



MUNICÍPIO DE PALMEIRA
ESTADO DO PARANÁ
Procuradoria Geral do Município

 **CÂMARA MUNICIPAL DE PALMEIRA**
ESTADO DO PARANÁ
PROJETO DE LEI Nº 5845/2022
PROTOCOLO Nº 113/2022
DATA: 22/2/2022

PROJETO DE LEI Nº _____

mb

Autoriza a instituição da Tabela de Preços Municipal referenciada pela Tabela SUS, para o credenciamento de prestadores de serviços na área de saúde e dá outras providências, conforme especifica.

Art. 1º Fica o Poder Executivo Municipal autorizado a instituir a Tabela de Preços Municipal referenciada pela Tabela SUS, para remuneração de exames especializados, análises clínicas e consultas médicas especializadas, necessárias ao atendimento em caráter suplementar à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde no Município de Palmeira.

§ 1º Os valores da Tabela de Preços Municipal referenciada pela Tabela SUS serão propostos pela Secretaria Municipal de Saúde como parâmetro mínimo a Tabela SUS Nacional e máximo a Tabela da Associação Médica Brasileira (AMB), devendo os valores serem fixados por Decreto, após a devida aprovação do Conselho Municipal de Saúde de Palmeira e comunicação à Comissão Intergestores Bipartite do Paraná - CIB/PR.

§ 2º Os valores da Tabela de Preços Municipal referenciada pela Tabela SUS poderão ser revistos, total ou parcialmente, mediante proposição da Secretaria Municipal de Saúde de Palmeira - SMS e aprovação do Conselho Municipal de Saúde de Palmeira sempre que houver alteração na Tabela SUS Nacional, ou Tabela AMB ou quando houver necessidade, oportunidade e conveniência, com o intuito de viabilizar o pleno atendimento à saúde e o respeito ao princípio da resolutividade, previsto no artigo 7º, inciso XII, da Lei Federal nº 8.080/1990.

§ 3º A Tabela poderá ser alterada em caráter excepcional para atender necessidade urgente da saúde, com a devida justificativa e posterior ratificação pelo Conselho Municipal de Saúde de Palmeira.

§ 4º Para novos exames especializados, análises clínicas e consultas médicas especializadas, ou que não constem na Tabela SUS Nacional, poderão ser previstos na Tabela de Preços Municipal em valor baseado em pesquisa de mercado, porém, sempre com fulcro nos valores médios praticados, e serão pagos, em sua totalidade, com recursos próprios do Município, mediante aprovação do Conselho Municipal de Saúde de Palmeira.

§ 5º Nos casos em que a Tabela de Preços Municipal for omissa, deverá ser aplicada a Tabela SUS Nacional.

§ 6º A Tabela de Preços Municipal será utilizada de forma subsidiária à Tabela SUS Nacional, devendo os valores contratados com terceiros serem preferencialmente os constantes na Tabela SUS Nacional.



MUNICÍPIO DE PALMEIRA
ESTADO DO PARANÁ
Procuradoria Geral do Município

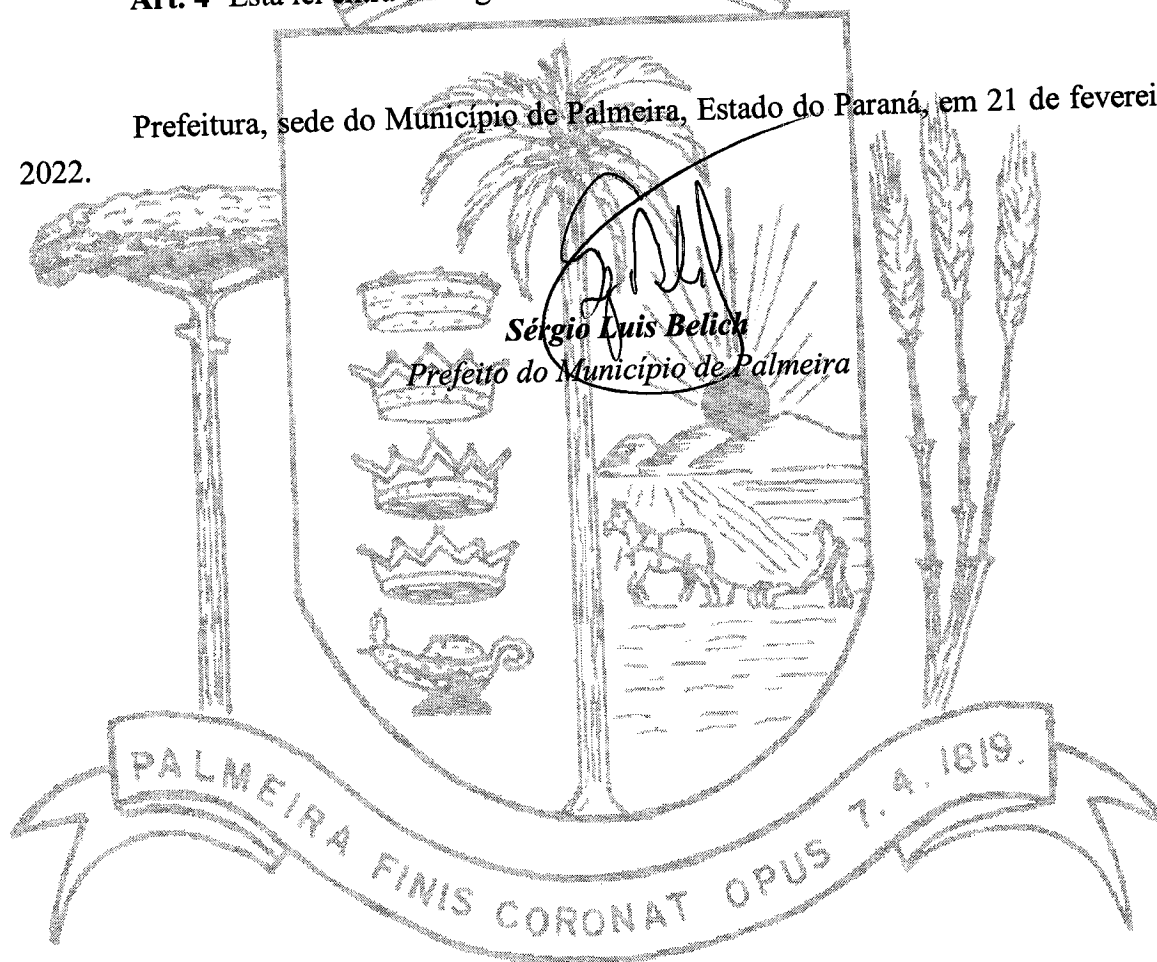
§7º Os valores da tabela terão reajustes anualmente de acordo com o índice do IPCA ou outro que venha a substituí-lo.

Art. 2º O credenciamento de prestadores de serviços para realizarem os procedimentos, consultas e exames médicos especializados, será realizado em conformidade a Decreto Regulamentador.

Art. 3º Para a remuneração dos procedimentos da Tabela de Preços Municipal referenciada pela Tabela SUS, deverá, no montante em que for superior à Tabela SUS Nacional, para efeito de complementação financeira, ser empregado recurso próprio do orçamento vigente do Município, sendo vedada a utilização de recursos federais ou estaduais para esta finalidade.

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

Prefeitura, sede do Município de Palmeira, Estado do Paraná, em 21 de fevereiro de 2022.





MUNICÍPIO DE PALMEIRA
ESTADO DO PARANÁ
Procuradoria Geral do Município

JUSTIFICATIVA

Segue à apreciação dessa colenda Casa Legislativa, projeto de lei que visa instituir tabela de preço complementar ao SUS nacional no Município de Palmeira. Justifica-se a criação da tabela municipal para realizar o credenciamento de médicos para atender as necessidades Municipais.

O Tribunal de Contas do Estado do Paraná através do Acórdão nº 1633/08 autoriza a contratação de serviços médicos através de credenciamento, desde que respeitado os valores da tabela SUS.

Todavia, a tabela SUS é inexecutável para se realizar o credenciamento, uma vez que estabelece o valor de R\$ 10,00 (dez reais) para a consulta médica. O Município enfrenta sérios problemas com a contratação de profissionais da saúde, especialmente com relação aos médicos os quais não assumem o PSS em razão do valor pago mensalmente para a carga horária de 20/40 horas semanais.

A Norma Operacional Básica do SUS, publicada em 06/11/1996 destaca que: “a adoção, como referência mínima, das tabelas nacionais de valores do SUS, bem como a flexibilização do seu uso diferenciado pelos gestores estaduais e municipais, segundo prioridades locais e ou regionais.”

Nesse sentido, a Portaria GM/MS nº 1606 de 11/09/2001, a qual atesta no artigo 1º:

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. (BRASIL, grifo nosso, 2001).

Assim, justificamos a instituição da tabela SUS complementar em função da necessidade de completar o quadro funcional das equipes de saúde, visando a garantia do acesso ao atendimento básico à saúde aos munícipes, através de credenciamento, pois não há tempo hábil para esperara da realização de concursos públicos.

Outrossim, é necessário possibilitar a adequação da tabela SUS, tornando exequível o credenciamento, tanto para os profissionais quanto para atender aos interesses públicos, uma vez que o estabelecido pela tabela nacional se encontra desatualizado, com valores impraticáveis no mercado.

Salientamos que os valores determinados para compor a tabela municipal, passará por apreciação do Conselho Municipal de Saúde, sendo respeitado o mínimo da Tabela SUS Nacional e o máximo da Tabela da Associação Médica Brasileira, ainda será considerado o



MUNICÍPIO DE PALMEIRA

ESTADO DO PARANÁ

Procuradoria Geral do Município

valor da remuneração dos profissionais efetivos e os valores pagos aos profissionais do programa Mais Médicos, disposto na Resolução nº 6 de 20/12/2021.

Para fins de ciência, no caso de deferimento deste pedido, o cálculo sugerido será do valor da CONSULTA realizado através da **média ponderada** entre o valor determinado pela Tabela SUS Nacional e pela Tabela da Associação Médica Brasileira, considerando peso maior à Tabela SUS Nacional ficando desta forma:

Tabela	Valor	Peso
SUS Nacional	R\$10,00 (conforme anexo)	8
Associação Médica Brasileira	R\$224,90 (conforme anexo)	2

$$MP = \frac{(10,00 \cdot 8) + (224,90 \cdot 2)}{8 + 2}$$

$$MP = \frac{80,00 + 449,80}{10}$$

$$MP = \frac{529,80}{10}$$

$$MP = 52,98$$

Com o valor de R\$52,98 (cinquenta e dois reais e noventa e oito centavos) a consulta, chegamos no preço praticável, próximo ao valor recebido pelos profissionais efetivos e pelos profissionais do programa Mais Médico, a expor: Considerando a quantidade média de consulta/dia de 16 consultas, o profissional credenciado receberia em torno de R\$847,68/dia, (vezes 20 dias úteis) resultaria em R\$16.953,60 (dezesseis mil, novecentos e cinquenta e três reais e sessenta centavos) ao mês;

Considerando o Valor pago aos profissionais do Programa Mais Médicos, determinado pela Resolução nº 06 de 20/12/2021 de R\$16.800,00 (dezesseis mil e oitocentos reais) ao mês para carga horária de 30 horas semanais.

Considerando o valor pago aos profissionais efetivos de R\$15.586,32 + 3.117,26 de adicional insalubridade, total de **18.703,58/mês** (ressaltando que os mesmos devolvem uma quantia para não exceder o teto do subsídio do prefeito (em torno de R\$2.500, sobrando **R\$16.203,58**);

Diante do exposto, declaramos que o valor proposto atenderá o interesse público, além de estar dentro da média praticada pelo município.



MUNICÍPIO DE PALMEIRA
ESTADO DO PARANÁ
Procuradoria Geral do Município

Posto isso, com intuito de melhorar a saúde Palmeirense, garantir o amplo acesso a saúde, bem como visando honrar com as previsões legais, através do contido projeto de lei, o Executivo Municipal vem solicitar a esta egrégia Casa Legislativa a apreciação e aprovação da presente Lei, nos moldes supra descritos.

Contando com a apreciação e consequente aprovação do mesmo, aproveito o ensejo para renovar os votos de elevada estima e distinta consideração.

Prefeitura, sede do Município de Palmeira, Estado do Paraná, em 21 de fevereiro de 2022.



SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

Download | Wiki | Fale Conosco | Sair

Usuário: publico

Procedimento
Compatibilidades
Tabelas
Relatórios

Procedimento

Procedimento: 03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Grupo: 03 - Procedimentos clínicos
Sub-Grupo: 01 - Consultas / Atendimento / Acompanhamentos
Forma de Organização: 01 - Consultas médicas/outros profissionais de nível superior

Competência: 02/2022 ☒ Histórico de alterações

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial
Complexidade: Média Complexidade
Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)
Sub-Tipo de Financiamento:
Instrumento de Registro: BPA (Consolidado) BPA (Individualizado)
Sexo: Ambos
Média de Permanência:
Tempo de Permanência:
Quantidade Máxima:
Idade Mínima: 0 meses
Idade Máxima: 130 anos
Pontos:
Atributos Complementares: Exige CNS Exige idade no BPA (Consolidado)

Valores

Serviço Ambulatorial: R\$ 10,00 Serviço Hospitalar: R\$ 0,00
Total Ambulatorial: R\$ 10,00 Serviço Profissional: R\$ 0,00
Total Hospitalar: R\$ 0,00

Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS
-----------	-----	-----	-------	-----------------------	-------------	-------	--------	--------------------	---------	------

Descrição

CONSULTA CLÍNICA DO PROFISSIONAL MÉDICO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA



PROCEDIMENTOS GERAIS

1.01.00.00-8

CONSULTAS

Código	Procedimentos	Porte
CONSULTAS (1.01.01.00-4)		
1.01.01.01-2	Em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	2B
1.01.01.02-0	Em domicílio	3A
1.01.01.03-9	Em pronto socorro	2B

1.01.01.99-3

OBSERVAÇÕES:

- 1 - Aos atendimentos realizados em pronto socorro será aplicado o que consta no item 2 das Instruções Gerais.
- 2 - A consulta de oftalmologia padrão inclui: anamnese, refração, inspeção das pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático.
- 3 - CONSULTA MÉDICA - PRAZO DE VALIDADE - RECONSULTA
 - A consulta médica compreende a anamnese, o exame físico, conclusão diagnóstica, prognóstico e prescrição terapêutica caracterizando, assim, um ato médico completo (concluído ou não num único período de tempo).
 - Quando houver necessidade de exames complementares que não podem ser executados e apreciados nesse período de tempo, este ato médico terá continuidade e finalização quando o paciente retornar com os exames solicitados, não devendo, portanto, neste caso, ser considerado como uma nova consulta.
 - Se, porventura, este retorno ocorrer quando existirem alterações de sinais ou sintomas que venham a requerer a necessidade de nova anamnese, exame físico completo, prognóstico, conclusão diagnóstica e/ou prescrição terapêutica, o procedimento deve ser considerado como uma nova consulta e dessa forma ser remunerada.
 - Nos casos de tratamentos prolongados, quando há necessidade periódica de reavaliação e até modificações terapêuticas, as respectivas consultas poderão ser cobradas.
 - Exigir que se cumpra a lei 9.656/98 quando a mesma estabelece que não pode haver limitação para o número de consultas médicas em clínicas básicas ou especializadas.

VISITAS (1.01.02.00-0)

1.01.02.01-9	Visita hospitalar a paciente internado	2A
--------------	--	----

1.01.02.99-0

OBSERVAÇÃO:

- Para visita hospitalar, será observado o que consta dos itens 3.1 e 6 das Instruções Gerais.

RECÉM-NASCIDO (1.01.03.00-7)

1.01.03.01-5	Atendimento ao recém-nascido em berçário	3C
1.01.03.03-1	Atendimento ao recém-nascido em sala de parto (parto normal ou operatório de alto risco)	5B
1.01.03.02-3	Atendimento ao recém-nascido em sala de parto (parto normal ou operatório de baixo risco)	4C

Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - 2012

53

COMUNICADO OFICIAL CBHPM

Em resposta às consultas advindas de inúmeros associados da nossa entidade, a respeito da defasagem que a inflação acarretou aos custos dos serviços médicos, a Associação Médica Brasileira encaminhou o assunto à Comissão de Economia Médica para que fosse realizada uma análise autônoma da questão, no período de outubro/2019-setembro/2020.

Serve o presente para comunicar que aquela Comissão concluiu pela adoção do INPC/IBGE do período, que corresponde ao índice de 3,89% associados aos devidos ajustes para a correção da curva de ascensão (faixa 5) dos valores referenciais dos serviços médicos, resultando em diferentes percentuais de reajustes nos Portes de Procedimentos.

Diante disso, tal percentual de reajuste pode ser adotado como referencial, a partir de outubro de 2020, para a CBHPM em vigência.

Quanto a unidade de Custo Operacional fica estabelecida 1 UCO = R\$ 21,89.

São Paulo, 18 de outubro de 2020.

1A	R\$	24,37
1B	R\$	67,32
1C	R\$	96,43
2A	R\$	142,90
2B	R\$	224,90
2C	R\$	306,61
3A	R\$	439,28
3B	R\$	571,95
3C	R\$	704,62
4A	R\$	837,29
4B	R\$	969,96
4C	R\$	1.102,63
5A	R\$	1.235,29
5B	R\$	1.367,96

5C	R\$	1.500,63
6A	R\$	1.633,30
6B	R\$	1.765,97
6C	R\$	1.898,64
7A	R\$	2.031,31
7B	R\$	2.163,98
7C	R\$	2.296,65
8A	R\$	2.429,32
8B	R\$	2.561,98
8C	R\$	2.694,65
9A	R\$	2.827,32
9B	R\$	2.959,99
9C	R\$	3.092,66
10A	R\$	3.225,33

10B	R\$	3.358,00
10C	R\$	3.490,67
11A	R\$	3.623,34
11B	R\$	3.756,00
11C	R\$	3.888,67
12A	R\$	4.021,34
12B	R\$	4.154,01
12C	R\$	4.286,68
13A	R\$	4.419,35
13B	R\$	4.552,02
13C	R\$	4.684,69
14A	R\$	4.817,36
14B	R\$	4.950,03
14C	R\$	5.082,69

UCO = R\$ 21,89

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 21/12/2021 | Edição: 239 | Seção: 1 | Página: 759

Órgão: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Primária à Saúde

RESOLUÇÃO Nº 6, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2021

Dispõe sobre a Estrutura de Plano de Cargos, Salários e Benefícios para os profissionais médicos de família e comunidade e tutores médicos da atenção primária participantes do Programa Médicos pelo Brasil e dá outras providências.

O CONSELHO DELIBERATIVO DA AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - Adaps, no uso da competência que lhe confere a Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019, o artigo 3º, inciso I d) e f), do Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020, e o Estatuto Social da Agência, CONSIDERANDO:

I - a competência do Conselho Deliberativo da Adaps para aprovar o valor da remuneração os profissionais médicos de família e médicos tutores participantes do Programa Médicos pelo Brasil;

II - que a remuneração dos profissionais médicos será acrescida de incentivo financeiro diferenciado e variável, de modo a incentivar o provimento de médicos nos Municípios e localidades mais distantes dos centros urbanos ou naqueles com maior vulnerabilidade;

III - a proposta apresentada pela Diretoria-Executiva da ADAPS e a deliberação do colegiado deste Conselho na reunião do dia 15 de dezembro de 2021;

IV - os princípios estabelecidos no artigo 37 da Constituição Federal, pelos quais este Conselho Deliberativo pauta-se para consubstanciar suas decisões;

V - que a publicação de informações promove a transparência da gestão e constitui valioso mecanismo de controle social, resolve:

Art. 1º Fica estabelecido que os empregados médicos integrantes dos cargos médicos da Adaps - Médico de Família e Comunidade e Tutor Médico - serão contratados e administrados sob o regime estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e com base no disposto em plano próprio de cargos e salários.

Art. 2º Fica estabelecido que o profissional médico candidato ao cargo de médico de família e comunidade da Adaps, não integra o quadro de pessoal efetivo da Adaps, por estar em cumprimento da etapa eliminatória e classificatória com duração de 02 (dois) anos, preliminar à efetivação de médicos de família e comunidade da Adaps, sendo médico bolsista cuja atuação será regulamentada pelo Regulamento do Estágio Experimental Remunerado dos Médicos de Família e Comunidade vinculados ao curso de formação.

Art. 3º Fica estabelecido, na forma do Anexo I, o salário-base correspondente a cada nível de senioridade previsto no regime de progressão da carreira do profissional médico de família e comunidade da Adaps, efetivado após aprovação na prova escrita da primeira etapa de seleção, na etapa de estágio experimental remunerado, e na prova de título de especialista em medicina de família e comunidade.

Art. 4º Fica estabelecido, na forma do Anexo II, o salário-base correspondente a cada nível de senioridade previsto no regime de progressão da carreira do profissional tutor médico da Adaps, efetivado após aprovação na prova escrita de caráter eliminatório e classificatório.

Art. 5º Fica estabelecida, na forma do Anexo III, a bolsa-formação do profissional médico candidato ao cargo de médico de família e comunidade da Adaps, à qual fará jus enquanto vinculado ao curso de formação-estágio experimental remunerado- de duração de 2 (dois) anos, e constituído enquanto etapa eliminatória e classificatória preliminar ao ingresso do candidato médico ao cargo de médico de família e comunidade da Adaps.

Art. 6º Fica estabelecido, a título de fomento ao provimento médico na Atenção Primária em localidades enquadradas como Municípios rurais e remotos, segundo a tipologia de espaços rurais e urbanos definida pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), incentivo de localidade remota no valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais), constituído como incentivo em pecúnia condicionado à atuação dos médicos da Adaps, por tempo mínimo de 3 (três) meses, em qualquer um dos Municípios enquadrados como rurais ou remotos segundo a tipologia do IBGE.

Art. 7º Fica estabelecido, a título de fomento ao provimento médico na Atenção Primária nos Distritos Sanitários Indígenas, incentivo dos Distritos Sanitários Indígenas no valor de até R\$ 6.000,00 (seis mil reais), constituído como incentivo em pecúnia condicionado à atuação dos médicos da Adaps, por tempo mínimo de 3 (três) meses, nos Distritos Sanitários Indígenas. Os médicos atuantes em Municípios sede dos DSEI, farão jus a 50% do incentivo, percebendo o valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais) nesses casos.

Art. 8º Fica estabelecido, a título de valorização do alcance de resultados em saúde, incentivo de desempenho previsto na forma do Anexo IV, e constituído enquanto incentivo em pecúnia vinculado ao desempenho individual obtido nos ciclos de avaliação de proficiência e resultados segundo cada nível de senioridade da carreira médica da Adaps.

Art. 9º Fica estabelecido, a título de valorização da atuação no processo de formação de médicos de família e comunidade, incentivo de integração ensino e serviço previsto na forma do Anexo IV, e constituído enquanto incentivo em pecúnia condicionado ao exercício simultâneo de atividades assistenciais e formativas na Adaps no cargo de tutor médico, e correspondente ao total de médicos bolsistas acompanhados.

Art. 10 Fazem jus aos incentivos dos Artigos 6º e 7º dessa Resolução, além dos empregados médicos da Adaps-médicos de família e comunidade e tutores médicos-, os médicos citados no Artigo 2º dessa Resolução, que se encontrem vinculados ao curso de formação constituído enquanto etapa de seleção para o cargo de médico de família e comunidade da Adaps, como forma de incentivo ao provimento médico nas localidades remotas.

Art. 11 Fica definido que a progressão horizontal entre os níveis de senioridade da carreira médica da Adaps será orientada a partir de critérios de antiguidade e desempenho a serem disciplinados por regulamento específico, ficando aprovado nessa Resolução que o tempo mínimo de interstício para progressão será de 05 (cinco) anos.

Art. 12 Ficam definidos enquanto componentes da avaliação de desempenho que vinculará o pagamento do incentivo de desempenho do Artigo 8º dessa Resolução, e a progressão horizontal prevista no Artigo 11 dessa Resolução, a avaliação de proficiência e de resultados em saúde, a serem disciplinados e regulamentados no Programa de Avaliação de Desempenho da Adaps.

Art. 13 O médico em formação, o médico de família e comunidade e o tutor médico, enquadram-se como segurados obrigatórios do Regime Geral de Previdência Social, na condição de contribuinte individual, na forma prevista na Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

Art. 14 As disposições atinentes aos benefícios sociais e trabalhistas assegurados pelo regime CLT, outros benefícios adicionais previstos, como o auxílio alimentação, condições de movimentação e outros aspectos da carreira de médicos da Adaps, estarão dispostos no Plano de Cargos, Carreira e Salários a ser publicizado pela Adaps.

Art. 15 Para todos os efeitos da Lei nº 13.958/2019 sobre o quadro de pessoal da Adaps, considera-se a data de assinatura do contrato de gestão como marco de instituição da Adaps.

Art. 16 A Secretaria de Atenção Primária poderá instituir, como forma de incentivo, em ato próprio, contrapartida de alimentação e moradia aos profissionais bolsistas, que deverá ser paga pelo Município e pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas que aderirem ao Programa Médicos pelo Brasil.

Art. 17. Esta Resolução entra em vigor nesta data.

RAPHAEL CÂMARA MEDEIROS PARENTE
Presidente do Conselho

ANEXO I

Salário-base do médico de família e comunidade aprovado em todas as etapas de seleção				
	FAIXA Salarial por nível de senioridade (R\$)			
Cargo	Nível I	Nível II	Nível III	Nível IV
Médico de Família e Comunidade	12.600,00	14.790,00	16.800,00	18.400,00

ANEXO II

Bolsa-formação do profissional no período do curso de Formação	
VINCULAÇÃO	FAIXA SALARIAL (R\$)
Médico Bolsista em formação/estágio experimental remunerado	12.000,00

ANEXO III

Bolsa-formação do profissional no período do curso de Formação	
VINCULAÇÃO	FAIXA SALARIAL (R\$)
Médico Bolsista em formação/estágio experimental remunerado	12.000,00

ANEXO IV

Cargo	Nível de Senioridade	Integração Ensino e Serviço	Localidade remota	Distrito Sanitário Especial Indígena	Desempenho
Tutor Médico	Nível I	R\$ 142,85 por médico bolsista acompanhado, sendo previsto o mínimo de 5 e o máximo de 10	R\$ 3.000,00	R\$ 6.000,00	R\$ 1.400,00
	Nível II				R\$ 2.210,00
	Nível III				R\$ 3.200,00
	Nível IV				R\$ 4.600,00

Cargo	Nível de Senioridade	Localidade remota	Distrito Sanitário Especial Indígena	Desempenho
Tutor Médico	Nível I	R\$ 3.000,00	R\$ 6.000,00	R\$ 1.400,00
	Nível II			R\$ 2.210,00
	Nível III			R\$ 3.200,00
	Nível IV			R\$ 4.600,00

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.

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



CONASEMS

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

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:



CONASEMS

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

(...)

§ 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).





CONASEMS

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

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