

NOTA CONASEMS

Pagamento de complementação aos valores da Tabela SUS

1. Organização da rede de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde

No âmbito do SUS, a rede de atenção à saúde é organizada a partir de um conjunto de ações e serviços de saúde para atender as necessidades de saúde da população. As responsabilidades dos entes federativos são estabelecidas a partir de critérios, parâmetros e limites financeiros que serão a base para uma programação pactuada integrada nas instâncias colegiadas do SUS (Comissões Intergestores Regionais e Comissão Intergestores Bipartite) para a população própria e referenciada de outros municípios.

Nesse sentido, a Portaria GM/MS nº 1.097, de 22 de maio de 2006, resolveu:

*“Art. 1º Definir que a **Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.***

*Parágrafo único. **A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios.**” (grifo nosso)*

Em respeito ao fluxo acima descrito e no intuito de garantir o acesso de sua população e das referências de outros municípios, o município de referência precisa



efetuar a contratação de serviços necessários por meio de procedimento próprio. Porém, diante da defasagem dos valores fixados na Tabela SUS somado à diversidade na relação de oferta de serviços existente no país, via de regra, os serviços são contratados por valores superiores aos contidos na tabela de referência nacional.

Ocorre que os recursos federais do Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) só podem ser utilizados para pagamento de ações e serviços no valor fixado na Tabela Nacional.

No entanto, o município de referência efetua a contratação para todos os municípios da região, considerando os parâmetros pactuados na PPI, em valores geralmente superiores aos especificados na Tabela SUS, mas só recebe pela PPI, por meio do Bloco MAC, os valores constantes da Tabela.

Em face da divergência entre os valores alocados pelos municípios encaminhadores e valores contratados pelo município referência, tem sido recorrente a cobrança de pagamento complementar, sob pena de não ser prestado o serviço ao usuário. Isto porque o município referência consegue arcar com o pagamento dos valores complementares necessários ao atendimento de sua população própria com recursos próprios, mas tem dificuldade de fazer a complementação relativa aos usuários dos demais municípios aos quais atende.

Ora, não tendo o município encaminhador participado diretamente do processo de contratação e não possuindo tabela complementar, fica em situação de insegurança jurídica quando tem que arcar diretamente com pagamento de valores complementares a instituições sediadas no município de referência.

2. Tabela SUS e Tabela Complementar

A Lei nº 8.080/90 especifica em seu artigo 26 a quem cabe estabelecer critérios e valores para a remuneração de serviços, bem como os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, *verbis*:

“Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção

nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.” (grifo nosso)

Ocorre que, cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades, respeitados os princípios gerais e a participação da sociedade.

Assim, considerada a autonomia dos entes e as peculiaridades de suas características próprias decorrentes dos aspectos econômicos e sociais, os parâmetros referidos no artigo supra não visam uniformizar os valores em todas as regiões do país, mas sim estabelecer normas gerais, as quais podem ser complementadas em conformidade com a realidade local, sendo a Tabela SUS a referência adotada pelo SUS Nacional para seus repasses aos Estados e municípios.

Embora a Tabela SUS seja importante padrão de referência para pagamento dos serviços prestados por estabelecimentos conveniados e filantrópicos que atendem a rede pública de saúde, a carência de atualização dos valores nela especificados é uma realidade que tem gerado, em nível nacional, dificuldade dos municípios em efetivar contratação em conformidade com a mesma.

Acerca da adoção da tabela nacional de valores, cabível observar que a própria Norma Operacional Básica do SUS, publicada no DOU de 06 de novembro de 1996, ao tratar do papel do gestor federal apontava a necessidade de integração no que se refere às estratégias, mecanismos e instrumentos de articulação com os demais níveis de gestão, tendo destacado, entre outros, 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**”*.

A mesma norma, ao tratar de municípios de gestão plena do sistema municipal apontava como **prerrogativa** destes a *“**normalização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, inclusive quanto à alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima, desde que aprovada pelo CMS e pela CIB**”*.

Por sua vez, a **Portaria GM/MS nº 1606**, de 11 de setembro de 2001, que é a normativa vigente a regulamentar essa matéria, destaca a possibilidade de os municípios adotarem tabela diferenciada para remuneração de serviços assistenciais



de saúde, para efeito de complementação financeira, nos seguintes termos:

“Art. 1º Definir que 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.

Art. 2º Definir que 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.

Parágrafo único. Para evitar 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.” (grifo nosso)

Assim, não se verifica qualquer vedação legal que impeça o município de efetuar a complementação de valores relativos aos procedimentos alocados em PPI por meio de recursos próprios, desde que se demonstre que tal complemento é efetivamente necessário, considerando a razoabilidade dos valores efetivamente praticados e a necessidade de prestação ao serviço de saúde ao usuário.

A fim de que seja dada legitimidade a decisão de pagamento complementar de valores, o tema deve ser discutido e pactuado no âmbito do Conselho Municipal de Saúde, já que este atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde e que a referida complementação tem impacto financeiro. Nesse sentido, vejamos o que preceitua o § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142/90:

“Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

(...)

§ 2º **O Conselho de Saúde**, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, **atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.**” (grifo nosso)

No mesmo sentido, a Lei nº 8.080/90 aponta:

“Art. 33. **Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.**”
(grifo nosso)

Além do mais, é cabível que, verificada a necessidade de realização de pagamento complementar, seja realizada deliberação e pactuação também na CIB, por meio de Resolução, a fim de que seja dada maior legitimidade e legalidade à despesa.

3. Pagamento de Complementação e Instrumentos de Contratação

De início, é importante destacar que não sendo o município encaminhador o contratante direto do prestador, não há que se falar em pagamento direto ao mesmo, seja pelo fato de não ter sido estabelecido vínculo direto entre as partes, seja pelo fato de que a totalidade do pagamento será realizada por meios de recursos decorrentes de fontes diversas (recurso federal e recurso próprio). Assim, o pagamento direto poderia gerar a compreensão equivocada de pagamento em duplicidade e dificultar amplamente a prestação de contas a ser realizada pelo gestor municipal.

Portanto, não é adequada a compreensão de que deveria o município encaminhador efetuar o pagamento da complementação diretamente ao prestador com base em dispensa de licitação fundamentada no art. 24, inciso II, da Lei nº 8666/93 (licitação para serviços, compras e alienações, até o limite de R\$ 8.000,00).

Assim, demonstra-se como escolha mais acertada para a viabilização da complementação de valores o estabelecimento de forma legal de cooperativismo que permita o remanejamento de recursos entre os municípios envolvidos.

No que toca a modalidade de contratação, considerando a necessidade de repasses a serem firmados entre municípios para viabilizar o atendimento dos cidadãos encaminhados ao município de referência, deve-se observar o que preceitua o artigo 21 da Lei Complementar nº 141, que aponta:

“Art. 21. Os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.

Parágrafo único. A modalidade gerencial referida no caput deverá estar em consonância com os preceitos do Direito Administrativo Público, com os princípios inscritos na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e na Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, e com as normas do SUS pactuadas na comissão intergestores tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.”
(grifo nosso)

Portanto, tratando-se de repasses entre municípios existe a possibilidade de ser realizado consórcio ou outras formas legais de cooperativismo, devendo o instrumento normalizador ser escolhido pelo grupo de municípios envolvidos na pactuação, de modo que tanto o município referência quanto os municípios encaminhadores estarão, em comum acordo, viabilizando o atendimento de seus usuários, respeitadas as instâncias de pactuação.



4. Conclusão

Em síntese, a discussão acerca da viabilidade da complementação de valores deve ser realizada previamente no âmbito do CMS e na CIB, após deliberação e pactuação, deve-se firmar um instrumento no qual reste justificada a motivação de sua confecção, as deliberações que o originaram, o fluxo dos atendimentos, além de seu objeto, valores, prazo, forma de pagamento e prestação de contas, atribuições de cada envolvido e a especificação de que, tratando-se de complementações, os pagamentos serão efetuados com o emprego de **recursos próprios**.

Brasília, 15 de agosto de 2017.

Assessoria Jurídica do Conasems

