

ACÓRDÃOS

ASSISTÊNCIA À SAÚDE CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL – CONTRATOS ASSISTENCIAIS – COMPLEMENTAÇÃO

PROCESSO Nº : 277092/23
ASSUNTO : CONSULTA
ENTIDADE : SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
INTERESSADO : CARLOS ALBERTO GEBRIM PRETO, SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE
RELATOR : CONSELHEIRO IVAN LELIS BONILHA

ACÓRDÃO Nº 845/25 - TRIBUNAL PLENO

EMENTA: Consulta. SESA. Nota Técnica 01/2019-COAP-MPPR. Contratualização por meio dos consórcios intermunicipais de saúde de prestadores que já possuem contrato com a SESA. Possibilidade. Conhecimento e resposta nos termos sugeridos pelas manifestações técnica e ministerial.

1 DO RELATÓRIO

Trata-se de Consulta formulada pelo Secretário de Estado da Saúde, Sr. Carlos Alberto Gebrim Preto, relacionada aos desdobramentos legais e administrativos referentes às orientações contidas no escopo da Nota Técnica nº 01/2019 do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Saúde Pública – COAP do Ministério Público do Estado do Paraná.

Foram apresentados os seguintes questionamentos:

1. A SESA possui contratos assistenciais formalizados com prestadores localizados em territórios que possuem consórcios intermunicipais de saúde devidamente constituídos. Diante disso, haveria a possibilidade de contratualização da assistência à saúde para complementariedade de volume de serviços ou complementação de valores referenciais de tabela SUS, por meio da participação de consórcios intermunicipais de saúde dos mesmos prestadores já contratualizados com a SESA?
2. Em havendo a possibilidade, isso poderia se dar pela formalização de contrato adicional pelo consórcio com o prestador que já possui contrato principal vigente com o gestor do teto MAC federal do território?
3. O município (quando gestor do teto MAC federal) poderia formalizar contrato complementar regional com o prestador, utilizando-se de contrapartida dos demais municípios, por meio do termo de convênio com o consórcio de saúde?
4. Para a definição dos valores de complemento pelo consórcio seria suficiente a aprovação nos Conselhos Municipais de Saúde dos seus entes

consorciados, discussão e pactuação no âmbito da Comissão Intergestores Regional – CIR e pactuação e homologação na Comissão Intergestores Bipartite – CIB?

5. Nesse sentido, os consórcios poderão utilizar a tabela própria de serviços? Seria possível instituir incentivo complementar ao que o prestador já possui de outras fontes (estadual, federal)?

6. Dentre as possibilidades para o rastreio e fiscalização dos recursos transferidos pelos Gestores Municipais para essa contratualização por meio do consórcio, seria possível utilizar o Módulo de Acompanhamento Mensal do Sistema de Informações Municipais – SIM AM?

7. Dentre as possibilidades ainda para o rastreio e fiscalização desses recursos aplicados, poderíamos considerar a apresentação da prestação de contas pelos municípios consorciados no Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Relatório Anual de Gestão (RAG)?

8. Havendo a possibilidade de o consórcio firmar “contrato complementar”, qual o limite territorial de sua abrangência?

O consulente anexou aos autos o parecer jurídico exarado pela Procuradoria-Geral do Estado (peça 4), que se manifestou (...) pela possibilidade jurídica, ao menos em tese, de cofinanciamento dos Municípios em caráter de complementação de custo dos serviços de saúde e complementariedade de serviços, devendo ser necessariamente precedida de comunicação ao Estado do Paraná e da adoção de medidas concretas para aperfeiçoar a fiscalização dos serviços contratados. Ainda, a atuação coordenada e planejada dos serviços de saúde pelo Estado do Paraná e pelos municípios é legalmente obrigatória. Entretanto, a definição da forma de coordenação adequada foge da competência desta PGE, que poderá, após o exercício da competência, avaliar a legalidade da política formulada pela SESA. A opção pela regulamentação estadual somente poderá ser analisada de forma definitiva após a análise do seu conteúdo, o que não é possível neste protocolado. Todavia, pode-se desde já afirmar que a inclusão dos Consórcios Intermunicipais de Saúde com a finalidade de propiciar maior transparência e fiscalização é lícita.

Por meio do Despacho 462/23 (peça 07), foi determinada a intimação do consulente para que emendasse a inicial, considerando que o parecer jurídico juntado não havia opinado especificamente a respeito dos questionamentos propostos.

Em complementação (peças 11-12), a Procuradoria-Geral do Estado manifestou-se nos seguintes termos: No que diz respeito ao segundo questionamento acerca da forma pela qual deve-se dar o segundo vínculo contratual do mesmo prestador de serviço no âmbito do SUS, a celebração de contrato adicional pelo consórcio pelas razões elencadas na Informação nº 53-2023-AT/GAB/PGE seria legalmente possível, desde que respeitadas as normas de governança do consórcio em questão e que haja comunicação do prestador contratado para o gestor do contrato principal quanto à celebração do novo vínculo. Esta comunicação no caso de complementariedade de serviços ou da complementação de valores é dever contratual decorrente da boa-fé objetiva, uma vez que se o contrato adicional afeta negativamente a fiscalização

e a supervisão do contrato principal pode ser considerado comportamento desleal deixar de informar o outro contratante, que como gestor público deverá tomar as providências necessárias para que a fiscalização do contrato vigente seja efetiva. Quanto ao terceiro questionamento trata-se de questão que diz respeito à gestão municipal dos recursos de saúde, o que foge da competência desta PGE, que tem competência para orientar apenas o Estado do Paraná, nos termos do art. 124 da Constituição do Estado do Paraná. Da mesma forma, o quarto questionamento pressupõe a juntada no protocolado das normas estatutárias dos consórcios municipais de saúde, que não constam do protocolo. Ainda, deverá ser apontada pela SESA a dúvida jurídica que afeta o Estado do Paraná, uma vez que foge da competência desta PGE orientar os entes municipais. O sexto questionamento trata igualmente de questões referentes aos gestores e à legislação municipal, bem como a normas internas dos consórcios municipais de saúde, o que demanda uma melhor instrução do protocolado indicando de forma mais precisa qual dúvida jurídica acerca do sistema de acompanhamento de informações municipais. Afinal, as funcionalidades e efetividade deste sistema com relação a outras alternativas de gestão de recursos de saúde não envolve, ao menos na formulação em tese realizada neste protocolado, dúvida jurídica específica. Portanto, no caso destes três questionamentos se faz necessária a melhor instrução do protocolado e a indicação de uma dúvida jurídica específica acerca da atuação da SESA. O quinto questionamento trata da possibilidade jurídica de complementação por parte dos consórcios municipais aos valores que já estão sendo repassados por outros entes. Neste caso, como já indicado na Informação nº 53-2023-AT/GAB/PGE, não há vedação legal à complementação de valores, desde que devidamente justificada e com recursos próprios. A criação de uma tabela própria de serviços dos consórcios, se respeitadas as normas internas do consórcio, não apresentaria, em tese, ilegalidade.

Mediante o Despacho 861/23 (peça 14), admiti a Consulta, considerando a relevância do tema, ressaltando que deverá ser respondida em tese, restringindo-se aos aspectos legais e jurídicos dentro da área de competência desta Corte.

A Supervisão de Jurisprudência e Biblioteca relacionou os seguintes julgados, que tratam do tema da gestão municipal de saúde pública (Informação 111/23, peça 16):

ACÓRDÃO Nº 1287/19 - Tribunal Pleno PROCESSO N º: 724828/16 ORIGEM : MUNICIPIO DE TOLEDO INTERESSADO :ADELAR JOSE HOLSBACH, ASSOCIAÇÃO DOS MUNICIPIOS DO PARANÁ, CONSELHO DE SECRETARIOS MUNICIPAIS DE SAUDE DO PARANA COSEMS, LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT, MICHELE CAPUTO NETO ASSUNTO : CONSULTA RELATOR : CONSELHEIRO FERNANDO AUGUSTO MELLO GUIMARÃES EMENTA: Consulta. Possibilidade de criação, por Município que não tenha assumido a “gestão plena da saúde”, de programa de incentivo a atividades que extrapolem à competência pactuada. Questões que devem ser acompanhadas caso a caso por esta Corte, dada a necessária pactuação com os demais partícipes do SUS na organização da rede regionalizada e

hierarquizada de atendimento. Acolhimento do pedido de desistência. Encaminhamento dos autos à inspetoria competente pela área da Saúde, para ciência e inclusão do tema para acompanhamento das ações adotadas em nível estadual.

ACÓRDÃO Nº 1001/20 – TRIBUNAL PLENO PROCESSO Nº: 594402/19 ORIGEM : MUNICIPIO DE MARILANDIA DO SUL INTERESSADO : AQUILES TAKEDA FILHO ASSUNTO : CONSULTA RELATOR : CONSELHEIRO FERNANDO AUGUSTO MELLO GUIMARAES EMENTA: Consulta. Possibilidade de repasse de recursos públicos a entidade privada sem fins lucrativos para atendimento à saúde pública, nas situações em que a atividade faça parte da competência do ente, nos termos de seu Plano de Saúde, devidamente pactuado com os demais gestores do SUS. A entidade escolhida deve ter condições de atender a demanda subvencionada, independentemente da localização de sua sede. É imprescindível o atendimento dos requisitos legais para a definição das atividades a serem atendidas, para a escolha da entidade, para a formalização do instrumento de repasse e no controle de sua execução. As despesas a serem custeadas devem estar adstritas ao cumprimento das atividades a serem atendidas com os repasses recebidos.

A Coordenadoria-Geral de Fiscalização - CGF (Despacho 747/23, peça 20) apontou que, em relação à matéria debatida nos autos, vislumbra impactos na atividade de fiscalização, motivo pelo qual o processo deve retornar àquela unidade após o julgamento.

A 1ª Inspetoria de Controle Externo-1ICE manifestou-se preliminarmente pelo não conhecimento da presente Consulta ou, caso não seja este o entendimento, que seja respondida nos seguintes termos (Instrução 32/23, peça 21):

1 A SESA possui contratos assistenciais formalizados com prestadores localizados em territórios que possuem consórcios intermunicipais de saúde devidamente constituídos. Diante disso, haveria a possibilidade de contratualização da assistência à saúde para complementariedade de volume de serviços ou complementação de valores referenciais de tabela SUS, por meio da participação de consórcios intermunicipais de saúde nos mesmos prestadores já contratualizados com a SESA?

Resposta 1: SIM, é possível a contratualização da assistência à saúde por meio da participação de consórcios intermunicipais de saúde nos mesmos prestadores já contratualizados com a SESA, desde que haja interesse e concordância dos municípios consorciados, dos prestadores e da própria SESA, e que sejam observados os requisitos legais e normativos para a formalização dos instrumentos contratuais.

2 Em havendo a possibilidade, isso poderia se dar pela formalização de contrato adicional pelo consórcio com o prestador que já possui contrato principal vigente com o gestor do teto MAC federal do território?

Resposta 2: SIM, entende-se pela possibilidade da formulação de contrato adicional com o prestador que já possui contrato principal vigente com o gestor do teto MAC federal do território, desde que haja a devida articulação entre os gestores municipais, estaduais e federais, bem como a participação dos prestadores de serviços e dos conselhos de saúde.

3 O município (quando gestor do teto MAC federal) poderia formalizar contrato complementar regional com o prestador, utilizando-se de contrapartida dos demais municípios, por meio do termo de convênio com o consórcio de saúde?

Resposta 3: SIM, considera-se possível que os municípios apóiem complementação de recursos, utilizando-se dos instrumentos legais

disponíveis e com as cautelas obrigatórias para que os recursos sejam aplicados em conformidade com as diretrizes dos Planos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, bem como com as normas do SUS.

4 Para a definição dos valores de complemento pelo consórcio seria suficiente a aprovação nos Conselhos Municipais de Saúde dos seus entes consorciados, discussão e pactuação no âmbito da Comissão Intergestores, Regional – CIR e pactuação e homologação na Comissão Intergestores Bipartite – CIB?

Resposta 4: SIM, a complementação, se necessária, deverá ser deliberada e homologada pelos órgãos setoriais acima, além de estar contemplada em lei específica autorizando a liberação dos recursos e devem ser calculados com base nos valores de referência do SUS.

5 Nesse sentido, os consórcios poderão utilizar a tabela própria de serviços? Seria possível instituir incentivo complementar ao que o prestador já possui de outras fontes (estadual, federal)?

Resposta 5: SIM, em regra, a tabela a ser aplicada é tabela SUS, todavia se já estiver em operação tabela complementar pelos consórcios, esta poderá ser utilizada.

6 Dentre as possibilidades para o rastreio e fiscalização dos recursos transferidos pelos Gestores Municipais para essa contratualização por meio do consórcio, seria possível utilizar o Módulo de Acompanhamento Mensal do Sistema de Informações Municipais – SIM AM?

Resposta 6: NÃO, havendo transferências voluntárias de recursos financeiros no âmbito estadual ou municipal, o envio de dados da execução do ajuste e a prestação de contas deverão ser feitas por meio do Sistema Integrado de Transferências – SIT.

Em atenção ao Requerimento 39/24-PGC (peça 22), ratifiquei os termos do Despacho 861/23 (peça 14), no sentido de admitir a Consulta em razão da relevância do tema, ressaltando que deverá ser respondida em tese, restringindo-se aos aspectos legais e jurídicos do tema, dentro da área de competência desta Corte e, conforme sugerido, determinei o encaminhamento do feito à Coordenadoria de Gestão Municipal-CGM para se manifestar sobre as questões relacionadas aos municípios e/ou entidades municipais, avaliando a possibilidade de se responder em tese as questões 7 e 8, nos termos sugeridos pela 1ICE (peça 23).

Em sua instrução, a Coordenadoria de Gestão Municipal-CGM emitiu opinativo pelo não conhecimento da Consulta e, não sendo esse o entendimento adotado, pela resposta nos seguintes termos (Instrução 5335/24, peça 25):

1 A SESA possui contratos assistenciais formalizados com prestadores localizados em territórios que possuem consórcios intermunicipais de saúde devidamente constituídos. Diante disso, haveria a possibilidade de contratualização da assistência à saúde para complementariedade de volume de serviços ou complementação de valores referenciais de tabela SUS, por meio da participação de consórcios intermunicipais de saúde nos mesmos prestadores já contratualizados com a SESA?

É possível a contratualização de assistência à saúde por consórcios intermunicipais com prestadores já contratualizados com a SESA, recomendando-se o alinhamento com as diretrizes do estado e a coordenação dos serviços prestados, bem como a atuação das auditorias estaduais e municipais para evitar duplicidades de pagamento e assegurar que os contratos respeitem a complementariedade entre os níveis de complexidade assistencial.

2 Em havendo a possibilidade, isso poderia se dar pela formalização de contrato adicional pelo consórcio com o prestador que já possui contrato principal vigente com o gestor do teto MAC federal do território?

Não há impedimento à formalização de um contrato adicional entre o consórcio intermunicipal de saúde e o prestador que já possui um contrato principal vigente com o gestor do teto MAC federal do território, desde que esse contrato adicional seja complementar ao contrato principal.

3 O município (quando gestor do teto MAC federal) poderia formalizar contrato complementar regional com o prestador, utilizando-se de contrapartida dos demais municípios, por meio do termo de convênio com o consórcio de saúde?

SIM, considera-se possível que os municípios aportem complementação de recursos, utilizando-se dos instrumentos legais disponíveis e com as cautelas obrigatórias para que os recursos sejam aplicados em conformidade com as diretrizes dos Planos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, bem como com as normas do SUS.

4 Para a definição dos valores de complemento pelo consórcio seria suficiente a aprovação nos Conselhos Municipais de Saúde dos seus entes consorciados, discussão e pactuação no âmbito da Comissão Intergestores Regional – CIR e pactuação e homologação na Comissão Intergestores Bipartite – CIB?

Além da deliberação e aprovação dos órgãos citados, é necessário que exista justificativa em relação aos valores adotados.

5 Nesse sentido, os consórcios poderão utilizar a tabela própria de serviços? Seria possível instituir incentivo complementar ao que o prestador já possui de outras fontes (estadual, federal)?

Há a possibilidade de adoção de tabela própria, desde que haja justificativa em relação aos preços adotados. Contudo, mostra-se inadequada a criação do incentivo quando já houver contratualização para a prestação dos serviços por preços inferiores, devendo a eventual nova contratualização se referir a complementação dos serviços prestados, nos termos do indicado no item 1.

6 Dentre as possibilidades para o rastreo e fiscalização dos recursos transferidos pelos Gestores Municipais para essa contratualização por meio do consórcio, seria possível utilizar o Módulo de Acompanhamento Mensal do Sistema de Informações Municipais – SIM/AM?

NÃO, havendo transferências voluntárias de recursos financeiros no âmbito estadual ou municipal, o envio de dados da execução do ajuste e a prestação de contas deverão ser feitas por meio do Sistema Integrado de Transferências – SIT.

7 Dentre as possibilidades ainda para o rastreo e fiscalização desses recursos aplicados, poderíamos considerar a apresentação da prestação de contas pelos municípios consorciados no Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Relatório Anual de Gestão (RAG)?

Ambos os instrumentos contribuem para o rastreo e fiscalização dos recursos aplicados, considerando as informações obrigatórias previstas no art. 36, inc. I, II e III, da Lei Complementar nº 141/2012.

8 Havendo a possibilidade de o consórcio firmar “contrato complementar”, qual o limite territorial de sua abrangência? Seria dentro do limite territorial dos entes consorciados?

Eventuais contratos complementares devem se limitar ao território dos entes consorciados.

Na sequência, a IICE reiterou o acolhimento da preliminar de não conhecimento da presente Consulta e, no mérito, corroborou as respostas apresentadas pela

Coordenadoria de Gestão Municipal – CGM, reiterando os termos da Instrução nº 32/23-ICE (peça 21) em relação aos quesitos de 1 a 6 (Instrução 38/24, peça 26).

O Ministério Público de Contas, por sua Procuradoria-Geral, exarou o Parecer 353/24 (peça 27) no seguinte sentido:

1 (...) quanto ao presente quesito pela resposta no sentido de haver possibilidade da contratualização de assistência à saúde por consórcios intermunicipais com prestadores já contratualizados com a SESA, desde que instituídos o Sistema Municipal de Auditoria do SUS pelos partícipes do consórcio.

2 (...) este quesito pode ser respondido afirmativamente quanto à possibilidade de formalização de contrato pelo consórcio público de saúde com o prestador que já tenha um contrato com o gestor do teto MAC federal, desde que obedecidas as formalidades legais.

3 (...) pela impossibilidade de “formalização de simples convênio” entre o município gestor do MAC federal e consórcio intermunicipal de saúde para fins de rateio de despesas oriundas de contrato complementar de serviços de saúde.

4 (...) o presente quesito deve ser respondido negativamente ao consulente, uma vez que os consórcios intermunicipais de saúde devem obedecer às normas de direito financeiro aplicáveis ao setor público para fins de definição e implementação de novas despesas a serem rateadas, as quais vão além da mera aprovação nos Conselhos Municipais de Saúde, discussão e pactuação no âmbito da Comissão Intergestores, Regional – CIR e pactuação e homologação na Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

5 (...) o presente quesito pode ser respondido ao consulente no sentido de que a adoção de tabela própria de serviços pelo consórcio intermunicipal de saúde deverá ser amplamente justificada pelo gestor, inclusive sobre a forma de cálculo a ser utilizada para o pagamento de serviços. Ainda, em relação aos contratos em curso, não é viável o aumento da remuneração dos serviços, sob pena de o gestor eventualmente incorrer em ato previsto na Lei nº 8429/92.

6 (...) a ferramenta adequada para a análise de recursos financeiros objeto de transferências em âmbito estadual ou municipal é o SIT e não o SIM-AM.

7 (...) a inclusão dos gastos relacionados aos municípios consorciados nesses relatórios é fundamental para a fiscalização da aplicação dos recursos pelos órgãos de controle e para promover maior transparência junto à população, servindo, portanto, como instrumentos para o rastreio e fiscalização dos recursos aplicados.

8 (...) extrai-se a existência de vinculação à atuação territorial do consórcio público nos termos do Planejamento Regional Integrado, o qual é desenvolvido pela própria Secretaria de Estado da Saúde. Tal processo traz em seu bojo a definição das 22 regiões e das 4 macrorregiões de saúde do estado (norte, noroeste, oeste e leste), cabendo à pasta a sua gestão e execução, balizados pelas normas de regência.

2 DA FUNDAMENTAÇÃO E VOTO

Preliminarmente, ratificando os termos do Despacho 861/23 (peça 14), recebo o expediente em razão da relevância do tema, ressaltando que deverá ser respondida em tese, restringindo-se aos aspectos legais e jurídicos, dentro da área de competência desta Corte.

A Consulta versa sobre a contratualização por parte dos consórcios intermunicipais de saúde com os mesmos prestadores de serviços contratados pelo Estado.

Em seu primeiro questionamento, o consulente relatou que a SESA possui contratos assistenciais formalizados com prestadores localizados em territórios que possuem consórcios intermunicipais de saúde devidamente constituídos e indagou se, diante disso, haveria a possibilidade de contratualização da assistência à saúde para complementariedade de volume de serviços ou complementação de valores referenciais de tabela SUS, por meio da participação de consórcios intermunicipais de saúde, dos mesmos prestadores já contratualizados com a SESA.

As unidades instrutivas e o órgão ministerial, seguindo o entendimento da Procuradoria-Geral do Estado, concluíram que o quesito pode ser respondida afirmativamente.

A respeito do tema, a Nota Técnica nº 01/2019 (peça 5) explicou que não é incomum que contratos firmados pelos municípios com prestadores de serviços privados, em caráter de complementariedade, também tenham sido subscritos com o mesmo objeto e escopo pelos mesmos prestadores e o estado ou consórcios intermunicipais de saúde e destacou que a via desejável seria de que houvesse complementariedade também entre os contratos firmados pelos municípios e pelo nível central da SESA (Secretaria de Estado), com idênticos prestadores no território dos municípios. Asseverou que, quando a SESA firma contrato com prestadores privados visando o atendimento de média e alta complexidade, contratos firmados pelos municípios com idênticos prestadores deveriam se dar em caráter de complementariedade, tomando em consideração serviços diferenciados daqueles objeto de contrato com o estado, mas que se integram, conforme o nível de complexidade do sistema, seguindo como critério as linhas guias de atenção do estado e também as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, de modo a que a rede efetivamente se torne regionalizada e hierarquizada, garantindo integralidade da assistência.

Sobre a participação dos consórcios, estabelecida no art. 241¹ da Constituição e no art. 10² da Lei nº 8.080/90, reconheceu que essa seria a forma mais indicada para a aquisição dos serviços em larga escala, (...) torna-se desejável e esperado que contratos firmados pelos municípios sejam formalizados por meio de consórcios intermunicipais de saúde (via de regra, correspondentes às regionais de saúde), de molde a impulsionarem a contratação regionalizada e aquisição em larga escala de

1 Artigo 241 - A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos". (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998).

2 Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

tais serviços, otimizando a utilização da oferta dos prestadores e gerando economia de gasto público municipal, devido ao atendimento de demanda regionalizada em semelhante nível de complexidade para os municípios componentes da regional de saúde. E mais, importante que tais serviços sejam complementares aos contratualizados pelo estado, seguindo a linha guia do estado e também as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, a fim de que efetivamente se torne hierarquizada e regionalizada com o estabelecimento de referências no âmbito das especialidades, especialmente, no que concerne a consultas e exames especializados, procedimentos ambulatoriais, internações e cirurgias hospitalares.

A nota técnica também advertiu sobre possíveis problemas, decorrentes da falta de coordenação e de controle e na fiscalização dos contratos, que podem gerar pagamentos em duplicidade pelos Fundos Municipais e Estaduais de Saúde.

Sobre a questão, a PGE pontuou que a complementação e a complementariedade devem ser objeto de atuação coordenada e planejada, sendo que na hipótese que essas iniciativas possam gerar dificuldades de fiscalização (como a duplicidade de pagamentos) ou gestão do contrato com o Estado do Paraná a celebração do contrato de complementação ou complementariedade deve ser objeto de comunicação ao Estado do Paraná – o que pode ser incluído em dispositivo contratual ou ser exigido em função da boa-fé objetiva do contratante – e ser precedida da adoção de medidas concretas que garantam a imposição do dever do Estado do Paraná de fiscalizar os serviços contratados (...)

Por seu turno, a CGM enfatizou que os contratos firmados pelos consórcios intermunicipais de saúde com prestadores privados devem ser complementares aos contratos firmados pela SESA, evitando a duplicidade de pagamentos. Ou seja, os consórcios devem contratar serviços diferenciados daqueles já contratualizados pelo estado, em vez de replicar ou duplicar a contratação para os mesmos serviços. O objetivo é garantir a regionalização e hierarquização da assistência, permitindo que o sistema de saúde funcione de forma integrada e coordenada, respeitando as linhas de atenção do estado e as diretrizes das Redes de Atenção à Saúde no SUS.

Observou, ainda, que as auditorias estaduais e municipais devem ser acionadas, nos termos do art. 131, II a V, da Portaria de Consolidação nº 1/2017 – Ministério da Saúde³, para assegurar que os contratos respeitem a complementariedade entre os níveis de complexidade assistencial.

3 Art. 131. A instituição privada com a qual a Administração Pública celebrará contrato deverá: (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 4º) II - submeter-se a avaliações sistemáticas pela gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 4º, II) III - submeter-se à regulação instituída pelo gestor; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 4º, III) IV - obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividade que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto pactuado com o ente federativo contratante; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 4º, IV) V - submeter-se ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e seus componentes, no âmbito do SUS, apresentando toda documentação necessária, quando solicitado; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 4º, V)

Assim, com base no exposto, conclui-se que não há impedimento para a contratualização de assistência à saúde por consórcios intermunicipais de prestadores de serviços já contratados pela SESA, devendo ser seguidas as diretrizes de regionalização e hierarquização do SUS, de modo a assegurar que os serviços atendam à demanda de forma integrada e coordenada com os contratos já existentes, evitando pagamentos em duplicidade.

Em relação ao segundo questionamento, em conformidade com as manifestações técnicas, entende-se que não há óbice à celebração de contrato adicional com o prestador que já possui contrato principal vigente com o gestor do teto MAC⁴ federal do território.

Conforme bem ressaltou o órgão ministerial, a autorização para celebração de contratos com prestadores de serviços de saúde deve estar prevista nos atos constitutivos do consórcio, devendo a contratação seguir as normas estabelecidas pela legislação pertinente, observando, ainda, a capacidade de execução dos serviços pelo prestador e os requisitos estabelecidos na Portaria nº 2567/16⁵ e os limites e condições estabelecidos pela Lei Complementar nº 141/2012, que trata da saúde pública e das transferências de recursos.

Em relação ao terceiro questionamento, as unidades técnicas se manifestaram favoravelmente à possibilidade de um determinado município, quando gestor do teto MAC federal formalizar contrato complementar regional com o prestador de serviços utilizando-se de contrapartida dos demais municípios.

Conforme observou a IICE, apesar de média e alta complexidade se inserirem na órbita da união e dos estados, caso o município seja gestor do teto MAC e, havendo necessidade de complementação, diante de comprovada demanda, considera-se possível que os municípios apóiem complementação de recursos, utilizando-se dos instrumentos legais disponíveis e com as cautelas obrigatórias para que os recursos sejam aplicados em conformidade com as diretrizes do Plano Nacional de Saúde, do Plano Estadual de Saúde e do Plano Municipal de Saúde, bem como com as normas do SUS.

O órgão ministerial, por sua vez, apontou que a entrega de recursos ao consórcio público pelos municípios somente poderá ocorrer mediante contrato de rateio, a ser

4 O teto MAC (financiamento da média e alta complexidades-MAC) é o valor máximo que o Fundo Nacional de Saúde repassa mensalmente aos estados, Distrito Federal e municípios para financiar os procedimentos de média e alta complexidade do SUS.

5 Dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Art. 4º A instituição privada com a qual a Administração Pública celebrará contrato deverá: I - estar registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); II - submeter-se a avaliações sistemáticas pela gestão do SUS; III - submeter-se à regulação instituída pelo gestor; IV - obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividade que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto pactuado com o ente federativo contratante; V - submeter-se ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e seus componentes, no âmbito do SUS, apresentando toda documentação necessária, quando solicitado; VI - assegurar a veracidade das informações prestadas ao SUS; VII - cumprir todas as normas relativas à preservação do meio ambiente; e VIII - preencher os campos referentes ao contrato no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

formalizado em cada exercício financeiro de forma compatível com o orçamento dos entes consorciados, sendo defeso qualquer outro ajuste, nos termos do art. 8º da Lei nº 11.107/2005⁶.

Diante de tais considerações, entende-se possível a formalização de contrato complementar regional com o prestador de serviços pelo município, quando gestor do teto MAC federal, utilizando-se da contrapartida dos demais municípios, a qual ocorrerá por meio de contrato de rateio celebrado com o consórcio de saúde.

Em relação ao quarto questionamento, consoante esclareceu a Inspetoria, além de aprovação junto aos Conselhos Municipais de Saúde, de discussão na Comissão Intergestores Regional – CIR e de pactuação na Comissão Intergestores Bipartite – CIB, qualquer definição de valores a título de complementação deverá estar contemplada em lei específica autorizando a liberação dos recursos.

Ressaltou também que a complementação de valores só se justifica mediante a comprovação de que os recursos alocados são insuficientes para atender a demanda e deve ser formulada por instrumentos legais dentro das regras dos SUS. Ademais, os valores de complemento na medida do possível devem ser calculados com base nos valores de referência do SUS.

Por seu turno, a CGM pontuou que a utilização de valores superiores à tabela SUS deve ser fundamentada: O gestor precisa justificar a opção por valores mais altos com base em aspectos como a importância do serviço e a insuficiência dos valores estabelecidos na tabela. Portanto, a aprovação nos Conselhos e a pactuação nas comissões devem ser acompanhadas de uma análise que sustente a escolha dos valores, assegurando que a decisão seja transparente, eficiente e justificada sob a perspectiva legal e administrativa.

O Ministério Público de Contas ressaltou também que os consórcios intermunicipais de saúde devem observar as normas de direito financeiro aplicáveis ao setor público para fins de definição e implementação de novas despesas a serem rateadas, conforme disposto na Lei nº 11.107/05⁷.

6 Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Art. 8º Os entes consorciados somente entregarão recursos ao consórcio público mediante contrato de rateio.

7 Art. 8º Os entes consorciados somente entregarão recursos ao consórcio público mediante contrato de rateio.

§ 1º O contrato de rateio será formalizado em cada exercício financeiro e seu prazo de vigência não será superior ao das dotações que o suportam, com exceção dos contratos que tenham por objeto exclusivamente projetos consistentes em programas e ações contemplados em plano plurianual ou a gestão associada de serviços públicos custeados por tarifas ou outros preços públicos.

§ 1º O contrato de rateio será formalizado em cada exercício financeiro, e seu prazo de vigência não será superior ao das dotações que o suportam, com exceção dos contratos que tenham por objeto exclusivamente projetos consistentes em programas e ações contemplados em plano plurianual. [\(Redação dada pela Lei nº 14.026, de 2020\)](#)

§ 2º É vedada a aplicação dos recursos entregues por meio de contrato de rateio para o atendimento de despesas genéricas, inclusive transferências ou operações de crédito.

§ 3º Os entes consorciados, isolados ou em conjunto, bem como o consórcio público, são partes legítimas para exigir o cumprimento das obrigações previstas no contrato de rateio.

§ 4º Com o objetivo de permitir o atendimento dos dispositivos da [Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#), o consórcio público deve fornecer as informações necessárias para que sejam consolidadas, nas

Assim, acompanhando as manifestações técnicas e ministerial, entende-se que a despesa a ser efetuada deverá estar prevista na lei orçamentária dos entes consorciados, para fins de elaboração do rateio e entrega dos valores, constituindo parte do processo para a efetivação de novas despesas à conta do consórcio intermunicipal de saúde as discussões no âmbito das Comissões citadas (CIR e CIB).

Quanto ao quinto questionamento, em conformidade com as manifestações técnicas e ministerial, conclui-se pela possibilidade de elaboração de tabelas com valores diferenciados para a remuneração de serviços assistenciais de saúde prestados em seu território, adotando-se a “tabela de remuneração do SUS” como referência mínima.

A Portaria de Consolidação nº 6/2017 atribuiu aos municípios a prerrogativa de normatização 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.

Importante anotar que a complementação financeira deverá se dar através de recursos próprios do orçamento do Município, sendo vedada a utilização de recursos federais para esta finalidade, nos termos da Portaria nº 1606⁸, de 11 de setembro de 2001, do Ministério da Saúde.

A CGM reforçou a necessidade de justificativa para a adoção de tabela própria e observou que não seria adequada a instituição de incentivo complementar quando já houver contratualização para a prestação dos serviços por preços inferiores, devendo a eventual nova contratação se referir à complementação dos serviços prestados.

Sobre o sexto questionamento, restou esclarecido pelas unidades técnicas que as prestações de contas de transferências voluntárias de recursos financeiros no âmbito estadual ou municipal deverão ser feitas por meio do Sistema Integrado de Transferências – SIT.

contas dos entes consorciados, todas as despesas realizadas com os recursos entregues em virtude de contrato de rateio, de forma que possam ser contabilizadas nas contas de cada ente da Federação na conformidade dos elementos econômicos e das atividades ou projetos atendidos.

§ 5º Poderá ser excluído do consórcio público, após prévia suspensão, o ente consorciado que não consignar, em sua lei orçamentária ou em créditos adicionais, as dotações suficientes para suportar as despesas assumidas por meio de contrato de rateio.

Art. 9º A execução das receitas e despesas do consórcio público deverá obedecer às normas de direito financeiro aplicáveis às entidades públicas.

Parágrafo único. O consórcio público está sujeito à fiscalização contábil, operacional e patrimonial pelo Tribunal de Contas competente para apreciar as contas do Chefe do Poder Executivo representante legal do consórcio, inclusive quanto à legalidade, legitimidade e economicidade das despesas, atos, contratos e renúncia de receitas, sem prejuízo do controle externo a ser exercido em razão de cada um dos contratos de rateio.

8 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 a que o Tesouro Municipal seja onerado pelos serviços prestados a cidadãos de outros municípios, os gestores municipais que decidirem por complementar os valores da tabela nacional de procedimentos deverão buscar, em articulação com os gestores dos municípios que utilizem sua rede assistencial, a implementação de mecanismos de cooperação para a provisão dos serviços.

O Ministério Público de Contas observou também que a utilização de tal sistema não desobriga o gestor de manter, por seus próprios meios, a fiscalização dos recursos que estejam sob sua responsabilidade, reiterando a essencialidade da instituição do Sistema Municipal de Auditoria do SUS, integrado por médico auditor e demais profissionais capacitados para tal mister, observado o que preconiza o Decreto Federal nº 1.651/1995.

Passando para o sétimo questionamento, em conformidade com as unidades instrutivas e o órgão ministerial entende-se pela possibilidade de se utilizar para fins de fiscalização dos recursos aplicados a prestação de contas pelos municípios consorciados no Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e no Relatório Anual de Gestão (RAG), considerando que ambos os instrumentos contribuem para o rastreio e fiscalização dos recursos aplicados, considerando as informações obrigatórias previstas no art. 36, I, II e III, da Lei Complementar nº 141/2012⁹.

Esclareceu a CGM que o RDQA, elaborado a cada quatro meses, oferece uma visão mais imediata da execução dos recursos e das ações implementadas, enquanto o RAG apresenta uma análise anual mais ampla, possibilitando uma avaliação consolidada do uso dos recursos e dos resultados alcançados.

Considerando que ambos os instrumentos devem conter o montante e a fonte dos recursos aplicados (inc. I); informações sobre as auditorias realizadas ou em fase de execução (inc. II); e dados sobre a oferta de serviços na rede assistencial própria, contratada e conveniada (inc. III), a inclusão dos gastos relacionados aos municípios consorciados nesses relatórios auxilia na fiscalização da aplicação dos recursos pelos órgãos de controle, além de promover maior transparência junto à população.

Por fim, em relação ao oitavo questionamento, relacionado à abrangência territorial do contrato complementar, conforme indicado pela CGM, a atuação do consórcio deve ocorrer dentro dos limites geográficos dos municípios participantes, nos termos da Lei nº 11.107/2005¹⁰.

9 Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações:

I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;

II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

§ 1º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos arts. 56 e 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

10 Art. 4º São cláusulas necessárias do protocolo de intenções as que estabeleçam:

(...)

III – a indicação da área de atuação do consórcio;

(...)

§ 1º Para os fins do inciso III do caput deste artigo, considera-se como área de atuação do consórcio público, independentemente de figurar a União como consorciada, a que corresponde à soma dos territórios:

I – dos Municípios, quando o consórcio público for constituído somente por Municípios ou por um Estado e Municípios com territórios nele contidos;

O Ministério Público de Contas mencionou também que a Portaria nº 2905/22, que alterou a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as diretrizes e os aspectos operacionais aplicáveis aos consórcios públicos no âmbito do SUS, impõe, em seu art. 101-E, que os consórcios de saúde, para fins de financiamento das ações e dos serviços de saúde por eles desenvolvidos, observem o Planejamento Regional Integrado (PRI) estabelecido nas regiões e macrorregiões de saúde (exigência replicada também no art. 101-F, inc. V)¹¹.

Ante o exposto, com base na fundamentação supra, VOTO pelo conhecimento da presente Consulta para, no mérito, respondê-la nos seguintes termos:

1 A SESA possui contratos assistenciais formalizados com prestadores localizados em territórios que possuem consórcios intermunicipais de saúde devidamente constituídos. Diante disso, haveria a possibilidade de contratualização da assistência à saúde para complementariedade de volume de serviços ou complementação de valores referenciais de tabela SUS, por meio da participação de consórcios intermunicipais de saúde nos mesmos prestadores já contratualizados com a SESA?

Resposta: É possível a contratualização de assistência à saúde por consórcios intermunicipais de prestadores que já possuem contratos com a SESA, seguindo as diretrizes de regionalização e hierarquização do SUS, de modo a assegurar que os serviços atendam à demanda de forma integrada e coordenada com os contratos já existentes, evitando pagamentos em duplicidade.

2 Em havendo a possibilidade, isso poderia se dar pela formalização de contrato adicional pelo consórcio com o prestador que já possui contrato principal vigente com o gestor do teto MAC federal do território?

Resposta: Não há impedimento à formalização de um contrato adicional nesta hipótese, observando-se a legislação pertinente e as normas de governança do consórcio.

¹¹ Art. 101-E. Os consórcios públicos de saúde, para fins de financiamento das ações e dos serviços de saúde por eles desenvolvidos, devem observar: I - o Planejamento Regional Integrado (PRI), estabelecido nas regiões e macrorregiões de saúde; II - a oferta de ações e de serviços de saúde, em conformidade com a atuação regional e a programação das ações e dos serviços de saúde; e III - a Política Nacional de Regulação do SUS. (NR)

Art. 101-F. O funcionamento dos consórcios públicos, no âmbito do SUS, deve observar os seguintes aspectos operacionais, além das demais normas referentes ao SUS:

I - a área de atuação territorial do consórcio público de saúde deve seguir as diretrizes da regionalização e observar as regiões ou macrorregiões estabelecidas no PRI, aprovado na CIB, de forma a assegurar o alinhamento e a direcionalidade com a organização regional das ações e dos serviços de saúde;

II - a anuência prévia do gestor estadual ou municipal em que se der a contratação, quando a contratação dos serviços de saúde ocorrer no território do ente federativo não membro do consórcio;

III - devem ser registradas e mantidas atualizadas, nos sistemas de informação do SUS pertinentes, as informações relativas à totalidade das ações e dos serviços públicos de saúde prestados ao SUS advindas dos consórcios públicos de saúde, seguindo os modelos de informação pactuados e publicados, além de respeitar os prazos existentes nas normas correlatas; IV - devem ser disponibilizados ao sistema de regulação sob gestão nacional, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, as ações e os serviços de saúde sob responsabilidade dos consórcios públicos, observadas as pactuações existentes; V - deve ser observado o PRI estabelecido nas regiões e macrorregiões de saúde; VI - as ações e os serviços de saúde devem ser ofertados em conformidade com a pactuação regional e a programação das ações e dos serviços de saúde definidos no território; e VII - a atuação do consórcio deve ocorrer em conformidade com a Política Nacional de Regulação do SUS." (NR)

3 O município (quando gestor do teto MAC federal) poderia formalizar contrato complementar regional com o prestador, utilizando-se de contrapartida dos demais municípios, por meio do termo de convênio com o consórcio de saúde?

Resposta: Não há óbice para a utilização dos recursos dos demais municípios, repassados ao consórcio de saúde por meio de contrato de rateio, observadas as diretrizes do Plano Nacional de Saúde, do Plano Estadual de Saúde e do Plano Municipal de Saúde, bem como com as normas do SUS.

4 Para a definição dos valores de complemento pelo consórcio seria suficiente a aprovação nos Conselhos Municipais de Saúde dos seus entes consorciados, discussão e pactuação no âmbito da Comissão Intergestores, Regional – CIR e pactuação e homologação na Comissão Intergestores Bipartite – CIB?

Resposta: Além da deliberação e aprovação dos citados conselhos e comissões, a despesa a ser efetuada deverá estar prevista na lei orçamentária dos entes consorciados, para fins de elaboração do rateio e entrega dos valores, conforme disposto na Lei nº 11.107/05.

5 Nesse sentido, os consórcios poderão utilizar a tabela própria de serviços? Seria possível instituir incentivo complementar ao que o prestador já possui de outras fontes (estadual, federal)?

Resposta: É possível elaborar tabelas com valores diferenciados para a remuneração de serviços assistenciais de saúde prestados em seu território, observada a “tabela de remuneração do SUS” como referência mínima, ressaltando-se que a complementação financeira deverá se dar através de recursos próprios do Município.

Quanto à criação de incentivo, conforme observou a CGM, essa prática revela-se inadequada em relação a serviços já contratados por preços inferiores, devendo a eventual nova contratualização se referir à complementação dos serviços prestados.

6 Dentre as possibilidades para o rastreio e fiscalização dos recursos transferidos pelos Gestores Municipais para essa contratualização por meio do consórcio, seria possível utilizar o Módulo de Acompanhamento Mensal do Sistema de Informações Municipais – SIM AM?

Resposta: Nos casos de transferências voluntárias de recursos financeiros no âmbito estadual ou municipal, o envio de dados da execução do ajuste e a prestação de contas deverão ser feitas por meio do Sistema Integrado de Transferências – SIT.

7 Dentre as possibilidades ainda para o rastreio e fiscalização desses recursos aplicados, poderíamos considerar a apresentação da prestação de contas pelos municípios consorciados no Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Relatório Anual de Gestão (RAG)?

Resposta: Ambos os instrumentos contribuem para o rastreio e fiscalização dos recursos aplicados, considerando as informações obrigatórias previstas no art. 36, inc. I, II e III, da Lei Complementar nº 141/2012.

8 Havendo a possibilidade de o consórcio firmar “contrato complementar”, qual o limite territorial de sua abrangência? Seria dentro do limite territorial dos entes consorciados?

Resposta: Nos termos da Lei nº 11.107/2005¹², a atuação do consórcio deve ocorrer dentro dos limites geográficos dos municípios participantes, observando-se o Planejamento Regional Integrado (PRI) estabelecido nas regiões e macrorregiões de saúde, conforme Portaria nº 2905/22.

Após o trânsito em julgado, remetam-se os autos ao Gabinete da Presidência – GP, à Coordenadoria Geral de Fiscalização – CGF e à Escola de Gestão Pública para as devidas anotações, ficando, na sequência, autorizado o encerramento do feito e seu arquivamento junto à Diretoria de Protocolo.

3 DA DECISÃO

VISTOS, relatados e discutidos, ACORDAM OS MEMBROS DO TRIBUNAL PLENO do TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ, nos termos do voto do Relator, Conselheiro IVAN LELIS BONILHA, por unanimidade, em conhecer a presente Consulta para, no mérito, respondê-la nos seguintes termos:

I - A SESA possui contratos assistenciais formalizados com prestadores localizados em territórios que possuem consórcios intermunicipais de saúde devidamente constituídos. Diante disso, haveria a possibilidade de contratualização da assistência à saúde para complementariedade de volume de serviços ou complementação de valores referenciais de tabela SUS, por meio da participação de consórcios intermunicipais de saúde nos mesmos prestadores já contratualizados com a SESA?

Resposta: É possível a contratualização de assistência à saúde por consórcios intermunicipais de prestadores que já possuem contratos com a SESA, seguindo as diretrizes de regionalização e hierarquização do SUS, de modo a assegurar que os serviços atendam à demanda de forma integrada e coordenada com os contratos já existentes, evitando pagamentos em duplicidade;

II - Em havendo a possibilidade, isso poderia se dar pela formalização de contrato adicional pelo consórcio com o prestador que já possui contrato principal vigente com o gestor do teto MAC federal do território?

Resposta: Não há impedimento à formalização de um contrato adicional nesta hipótese, observando-se a legislação pertinente e as normas de governança do consórcio;

12 Art. 4º São cláusulas necessárias do protocolo de intenções as que estabeleçam:

(...)

III – a indicação da área de atuação do consórcio;

(...)

§1º Para os fins do inciso III do caput deste artigo, considera-se como área de atuação do consórcio público, independentemente de figurar a União como consorciada, a que corresponde à soma dos territórios:

I – dos Municípios, quando o consórcio público for constituído somente por Municípios ou por um Estado e Municípios com territórios nele contidos;

III - O município (quando gestor do teto MAC federal) poderia formalizar contrato complementar regional com o prestador, utilizando-se de contrapartida dos demais municípios, por meio do termo de convênio com o consórcio de saúde?

Resposta: Não há óbice para a utilização dos recursos dos demais municípios, repassados ao consórcio de saúde por meio de contrato de rateio, observadas as diretrizes do Plano Nacional de Saúde, do Plano Estadual de Saúde e do Plano Municipal de Saúde, bem como com as normas do SUS;

IV - Para a definição dos valores de complemento pelo consórcio seria suficiente a aprovação nos Conselhos Municipais de Saúde dos seus entes consorciados, discussão e pactuação no âmbito da Comissão Intergestores, Regional – CIR e pactuação e homologação na Comissão Intergestores Bipartite – CIB?

Resposta: Além da deliberação e aprovação dos citados conselhos e comissões, a despesa a ser efetuada deverá estar prevista na lei orçamentária dos entes consorciados, para fins de elaboração do rateio e entrega dos valores, conforme disposto na Lei nº 11.107/05;

V - Nesse sentido, os consórcios poderão utilizar a tabela própria de serviços? Seria possível instituir incentivo complementar ao que o prestador já possui de outras fontes (estadual, federal)?

Resposta: É possível elaborar tabelas com valores diferenciados para a remuneração de serviços assistenciais de saúde prestados em seu território, observada a “tabela de remuneração do SUS” como referência mínima, ressaltando-se que a complementação financeira deverá se dar através de recursos próprios do Município;

Quanto à criação de incentivo, conforme observou a CGM, essa prática revela-se inadequada em relação a serviços já contratados por preços inferiores, devendo a eventual nova contratualização se referir à complementação dos serviços prestados;

VI - Dentre as possibilidades para o rastreio e fiscalização dos recursos transferidos pelos Gestores Municipais para essa contratualização por meio do consórcio, seria possível utilizar o Módulo de Acompanhamento Mensal do Sistema de Informações Municipais – SIM AM?

Resposta: Nos casos de transferências voluntárias de recursos financeiros no âmbito estadual ou municipal, o envio de dados da execução do ajuste e a prestação de contas deverão ser feitas por meio do Sistema Integrado de Transferências – SIT;

VII - Dentre as possibilidades ainda para o rastreio e fiscalização desses recursos aplicados, poderíamos considerar a apresentação da prestação de contas pelos municípios consorciados no Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Relatório Anual de Gestão (RAG)?

Resposta: Ambos os instrumentos contribuem para o rastreio e fiscalização dos recursos aplicados, considerando as informações obrigatórias previstas no art. 36, inc. I, II e III, da Lei Complementar nº 141/2012;

VIII - Havendo a possibilidade de o consórcio firmar “contrato complementar”, qual o limite territorial de sua abrangência? Seria dentro do limite territorial dos entes consorciados?

Resposta: Nos termos da Lei nº 11.107/2005¹³, a atuação do consórcio deve ocorrer dentro dos limites geográficos dos municípios participantes, observando-se o Planejamento Regional Integrado (PRI) estabelecido nas regiões e macrorregiões de saúde, conforme Portaria nº 2905/22;

IX - após o trânsito em julgado, encaminhar os autos ao Gabinete da Presidência – GP, à Coordenadoria Geral de Fiscalização – CGF e à Escola de Gestão Pública para as devidas anotações;

X - encerrar e arquivar o feito junto à Diretoria de Protocolo.

Votaram, nos termos acima, os Conselheiros IVAN LELIS BONILHA, JOSE DURVAL MATTOS DO AMARAL, FABIO DE SOUZA CAMARGO, MAURÍCIO REQUIÃO DE MELLO E SILVA e AUGUSTINHO ZUCCHI e o(a) Conselheiro(a) Substituto(a) MURYEL HEY.

Presente o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas, GABRIEL GUY LÉGER.

Tribunal Pleno, 16 de abril de 2025 – Sessão Ordinária (por Videoconferência) nº 12.

IVAN LELIS BONILHA
Conselheiro Relator

IVENS ZSCHOERPER LINHARES
Presidente

¹³ Art. 4º São cláusulas necessárias do protocolo de intenções as que estabeleçam:

(...)

III – a indicação da área de atuação do consórcio;

(...)

§1º Para os fins do inciso III do caput deste artigo, considera-se como área de atuação do consórcio público, independentemente de figurar a União como consorciada, a que corresponde à soma dos territórios:

I – dos Municípios, quando o consórcio público for constituído somente por Municípios ou por um Estado e Municípios com territórios nele contidos;