saúde por serviços prestados a

beneficiários de planos de saúde.

67. Da leitura da tese, não restam dúvidas de que o STF buscou fixar parâmetros de remuneração de serviços de saúde prestados por unidade privada em favor de paciente do Sistema Único de Saúde, em cumprimento de ordem judicial, fixando-se o mesmo critério adotado para o ressarcimento do Sistema Único de Saúde por serviços prestados a beneficiários de planos de saúde, ou seja, relações eminentemente bilaterais específicas entre Poder Público e serviços privados de saúde, no atendimento de pacientes vinculados por uma ordem judicial ou por um contrato de natureza privada, e nada tem a ver com a relação jurídica constitucional fixada entre a União e os entes subnacionais.

68. Dessa forma, a pretensão dos requerentes de aplicar a TUNEP ou o IVR para a sua própria remuneração não possui respaldo constitucional e legal. Confunde-se a relação de **cooperação federativa** e financiamento compartilhado (União-Município) com a relação de **ressarcimento indenizatório** entre o poder público e um agente econômico privado (SUS-Operadora). São universos jurídicos distintos, com lógicas, finalidades e fundamentos normativos que não se comunicam da forma proposta, de modo que acolher tal pleito significaria subverter todo o modelo de financiamento tripartite do SUS e impor à União uma obrigação financeira sem qualquer previsão legal.

## 2.5 DA INEXISTÊNCIA DE DESEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO E DE ENRIQUECIMENTO ILÍCITO DA UNIÃO

69. Os Entes requerentes invocam o princípio do **equilíbrio econômico-financeiro**, previsto no art. 37, XXI, da Constituição Federal e detalhado na legislação de licitações e contratos (como a Lei nº 14.133/2021). Contudo, tal princípio é intrínseco às **relações contratuais** firmadas pela Administração Pública com particulares, nas quais se estabelece uma equação entre os encargos do contratado e a remuneração paga pelo poder público.

70. A relação entre a União e os Municípios no âmbito do SUS **não é de natureza contratual, mas sim constitucional e estatutária**, regida por normas de direito público que distribuem competências e responsabilidades, não havendo um "contrato" entre a União e os Estados ou Municípios para a prestação de serviços de saúde, no qual a Tabela SUS figure como cláusula de remuneração. O que existe, efetivamente, é um sistema de saúde unificado, com responsabilidades compartilhadas.

71. Portanto, a teoria da imprevisão e a garantia do equilíbrio econômico-financeiro dos contratos administrativos são institutos inaplicáveis à espécie.

72. Da mesma forma, não há que se falar em **enriquecimento ilícito ou sem causa** por parte da União, visto que os valores arrecadados via ressarcimento ao SUS (art. 32 da Lei nº 9.656/98) são integralmente creditados ao **Fundo Nacional de Saúde (FNS)**, de modo que tais recursos não se tornam "lucro" da União, mas são reinvestidos no próprio sistema de saúde, beneficiando toda a coletividade, inclusive os próprios municípios.

73. A União atua como gestora nacional do sistema, arrecadando em nome deste para fortalecer o financiamento global, e não em proveito próprio, restando claro que a tese dos requerentes ignora a destinação final desses recursos.

74. Nesse tópico, o Departamento de Regulação Assistencial e Controle (DRAC/SAES/MS), por meio da Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informação em Saúde (CGSI), emitiu a Nota Informativa nº 1/2025-CGSI/DRAC/SAES/MS (Sapiens Seq. 12, SEI 0045420905), informando, em específico:

7. Cabe destacar aqui o ano de 2007 que antecede a implantação da Tabela de Procedimentos do SUS, pois, houve um número bastante significativo de procedimentos reajustados, por meio da Portaria GM/MS nº 2.488, de 01 de outubro de 2007, que reajustou 1.006 procedimentos dentre eles os cirúrgicos. O percentual médio de aumento foi de 27,81%, tendo uma variação de 5% a 275%, com destaque aos procedimentos Sistema Holter 24h - 3 canais (275%), Bolsa Drenável para Ostomia Intestinal adulto (129%), Cirurgia de Alta Frequência no Trato Genital Inferior - CAF (100%), Parto Normal (27%) e Parto Cesárea (23%). A Portaria SAS/MS nº 723, de 17 de novembro de 2007, reajustou 6 procedimentos do grupo neurocirúrgico e a Portaria GM/MS nº 1319, de 05 de junho de 2007, reajustou o procedimento Vasectomia Parcial ou Completa em 268%. Dessa forma, totaliza-se 1.013 procedimentos.

8. Ademais, a Tabela de Procedimentos do SUS passa por atualizações mensais para incorporação de novos itens e alterações de atributos, que podem envolver reajustes de valores, conforme solicitação das áreas técnicas. A LEI Nº 14.820, DE 16 DE JANEIRO DE 2024, altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para estabelecer a revisão periódica dos valores de remuneração dos serviços prestados ao Sistema Único de Saúde (SUS), com garantia da qualidade e do equilíbrio econômico-financeiro.

9. Cumpre ressaltar, também, que o Ministério da Saúde tem buscado alterar a lógica de pagamento por procedimento, no que concerne ao financiamento das ações e serviços de saúde. Cabe esclarecer ainda 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 o pagamento de valores a maior nos procedimentos para os estabelecimentos sob sua gestão.

75. Ressalta-se que, como mencionado pelo DRAC, a Lei nº 14.820, de 16 de janeiro de 2024, que altera a Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), estabelece a revisão periódica dos valores de remuneração dos serviços prestados ao Sistema Único de Saúde (SUS), com garantia da qualidade e do equilíbrio econômico-financeiro:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para **estabelecer a revisão periódica dos valores de remuneração dos serviços prestados ao Sistema Único de Saúde (SUS), com garantia da qualidade e do equilíbrio econômico-financeiro.**

(...)

§ 5º Os valores a que se refere o *caput* deste artigo, para o conjunto das remunerações dos serviços de saúde, serão definidos no mês de dezembro de cada ano, por meio de ato do Ministério da Saúde, devendo-se buscar a garantia da qualidade do atendimento, o equilíbrio econômico-financeiro na prestação dos serviços e a preservação do valor real destinado à remuneração de serviços, observada a disponibilidade orçamentária e financeira." (NR) (grifei)

76. O referido Departamento acrescenta, ainda, que é adotada a modalidade de pagamento por meio de incentivos financeiros, além dos valores previstos na Tabela SUS. Atualmente, há três tipos de incentivos financeiros alocados no Bloco de Financiamento das Ações de Média e Alta Complexidade (MAC): (a) incentivo de orçamentação global; (b) incentivo para qualificação de serviços; e (c) incentivo de qualificação de leitos:

10. Nesse sentido nos últimos anos, foram desenvolvidas diversas Políticas pelo Ministério da Saúde, visando mudanças no modelo de financiamento e à indução de novas formas de pagamentos de gestores a prestadores. Nessa seara, foi adotada, de maneira ainda complementar, a modalidade de pagamento de incentivos financeiros.

11. Atualmente, existem três tipos de incentivos financeiros que são alocados no Bloco de Financiamento das Ações de Média e Alta Complexidade (MAC): (a) incentivo de orçamentação global; (b) incentivo para qualificação de serviços e (c) incentivo de qualificação de leitos. O incentivo de orçamentação global é aquele repassado aos gestores para financiamento de determinados estabelecimentos, com base nos seus custos reais aproximados. Além desses, o incentivo para qualificação de serviços está diretamente relacionado à execução de metas de qualidade, sem exigência de aumento de produção por parte do estabelecimento.

12. Por fim, o incentivo para qualificação de leitos foi instituído principalmente no âmbito das Redes Temáticas de Atenção à Saúde, visando à complementação do valor de diária de internação em leitos, tendo como contrapartida o cumprimento de metas de qualidade. Este incentivo, diferentemente do incentivo para qualificação de serviços, é calculado com base em uma produtividade esperada para o leito. São exemplos deste tipo de incentivo: qualificação de leitos de UTI, qualificação de leitos de retaguarda clínica, qualificação de leitos para gestantes de alto risco (GAR).

77. Ainda nesse contexto, conforme informado pela Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informação em Saúde, o Ministério da Saúde editou, nos exercícios de 2024 e 2025, regulamentações importantes em consonância com a Lei nº 14.820, de 16 de janeiro de 2024, a qual prevê a revisão periódica e anual dos valores de remuneração dos serviços prestados ao Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas à garantia da qualidade e do equilíbrio econômico-financeiro, **alcançando montante superior a R\$ 1,3 bilhão.**

78. Por fim, as estratégias voltadas à ampliação do acesso à Atenção Especializada permitem a complementação federal dos valores de referência da Tabela SUS, a exemplo do componente cirúrgico e do componente ambulatorial do Programa Agora Tem Especialistas, cujo orçamento acumulado, no período de 2023 a 2025, é de aproximadamente R\$ 5,5 bilhões.

79. A alegação de suposta defasagem dos valores constantes na Tabela SUS ignora, portanto, (i) os reajustes periódicos da Tabela e (ii) a existência de outros mecanismos de incentivo e custeio à atenção especializada. Com efeito, a criação das OCI (Oferta de Cuidados Integrados) que estabelecem o financiamento de "pacotes de procedimentos especializados" (a título de exemplo, a Portaria GM/MS 3.492/2024), demonstram a busca por formas diferenciadas de remuneração que ultrapassam a remuneração com base na Tabela SUS, demonstrando uma vez mais a insubsistência da argumentação dos requerentes.

## **2.6 DA NATUREZA E DOS LIMITES DAS DELIBERAÇÕES DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB)**

80. Os requerentes atribuem também à Resoluções de COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB), integrados pelos Municípios interessados e respectivos Estados, a exemplo da Resolução CIB/SUS/AL nº 410, de 25 de novembro de 2025, a força de um ato de reconhecimento de dívida por parte do SUS.

81. Tal interpretação, contudo, não se sustenta. O artigo 14-A da Lei nº 8.080/90 define as Comissões Intergestores (Bipartite e Tripartite) como "foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS)".

82. A CIB é, portanto, uma instância de articulação entre o gestor estadual e os gestores municipais de um mesmo estado. Suas deliberações são relevantes para a organização da rede regional, a definição de fluxos e a pactuação de aspectos operacionais locais. No entanto, a CIB não possui competência legal para criar, de forma unilateral, uma obrigação financeira para a União, especialmente uma que contraria a legislação federal de financiamento e que envolve o pagamento de valores retroativos.

83. As referidas resoluções, ao "aprovar a solicitação" de ressarcimento do município, pode ser interpretada como um ato de apoio político e administrativo do colegiado de gestores estaduais e municipais à pretensão do Município. Ela funciona como um subsídio, uma manifestação de concordância dos pares locais, mas não tem o condão de vincular o gestor federal nesse aspecto.

84. A instância competente para pactuar questões de financiamento que envolvam a União é a **Comissão Intergestores Tripartite (CIT)**, que inclui a representação do Ministério da Saúde. Uma deliberação da CIB não pode se sobrepor à legislação federal e às pactuações nacionais.

### 3. CONCLUSÃO

85. Diante de todo o exposto, analisados os fundamentos fáticos e jurídicos apresentados pelos Entes requerentes em confronto com o arcabouço normativo que rege o Sistema Único de Saúde, esta Consultoria Jurídica manifesta-se nos seguintes termos:

a) É juridicamente infundada a pretensão dos municípios de exigir a revisão dos valores da Tabela de Procedimentos do SUS com base nos parâmetros da Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP) ou do Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR);

b) A Tabela SUS constitui um referencial para o repasse de recursos federais dentro de um modelo de financiamento tripartite e solidário, não se confundindo com uma tabela de remuneração de serviços em uma relação contratual;

c) A TUNEP e o IVR são instrumentos de natureza indenizatória, com finalidade específica de viabilizar o ressarcimento ao SUS por parte das operadoras de planos de saúde, sendo sua lógica e aplicação inversas à pretendida pelos requerentes, não havendo amparo legal para sua utilização como paradigma de remuneração dos entes subnacionais pela União;

d) Não se configuram, na espécie, as hipóteses de desequilíbrio econômico-financeiro contratual ou de enriquecimento sem causa da União, uma vez que a relação entre os entes é de natureza constitucional-estatutária, e os recursos do ressarcimento são revertidos ao Fundo Nacional de Saúde, em benefício de todo o sistema;

e) As resoluções da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), embora relevantes no âmbito da gestão estadual, não possuem competência para criar obrigações financeiras para a União que extrapolem ou contrariem a legislação federal e as pactuações firmadas em âmbito tripartite.

f) A faculdade de complementação dos valores da Tabela SUS com recursos próprios é a via legalmente prevista para que os gestores municipais possam adequar a remuneração dos serviços à realidade local, em exercício de sua autonomia e em cumprimento de sua responsabilidade compartilhada no financiamento da saúde.

86. Pelo exposto, opina-se pelo **indeferimento integral** dos requerimentos administrativos formulados pelos Municípios requerentes e pedidos conexos, por ausência de amparo legal para o pleito de revisão da Tabela SUS com base na TUNEP/IVR e para o pagamento das diferenças retroativas.

87. Este Parecer possui caráter referencial, com prazo de 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, devendo ser aplicado a todos os processos administrativos com objeto idêntico que venham a ser protocolados com o mesmo teor, dispensando-se a análise jurídica individualizada, nos termos da Orientação Normativa AGU nº 55/2014 e Portaria Normativa CGU/AGU nº 05, de 31 de março de 2022. A área técnica competente deverá analisar e atestar o enquadramento do caso concreto ao presente Parecer, dispensando-se a remessa do procedimento para exame individualizado pela Consultoria Jurídica, conforme o Anexo I desta Manifestação.

88. Em caso de dúvidas quanto à aplicação desta manifestação jurídica referencial, deve a área técnica submeter a matéria à Consultoria Jurídica.

89. Destaca-se que este órgão jurídico poderá atuar de ofício em eventuais mudanças neste parecer referencial, o que será informado imediatamente à área técnica.

90. Em cumprimento ao Memorando Circular nº 009/2018-CGU/AGU (NUP 00400.000314/2018-37), de 15 de março de 2018, informa-se que é impossível de estimar o valor econômico deste processo administrativo.

91. É o Parecer Referencial.

92. À consideração do Consultor Jurídico

AMARO BANDEIRA DE ARAUJO JUNIOR  
Advogado da União  
Coordenador-Geral Extrajudicial e de Negociação  
CONJUR-MS/CGU/AGU

---

ANEXO I  
ATESTADO DE CONFORMIDADE DO PROCESSO COM O PARECER REFERENCIAL

Processo: Referência/objeto:

Atesto que o presente processo adequa-se à manifestação jurídica referencial correspondente ao PARECER REFERENCIAL Nº. 00007/2026/CONJUR-MS/CGU/AGU, cujas recomendações restaram plenamente atendidas no caso concreto. Fica, assim, dispensada a remessa do processo para fins de prévio exame por parte da Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde, conforme autorizado pela Orientação Normativa nº 55, da Advocacia-Geral da União (AGU) e e Portaria Normativa CGU/AGU nº 05, de 31 de março de 2022.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Assinatura do Responsável

---

Atenção, a consulta ao processo eletrônico está disponível em <https://supersapiens.agu.gov.br> mediante o fornecimento do Número Único de Protocolo (NUP) 25000219307202570 e da chave de acesso eaebdab4

---



Documento assinado eletronicamente por AMARO BANDEIRA DE ARAUJO JUNIOR, 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 3140015870 e chave de acesso eaebdab4 no endereço eletrônico <https://supersapiens.agu.gov.br>. Informações adicionais: Signatário (a): AMARO BANDEIRA DE ARAUJO JUNIOR, com certificado A1 institucional (\*.AGU.GOV.BR). Data e Hora: 24-03-2026 17:06. Número de Série: 65635031372271175007508848075. 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, BL. G, EDIF. SEDE, 6º ANDAR, BRASÍLIA-DF, CEP 70058-900

DESPACHO Nº 01044/2026/CONJUR-MS/CGU/AGU

**NUP: 25000.219307/2025-70**

**INTERESSADOS:** Fundo Nacional de Saúde e outros

**ASSUNTO:** Parecer referencial. Pedidos de revisão/readequação dos valores constantes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (Tabela SUS), com o objetivo de promover o que os requerentes denominam de "equilíbrio econômico-financeiro" da relação jurídica mantida com a União

1. **Aprovo** o Parecer Referencial n. 00007/2026/CONJUR-MS/CGU/AGU, exarado pelo Advogado da União Amaro Bandeira de Araujo Junior, Coordenador-Geral Extrajudicial e de Negociação, adotando seus fundamentos e conclusões.

2. Pelas razões indicadas, **atesto** que houve atendimento aos requisitos constantes da Portaria Normativa CGU/AGU nº 05/2022.

3. Com isso, fica dispensada a análise individualizada, por parte desta Consultoria Jurídica, dos processos que guardem relação inequívoca e direta com os temas ora apreciados, sendo necessário que a área técnica:

- i) ateste, de maneira expressa, que o caso concreto se amolda à manifestação referencial; e
- ii) mencione a manifestação referencial acostando-a aos autos do procedimento.

4. Destaco, ainda, que a vigência do Parecer Referencial n. 00007/2026/CONJUR-MS/CGU/AGU é até 25 de março de 2028.

5. Nestes termos, ao Apoio Administrativo para que:

**a)** junte as manifestações ao SEI e encaminhe os autos:

- a.1) à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS, com vistas à Coordenação-Geral de Demandas de Órgãos Externos da Atenção Especializada, em resposta;
- a.2) ao Gabinete da Secretaria-Executiva (GAB/SE/MS), para conhecimento;

**b)** abra tarefa de ciência, no SAPIENS:

- b.1) ao Departamento de Inteligência Jurídica e Inovação (DIJI/SGE/AGU);
- b.2) ao Departamento de Gestão Administrativa (DGA/CGU/AGU);
- b.3) ao Consultor Jurídico e aos Advogados da União atuantes nas Coordenações-Gerais Extrajudicial e de Negociação, de Contencioso Judicial e de Assuntos de Saúde desta Consultoria Jurídica;
- b.4) 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.5) à Procuradoria-Geral da União, tendo vista que o indeferimento dos requerimentos formulados pelos Municípios poderá resultar no ajuizamento de ações em massa contra a União.

Brasília, 31 de março de 2026.

**JOÃO BOSCO TEIXEIRA**

Advogado da União

Consultor Jurídico Substituto

Atenção, a consulta ao processo eletrônico está disponível em <https://supersapiens.agu.gov.br> mediante o fornecimento do Número Único de Protocolo (NUP) 25000219307202570 e da chave de acesso eaebdb4



Documento assinado eletronicamente por JOÃO BOSCO TEIXEIRA, 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 3150882828 e chave de acesso eaebdab4 no endereço eletrônico <https://supersapiens.agu.gov.br>. Informações adicionais: Signatário (a): JOÃO BOSCO TEIXEIRA, com certificado A1 institucional (\*.AGU.GOV.BR). Data e Hora: 01-04-2026 11:23. Número de Série: 65635031372271175007508848075. Emissor: Autoridade Certificadora do SERPRO Final SSL.

---