

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS

Programa de Pós-Graduação em Direito

Danyelee da Silva Machado

**A JURIDICIDADE DA REMUNERAÇÃO DAS SANTAS CASAS NO ÂMBITO DA
SAÚDE PÚBLICA: estudo crítico da ausência de correção inflacionária da Tabela de
Procedimentos do SUS a partir do Direito Econômico**

Belo Horizonte

2023

Danyelee da Silva Machado

**A JURIDICIDADE DA REMUNERAÇÃO DAS SANTAS CASAS NO ÂMBITO DA
SAÚDE PÚBLICA: estudo crítico da ausência de correção inflacionária da Tabela de
Procedimentos do SUS a partir do Direito Econômico**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Giovani Clark

Área de concentração: Democracia, Liberdade e Cidadania.

Linha de pesquisa: Desenvolvimento e Políticas Públicas

Belo Horizonte

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

M149j	<p>Machado, Danyele da Silva</p> <p>A juridicidade da remuneração das Santas Casas no âmbito da saúde pública: estudo crítico da ausência de correção inflacionária da Tabela de Procedimentos do SUS a partir do Direito Econômico / Danyele da Silva Machado. Belo Horizonte, 2023.</p> <p>176 f. : il.</p> <p>Orientador: Giovani Clark</p> <p>Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Direito</p> <p>1. Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. 2. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. 3. Associações sem fins lucrativos. 4. Direito à saúde - Brasil. 5. Sistema Único de Saúde. 6. Serviços de saúde. 7. Direito econômico - Brasil. 8. Indexação (Economia) - Brasil. 9. Repasse. I. Clark, Giovani. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Direito. III. Título.</p>
-------	---

SIB PUC MINAS

CDU: 342.7:614

Danyelee da Silva Machado

**A JURIDICIDADE DA REMUNERAÇÃO DAS SANTAS CASAS NO ÂMBITO DA
SAÚDE PÚBLICA: estudo crítico da ausência de correção inflacionária da Tabela de
Procedimentos do SUS a partir do Direito Econômico**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito.

Área de concentração: Democracia, Liberdade e Cidadania.

Linha de pesquisa: Desenvolvimento e Políticas Públicas.

Prof. Dr. Giovanni Clark – PUC Minas (Orientador)

Prof. Dr. Marciano Seabra de Godoi – PUC Minas (Banca Examinadora)

Profa. Dra. Élide Graziane Pinto – FGV (Banca Examinadora)

Belo Horizonte, 16 de maio de 2023.

*À minha família pelo apoio incondicional,
em especial à minha mãe, irmã e amor.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me guiar neste caminho, me mostrar a força nos momentos difíceis e me proporcionar os dons, que tanto utilizei no desenvolvimento deste trabalho.

À minha mãe Maria Vilma, agradeço o amor que me dedica todos os dias, por ser exemplo de perseverança, força e companheirismo, por me amparar sempre.

À minha irmã Fernanda, pelo amor incondicional, pelo suporte e a força que me ofertou. Compartilhar com você as alegrias e as vicissitudes da vida e poder contar com seu incentivo, apoio e o cuidado nos momentos árduos foi essencial neste período.

Ao meu amor Lucas, agradeço por seu meu ninho, fonte de segurança, compreensão, leveza, respeito e dedicação. Repousar sobre nosso amor me revigora sempre.

Ao meu pai, espero que a sua estrela brilhe forte de alegria e orgulho pelos caminhos traçados por nossa família.

À Débora, por me mostrar o caminho do amor a mim, sem o qual não lembraria do meu amor pela pesquisa. Respeitados os meus limites, o estudo é parte essencial do meu ser.

Aos meus amigos, pela compreensão da ausência necessária para a feitura desta obra.

Aos colegas do mestrado, agradeço a oportunidade da interlocução crítica, que beneficiaram meu desenvolvimento. Ao Mário, obrigada pela amizade, por compartilharmos a escrita de dois artigos e as alegrias e dificuldades do mestrado.

Aos professores do PPGD da PUC Minas, em especial ao professor Marciano Seabra de Godoi, pelas aulas magistrais, que tanto influenciaram a minha formação e, ao professor Antônio Carlos Lúcio Macedo de Castro, pelo acolhimento e oportunidade de convivência com as diversas nuances da docência.

À Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e aos colegas da secretaria, pelo suporte fundamental à realização deste trabalho.

Ao meu orientador Giovani Clark, ser humano ímpar, obrigada pela acolhida, dedicação, respeito ao tempo e aos meus limites. O seu notável conhecimento se iguala as suas qualidades que emanam da relação com os orientandos. Admiro sua técnica e a humanidade.

A todos aqueles que contribuíram de alguma maneira para a realização deste trabalho.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001.

RESUMO

Sobrelevando-se o cumprimento do dever constitucional do Estado brasileiro prestar o serviço de saúde, o objetivo da pesquisa é o estudo da juridicidade da política remuneratória do contexto complementar do Sistema Único de Saúde, o qual instituiu a tabela de procedimentos do SUS como instrumento de cálculo da remuneração das entidades sem fins lucrativos e das filantrópicas, como as Santas Casas, quando considera a produtividade destas em prol da atuação pública. Desta forma, desvela-se a problemática da ausência de ajustamento inflacionário da tabela de procedimentos do SUS como fator que dificulta a realização do direito à saúde, em razão do financiamento deficitário realizado pelo Estado das ações e serviços públicos de saúde, ressoando sobre as entidades filantrópicas o ônus de suportar o desajuste de valores depreendidos desta. O dito fato econômico é analisado pela ótica do Direito Econômico, por meio de suas regras, ou seja, a ausência de correção do valor nominal da tabela pelo real, pela regra da indexação; o desequilíbrio econômico-financeiro do contrato entre Estado e filantrópicas, pela regra do equilíbrio; e o prejuízo para a manutenção do serviço de saúde, pela regra do interesse social; sendo proposta como remédio jurídico a política indexadora da tabela de procedimentos do SUS. À luz da resposta jurídica, será examinado o papel institucional do direito perante a política pública em relevo, destacando os papéis dos processos legislativo, executivo e judiciário e os entraves jurídicos à normatização, pela vigência da EC nº 95 de 2016; à implementação, dado a suposta discricionariedade no agir e no cumprimento do orçamento pelo executivo e à efetividade da medida econômica adotada, visto a dimensão das decisões judiciais proferidas neste âmbito. Almeja-se desenvolver a exegese da ausência de atualização inflacionária da tabela SUS por meio do seu ajustamento à ideologia constitucionalmente adotada, tese desenvolvida pelo professor Washington Peluso Albino de Souza, à luz do seu método analítico substancial, de modo a conjugar a análise documental, na maior parte do estudo, com a análise jurisprudencial, ao final. A solução da problemática implicará a adoção da política econômica indexadora da tabela SUS, que tutelar a manutenção da política pública de saúde, por meio do equilíbrio do instrumento que pondera as relações jurídicas no bojo do cumprimento democrático do direito fundamental-social que é a saúde, pelo Estado e pela sociedade organizada.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Serviço Complementar; Santas Casas; Tabela de Procedimentos do SUS; Direito Econômico; Política Econômica Indexadora.

ABSTRACT

Taking into account the fulfillment of the constitutional duty of the Brazilian State to provide the health service, the objective of the research is to study the legality of the remuneration policy of the complementary context of the Unified Health System, which instituted the SUS procedure table as an instrument of calculation of the remuneration of non-profit and philanthropic entities, such as *Santas Casas*, when considering their productivity in favor of public action. In this way, the problem of the lack of inflationary adjustment of the SUS procedures table is revealed as a factor that hinders the realization of the right to health, due to the deficit financing carried out by the State of actions and public health services, resonating on the entities philanthropic institutions the burden of bearing the mismatch of values deduced from it. The said economic fact is analyzed from the perspective of Economic Law, through its rules, that is, the absence of correction of the nominal value of the table by the real, by the indexation rule; the economic-financial imbalance in the contract between the State and philanthropic organizations, based on the rule of equilibrium; and the damage to the maintenance of the health service, by the rule of social interest; the indexing policy of the SUS procedure table is being proposed as a legal remedy. In the light of the legal response, the institutional role of law will be examined in relation to public policy in relief, highlighting the roles of the legislative, executive and judicial processes and the legal obstacles to standardization, due to the validity of EC n° 95 of 2016; implementation, given the supposed discretion in acting and compliance with the budget by the executive, and the effectiveness of the economic measure adopted, given the size of the court decisions issued in this area. The aim is to develop the exegesis of the absence of inflationary updating of the SUS table through its adjustment to the constitutionally adopted ideology, a thesis developed by Professor Washington Peluso Albino de Souza, in the light of his substantial analytical method, in order to combine document analysis, in most of the study, with the jurisprudential analysis at the end. The solution to the problem will imply the adoption of an economic policy that indexes the SUS table, which will protect the maintenance of the public health policy, through the balance of the instrument that weighs the legal relations within the democratic fulfillment of the fundamental social right that is health, by the State and organized society.

Keywords: Health Unic System; Complementary Service; Holy Houses; Table of SUS Procedures; Economic Law; Index Economic Policy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Demonstração das Dívidas milionárias da Santa Casa de BH com Instituições Financeiras.....	43
Figura 2 - Demonstração das Dívidas milionárias da Santa Casa de SP com Instituições Financeiras.....	43
Figura 3 – Calculadora do Cidadão – Correção pelo IPCA	67
Figura 4 – Calculadora do Cidadão – Correção pelo INPC	68
Figura 5 – Calculadora do Cidadão – Correção pelo IGP-M	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Entidades Sem Fins Lucrativos que prestam serviços de internação do total de estabelecimentos credenciados no SUS.....	34
Tabela 2 – Procedimentos Hospitalares do SUS realizados por entidades sem fins lucrativos.....	35
Tabela 3 – IPCA – Série histórica – Variação acumulada no ano (%).....	66
Tabela 4 – INPC – Série histórica – Variação acumulada no ano (%).....	66
Tabela 5 – IGP-M – Série histórica – Variação acumulada no ano (%)	66
Tabela 6 – Dados Produção Hospitalar das Entidades sem Fins Lucrativos.....	155
Tabela 7 – Dados Entidades sem Fins Lucrativos que prestam serviço de internação ao SUS	157
Tabela 8 – Dados Entidades sem Fins Lucrativos que prestam serviço de urgência ao SUS	159

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC	Custeio Baseado em Atividades
ABCDT	Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante
AC	Apelação Cível
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
ART.	Artigo
BCB	Banco Central do Brasil
CGSI	Coordenação-Geral de Sistemas de Informação
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EC	Emenda Constitucional
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas de Compensação
FGV IBRE	Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getúlio Vargas
FONIF	Fórum Nacional das Instituições Filantrópicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGP-M	Índice Geral de Preços – Mercado
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPC	Índice Nacional de Preços ao Consumidor
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IVR	Índice de Valoração do Ressarcimento
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
RCL	Receita Corrente Líquida
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TUNEP	Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	23
2	AS SANTAS CASAS NO DIREITO ECONÔMICO	27
2.1	O Direito e o Serviço de Saúde: o serviço complementar como forma de garantia do direito social e fundamental no ordenamento brasileiro	27
2.2	A atuação do Terceiro Setor na Saúde: entidades sem fins lucrativos e filantrópicas 32	
2.2.1	<i>Instituições Sem Fins Lucrativos no SUS</i>	33
2.2.2	<i>Entidades Filantrópicas: vínculo destas com o Estado no contexto da saúde pública</i> ..	35
2.3	As Santas Casas	37
2.3.1	<i>Contexto histórico</i>	37
2.3.2	<i>Representatividade das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos no SUS</i>	40
2.3.3	<i>Desequilíbrio econômico-financeiro advindo das contratações com o SUS</i>	41
2.4	O Direito Econômico	45
2.4.1	<i>Ideologia Constitucionalmente Adotada</i>	47
2.4.2	<i>Método Analítico Substancial</i>	50
3	A TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SUS E AS REGRAS DO DIREITO ECONÔMICO	53
3.1	A Contratação e a Remuneração das Santas Casas pelo Estado na Área da Saúde 53	
3.2	A Tabela de Procedimentos do SUS	57
3.2.1	<i>Origem</i>	57
3.2.2	<i>Características principais e aplicação da Tabela SUS</i>	59
3.2.3	<i>Ausência de atualização inflacionária da Tabela de Procedimentos do SUS</i>	64
3.2.4	<i>Defasagem da Tabela SUS, custeio da atenção hospitalar e o desempenho financeiro das Filantrópicas</i>	69
3.3	As Regras do Direito Econômico	73
3.3.1	<i>Juridicização do Fato Econômico</i>	73
3.3.2	<i>As Regras do Direito Econômico</i>	77
3.3.3	<i>Ajustamento do fato econômico às Regras da Indexação, do Equilíbrio e do Interesse Social</i>	80
3.3.3.1	Regra da Indexação	80
3.3.3.2	Regra do Equilíbrio	87
3.3.3.3	Regra do Interesse Social	91
3.3.4	<i>Norma Jurídica: positividade da Regra da Indexação</i>	93
4	POLÍTICA ECONÔMICA INDEXADORA: A SOLUÇÃO DO DILEMA	95
4.1	Processo Legislativo: normatização da política econômica e disponibilidade orçamentária	99
4.1.1	<i>Normatização da política econômica</i>	99
4.1.2	<i>Entrave jurídico à aprovação da Política Indexadora: o subfinanciamento crônico do orçamento destinado à saúde e a EC n° 95 de 2016</i>	100
4.2	Processo Administrativo: implementação da política econômica e discricionariedade 109	
4.2.1	<i>Implementação da política econômica</i>	109

4.2.2	<i>Entrave jurídico à implementação e manutenção da Política Indexadora: discricionabilidade sobre o agir e o cumprimento do orçamento</i>	110
4.3	Processo Judicial: efetividade da política econômica e entendimento jurisprudencial	116
4.3.1	<i>Efetividade da política econômica?</i>	116
4.3.2	<i>Entrave jurídico à efetividade da Política Indexadora: revisão da Tabela SUS pela TUNEP ou IVR</i>	119
5	CONCLUSÃO.....	131
	REFERÊNCIAS.....	135
	APÊNDICE I: DADOS UTILIZADOS PARA CALCULAR A REPRESENTATIVIDADE DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE.....	155
	APÊNDICE II: BALANÇO CONTÁBIL E DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADO PUBLICADO – SANTA CASA DE BELO HORIZONTE.....	161
	APÊNDICE III: DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO.....	171

1 INTRODUÇÃO

O Estado, após a imposição da saúde como seu dever pela Constituição de 1988, com o intuito de cumprir este mister e ciente das limitações do aparato público em qualidade e quantidade, estabelece relações fático-jurídicas com a sociedade civil, revestida de terceiro setor, com o propósito de garantia da saúde para a população.

Nesse ínterim se insere a contratação complementar do terceiro setor, em especial, das entidades sem fins lucrativos e das filantrópicas, como as Santas Casas, pelo gestor local do SUS, a fim da prestação do serviço de saúde não presente ou insuficiente no âmbito da atuação direta pública à população de uma determinada área, conforme previsto constitucionalmente. Esta parceria ocorre por meio de contratação, contratualização ou convênio, sendo regulamentada pela Lei nº 8.080 de 1990 e Lei nº 14.133 de 2021, além de inúmeras portarias condensadas pelas Portarias de Consolidação 1 e 2 de 2017, do Ministério da Saúde.

A constatação da importância do serviço prestado pelas entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos ao SUS e da necessidade de manutenção da contratação, todavia, se destoa da repercussão negativa vinculada a sua forma de remuneração, dado a ausência de ajustamento inflacionário da tabela de procedimentos do SUS, parâmetro de valor unitário que serve de referência para o cálculo do valor devido a estas entidades.

Embora tenha surgido diante de inovações tecnológicas de informação e acesso, como instrumento satisfatório de organização e unificação dos procedimentos do SUS, a tabela evidencia problemática acerca da sua defasagem de valores, que implica distorções quando do pagamento pelos procedimentos e prejuízos financeiros para as filantrópicas, apontando-se a controvérsia como a causa do endividamento destas, assim como da não concretude do direito à saúde no território nacional.

O fato de a tabela não ser corrigida por índices inflacionários a mais de década é fato econômico, pois a disformidade financeira ocasionada quando do pagamento pelos serviços prestados aos SUS pelas beneficentes, como as Santas Casas, pode dificultar ou impedir o exercício do direito à saúde, garantido por política pública, a qual se consubstancia dever do Estado, bem como pode ofender o Direito Econômico, especialmente as regras deste ramo.

Eis o objeto que se pretende desvelar. À luz do Direito Econômico, objetiva-se averiguar a juridicidade da ausência de atualização inflacionária da tabela SUS, por meio da sua adequação às regras deste âmbito, as quais estão positivadas ou não, propondo-se investigar três facetas deste fato, assim, a necessidade do ajuste do valor nominal fixado na tabela, o desequilíbrio econômico-financeiro desta relação jurídica, que ressoa onerosamente sobre as

filantrópicas, mormente sobre as Santas Casas, e a sua relevância social, dado ser política remuneratória que sustenta o pilar dos serviços complementares de saúde. Após tal desiderato, propõe-se o estudo do papel institucional do direito sobre a solução exposta, a política econômica indexadora da tabela de procedimentos do SUS, a fim de identificar o papel dos processos legislativo, executivo e judiciário, bem como pesquisar os entraves jurídicos correlatos a estes, que impedem a normatização, implementação e a efetividade da medida econômica proposta nesta pesquisa.

Almeja-se desenvolver a exegese da ausência de atualização inflacionária da tabela SUS por meio do seu ajustamento à ideologia constitucionalmente adotada, tese desenvolvida pelo professor Washington Peluso Albino de Souza, à luz do seu método analítico substancial, de modo a conjugar a análise documental, na maior parte do estudo, com a análise jurisprudencial, ao final.

Pretende-se demonstrar que, juridicamente, a ausência de correção da tabela SUS, política remuneratória do sistema público de saúde, é fonte de desequilíbrio econômico-financeiro da relação jurídica entre as filantrópicas, em especial as Santas Casas, e o Estado, não apenas pelo fator financeiro, mas por ofender o direito econômico, por não respeitar suas regras, as quais garantem a economicidade das relações jurídicas e a manutenção adequada da política pública de saúde, sendo indispensável para a concretude desta o estabelecimento da política econômica indexadora da tabela SUS.

Inicia-se pela contextualização do problema, expondo o âmbito deste, a complementaridade dos serviços de saúde e a apresentação das entidades sem fins lucrativos, em especial as filantrópicas e as Santas Casas, delineando-se a representatividade das mesmas no contexto do SUS, os seus prejuízos milionários difundidos como corolários da distorção remuneratória do sistema público, bem como a base do marco teórico que se utilizará.

No segundo capítulo, explana-se a problematização deste trabalho, assim, a ausência de correção inflacionária da tabela SUS em face das regras de Direito Econômico, explicitando a origem, sistematização, o problema da tabela SUS, a insuficiência remuneratória provocada pela dita tabela, a necessidade de seu ajustamento aos ditames da ideologia constitucionalmente adotada, bem como às regras da: indexação, equilíbrio e interesse social.

No terceiro capítulo, propõe-se a análise das soluções possíveis para o problema da pesquisa, diante do papel institucional do direito, tratando-se a aceção dos processos legislativo, executivo, ou administrativo, e judicial, bem como os entraves jurídicos, correlatos a tais processos, que obstam a normatização, a implementação e a efetividade da política econômica indexadora da tabela SUS (proposta), devido às limitações causadas pelo

subfinanciamento crônico do orçamento da saúde e pela EC n° 95 de 2016, bem como em face da “discrecionabilidade” no agir executivo e no cumprimento do orçamento e a dimensão das decisões judiciais que tratam a problemática.

A representatividade do serviço prestado pelas filantrópicas ao desenvolvimento e continuidade do sistema público de saúde e o papel da tabela de procedimentos do SUS, como política pública remuneratória na ordenação deste sistema, fundamentam a escolha do tema e da solução proposta, em congruência com a área de concentração Democracia, Liberdade e Cidadania e a linha de pesquisa Desenvolvimento e Políticas Públicas deste Programa de Pós-Graduação em Direito da PUC Minas, posto que esta ocasionará o estabelecimento de política econômica ajustada ao Direito Econômico, que tutelar a manutenção da política pública de saúde, por meio do financiamento adequado de ações e serviços de saúde prestados pelas filantrópicas ao SUS, possibilitando o equilíbrio da relação jurídica entre as partes, como observância do direito fundamental-social e humano que é a saúde, normatizada pela primeira vez na Constituição de 1988 como obrigação do Estado e expressada como pilar do axioma da dignidade da pessoa humana, que fundamenta o Estado Democrático de Direito brasileiro. Assim sendo, na conclusão, exige-se solução jurídica para o problema, ou seja, a efetiva política econômica indexadora da tabela SUS em nome do direito fundamental à saúde.

2 AS SANTAS CASAS NO DIREITO ECONÔMICO

A fim de examinar a política remuneratória das Santas Casas, quando prestadoras de serviços ao Sistema Único de Saúde, sob a ótica do Direito Econômico, mister se faz situá-las na política pública de saúde, adentrar historicamente em sua função pública e importância, bem como apresentar os conceitos elementares do marco teórico, base da linha argumentativa deste trabalho.

2.1 O Direito e o Serviço de Saúde: o serviço complementar como forma de garantia do direito social e fundamental no ordenamento brasileiro

A saúde como direito foi importante conquista da sociedade brasileira, estando diretamente associada à construção do Estado Democrático de Direito por meio da Constituição de 1988 (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019, p. 59), na qual foi consagrada como direito universal e igualitário de todos e dever do Estado, efetivado por meio de políticas sociais e econômicas.

Santos (2010, p. 25) disserta que o texto constitucional conferiu à saúde uma dimensão além da biologia – a dimensão biopolítica e social.

O direito à saúde, assim posto, exige que seja garantido ao cidadão viver em ambiente sadio, cabendo ao Estado a adoção de políticas sociais e econômicas que visem à redução das doenças, além de garantir acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde [...] responsabilidade do Sistema Único de Saúde [...]. (SANTOS, 2010, p. 25).

Deste modo, a saúde está prevista como direito social no caput do artigo 6º da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), sendo direito fundamental de segunda geração, “[...] por meio dos quais se intenta estabelecer uma liberdade real e igual para todos, mediante a ação corretiva dos Poderes Públicos.” (MENDES; COELHO; BRANCO, 2009, p. 268).¹

Evidenciada a natureza fundamental do direito à saúde, indispensável à conquista da dignidade da pessoa humana², insta destacar que o Estado Democrático de Direito deve conceder as condições de sua efetivação, por meio de políticas públicas sociais e econômicas

¹ Moraes (2013, p. 202) ratifica a compreensão dos direitos sociais no título constitucional destinado aos direitos e garantias fundamentais.

² Vale lembrar que a dignidade da pessoa humana é um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, conforme o artigo 1º, III, da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988).

que garantam o acesso universal e igualitário a todos que necessitem das ações ou serviços para sua proteção e recuperação.

Como ensina Zica (2014, p. 28-29), é possível inferir que a inclusão da saúde como direito fundamental do Estado Democrático de Direito e, também, como dever do Estado, implicou não apenas a atividade negativa de controle e restrição, mas a atuação pública positiva, destinada a garantir a eficácia do direito fundamental universal, com equidade e de forma integral à saúde, realizado de forma direta ou com auxílio de terceiros, bem como por meio de políticas públicas.³

Santos e Funcia (2020) prelecionam que a Constituição, ao reconhecer a saúde como direito, instituiu sistema jurídico-administrativo para integrar as ações e serviços públicos de saúde (ASPS) de todos os entes federativos e definiu matriz orçamentária para direcionar o seu financiamento, imprescindível para a concretização do direito social; desta forma, previu o tripé da saúde, formatado pelo direito posto, o sistema único e o seu financiamento.⁴

A fim do cumprimento deste direito social e constitucional, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), política pública que integra a execução direta de ações preventivas, de promoção e recuperação da saúde, em rede regionalizada e hierarquizada, sendo competência comum dos quatro entes políticos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) a sua implementação e manutenção, segundo os artigos 196 a 198 da Constituição da República (BRASIL, 1988). (MACHADO; LELIS; CLARK, 2022a, p. 482-483).

A sua estruturação, com o estabelecimento de modelo operacional, organização e funcionamento, ocorreu por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), Lei Orgânica da Saúde, que previu “[...] a competência e as atribuições dos governos federal, estadual e municipal em relação ao SUS, estabelecendo atribuições comuns às três esferas de governo e discriminando as responsabilidades específicas da direção nacional do SUS, da direção estadual e da municipal.” (PAIM, 2009, 58-59).

Nesta seara, quando o ente público atua diretamente na prestação dos serviços de saúde, executa serviços públicos sob o regime jurídico de direito público, através de seus órgãos, ou presta os serviços, por meio da administração indireta, com os regimes jurídicos respectivos, que englobam “[...] entidades que executam, de forma descentralizada, serviços e atividades de

³ Cabe ao governo selecionar e especificar sua atuação a partir dos fins constitucionais, indicando os meios ou instrumentos adequados para a sua realização. (BERCOVICI, 2004, p. 168).

⁴ A Constituição remete a regulamentação das ações e serviços de saúde ao legislador (art. 197), além de criar e fixar as diretrizes do sistema único de saúde (art. 198), oportunizando a participação (em nível complementar) da iniciativa privada na prestação da assistência à saúde (art. 199), bem como estabelecendo, em caráter exemplificativo, as atribuições (nos termos da lei) que competem ao sistema único de saúde (art. 200) (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2015, p. 648).

interesse público, compreendendo, como já mencionado, Autarquias, Empresas Públicas, Sociedades de Economia Mista e Fundações Públicas.” (HAMERSKI, 2018, p. 6).

Outrossim, o texto constitucional e a Lei Orgânica do SUS também previram as prestações de serviços de modo suplementar e complementar no campo da saúde, sendo estas relacionadas à atuação da iniciativa privada, veja-se os artigos 199 da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) e 20 a 26 da Lei nº 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990).

A atuação suplementar vincula os serviços privados de assistência à saúde caracterizados pela atuação de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado, por iniciativa própria, na promoção, proteção e recuperação da saúde. O setor é regulado especialmente pela Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 (BRASIL, 1998), que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 (BRASIL, 2000a), que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)⁵.

Perceba-se que no âmbito da saúde suplementar atuam as instituições com fins lucrativos com o intuito de promover a saúde como objeto social a lhes garantir o retorno financeiro; já a atuação complementar denota a contratação de instituições do setor privado, com ou sem fins lucrativos pelo SUS, com o desiderato de prestar o serviço de saúde, em parceria com ente público. Eis a conjuntura específica desta pesquisa, que versa sobre a remuneração das entidades sem fins lucrativos, no contexto complementar de saúde.

Machado, Lelis e Clark (2022a, p. 482-483) sobrelevam que, ciente da insuficiência dos serviços de saúde em quantidade e especialidade, quando prestados diretamente pelo Estado, o constituinte originário estabeleceu a possibilidade de complementação da assistência à população de uma determinada área, pela contratação do setor privado, tendo prioridade na contratação as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos, segundo a disposição dos artigos 199, parágrafo primeiro da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) e 24 e 25 da Lei nº 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990).

Junqueira (2004, p. 32) atesta que o Estado, sem abrir mão de sua responsabilidade, tem o poder de transferir algumas atribuições para o terceiro setor, “[...] que passam a assumir, em caráter complementar, e em parceria, ações sociais que possibilitam oferecer à população melhores condições de vida”.

⁵ Hamerski (2018, p. 5) evidencia que, neste campo, as ações e serviços de saúde não possuem vínculo com o Sistema Único de Saúde, sendo reguladas por meio da ANS, que atua como órgão de normatização, controle e fiscalização do setor, para que este cumpra a sua função social de modo harmônico com os princípios e diretrizes do SUS.

Nas palavras de Carvalho Filho:

Além da associação de pessoas exclusivamente da Administração Pública, o Estado pretende modernizar-se através da possibilidade de executar os serviços públicos pelos regimes de parceria, caracterizados pela aliança entre o Poder Público e entidades privadas, sempre com o objetivo de fazer chegar aos mais diversos segmentos da população os serviços de que esta necessita e que, por várias razões, não lhe são prestados. (CARVALHO FILHO, 2017).

A complementaridade foi uma necessidade, dado que o SUS, criado em 1988, pela Constituição da República (BRASIL, 1988), não contava e não conta com serviços públicos suficientes em diversidade e quantidade. Assim, “O fundamento principal da complementaridade está na ‘insuficiência’ dos serviços públicos para a garantia da assistência à saúde ao cidadão de uma determinada área e, como consequência, na existência desses serviços no setor privado.” (SANTOS, 2015, p. 819).

Neste sentido, a Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a), do Ministério da Saúde, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS, em seu artigo 130, reafirma a condição de escassez que caracteriza a contratação de serviços complementares, bem como determina a comprovação, pelo gestor competente, da impossibilidade de ampliação para garantir a cobertura assistencial à população de determinado território.

“A Administração Pública não lhes transfere, no entanto, a responsabilidade pela garantia da disponibilização desses serviços e ações (responsabilidade, esta, que se conserva sob a égide estatal).” (NÓBREGA; DANTAS; NÓBREGA; SOUSA; FEIJO; SOUSA; QUERINO; SANTANA, 2021, p. 99).

Vale destacar, como faz Santos (2015, p. 816), observação quanto à normatização aplicável a este vínculo com o setor privado; assim, afirma que o regime de complementaridade “[...] não configura nem fomento nem colaboração ao sentido da Lei nº 13.019/2014, não incidindo sobre tal regime seus mandamentos legais.”⁶

Está-se diante de contrato de direito público ou convênio, que vincula apenas a prestação do serviço pela entidade privada, consoante pode-se depreender dos artigos 199, parágrafo primeiro, da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), e 24, parágrafo único da Lei nº 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990).

Destaca-se que dentre os formatos contratuais, que regem as parcerias do SUS com as entidades sem fins lucrativos ou filantrópicas, no contexto complementar, podem ser citadas as

⁶ Exclusão legal reforçada pela Lei nº 13.019 de 2014 (BRASIL, 2014), em seu artigo 3º, inciso IV.

celebrações de parcerias entre estes atores para a prestação da assistência à saúde, tendo como pagamento o repasse de recursos baseados na produção das entidades e na tabela de procedimentos do SUS, bem como pode ser estabelecida a contratualização entre o ente público e seus parceiros, esta representa mais que acordos de vontade bilaterais, cujo objeto é a prestação de serviços em contrapartida ao valor ajustado.

Desta forma, a contratualização define obrigações além das cláusulas regulares, como estabelecimento de metas qualitativas e quantitativas, relacionadas à gestão, avaliação, ensino e pesquisa, sendo o documento descritivo destas anexado ou parte integrante do termo contratual, conforme pode-se depreender do artigo 129, XI, da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a), do Ministério da Saúde. Acerca da remuneração, esta considera a produtividade das instituições mais incentivos vinculados ao alcance das metas qualiquantitativas, conforme prescrevem os artigos 14 e seguintes do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 (MS) (BRASIL, 2017b).

Salgado (2018, p. 46) explana que a contratualização, no âmbito do SUS, corresponde aos ajustes celebrados pelo Estado com atores internos ou externos (públicos e privados) baseados no cumprimento de metas de desempenho. “Na contratualização não há compra de serviços, mas parceria entre os signatários no alcance de objetivos e metas comuns, relacionadas diretamente com suas finalidades e competências estatutárias.”

Assim, são contratadas “[...] outras entidades a quem, legitimamente, a Administração Pública transfere a incumbência pela execução de determinadas tarefas, no âmbito da saúde pública, em observância ao dever de prover a atenção e a assistência à saúde para a coletividade.” (NÓBREGA; DANTAS; NÓBREGA; SOUSA; FEIJO; SOUSA; QUERINO; SANTANA, 2021, p. 99).

Santos (2015, p. 817) faz importante observação quanto a área de atuação dos serviços complementares no SUS. Desta forma, disserta que o serviço de atenção primária ou atenção básica não deve ser objeto de transferência ou complementado pelo setor privado, “[...] por envolver poder de autoridade do Estado, em razão de ser o que ordena os demais, incumbindo-se das referências sanitárias e dos registros primários e permanentes da atenção à saúde, os quais devem conter a história de saúde do cidadão, sua trajetória no sistema de saúde, [...]”

Veja-se que o artigo 199 da Constituição da República (BRASIL, 1988), em seu caput, direciona a assistência à saúde à iniciativa privada e trata do contexto complementar em seu parágrafo primeiro. Neste sentido, a Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996 (MS) (BRASIL, 1996), que aprova a Norma Operacional Básica, NOB 1/96 do SUS, descreve, em seu item 3, alínea a, acerca dos campos da atenção à saúde, a assistência como o campo no qual

“[...] as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar.”

“Portanto, dentre os deveres estatais no setor de saúde, a prestação de serviços assistenciais, em âmbito hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, ocorre tanto por meio da estrutura administrativa estatal quanto por meio de parcerias com o terceiro setor.” (NÓBREGA; DANTAS; NÓBREGA; SOUSA; FEIJO; SOUSA; QUERINO; SANTANA, 2021, p. 99).

Perceba-se, então, que o SUS compreende “[...] um sistema que integra ações e serviços públicos de saúde, em rede regionalizada e hierarquizada, o qual pode contar de forma complementar com os serviços privados de saúde, com ou sem fins lucrativos, com preferência para estes últimos.” (SANTOS, 2015, 816).

No plano da complementaridade, a normatização da prerrogativa e a atuação das entidades sem fins lucrativos e das filantrópicas quando das contratações de serviços do setor privado pelo SUS enfatizam a atuação do terceiro setor nas ações e serviços públicos de saúde.

2.2 A atuação do Terceiro Setor na Saúde: entidades sem fins lucrativos e filantrópicas

As entidades sem fins lucrativos e as filantrópicas são caracterizadas por serem instituições do terceiro setor. Paes, Valle e Santos (2017, p. 165) dissertam que este “[...] é formado por um complexo emaranhado de pessoas jurídicas, com diversas configurações estatutárias e sociais, que sem subordinação estatal direta, contribuem para o desenvolvimento da sociedade prestando serviços em áreas sensíveis como educação, saúde e cultura.”

Em outras palavras, a sociedade civil, revestida juridicamente de terceiro setor substitui o Estado na prestação dos serviços sociais, sem objetivar o lucro com o desempenho de suas ações, fundada na concepção de cidadania ativa, esta “[...] consiste na capacidade de participar no exercício do poder político e da gestão dos negócios da comunidade [...]” (SOARES, 2004, p. 222).

Consoante Fernandes (1994, p. 22-23), o conceito dessas entidades é fundado em duas negações. Primeiro, o terceiro setor não faz parte do governo e, portanto, não se confunde com o Estado; segundo, não é gerido a partir da lógica de mercado, desta forma, o lucro não constitui razão suficiente para a ação destas.

Enquanto o Estado (representado por órgãos políticos Municipais, Estaduais e Federais, além de Ministérios, Secretarias, Autarquias etc.) não consegue cumprir a sua parte nas funções que lhe são pertinentes no papel de gestor do poder público, a

sociedade se manifesta e se organiza em movimentos que se transformam em organizações sem fins lucrativos. (SANTOS, 2012, p. 18).

Entende Di Pietro (2019) que o terceiro setor é formado por entidades privadas, instituídas por particulares que executam serviços não exclusivos do Estado, porém, em colaboração com ele; se receberem ajuda ou incentivo do Estado sujeitam-se a controle pela Administração Pública e pelo Tribunal de Contas. Seu regime jurídico é predominantemente de direito privado, porém parcialmente derogado por normas de direito público.

Expressa-se as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos como exemplos cotidianos de instituições do terceiro setor que são contratadas pelo poder público para prestar serviços no âmbito do SUS, com preferência às demais privadas, conforme artigos 199, parágrafo primeiro da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) e 24 e 25 da Lei nº 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990).

Neste ponto, cabe ressaltar que entidade sem fins lucrativos e entidade filantrópica não são sinônimos, sendo esta espécie daquela. Afirma-se que as duas não possuem o lucro, ou a sua divisão, dentre os seus objetivos, mas a primeira é mais ampla, em termos de finalidade social, que pode ser de saúde, educação, esportiva, religiosa, política, cultural, técnico-científica, dentre outros; já a segunda tem objeto definido pela lei, assim, deve prestar serviço nas áreas de assistência social, saúde e educação e ser certificada na forma da lei que a rege, sendo espécie daquela. Veja-se.⁷

2.2.1 *Instituições Sem Fins Lucrativos no SUS*

Entidades sem fins lucrativos estão descritas na Lei nº 9.532 de 1997 (BRASIL, 1997), em seu artigo 12, parágrafo terceiro, como as instituições que não apresentam superávit em suas contas ou, caso o apresentem em determinado exercício, destinem referido resultado, integralmente, à manutenção e ao desenvolvimento dos seus objetivos sociais.

A Resolução 2015/ITG2002(R1), editada pelo Conselho Federal de Contabilidade (2015), caracteriza-as:

2. A entidade sem finalidade de lucros pode ser constituída sob a natureza jurídica de fundação de direito privado, associação, organização social, organização religiosa, partido político e entidade sindical.

⁷ Nesta dissertação, diferenciou-se o conceito de entidade sem fins lucrativos e entidade filantrópica, sendo, posteriormente tratadas pela denominação específica. Afirma-se que se utilizou, conceitualmente, beneficente como sinônimo de filantrópica e estas como sinônimo de Santas Casas.

3. A entidade sem finalidade de lucros pode exercer atividades, tais como as de assistência social, saúde, educação, técnico-científica, esportiva, religiosa, política, cultural, beneficente, social e outras, administrando pessoas, coisas, fatos e interesses coexistentes, e coordenados em torno de um patrimônio com finalidade comum ou comunitária.

Afirma-se que toda instituição filantrópica engloba o conceito de instituição sem fins lucrativos, dado que se constitui como pessoa jurídica de direito privado, que não almeja ou distribui o lucro, logo, aquela é espécie desta. No contexto da saúde pública, são instituições prestadoras de serviços ao SUS essenciais diante do quantitativo e da especialidade dos serviços ofertados à sociedade. Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2022a), de janeiro de 2018 a julho de 2022, expõem que do total de estabelecimentos de saúde que prestaram o atendimento de internação no Brasil, mais de um quarto destes são entidades sem fins lucrativos, aqui englobadas as filantrópicas, logo, quase 30% dos estabelecimentos ofertados pelo SUS para os atendimentos hospitalares quanto às internações constituem instituições do terceiro setor, veja-se:

Tabela 1 – Entidades Sem Fins Lucrativos que prestam serviços de internação do total de estabelecimentos credenciados no SUS⁸

Ano	Porcentagem Anual
2018	29,78%
2019	29,50%
2020	28,19%
2021	27,05%
2022	27,22%

Fonte: Elaborado pela autora.

De igual modo, quanto aos estabelecimentos que prestam serviços de urgência em saúde no país, de janeiro de 2018 a julho de 2022, do total, mais de 12% são entidades sem fins lucrativos, ou seja, consistem em instituições do terceiro setor que oferecem, por meio do SUS, atendimentos de urgência à população. (BRASIL, 2022a).

Sobre a produtividade destas instituições perante o SUS, dados disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS (BRASIL, 2022b), evidenciam que, de janeiro de 2018 a julho de 2022, acerca dos procedimentos hospitalares do

⁸ Dados buscados conforme as variáveis tipo de prestador e esfera jurídica.

SUS, por local de internação – Brasil, 40% ou mais dos procedimentos anuais foram realizados por entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos:

Tabela 2 – Procedimentos Hospitalares do SUS realizados por entidades sem fins lucrativos⁹

Ano	Porcentagem Anual
2018	41,41%
2019	42,06%
2020	41,05%
2021	40,12%
2022	41,43%

Fonte: Elaborado pela autora.

Depreende-se da análise dos dados a constância da grande participação destas entidades no contexto da saúde pública brasileira, bem como a ratificação da importância do serviço prestado pelas entidades sem fins lucrativos ao SUS, seja em quantidade ou especialidade.

Constituindo-se as filantrópicas em espécies das entidades sem fins lucrativos, necessário se faz adentrar na sua seara específica, da qual as Santas Casas são exemplos seculares da prestação de serviços na área da saúde.

2.2.2 Entidades Filantrópicas: vínculo destas com o Estado no contexto da saúde pública

O entendimento de entidade filantrópica ou beneficente está disposto na Lei Complementar nº 187 de 2021 (BRASIL, 2021a), em seu artigo segundo, assim, é a pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, que presta serviço nas áreas de assistência social, de saúde e de educação, assim certificada na forma desta Lei Complementar.

Perceba-se que são entidades sem fins lucrativos específicas pelo seu objeto de atuação, isto é, que trabalham em áreas sociais, como a saúde, educação e a assistência social.

No contexto da saúde pública, “[...] são organizações de excelência na área de Saúde administrando unidades de saúde ambulatorial e hospitalar com produção significativa voltada

⁹ Dados buscados conforme as variáveis natureza e esfera jurídica. Ressalte-se que, conforme o DATASUS, os dados referentes aos últimos seis meses estão sujeitos a atualização. (BRASIL, 2022b).

para o Sistema Único de Saúde (SUS) e oferta de mais de 100 mil leitos para a população brasileira.” (FONIF, 2018, p. 19).

A certificação a que se refere a legislação também é requisito para a contratação pelo SUS, com a preferência às privadas. Assim, as entidades devem observar as exigências previstas na normatização unificada do sistema, como a Lei Complementar nº 187 de 2021 (BRASIL, 2021a), que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes (CEBAS), a Portaria de Consolidação nº 1 de 2017 (BRASIL, 2017), do Ministério da Saúde, e a lei sobre licitações e contratos administrativos.

Depreende-se do artigo 130, parágrafo quinto, da Portaria de Consolidação nº 1 de 2017 (BRASIL, 2017a) que para a celebração de instrumento com a esfera de governo interessada, a instituição deve respeitar a Lei de Licitações e Contratos Administrativos, atualmente, Lei nº 14.133 de 2021 (BRASIL, 2021b), a qual regula as contratações com o poder público em geral e ressalta normas específicas aos convênios, bem como deve possuir o CEBAS – Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social. Nota-se que a Lei nº 12.101 de 2009, citada pelo artigo 130, foi revogada pela Lei Complementar nº 187 de 2021 (BRASIL, 2021a), contudo, o normativo previsto anteriormente no artigo terceiro daquela, requisito para a celebração do contrato, encontra redação semelhante no artigo sexto desta, logo, mantém-se vigente a necessidade de certificação das entidades beneficentes.¹⁰

A Lei Complementar nº 187 de 2021 (BRASIL, 2021a) bem como a Portaria de Consolidação nº 1 de 2017 (MS) (BRASIL, 2017a), nos artigos 140 e seguintes, tratam detalhadamente dos requisitos para a obtenção da concessão ou renovação do CEBAS – certificação das entidades beneficentes. O artigo 7º da Lei Complementar nº 187 de 2021 (BRASIL, 2021a) evidencia que para fazer jus ao CEBAS, a entidade de saúde deve se subsumir a uma de quatro possibilidades: prestar serviços ao SUS; prestar serviços gratuitos; atuar na promoção à saúde; ser de reconhecida excelência e realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS.

Na seara da prestação de serviços ao SUS, o artigo 146 da Portaria ora em relevo, o qual corrobora o texto do artigo 9º, I e II, da Lei Complementar nº 187 de 2021 (BRASIL, 2021a), prescreve que a entidade deverá celebrar contrato, convênio ou instrumento congênere com o

¹⁰ Observa-se atecnia legislativa presente no artigo 130, parágrafo quinto, da Portaria de Consolidação nº 1 de 2017 (MS) (BRASIL, 2017), dado que o normativo afirma que para a celebração da contratação das entidades filantrópicas e sem fins lucrativos com a esfera de governo interessada, estas deverão satisfazer requisitos e um destes é possuir o CEBAS. Ora, apenas as entidades filantrópicas ou beneficentes possuem o CEBAS, já que esta é a certificação que garante o reconhecimento como tal. Na visão desta autora, o requisito de se ter o CEBAS exclui as entidades sem fins lucrativos da prerrogativa quando da contratação com a preferência legal, ou melhor, possibilita apenas a contratação das filantrópicas, com o exercício da preferência explanada.

gestor do SUS; ofertar a prestação de seus serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% e comprovar anualmente a prestação dos serviços, com base nas internações e atendimentos ambulatoriais realizados e verificados nos sistemas de informações do Ministério da Saúde.

O oferecimento de mais da metade da capacidade de serviços das entidades filantrópicas ao SUS acentua a essencialidade dos serviços prestados por estas instituições ao sistema público, salientada também na concretude fática, pela análise da representatividade destas no âmbito dos atendimentos do SUS.

As instituições filantrópicas são hoje representadas pelos Hospitais filantrópicos e pelas Santas Casas, na área da saúde. Sobre a sua representatividade no SUS, o Fórum Nacional das Instituições Filantrópicas (2018, p. 22) disserta, conforme dados do CNES de 2017, que “[...] o Brasil possui 346.963 estabelecimentos de saúde [...] de diversas naturezas e tipos que compõem o SUS. Destes, 2.267 são estabelecimentos filantrópicos, representando 0,6% da quantidade total de estabelecimentos [...] e 28,6% do total de [...] entidades sem fins lucrativos”, que guarnecem o sistema público. Do mesmo modo, aduz a relevância das entidades em relação aos estabelecimentos hospitalares de saúde, posto que as instituições filantrópicas representam 24% dos hospitais gerais e 13% dos hospitais especializados. (FONIF, 2018, p. 24).

O peso da representatividade destas instituições no Brasil é secular e demonstra quão essencial é o seu vínculo com o SUS para a sociedade. Exemplos expoentes de entidades filantrópicas são as Santas Casas de Misericórdia, ou apenas Santas Casas, as mais antigas e tradicionais entidades beneficentes de saúde que estão presentes nas capitais e em mais de mil cidades do interior do país. (BARATA; MENDES, 2005, p. 01).

2.3 As Santas Casas

2.3.1 Contexto histórico

As Santas Casas são as instituições de caridade mais antigas do Brasil e têm a sua narrativa descrita paralelamente à história do nosso país e do direito à saúde. Foi fundada, em 1498, a primeira Irmandade de Misericórdia¹¹ de Lisboa, Portugal, pela Rainha Leonor de Lancastre, estando dentre os objetivos iniciais 4 ramos: tratar os enfermos, patrocinar os presos, socorrer os necessitados e amparar os órfãos. (SILVA, 2011, p. 4).

¹¹ A Confederação das Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas (2020) disserta que a palavra misericórdia tem origem no latim e significa “doar seu coração a outrem” ou, em sentido amplo, “doar a quem necessita”. “As Santas Casas de Misericórdia trabalham com o objetivo de atender este princípio, recebendo os mais necessitados.”

Segundo a Confederação das Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas (2020), no Brasil, as primeiras Santas Casas surgiram logo após a chegada dos portugueses, anteriormente à organização jurídica do Estado Brasileiro, por meio da Constituição de 1824. “Até esta data já haviam sido fundadas as Santas Casas de Santos (1543); Salvador (1549); Rio de Janeiro (1567); Vitória (1818); São Paulo (1599); João Pessoa (1602); Belém (1619); São Luís (1657), Campos (1792) e Porto alegre (1803) entre outras.”

As mais antigas foram instaladas nas primeiras vilas criadas no litoral brasileiro, dado que “[...] o foco inicial de atendimento dessas Santas Casas era evitar as doenças trazidas por marinheiros que chegavam aos portos brasileiros – principal preocupação de “saúde pública” da época.” (OLIVEIRA; NETO; DONADONE, 2022, p. 3).

Barata e Mendes (2005, p. 01) explicitam que estas instituições foram construídas e mantidas com recursos arrecadados pelas comunidades e ajuda de entidades mantenedoras¹². Inicialmente, tinham caráter de caridade e amparo, porém, com a evolução da ciência médica, os serviços foram constituindo, progressivamente, verdadeiros hospitais, responsáveis pela quase totalidade da assistência médica hospitalar à população até o início do século passado.

Franco (2014, p. 18-19) contextualiza a historicidade das Santas Casas portuguesas e brasileiras até a independência do Brasil; relata que o século XVI foi marcado por período de implantação destas, numa dinâmica na qual a relevância política das localidades sobrepujou a realidade econômica. A partir do final do século XVII, a implantação de novas Misericórdias ocorreu de forma prudente, mantendo a Coroa posição cuidadosa, certamente ciente de escândalos financeiros, fracassos ou percalços enfrentados pelas instituições. Já no século XIX, as instituições filantrópicas tornaram a ser fundadas com maior regularidade. “Em boa medida, o modelo de Misericórdia que ganhou força no século XIX, [...], também contribuiu sobremaneira para fundar uma memória de sucesso desde os tempos coloniais.”

Barata e Mendes (2005, p. 2) aduzem que entre as entidades filantrópicas de saúde, instituídas no final do século XIX e início do século XX, estão os hospitais beneficentes, construídos com recursos e doações de grupos de migrantes, a fim de realizarem atendimento específico a seus integrantes. Salienta-se dentre estes alguns dos mais relevantes hospitais brasileiros, conhecidos por sua moderna infraestrutura médica, como os Hospitais da Beneficência Portuguesa de São Paulo, Sírrio-Libanês e Israelita Albert Einstein.

¹² Franco (2014, p. 18) confirma que as Misericórdias não recebiam significativas doações régias. “O financiamento feito marcadamente pelos *principais da terra* dificultou bastante a vida dessas instituições, observando-se ao longo dos três séculos uma irregular concessão de esmolas régias.”

Perceba-se o vínculo existente entre as Santas Casas e a saúde desde o Brasil colônia até os dias atuais. Paim (2009, p. 26), dissertando sobre o que é o SUS, evidencia o desenvolvimento da saúde ao longo da história do nosso país e, em todo o contexto, há a atuação das instituições beneficentes. Desta forma, no Brasil colônia “[...] a assistência aos pobres ficava por conta da caridade cristã, que abrigava indigentes, viajantes e doentes”. Além dos militares, que “[...] eram atendidos por cirurgiões-militares em hospitais das irmandades das santas casas, cabendo ao governo da Colônia o pagamento de uma taxa anual.”¹³

No período da República Velha (1889-1930), conta Paim (2009, p. 27-28) que realçava “[...] uma concepção liberal de Estado de que só cabia a este intervir nas situações em que o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada não fosse capaz de responder.” Relata o autor que este não-sistema foi formado ao longo do século XX, “[...] tendo como marca principal a separação entre as ações de saúde pública e a assistência médico-hospitalar.”

Antes do SUS, segundo Paim (2009, p. 31), a ordenação dos serviços de saúde no Brasil era fragmentada: “[...] de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, [...] como saúde pública, de outro, a saúde do trabalhador, [...]; e, ainda, as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e [...] assistência médica liberal, filantrópica e [...], empresarial.”

Sobre o acesso à saúde antes do sistema constituído em 1988, Saldiva e Veras (2018) alertam que se dava por três vias: pagamento pelo serviço particular via Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); Sistemas de assistência à saúde sindicalizada; e Sistemas misericordiosos como Santas Casas, Hospitais-Escola ou entidades de caridade.

Isso posto, ressalta-se que com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões para cada categoria de trabalhadores, e na segunda metade do século XX, com a sua unificação no Instituto Nacional de Previdência Social, apenas os brasileiros que se vinculassem ao mercado formal de trabalho e com carteira assinada tinham acesso à assistência médica da previdência social. “Aos demais restavam poucas opções: pagar pelos serviços médicos e hospitalares ou buscar atendimento em instituições filantrópicas, postos e hospitais de estados ou municípios.” Dentro do sistema previdenciário, afirma o autor que haviam convênios e contratos com os hospitais particulares e beneficentes. (PAIM, 2009, p. 33-34).

¹³ Essa lógica de saneamento das cidades e combate às doenças – que perdurou até a Primeira República – fez com que os médicos ganhassem espaço na prestação de serviços àqueles que podiam arcar com o valor de seus honorários, enquanto as Santas Casas recebiam os indigentes e os pobres que, por sua vez, eram atendidos por um pequeno grupo de médicos voluntários. (OLIVEIRA; NETO; DONADONE, 2022, p. 3).

Perceba-se que até a universalização do direito à saúde, com a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), as Santas Casas prestavam serviços de forma intercorrente, atendendo pessoas vinculadas a previdência social, por meio de contratos ou convênios com esta, ou prestando serviços de forma gratuita àqueles que não tinham condição de pagar o atendimento médico e os procedimentos, por caridade. Até o SUS, o direito à saúde pública era exercido de forma excludente, como se viu.

Após a Constituição de 1988, com a obrigatoriedade de o Estado prestar os serviços de saúde para toda a população, as Santas Casas alteraram o modo de realizar a filantropia e passaram a ser partes em contratos ou convênios junto ao poder público, a fim do desempenho dos serviços de saúde – ambulatoriais e hospitalares – de forma complementar, em caso de insuficiência da prestação direta pelo Estado. Logo, são o arquétipo do terceiro setor nesta área e, como entidades filantrópicas, são “[...] parceiras fundamentais do Estado na assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS.” (BARATA; MENDES, 2005, p. 03).

2.3.2 Representatividade das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos no SUS

Dados atuais demonstram o peso de sua participação na saúde pública. *A priori*, afirma-se que as Santas Casas são classificadas como entidades filantrópicas, como viu-se, sendo os seus dados apresentados em conjunto com as demais instituições presentes neste segmento.

Em 2017, foram mais de 250 milhões de procedimentos ambulatoriais realizados e 4,4 milhões de internações hospitalares. Considerando apenas as internações hospitalares, as instituições filantrópicas representaram 47% do valor total das internações no SUS. Ainda, de acordo com dados do Ministério da Saúde, 59% de todas as internações de alta complexidade no SUS são realizadas por hospitais filantrópicos. (FONIF, 2018, p. 19).

A Confederação das Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas (NETO, 2022), que representa 1.824 Hospitais Filantrópicos brasileiros, relata que o setor dispõe 169 mil leitos hospitalares e 26 mil leitos de UTI, sendo a Santa Casa ou Hospital Filantrópico o único hospital ou meio de acesso à saúde pública em 824 municípios do Brasil, “[...] com uma representatividade ao SUS nacional de 70% do volume assistencial da alta complexidade e 51% da média complexidade. Anualmente faz mais de 5 milhões de internações, 1,7 milhão de cirurgias e mais de 280 milhões de atendimentos ambulatoriais.”

Perceba-se a notoriedade do vínculo entre o SUS e as entidades filantrópicas, traduzida pela produtividade destas. Os benefícios são sentidos pelo sistema público, que consegue

alcançar regiões nas quais o equipamento estatal não está presente ou é insuficiente, bem como pela sociedade, que obtém o atendimento médico ou o procedimento de saúde de que necessita.

Neste ínterim, o Fórum Nacional das Instituições Filantrópicas (2018, p. 19-33) examinou a contrapartida do setor filantrópico para o Brasil em face da imunidade tributária, acerca do pagamento da cota patronal e verificou, a partir dos dados oficiais disponibilizados pela Receita Federal do Brasil e pelo Ministério da Saúde, que o retorno médio das instituições de saúde é de R\$ 8,26 para cada R\$ 1,00, ou seja, a cada um real de imunidade a instituição devolve para a sociedade oito reais e vinte e seis centavos de contrapartida. Para o Fórum, comprova-se a viabilidade e a atratividade da imunidade previdenciária, já que as entidades filantrópicas retornam o R\$ 1,00 investido e agregam R\$ 7,26 como superávit do investimento¹⁴.

Ratificada a natureza filantrópica das Santas Casas, bem como a sua participação no plexo de políticas públicas de saúde em conjunto com o Sistema Único de Saúde (SUS), via contratação para o desempenho de serviços de forma complementar, em caso de insuficiência da prestação direta do Estado, ressalta-se que a substancialidade da prestação de assistência à saúde pelas Santas Casas aliada ao regramento, ora ressaltado, de que estas destinam 60% ou mais dos seus atendimentos ao serviço público, indicam a indispensabilidade das filantrópicas no contexto da saúde, e simultaneamente, a relevância dos serviços prestados ao SUS para a sobrevivência destas, já que mais da metade dos atendimentos é direcionado ao setor público. (MACHADO; LELIS; CLARK, 2022a, p. 485).

A constatação da importância do serviço prestado pelas entidades filantrópicas ao SUS e da necessidade de manutenção da contratação se destoa da repercussão negativa que se vincula a sua forma de remuneração, a qual vem sendo apontada como causa do endividamento destas, mormente das Santas Casas.

2.3.3 Desequilíbrio econômico-financeiro advindo das contratações com o SUS

Com a instituição do sistema público de saúde, conforme a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), “[...] os hospitais filantrópicos, para cumprir os objetivos para os quais foram criados, devem cada vez mais oferecer serviços ao SUS e passam a depender progressivamente

¹⁴ Assim, os cerca de R\$12 bilhões anuais de renúncia do pagamento da cota patronal por parte das instituições filantrópicas não deveriam ser tratados como gastos, custos ou despesas, mas sim como investimentos, que trazem retorno financeiro e econômico, tangível e intangível, no curto e no longo prazo, para garantia da sustentabilidade e perenidade das instituições e do país. (FONIF, 2018, p. 11).

mais do financiamento do sistema e dos recursos públicos para sua existência.” (BARATA; MENDES, 2005, p. 6).

Sendo a parceria indispensável para ambas as partes, como viu-se, a contratação deve, ou deveria, cumprir a sua função social e econômica, ou seja, garantir a prestação do serviço de saúde para a população por meio do terceiro setor, e, em contrapartida, assegurar remuneração justa e condizente com o serviço para a entidade beneficente, que depende desta para a manutenção dos serviços.

Entretanto, há controvérsia acerca da remuneração das Santas Casas e outros hospitais filantrópicos, pelos serviços prestados ao SUS, que implica o questionamento deste impasse como causa do grande endividamento que, atualmente, acomete estas instituições, além de ser indicado como fator que dificulta ou impede a materialização do direito constitucional à saúde.

Neste sentido, a Confederação das Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas (NETO, 2022) assevera que a “[...] relação dos hospitais com o SUS, pública e notoriamente conhecida, é crescentemente deficitária já há mais de duas décadas, levando os hospitais a um alto endividamento, em mais de R\$ 20 bilhões, sucateamento das suas estruturas físicas e tecnológicas,” estado agravado durante a pandemia de COVID-19 que permanece sem resolução, impedindo o devido abastecimento de materiais e medicamentos com preços elevados, além de não possibilitar a adequação à inflação que atinge os custos hospitalares.

“Centros de referência ou mesmo a única opção de atendimento em centenas de cidades pelo país, as Santas Casas vivem uma situação comum de fechamento de unidades, endividamento bilionário, falta de estrutura e ameaças de encolhimento.” (CUNHA; SOUZA; FERREIRA, 2014, p. 7).

Para se ter dimensão das dívidas milionárias contraídas pelas Santas Casas, especificamente, expõe-se dois exemplos representativos da situação financeira grave enfrentada pelo setor, assim, dados do Balanço Contábil da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte e da Demonstração Financeira da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, as quais são duas das mais representativas Santas Casas da região sudeste do Brasil.

Acerca da Santa Casa de Belo Horizonte, dados do Balanço Contábil e Demonstração de Resultado (LIMA; CÔRTEZ; OLIVEIRA; COUTO; FILHO; PAULA; CHEIM, 2022, p. 117), publicado no Relatório de Sustentabilidade de 2021, demonstram dívidas milionárias que esta instituição tem como devedora de diversos Bancos, dentre estes o Bradesco, a Credicom, o Santander e a Caixa/BNDES:

Figura 1 – Demonstração das Dívidas milionárias da Santa Casa de BH com Instituições Financeiras

Instituição	Encargos	31.12.21		31.12.20	
		Circulante	Não Circulante	Circulante	Não Circulante
• Bradesco (a)	0,86% a.m	8.021.769	54.224.331	6.607.810	62.867.323
• Credicom (a)	0,28% a.m + CDI	5.205.260	26.173.594	3.539.046	33.844.140
• Santander (a)	0,86% a.m.	4.446.286	25.742.698	1.622.797	7.052.944
• Caixa/BNDES (b)	0,35% a.m + CDI	6.576.211	55.679.792	13.290.688	52.262.690
• Conta garantida Credicom		721.908	-	-	-
Total - R\$1		24.971.434	161.820.415	25.060.340	156.027.097

a) Os empréstimos contraídos com instituições financeiras privadas são destinados a capital de giro e investimentos, sujeitos a encargos usuais de mercado, mediante contratos com vencimentos variados e com cláusulas de renovação periódica. As garantias estão representadas por cessão de direitos creditórios de recursos a receber do SUS e aval dos dirigentes.

b) Em junho de 2021, a Santa Casa firmou, junto a Caixa Econômica Federal (agente financeiro), contrato de financiamento no valor de R\$62 milhões, mediante a quitação dos contratos de financiamento anteriores que, em 14 de julho, data do pagamento, apresentavam um saldo devedor de R\$ 62.256 mil.

Fonte: LIMA, CÔRTEZ, OLIVEIRA, COUTO, FILHO, PAULA, CHEIM (2022).

Depreende-se deste balanço contábil enorme passivo, circulante e não-circulante, advindo de empréstimos bancários contraídos pela Santa Casa de BH, os quais somados, evidenciam o montante total de R\$ 186.791.849,00 (cento e oitenta e seis milhões, setecentos e noventa e um mil e oitocentos e quarenta e nove reais), em dezembro de 2021.

De igual modo, conforme as Demonstrações Financeiras da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo do ano de 2021 (PAOLILLO; CARDENUTO; SILVEIRA; ROVERI; SIMÕES, 2022, p. 11-13), esta filantrópica também mantém dívidas milionárias com instituições financeiras como Caixa Econômica Federal e Bradesco. Observa-se que somados os passivos circulante e não circulante, expressa-se dívida oriunda de empréstimos bancários sob o valor total de R\$ 471.039.000,00 (quatrocentos e setenta e um milhões e trinta e nove mil reais), em dezembro de 2021.

Figura 2 - Demonstração das Dívidas milionárias da Santa Casa de SP com Instituições Financeiras

14. Empréstimos e financiamentos	31/12/2021	31/12/2020
Capital de giro - Caixa Econômica Federal (a)	434.693	396.918
Capital de giro - Banco Bradesco	31.321	24.220
Conta garantida	5.025	3.622
	471.039	424.760
Circulante	250.996	424.760
Não circulante	220.043	-

[...]

Passivos financeiros não derivativos	Valor contábil	31/12/2021					
		Vencido até 6 meses	Vencido de 6 a 12 meses	Vencido Acima de 12 meses	A vencer até 6 meses	A vencer de 6 - 12 meses	A vencer Acima de 12 meses
Fornecedores	112.973	26.590	8.712	45.347	32.063	261	-
Empréstimos e financiamento	471.039	-	-	-	126.926	124.070	220.043
Outras contas a pagar	62.470	489	-	-	49.612	300	12.069
	646.482	27.079	8.712	45.347	208.601	124.631	232.112

Fonte: PAOLILLO, CARDENUTO, SILVEIRA, ROVERI, SIMÕES (2022).

Tal contexto econômico-financeiro grave, que afeta negativamente a manutenção dos serviços das entidades filantrópicas, em especial das Santas Casas, tem como causa apontada por estas a remuneração insuficiente recebida do SUS, principalmente devido à falta de correção inflacionária da remuneração dos serviços prestados, advinda das parcerias com o Estado para a prestação de ações e serviços de saúde.

Barata e Mendes (2005, p. 6) apontam a dicotomia existente na relação entre hospitais filantrópicos e o SUS, na qual há a dependência crescente das entidades de recursos públicos, embora seja instável o sistema de financiamento estatal, que não retribui com justiça a assistência oferecida pelos hospitais, bem como salientam dois episódios históricos, os quais demonstram que a questão não é atual ou pontual.

- em 1992 os hospitais filantrópicos prestadores de serviços do SUS enfrentam uma grande crise financeira, devido à atrasos de pagamento pelo sistema, quase resultando na insolvência no setor;
- em 2004, uma nova crise se manifesta no setor, pois embora não exista atraso nos pagamentos, os valores das tabelas do SUS que remuneram os procedimentos dos hospitais filantrópicos são insuficientes para cobrir seus custos [...]. (BARATA; MENDES, 2005, p. 6).

Em manifestação da Confederação das Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas na Câmara dos Deputados (CÉSAR, 2022), acerca dos impactos do Projeto de Lei nº 2.564/2020, sobre o piso da enfermagem, reafirmou-se o cenário de déficit financeiro oriundo do vínculo com o SUS, expondo-se que, em média para cada R\$ 100,00 de custo o SUS remunera 60%, bem como, nos últimos cinco anos, relatou-se, mais de 80 hospitais filantrópicos encerraram os atendimentos ao SUS ou fecharam – de 2015 até fevereiro de 2022, 153 estabelecimentos de saúde.

Veja-se que a distorção dos valores, devidos e recebidos pelas Santas Casas, advindos da prestação de serviços ao SUS, é apontada, ultimamente, como causa do endividamento destas. Este desequilíbrio econômico e financeiro despreza a constatação da importância do serviço prestado pelas entidades filantrópicas ao SUS e a necessidade de manutenção da contratação, bem como está ligada a sua forma de remuneração, definida pelo parâmetro da tabela de procedimentos do SUS, política pública remuneratória criada para unificar a forma de pagamento dos serviços contratados pelo sistema público, no âmbito complementar.

Sobreleva-se que a distorção financeira ocasionada pela remuneração destas filantrópicas carrega em si o atributo da juridicidade, dado o pagamento das Santas Casas, via tabela SUS, se constituir instrumento que viabiliza o direito constitucional à saúde, mas que, se insuficiente, pode dificultar ou impedir o exercício deste direito, normatizado como dever do

Estado pela primeira vez na Constituição de 1988, e que garante uma das políticas públicas mais inclusivas do país.

Logo, o exame jurídico da faticidade, que será esmiuçado no próximo capítulo, será delineado sob o olhar do direito econômico, ramo do direito, que, conforme Clark e Corrêa (2009, p. 4245) tem “[...] a difícil missão de depurar as pretensões conflitantes em justas ou injustas, legítimas ou ilegítimas de acordo com a opção político-constitucional da ordem econômica.”

2.4 O Direito Econômico

O marco teórico deste trabalho é o Direito Econômico, conforme bem ensina o professor Washington Peluso Albino de Souza. A escolha deste norte para o estudo se fundamenta no exame constitucional que o Direito Econômico proporciona sobre as políticas públicas, econômicas e sociais, a fim de garantir a proteção e a simetria dos direitos individuais e coletivos dispostos no texto constitucional. Tal orientação interpretativa depreende-se do conceito enunciado pelo insigne professor:

Direito Econômico é o ramo do Direito que tem por objeto a “juridicização”, ou seja, o tratamento jurídico da política econômica e, por sujeito, o agente que dela participe. Como tal, é o conjunto de normas de conteúdo econômico que assegura a defesa e harmonia dos interesses individuais e coletivos, de acordo com a ideologia adotada na ordem jurídica. Para tanto, utiliza-se do “princípio da economicidade”. (SOUZA, 2017, p. 23),

Perceba-se que para o professor Washington Peluso Albino de Souza, o Direito Econômico tem por objeto o tratamento jurídico da política econômica, por meio da análise do cumprimento dos ditames constitucionais que devem ser norteadores das políticas públicas, econômicas e sociais, bem como das políticas privadas. Quanto à possível indagação sobre a vinculação entre a “ordem jurídica” e a “ordem econômica”, o professor Washington Peluso “[...] entende que a compreensão do lícito/ilícito (econômico e jurídico) depende do reconhecimento da interinfluência ou justaposição das referidas ordens, como condição para se falar em uma ‘ordem normativa econômica’.” (CLARK; CORRÊA; NASCIMENTO, 2020, p. 40).

É o que se propõe neste trabalho. Tratar juridicamente a política remuneratória dos hospitais filantrópicos, mormente das Santas Casas, expondo-se o vínculo entre o econômico e a problemática jurídico-econômica que o circunda, confrontando-se esta com a garantia do

direito à saúde, serviço atribuído, primordialmente, ao Estado pela Constituição de 1988 (BRASIL, 1988).

Tal intuito é possível, pois, como sobreleva Castro (2015, p. 67), existe uma premissa estabelecida “[...] de que o constitucionalismo, enquanto movimento social e político, define limites aos poderes exercidos dentro do Estado e garante direitos aos governados, [...]”; como os limites partem da constituição para o Estado, estes devem ser estudados e observados quando da feitura, execução e análise de políticas públicas, econômicas e sociais, bem como devem ser garantidos os direitos dos governados, mormente aqueles que se revestem como obrigações do Estado, como é o direito constitucional-social à saúde.

Logo, a verificação jurídica da política econômica deve se coadunar com a Constituição Econômica – núcleo central dos artigos 170 a 192 do texto constitucional (BRASIL, 1988) – e sua ideologia adotada, tese enfatizada pelo professor Washington Peluso Albino de Souza (2017), inclusive quando se refere à remuneração do serviço de saúde, em face do dever estatal, descrito constitucionalmente. (MACHADO; LELIS; CLARK, 2022a, p. 489).

A presença de temas econômicos, quer esparsos em artigos isolados por todo o texto das Constituições, quer localizados em um de seus “títulos” ou “capítulos”, vem sendo denominada “Constituição Econômica”.

Significa, portanto, que o assunto econômico assume sentido jurídico, ou se “juridiciza”, em grau constitucional. (SOUZA, 2017, p. 209).

O Direito Econômico, então, insere a sua força de atuação na busca pelo respeito à Constituição Econômica, *locus* no qual reside a ideologia constitucionalmente adotada pela ordem jurídico-político-econômica.

Ursine (2017, p. 143) destaca que este ramo do direito tem como objeto a política econômica juridicizada e pode contribuir para a solução dos problemas nacionais. Assim “A Constituição Econômica de 1988 foi elaborada para conter princípios e valores que estruturam a ideologia constitucionalmente adotada, que por sua vez, equilibra as relações econômicas e sociais, [...]”.

Nesta seara, com o intuito de pormenorizar o conceito de Direito Econômico, fundamento da linha argumentativa deste trabalho, insta esclarecer o conteúdo e a profundidade do que o professor Washington Peluso Albino de Souza denominou como ideologia adotada na ordem jurídica, dado que a base do pensamento deste ramo do direito permeia, filosófica e concretamente, o alcance do que se conhece hoje como ideologia constitucionalmente adotada.

2.4.1 Ideologia Constitucionalmente Adotada

Clark, Corrêa e Nascimento (2020, p. 41-42) dissertam que não é fácil identificar a obra na qual a noção de “ideologia constitucionalmente adotada” teria sido apresentada pelo saudoso professor Washington Peluso Albino de Souza, dado que esta categoria representa, a bem da verdade, “‘eixo argumentativo’ construído lentamente no decorrer dos anos [...]”, porém, esta noção permeou a vasta obra do professor sobrelevado, ao longo de décadas de suas pesquisas em Direito Econômico.

A priori, afirma-se que a base da ideologia adotada numa ordem jurídica é a constituição, fonte do Estado de Direito, bem como de todos os ramos do ordenamento jurídico, como é o Direito Econômico. Rememora-se, como faz Castro¹⁵ (2015, p. 64), que a constituição se denota como ato político-social, que objetiva limitar o poder arbitrário, por meio do “[...] estabelecimento de conjunto de normas, definindo uma ordem constitucional a ser seguida por determinado povo, em determinado território, ou seja, o fundamental enquadramento do Estado num sistema normativo que estabelece os elementos fundantes da convivência em sociedade.”

Via de regra, os textos constitucionais modernos definem, além da separação de poderes e direitos e garantias individuais, a ordem jurídico-político-econômica, a qual se espera verificar ou instituir concretamente. Para a definição da ordem jurídico-político-econômica, a Constituição carrega, em si, ideologia formada pelo conjunto de ditames ideológicos políticos distintos que estão ali previstos, como normas jurídicas, as quais compõem o sistema ou regime jurídico, e, embora possam ser incompatíveis quando consideradas isoladamente, na Constituição harmonizam-se e não se alteram ou anulam na lógica interpretativa constitucional, devendo a regulamentação da política econômica nacional efetivá-la. (SOUZA, 2017, p. 176 – 184; MACHADO; LELIS; CLARK, 2022a, p. 490).

Desse modo, assim que a ordem jurídica, constitucional-econômica, prescreve o processo produtivo e as relações econômicas, identifica a ideologia constitucional, ou seja, “[...] aquela definida, em Direito Positivo, no Estado de Direito, pela Constituição vigente, em cada época e em cada país.” (SOUZA, 2017, p. 28-29; MACHADO; LELIS; CLARK, 2022a, p. 490).

Em termos gerais, “ideologia constitucionalmente adotada” refere-se ao processo jurídico-político de conversão de “ideologias econômicas puras” (capitalismo,

¹⁵ A ideia de constitucionalismo está centrada na instituição de regras que permitam estabelecer limites aos prováveis arbítrios daqueles que estão investidos de poder de regência dos assuntos da sociedade. (CASTRO, 2015, p. 64).

nacionalismo, socialismo) em uma ordem juridicamente positivada, mesclando-as em um único texto a ser aplicado. Trata-se de um mecanismo de juridificação do discurso ideológico construído, no plano econômico-político, pelo Poder Constituinte. Em última análise, a constitucionalização de fatos econômicos significa uma alteração do tipo de “ordem”, isto é, a transmutação de institutos do sistema econômico – e, por isso, aberto a quaisquer ideologias – para uma ordem jurídico-econômica. (CLARK; CORRÊA; NASCIMENTO, 2020, p. 42).

Notadamente, no momento em que a ordem jurídica disciplina a ordem econômica, assume a condição ideológica, no texto constitucional, e “[...] configura-se o regime político econômico juridicamente regulamentado para aquela nação, enquanto vigir aquela constituição.” (SOUZA, 2017, p. 183).

Castro (2015, p. 70) preleciona que após incorporada ao texto constitucional, a perspectiva econômica do Estado revela-se, por meio da Lei fundamental, como “[...] fonte de todo o restante do ordenamento jurídico de que disponha sobre a matéria, assim como orientadora de todas as medidas econômicas tomadas pelos órgãos estatais na busca pela efetivação dos valores também previstos na Constituição.”

À luz da temática central deste trabalho, observa-se, assim como Santos e Funcia (2020), que a constituição predispôs o direito à saúde como direito constitucional-social, e, ao reconhecê-la como direito, instituiu sistema jurídico-administrativo para integrar as ações e serviços públicos de saúde de todos os entes federativos e definiu matriz orçamentária para direcionar o seu financiamento, imprescindível para a concretização do direito social; desta forma, previu o tripé da saúde, formatado pelo direito posto, o sistema único e o seu financiamento.

Desta forma, a Constituição definiu o processo de implementação deste direito constitucional-social, que necessita de atuação estatal, por meio das políticas públicas, as quais são dependentes de fatores políticos, jurídicos e econômicos, a fim de informar e interpretar o direito para sua concretude, regulamentá-lo na ordem jurídica e manter a garantia deste para a sociedade. E, neste ponto, insere-se o trabalho, que busca explorar a política remuneratória das Santas Casas e outros hospitais filantrópicos, meio que viabiliza o cumprimento do serviço público de saúde.

Todo este regime se constitui por conjunto de princípios harmonicamente dispostos, ou melhor, a Constituição de 1988 ressalta a ideologia constitucionalmente adotada, a qual define os parâmetros e oferece os fundamentos de interpretação, compondo-se de princípios distintos, independente se ideologicamente contrapostos, já que como não admite a oposição, indica a harmonização destes, de forma plural. (SOUZA, 2017, p. 232). A leitura que se deseja traçar, à luz do Direito Econômico, permeará o exame da política econômica que deveria incidir sobre

a tabela de procedimentos do SUS, em face de preceitos jurídicos correlatos, bem como dos entraves à verificação adequada desta na faticidade e no ordenamento normativo.

Clark, Corrêa e Nascimento (2020, p. 82) preconizam que a ideologia constitucionalmente adotada, que diversas vezes representa um híbrido das ideologias puras – atua ao mesmo tempo como alicerce da ordem econômica constitucional e como limitação contra interpretações que desejam impor a sua ideologia ou do grupo que representa.

A harmonização dos princípios constitucionais, a fim da formatação da ideologia constitucionalmente adotada é realizada com fundamento no princípio hermenêutico da economicidade, este, consoante o jurista Washington Peluso Albino de Souza (SOUZA, 2017, p. 32), afirma-se como instrumento de interpretação e decisão para coadunar dispositivos ideologicamente passíveis de oposição, mas que, adotados e admitidos pelo constituinte, passam a ter convivência harmônica.

Quando aplicado, o princípio hermenêutico da economicidade buscará o justo, entre tantas possibilidades consideradas certas ou justas, presentes na ideologia constitucionalmente adotada, consagrando o próprio sentido do econômico à flexibilidade político-econômica necessária, para que o justo seja alcançado. (SOUZA, 2017, p. 56).

Este princípio, entendido como instrumento hermenêutico, nas palavras de Clark e Corrêa (2009, p. 4247), “[...] reflete a preocupação em apresentar uma racionalidade jurídico-econômica, na medida em que busca harmonizar elementos conflitantes e contraditórios.”

A economicidade, então, torna-se pressuposto de aplicação da ideologia constitucionalmente adotada no caso concreto, e é determinada pela “[...] medida do ‘econômico’ segundo a ‘linha de maior vantagem na busca da justiça’”. Essa medida é determinada pela ‘valoração jurídica’ atribuída, pela Constituição, ao ‘fato’ de política econômica, objeto do Direito Econômico.” (SOUZA, 2017, p. 30). Na perspectiva deste trabalho, o princípio hermenêutico da economicidade será pressuposto interpretativo para se verificar os entraves e a justa medida resolutive da problemática jurídico-econômica.

Neste ponto, insta destacar que a intercessão que o Direito Econômico provoca, pela vinculação entre as ordens jurídica, política e econômica, implica modo de análise específico do fato econômico, que consiga alcançar a verificação da justa medida na faticidade, conectando-se todas as nuances que contribuem para a formação do conjunto normativo aplicável ao caso. Considerando-se as peculiaridades deste ramo do Direito e a necessária interpretação sistêmica, explana-se o Método Analítico Substancial como parâmetro metodológico utilizado neste estudo.

2.4.2 *Método Analítico Substancial*

O método analítico substancial foi desenvolvido pelo professor Washington Peluso Albino de Souza diante da constatação das interfaces que o Direito Econômico apresenta com a Ciência Econômica e a Ciência Política, por versar sobre o fato econômico, na modalidade político-econômica. Dado a natureza múltipla de análises, os métodos jurídicos tradicionais não conduzem ao resultado desejado, do mesmo modo que os métodos das ciências econômica e política não contemplam os interesses individuais e sociais pela perspectiva dos “juízos de valores jurídicos”. Logo, o referido professor viu a necessidade de criar método comum às áreas, com o intuito de investigar o fato econômico em sua configuração política, enquanto considerada conteúdo das normas de Direito Econômico. (SOUZA, 2017, p. 105).

Sob este prisma, almeja-se esmiuçar a remuneração das Santas Casas, por meio da tabela de procedimentos do SUS, política remuneratória do contexto complementar de saúde, detalhando a sua problemática, em face de regras do Direito Econômico, a medida proposta como solução e o papel institucional do direito, no que tange à normatização, implementação, manutenção e interpretação desta, logo, como meio de cumprimento do dever de saúde, endereçado ao Estado pela Constituição de 1988, sem perder de vista o caráter jurídico que deve conter esta dissertação.

“Segundo explicações de Souza, trata-se de método misto, que se vale de métodos clássicos, aplicando o processo indutivo para obtenção da explicação do fato sob análise, passando ao processo dedutivo para a aplicação às hipóteses supervenientes.” (CASTRO, 2015, p. 139). Posto isso, debruçar-se-á sobre o tema seguindo-se as orientações de aplicação deste método, partindo-se do fato originário (político econômico) para se chegar à conclusão (jurídica), constituindo o processo em três etapas:

- a) “observação” do “fato econômico”, que vai figurar como “núcleo” ou “substância” da “norma de Direito Econômico”, nesta primeira fase do raciocínio [...];
- b) “caracterização” da “política econômica”, como “elemento substancial”, nesta segunda fase, pelo ajustamento do “fato econômico” à “ideologia [...]”;
- c) elaboração das “hipóteses” e das “conclusões” jurídicas relativas ao “fato político-econômico”, dando-lhes o tratamento de “fato jurídico” em toda a extensão de suas manifestações, não só na identificação da “norma” em que figura como conteúdo, mas também da “regra”, assim como na elaboração, na interpretação, na aplicação das leis, ou mesmo na pesquisa científica do Direito Econômico.” (SOUZA, 2017, p. 106).

Por conseguinte, passa-se à análise da tabela de procedimentos do SUS, base da política remuneratória das Santas Casas e de outros hospitais filantrópicos, após, será feito o seu ajustamento à ideologia constitucionalmente adotada, consoante o conteúdo de regras de

Direito Econômico aplicáveis à conjuntura, por fim, explorar-se-á a compreensão institucional do direito na política econômica, apontando-se os específicos papéis do processo decisório, na seara das políticas públicas, e os entraves jurídicos que obstam a ocorrência fática da solução proposta.

3 A TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SUS E AS REGRAS DO DIREITO ECONÔMICO

A tabela de procedimentos do SUS é reconhecida como a base da política remuneratória no contexto da prestação complementar de saúde, consoante se depreende do parágrafo sexto do artigo 130 da Portaria de Consolidação nº 1 de 2017 (MS) (BRASIL, 2017a). Antes de adentrar em sua seara, serão apresentadas as características das contratações das entidades filantrópicas, as quais influenciam a forma de remuneração do setor.

3.1 A Contratação e a Remuneração das Santas Casas pelo Estado na Área da Saúde

Considerando a insuficiência dos serviços de saúde prestados diretamente pelo Estado, o constituinte originário previu a prestação complementar de saúde¹⁶, segundo o artigo 199, parágrafo primeiro, da Constituição da República de 1988 (BRASIL, 1988), por meio da contratação de serviços de saúde privados, de entidades com ou sem fins lucrativos.

Esta relação jurídica foi regulamentada pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), artigos 24 a 26, a qual previu que diante da insuficiência de disponibilidade de garantia de saúde para a população de uma determinada área, o sistema de saúde público pode recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada, tendo prioridade na contratação as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Desta forma, após certificada a ausência do serviço na localidade, e comprovada a impossibilidade do SUS satisfazer a necessidade por seus próprios meios, o gestor deve contratar a instituição privada, preferencialmente entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, para que esta preste os serviços em seu estabelecimento, cumpridas as diretrizes do SUS. (MACHADO; LELIS; CLARK, 2022a, p. 486).

“Na parceria que se dá entre as duas partes é dever da unidade hospitalar prestar os serviços contratados e administrar as despesas oriundas destes, enquanto cabe ao Estado regular e financiar essas ações.” (NEVES; FERREIRA; TONELLI, 2018, p. 852).

Machado, Lelis e Clark (2022a, p. 486) asseveram que, acerca das instituições beneficentes, como as Santas Casas, atuantes sob o regime da complementaridade, os serviços hospitalares, internações, atendimentos ambulatoriais e urgências são pactuados por meio dos

¹⁶ Havendo comprovada insuficiência, a rede pública poderá ser complementada pelos serviços privados, que passarão a integrá-la nos limites de insuficiência, com preferência na contratação dos serviços das entidades sem finalidades lucrativas. (SANTOS, 2015, p. 819).

convênios ou contratos, conforme o artigo 199, parágrafo primeiro, da Constituição da República (BRASIL, 1988) e artigo 130, parágrafo terceiro da Portaria de Consolidação nº 1 de 2017 (BRASIL, 2017a) e artigo 3º da Portaria nº 1.034 de 2010 (BRASIL, 2010), ambas do Ministério da Saúde¹⁷.

Nesse sentido, como foi exposto, dentre as configurações contratuais utilizadas para reger as parcerias do SUS com estas instituições, no contexto hospitalar, evidencia-se as celebrações de parcerias para a prestação da assistência à saúde, tendo como contrapartida o repasse de recursos baseado na produção das entidades. “Essa relação contratual normalmente se resumia em transferências financeiras para pagar procedimentos ambulatoriais e/ ou hospitalares.” (NEVES; FERREIRA; TONELLI, 2018, p. 852).

Também pode ser estabelecida a contratualização entre o ente público e as instituições hospitalares parceiras, esta representa um aprofundamento contratual, além do pacto anterior, que prevê a prestação de serviços em correspondência ao valor ajustado. Deste modo, a contratualização tem como intuito a formalização da relação entre gestores públicos de saúde e hospitais integrantes do SUS, por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes que promovam a qualificação da assistência e da gestão hospitalar – consoante o artigo 3º, parágrafo único, do Anexo 2 no Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2 de 2017 (MS) (BRASIL, 2017b), tendo-se como norte a definição de obrigações além das cláusulas regulares, como estabelecimento de metas qualitativas e quantitativas, relacionadas à gestão, assistência, avaliação, ensino e pesquisa, sendo o documento descritivo destas anexado ou parte integrante do termo contratual, conforme pode-se depreender dos artigos 21 e seguintes do Anexo 2 no Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2 de 2017 (MS) (BRASIL, 2017b).¹⁸

Em regra, a remuneração é realizada pelo ente ou órgão responsável pela gestão do serviço contratado. Neste âmbito, mister se faz ressaltar que a Portaria de Consolidação nº 6 de 2017 (MS) (BRASIL, 2017c), que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência

¹⁷ Art. 130. Nas hipóteses em que a oferta de ações e serviços de saúde públicos próprios forem insuficientes e comprovada a impossibilidade de ampliação para garantir a cobertura assistencial à população de um determinado território, o gestor competente poderá recorrer aos serviços de saúde ofertados pela iniciativa privada. § 3º. A participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no SUS será formalizada mediante a celebração de contrato ou convênio com o ente público, observando-se os termos da Lei nº 8.666, de 1993, e da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de acordo com os seguintes critérios: I - convênio: firmado entre ente público e a instituição privada sem fins lucrativos, quando houver interesse comum em firmar parceria em prol da prestação de serviços assistenciais à saúde; e II - contrato administrativo: firmado entre ente público e instituições privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto do contrato for a compra de serviços de saúde. (BRASIL, 2017a).

¹⁸ Art. 21. A contratualização será formalizada por meio de instrumento celebrado entre o gestor do SUS contratante e o prestador hospitalar sob sua gestão, com a definição das regras contratuais, do estabelecimento de metas, indicadores de acompanhamento e dos recursos financeiros da atenção hospitalar. (BRASIL, 2017b).

dos recursos federais para as ASPS, estabelece como bloco a Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (artigos 173 e seguintes), implicando o financiamento federal dos seus dois componentes: Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC – e Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC¹⁹.

Conforme o artigo 174 do normativo citado (BRASIL, 2017c), o Componente Limite Financeiro da MAC dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios será destinado ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde e de incentivos transferidos mensalmente.

Logo, os serviços contratados ou contratualizados pelo SUS, acerca da média ou alta complexidade ambulatorial e hospitalar, são financiados por meio de repasses federais aos Estados e Municípios, que recebem os valores e fazem a quitação das remunerações acordadas com os parceiros filantrópicos.

Kos, Santos, Klein e Scarpin (2015, p. 1) asseveram que independente do ente ou órgão que executa o pagamento, o SUS mantém o sistema de informações para os serviços ambulatoriais (SIA) e o sistema de informações para os serviços hospitalares (SIH). Dessa forma, o processamento das informações pelo SUS é realizado, de forma centralizada, pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), órgão do Ministério da Saúde, embora a quitação dos serviços complementares ocorra de forma desconcentrada, sendo a remuneração²⁰ devida calculada com base em tabela única de valores, definida pelo ministério. (MACHADO; LELIS; CLARK, 2022a, p. 487).

Martins, Ávila e Massuda (2003) afirmam que por meio do SUS, o governo administra os gastos com saúde e define o valor de cada procedimento ou serviço. Assim, por meio de regulamentação, o Estado se torna o maior agente financiador do sistema, reembolsando hospitais e clínicas públicos ou privados com base na tabela de procedimentos do Ministério da Saúde. Logo, a receita dos hospitais parceiros é uma variável dependente da sistemática estatal. (MACHADO; LELIS; CLARK, 2022a, p. 487).

¹⁹ Embora a sistemática do financiamento federal em blocos de financiamento, como prescrevia a Portaria n° 204 de 2007 (MS) (BRASIL, 2007c) tenha sido alterada, condensando-se os seis blocos – dentre os quais o MAC – em dois, conforme a atual redação da Portaria de Consolidação n° 6 de 2017 (BRASIL, 2017c), do Ministério da Saúde, continuam vigentes os artigos do último normativo que explicitam o bloco de financiamento da média e alta complexidade (artigos 173 e seguintes da Portaria de Consolidação n° 6 de 2017) (MS), a fim de se calcular o valor do repasse.

²⁰ Os recursos financeiros são recebidos pelas parceiras privadas para que estas, justamente pela qualidade de não estatais, bem executem as tarefas pactuadas, em lugar de ocuparem-se — como se Estado fossem — do gerenciamento do orçamento público. (SUNDFELD; SOUZA, 2011, p. 75).

O *modus* remuneratório, na contratação dos filantrópicos, permeia a verificação da produção destes por meio do registro das ações e serviços de saúde nos sistemas de informação hospitalar e ambulatorial. Já na contratualização, tendo em vista a assunção de mais responsabilidades pelo filantrópico contratualizado, o cálculo da remuneração é impactado por outras variáveis, além da sua produtividade, posto que engloba incentivos vinculados ao alcance das metas quali quantitativas, conforme prescrevem os artigos 14 e seguintes do Anexo 2 no Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2 de 2017 (MS) (BRASIL, 2017b).

Dessarte, o artigo 16 do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2 de 2017 (MS) (BRASIL, 2017b) expressa que “Os hospitais públicos e privados sem fins lucrativos serão financiados, preferencialmente, por orçamentação parcial, de acordo com o perfil assistencial, infraestrutura, recursos humanos e seu papel na RAS”.

Segundo os artigos 15 e 18 do mesmo normativo (BRASIL, 2017b), o orçamento parcial é o modelo de financiamento composto por um valor pré-fixado e um valor pós-fixado. No valor pós-fixado, estão inseridos os valores destinados ao custeio de um hospital condicionado ao cumprimento das metas de produção, composto pelo valor dos serviços de alta complexidade e do Fundo de Ações Estratégicas de Compensação (FAEC), calculados a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção apresentada pelo hospital e autorizada pelo gestor contratante.

O artigo 17 da norma citada (BRASIL, 2017b) prescreve que o valor pré-fixado será composto pela série histórica de produção aprovada da média mensal dos doze meses anteriores à celebração do contrato da média complexidade, bem como por todos os incentivos de fonte federal, estadual, distrital ou municipal, vinculados ao alcance das metas quali quantitativas. É característico, então, dos dois valores que compõem a remuneração da contratualização a consideração da produtividade da instituição, acerca da média e alta complexidade, apresentada pelo hospital ao gestor.

Com a contratualização, os pagamentos mensais passam a ser definidos pela média dos últimos períodos avaliados e inserem-se metas nos eixos da gestão e da assistência que podem impactar no valor a ser recebido. Os procedimentos de alta complexidade, leitos de UTI e os serviços financiados por programas especiais do Ministério da Saúde continua sendo pagos por produção. (NEVES; FERREIRA; TONELLI, 2018, p. 861).

Veja-se que, semelhantemente à análise da produtividade do filantrópico, quando da apuração da remuneração, nas contratações pelo ente público para a prestação da assistência à

saúde, na contratualização, no âmbito da consolidação do orçamento parcial, para a aferição dos valores pré e pós-fixados, examina-se a produção das instituições.

A verificação da produtividade destas, de forma direta, na contratação, ou, indiretamente, na contratualização, é essencial para o entendimento da política remuneratória deficitária das entidades filantrópicas, posto que na consolidação da produção, nas duas situações contratuais, quanto aos serviços prestados para o sistema público, para o deslinde da sua remuneração, há a incidência da tabela de procedimentos do SUS como parâmetro de remuneração unitária. Mas, o que é esta tabela? Como é definida e aplicada? Qual a sua problemática? É o que se passa a examinar.

3.2 A Tabela de Procedimentos do SUS

A referência de remuneração do serviço complementar é formatada hoje, unitariamente, pela Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais – OPM – do SUS, implantada pela Portaria n° 321 de 2007 (MS) (BRASIL, 2007a), e em vigor desde janeiro de 2008, conforme a Portaria n° 1.541 de 2007 (MS) (BRASIL, 2007b), a qual definiu a apresentação das produções ambulatorial e hospitalar do SUS somente em conformidade com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS, hoje revogadas pela Portaria de Consolidação n° 1 de 2017 (MS) (BRASIL, 2017a). Foi aprovada e publicada pela Portaria n° 2.848 de 2007 (MS) (BRASIL, 2007d). Tem a “[...] finalidade de controlar os atendimentos prestados pelo Sistema Único de Saúde e remuneração dos serviços prestados por instituições credenciadas ao SUS.” (FRANÇA; GIUSTINA, 2015).

3.2.1 Origem

Araújo, Neto e Lucena (2017) dissertam que a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais – OPM – do SUS foi instituída para substituir as anteriores tabelas de procedimentos dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar – SIA e SIH/SUS, com o desiderato de empregar as tecnologias de informação para a unificação, como referência para ações de planejamento, programação, regulação e avaliação em saúde.

A fim de tornar possível essa unificação, foi necessário adotar um padrão único de registro da informação em saúde, o que implicou a necessidade de adequar os diferentes sistemas existentes no SUS, ao mesmo tempo em que se garantiu a preservação de suas respectivas séries históricas (Brasil, 2007). (GUIMARÃES; MAIA; TOMASSINI; ARAUJO; LUCENA, 2015, p. 96).

Guimarães, Maia, Tomassini, Araujo e Lucena (2015, p. 96-98) retratam o contexto histórico que remonta a implantação da tabela de procedimentos do SUS. Afirmam que na área da saúde, foi instituído o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS/AIH) na década de 1980, que tinha o intuito de efetuar pagamentos aos hospitais contratados pelo extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

Após a criação do SUS e a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, foi criado, em 1991, o Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) e, em 1995, foi implantado o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). Os dois sistemas tinham como objetivo o faturamento fazendário por produção de serviços de saúde e foram originados com tabelas de procedimentos próprias e distintas, o que implicou duplicidade de procedimentos nessas tabelas para o registro de mesma ação ou serviço de saúde. “Havia, portanto, códigos e valores financeiros distintos para um mesmo procedimento em cada tabela. Dessa forma, a integração das bases de dados, para efeito de estudos, análises e planejamento em saúde, tornava-se uma tarefa difícil para os gestores e estudiosos do SUS.” (GUIMARÃES; MAIA; TOMASSINI; ARAUJO; LUCENA, 2015, p. 96).

Atentando-se para as adversidades provocadas pela existência dividida das referidas tabelas, iniciou-se, no ano de 2003, o processo de avaliação da unificação das Tabelas SIA/SUS e SIH/SUS, optando-se por adaptar a estrutura da Tabela SIA/SUS, por questões metodológicas. (GUIMARÃES; MAIA; TOMASSINI; ARAUJO; LUCENA, 2015, p. 97).

O processo de unificação das tabelas de procedimentos do SUS teve, portanto, como objetivo primordial a integração das bases de dados ambulatorial e hospitalar, a fim de tornar a tabela de procedimentos em um eficiente instrumento de gestão para as ações de planejamento, programação, regulação e avaliação em saúde. Conseqüentemente, essa ação levaria ao fortalecimento do processo de construção de um sistema unificado de informação da atenção à saúde. (GUIMARÃES; MAIA; TOMASSINI; ARAUJO; LUCENA, 2015, p. 97-98).

Corolariamente ao procedimento de unificação das Tabelas SIA/SUS e SIH/SUS, foi implantada a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS, que se encontra vigente desde janeiro de 2008, como se viu, bem como perderam sua utilidade, desde esta data, as Tabelas de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS – e do Sistema de Informação

Hospitalar – SIH/SUS, servindo apenas para referência histórica, conforme artigo 3º da Portaria nº 2.848 de 2007 (MS) (BRASIL, 2007c).²¹

3.2.2 Características principais e aplicação da Tabela SUS

A sistemática da tabela é definida hoje pela Portaria de Consolidação nº 1 de 2017 (MS) (BRASIL, 2017a), que, por meio do Anexo XVII, prescreve a estruturação desta por 4 níveis de agregação:

3.1.GRUPO - Abrange o maior nível de agregação da tabela-primeiro nível. Agrega os procedimentos por determinada área de atuação, de acordo com a finalidade das ações a serem desenvolvidas.

3.2.SUBGRUPO - Segundo nível de agregação da tabela. Agrega os procedimentos por tipo de área de atuação.

3.3.FORMA DE ORGANIZAÇÃO - Terceiro nível de agregação da tabela. Agrega os procedimentos por diferentes critérios: Área Anatômica; Diferentes Sistemas do Corpo Humano; Por Especialidades; Por Tipos de Exame; Por Tipos de Órtese e Prótese; Por Tipos de Cirurgias; outros.

3.4.PROCEDIMENTO - É o menor nível de agregação da tabela ou quarto nível - É o detalhamento do método, do processo, da intervenção ou da ação que será realizada no usuário, no ambiente e ainda no controle ou acompanhamento dos atos complementares e administrativos ligados direta ou indiretamente ao atendimento de usuários no Sistema Único de Saúde. Cada procedimento tem atributos definidos que os caracterizam de forma exclusiva. (BRASIL, 2017a).

O processo de identificação de cada procedimento na tabela permeia a verificação do seu código, o qual é composto por 10 (dez) dígitos de formato numérico:

[...]

b) os dois primeiros dígitos identificam o grupo;

c) o terceiro e o quarto dígitos identificam o subgrupo;

d) o quinto e o sexto dígitos identificam a forma de organização;

e) o sétimo, o oitavo e o nono dígitos identificam o sequencial dos procedimentos; e

f) o décimo dígito identifica a validação do código do procedimento. (BRASIL, 2017a).

“Cada procedimento possui um conjunto de atributos definidos, que são características inerentes a ele, caracterizando-o de forma exclusiva e tornando possível a operacionalização do processamento nos sistemas de produção ambulatorial e hospitalar.” (GUIMARÃES; MAIA; TOMASSINI; ARAUJO; LUCENA, 2015, p. 100). Acerca dos atributos dos procedimentos

²¹ Observação importante do processo de unificação e implantação da tabela de procedimentos do SUS permeia o enunciado pelo parágrafo primeiro do artigo 6º da Portaria nº 2.848 de 2007 (MS) (BRASIL, 2007c), que dispôs que o estudo do impacto financeiro para implantação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, teve por base a produção ambulatorial e hospitalar, do período de julho de 2006 a junho de 2007, disponível no Banco de Dados Nacional, fonte DATASUS/SE/MS.

que se relacionam com o objeto deste estudo, destaca-se modalidade do atendimento – Ambulatorial, Internação Hospitalar, Hospital Dia, Atenção Domiciliar – e valor (em moeda nacional), que compreende:

É o valor de referência nacional mínimo definido pelo Ministério da Saúde para remuneração do procedimento. - O valor da internação hospitalar compreende: a) Serviços Hospitalares (SH) - incluem diárias, taxas de salas, alimentação, higiene, pessoal de apoio ao paciente no leito, materiais, medicamentos e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia - SADT (exceto medicamentos especiais e SADT especiais); e b) Serviços Profissionais (SP) - correspondem à fração dos atos profissionais (médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros obstetras) que atuaram na internação. - O valor ambulatorial (SA)- compreende um componente - o SA, que inclui taxa de permanência ambulatorial, serviços profissionais, materiais, medicamentos, apoio. (Não está incluído medicamento de dispensação excepcional). (BRASIL, 2017a).²²

A tabela é acompanhada pelo Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), que faz o gerenciamento e proporciona série histórica das inclusões, alterações e exclusões dos procedimentos. “A coordenação e o gerenciamento da referida Tabela por meio desse sistema é de responsabilidade da CGSI/DRAC/SAS/MS, porém, toda implementação e guarda do banco de dados do referido sistema é de responsabilidade do DATASUS/SE/MS.” (BRASIL, 2017a). Pode ser visualizada no sítio eletrônico do SIGTAP – <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.

Deste modo, compõe-se como parâmetro que unifica todos os sistemas de informação da atenção à saúde do SUS, antes divididos entre sistemas de informação ambulatorial e hospitalar, padronizando a descrição de procedimentos e o valor unitário correspondente a cada ação ou serviço de saúde²³. “Assim foi criado um instrumento para que também possa auxiliar o governo em suas tomadas de decisões no âmbito financeiro, identificar os problemas de cada região, e a forma de investimento [...], aproximar todas as informações e realidades de cada cidade do Brasil”. (FRANÇA; GIUSTINA, 2015).

Denota-se a tabela de procedimentos do SUS como política pública voltada à concretização do direito à saúde, por meio da ordenação das informações referentes aos

²² A metodologia de definição do valor financeiro dos procedimentos, constantes na Tabela Unificada, foi baseada em alguns critérios, a fim de diminuir diferenças ou minimizar distorções encontradas no processo de unificação. (GUIMARÃES; MAIA; TOMASSINI; ARAUJO; LUCENA, 2015, p. 100).

²³ A tabela comumente chamada de “tabela SUS” foi elaborada com procedimentos clínicos e cirúrgicos e a eles foram atribuídos valores financeiros e limites de tempo médio de permanência, sendo apoiado no conceito que os pacientes submetidos a um determinado tratamento, possuem características homogêneas. (ALVES; BEZERRA, 2020, p. 5).

procedimentos de saúde, essenciais para o planejamento e regulação do setor, bem como por compor a base de cálculo da remuneração dos prestadores de serviços do sistema público.

À vista disso, a tabela constitui mecanismo de remuneração aplicável aos contratos ou convênios do SUS perante seus parceiros filantrópicos ou sem fins lucrativos, sejam contratados ou contratualizados. “O sistema de remuneração vigente no Brasil, o SIH-SUS (Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde), é um sistema que remunera os procedimentos por valor fixo, [...], baseado em valores médios globais atribuídos mediante tabela fixada pelo Ministério da Saúde.” (ALVES; BEZERRA, 2020, p. 5).

O artigo 9º, II, da Portaria nº 1.034 de 2010 (BRASIL, 2010) e o artigo 130, parágrafo sexto, da Portaria de Consolidação nº 1 de 2017 (MS) (BRASIL, 2017a) prescrevem que, para efeito de remuneração dos serviços contratados das entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, deve-se utilizar como referência a tabela de procedimentos do SUS, que é computada como parâmetro unitário durante a análise da produção da instituição beneficente, cadastrada nos sistemas de informação hospitalar e ambulatorial do SUS.

De igual modo, na conjuntura da contratualização, no cômputo da média e alta complexidade hospitalar, para formação dos valores pré e pós-fixados, aplica-se a tabela do SUS como referencial de valor sobre a produção. Neves, Ferreira e Tonelli (2018, p. 859) entendem que a “[...] tabela de preços adotada pelo Ministério da Saúde passa a ser apenas uma referência, considerando que o pagamento não estará diretamente vinculado a ela.”²⁴ Contudo, assevera-se que a apuração dos valores devidos na contratualização depende da observância da tabela SUS na consideração da produtividade da instituição, acerca da média e alta complexidade, a fim da apuração dos valores pré e pós-fixados, em conjunto com os incentivos concernentes, independentemente se utilizados para o pagamento da remuneração atual ou futura, logo, evidencia-se a sua influência sobre este sistema remuneratório, contrariando a tese de que a tabela SUS foi descontinuada como política remuneratória do contexto complementar, devido à instituição da contratualização.

Jesus, Goularte, Ramos e Flores (2015, p. 40) explicitam que para receber o valor contratualizado, a instituição hospitalar tem que atender as metas qualitativas e quantitativas pelas quais será avaliada, todavia, a apuração do *quantum* devido ocorrerá conforme os valores contidos na tabela do SUS e enviados ao Ministério da Saúde, a fim de gerar a denominada média histórica que serve de base para o cálculo do valor do contrato seguinte.

²⁴ Utiliza-se da tabela para a formação das parcelas a serem pagas e na repactuação das metas, mas durante a execução do contrato são as metas física e de qualidade que determinam o montante real a ser recebido pela prestação dos serviços. (NEVES; FERREIRA; TONELLI, 2018, p. 859).

Esclarece Giroto (2020, p. 41) que a utilização da tabela SUS não implica que os serviços serão remunerados pelos respectivos valores unitários. “Embora o valor estimado do ajuste tenha como referência essa Tabela, o respectivo chamamento público, concurso de projetos ou processo licitatório poderá resultar em valor inferior ou em valor superior ao estimado, em percentuais considerados razoáveis no caso concreto”. É importante que se esclareça que o valor complementar ao valor unitário da tabela, definido pelo ente contratante – Estado ou Município, deverá ser custeado por este, dado a prescrição da Portaria nº 1.606 de 2001 (MS) (BRASIL, 2001).²⁵

Por conseguinte, no contexto complementar objeto de exame, no âmbito da contratação de hospitais filantrópicos, como são as Santas Casas, o formato contratual indica a forma de remuneração, assim, a contratação com base na aplicação da tabela de procedimentos do SUS sobre a produção ou tabela SUS mais complementos, ou a contratualização, na qual a tabela é utilizada de forma indireta para o cômputo da produção hospitalar acerca da média e alta complexidade, que gerará os valores pré e pós-fixados, calculados os incentivos concernentes.

Veja-se que a sistemática da tabela é adotada como meio de cálculo da remuneração dos prestadores indistintamente, sendo aplicada nas parcerias que levam em consideração a produção quando do cômputo do financiamento das ações e serviços de saúde. É política pública remuneratória que possibilita a manutenção dos serviços de saúde, coaduna as informações deste setor, propiciando a gestão e o planejamento, bem como é instrumento considerado na definição dos valores das transferências federais para o aporte dos serviços de média e alta complexidade, contratados ou geridos por Estados e Municípios.

Já se afirmou que o ente contratante – Estado ou Município – faz o pagamento ao prestador do serviço filantrópico contratado ou contratualizado, após receber os repasses federais respectivos aos valores da média ou alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

A fim de corroborar esta assertiva, afirma-se que conforme o artigo 333 da Portaria de Consolidação nº 1 de 2017 (MS) (BRASIL, 2017a), que reproduz o artigo 17 da Portaria nº 321 de 2007 (MS) (BRASIL, 2007a) – revogada pelo normativo anterior – os recursos orçamentários, objeto da tabela de procedimentos do SUS, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade.

²⁵ 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, 2001).

Logo, a remuneração baseada na produtividade dos filantrópicos ou a produtividade mais incentivos, como viu-se, é financiada por aportes federais. No cálculo deste custeio federal, oriundo da média ou alta complexidade ambulatorial e hospitalar, considera-se a forma de remuneração da MAC (produtividade ou produtividade + incentivos) como parâmetro para se determinar o valor do repasse.

Investigando a forma de transferências federais de recursos quando da atenção à saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, Andrade, Noronha, Sá, Piola, Vieira, Vieira e Benevides (2018, p. 373-374) asseveram que neste âmbito,

as transferências federais representam cerca de 70% do total de recursos transferidos pelo MS, e são efetivadas por meio de dois componentes: o Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade e o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec). O Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade possui dois mecanismos de transferência. O primeiro segue uma lógica baseada na produção histórica dos estabelecimentos públicos ou privados sob a gestão estadual ou municipal. A produção histórica representa em média 67% dos recursos do bloco de MAC e é valorada utilizando o volume de produção registrado nos sistemas de informação hospitalar e de informação ambulatorial. O volume de produção é aferido principalmente por meio dos registros da autorização de internação hospitalar (AIH) e autorização de procedimentos de alta complexidade (Apac) precificados segundo a tabela de procedimentos do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais do SUS (Sigtap). (ANDRADE; NORONHA; SÁ; PIOLA; VIEIRA; VIEIRA; BENEVIDES, 2018, p. 373).

Depreende-se da sistemática de transferência de aportes federais que se valora o volume de produção registrado nos sistemas de informação hospitalar e ambulatorial segundo a tabela de procedimentos do SUS, sendo o repasse federal realizado em prol do ente contratante – Estado ou Município – do serviço da média e alta complexidade. Veja-se que a forma de cômputo e pagamento dos serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar influencia o modo de transferências federais de custeio, utilizando-se a tabela SUS como instrumento de cálculo da remuneração e da transferência respectiva.

Estes autores complementam que esta sistemática – produção x tabela SUS – não tem sido adotada adequadamente para o financiamento dos serviços, dado que os valores necessitariam ser atualizados de forma sistemática e congruente com os custos concretos dos procedimentos, recorrendo o Ministério da Saúde, na tentativa de sanar o problema, à utilização de contratos baseados em programas de incentivos (ANDRADE; NORONHA; SÁ; PIOLA; VIEIRA; VIEIRA; BENEVIDES, 2018, p. 373), como os que ocorrem na contratualização.

O segundo mecanismo no Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade baseia-se em transferências definidas por programas específicos do governo federal. Esse mecanismo tem sido amplamente utilizado, principalmente no cuidado hospitalar,

uma vez que as transferências definidas pelo valor da produção não são suficientes para arcar com os custos de grande parte dos procedimentos. Nesse caso, as transferências de recursos são condicionadas à adesão de estados e municípios aos programas. [...]. Outro exemplo se refere aos incentivos de gestão hospitalar (IGHs), que aumentam em até 60% o valor recebido pelo hospital relativo à sua série histórica de produção. Os recursos de incentivos são repassados para o fundo de saúde dos estados, do DF e dos municípios, que são os responsáveis por formalizar a contratação dos hospitais. Esse mecanismo tem representado cerca de 22% do volume de recursos transferido no Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade.

O segundo componente das transferências do bloco de MAC é o Faec, que financia procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alto custo, como transplantes de órgãos, tecidos e células, terapia renal substitutiva, ações estratégicas ou emergenciais de caráter temporário, e novos procedimentos a serem incorporados à tabela do SUS. (ANDRADE; NORONHA; SÁ; PIOLA; VIEIRA; VIEIRA; BENEVIDES, 2018, p. 374).

Diante do exposto, afirma-se desdobramento da política remuneratória, corporificada na tabela de procedimentos do SUS, já que além de remunerar os serviços filantrópicos e padronizar a descrição dos procedimentos, é utilizada no cálculo do valor da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, base de um dos blocos de financiamento federal das ASPS²⁶.

A importância da tabela expressa nestas funcionalidades – ordenadora da metodologia de operacionalização do SUS, instrumento de cálculo de uma parte do financiamento federal de ASPS e base da definição da remuneração que considera a produtividade dos serviços assistenciais de saúde – demonstra a sua relação imbricada com questões estruturais do serviço público de saúde e, corolariamente, com a execução do direito à saúde; todavia, esta enunciação se destoa da repercussão negativa que se vincula ao aspecto econômico-financeiro emanado pela tabela SUS, já que os valores nominais previstos nesta, base da política de remuneração dos filantrópicos e dos repasses federais para a MAC, não acompanharam, ao longo dos anos, e não acompanham, os valores reais dos procedimentos, preterindo-se a correção inflacionária da moeda, ou seja, estão desatualizados em face da inflação .

3.2.3 Ausência de atualização inflacionária da Tabela de Procedimentos do SUS

Compreendido a tabela de procedimentos do SUS como cerne da prestação complementar de saúde, diante das suas funcionalidades ora ressaltadas, acerca da organização do sistema e da remuneração e financiamento deste setor, salienta-se problemática quanto à

²⁶ Como já se explanou, malgrado a organização e a transferência de recursos federais fundo a fundo aos Estados, Distrito Federal e Municípios, para financiamento das ASPS ocorrer por meio de dois blocos, que reúnem diversos segmentos de custeio da saúde, dentre estes a MAC, conforme redação da Portaria de Consolidação nº 6 de 2017 (MS) (BRASIL, 2017c), seguem vigentes os artigos que dissertam sobre o bloco da MAC, dado a necessidade de se calcular os valores do repasse, logo, mantém-se a elucidação acima quanto ao bloco MAC e a tabela SUS.

aplicação concreta desta, já que os valores nominais descritos não foram e não estão atualizados, conforme a inflação, acarretando distorções quando do ressarcimento pelos procedimentos.

Desde a sua implementação em 2008, a tabela não foi completamente corrigida, existindo esparsos normativos do Ministério da Saúde, dentre estes, Portaria n° 3.192 de 2008 (BRASIL, 2008a); Portaria n° 386 de 2008 (BRASIL, 2008b); Portaria n° 2.644 de 2009 (BRASIL, 2009); Portaria n° 845 de 2012 (BRASIL, 2012a); Portaria n° 2.947 de 2012 (BRASIL, 2012b); Portaria n° 425 de 2013 (BRASIL, 2013); Portaria n° 1.191 de 2016 (BRASIL, 2016a), que atualizaram procedimentos pontuais desta, porém, não suficientes para equilibrá-la, de forma geral, com o atual valor da moeda.

Em 2015, o Conselho Federal de Medicina (2015a) fez levantamento, com base em dados do Ministério da Saúde, sobre a perda inflacionária da tabela de procedimentos do SUS, no período de 2008 a 2014, quanto aos procedimentos hospitalares²⁷ e constatou que mais de 1.500 procedimentos estão defasados. Depreende-se do levantamento, conforme o Conselho (2015b), por exemplo, que o procedimento de parto normal, de 2008 a 2014, estava defasado em 28%, se considerada a atualização do valor médio do procedimento, conforme os índices de inflação IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo e INPC – Índice Nacional de Preços ao Consumidor. Do mesmo modo, segundo a pesquisa, o procedimento de tratamento de pneumonia estava defasado em 10%, entre 2008 e 2014, pelo mesmo motivo de não correção. (MACHADO; LELIS; CLARK, 2022a, p. 488).

Magalhães, Araújo, Almeida, Soares, Martins, Martins, Vasconcelos, Delgado, Oliva, Magalhães (2020, p. 249-255) realizaram estudo observacional, comparativo e retrospectivo, com o objetivo de comparar a evolução da valoração de 24 procedimentos neurocirúrgicos, confrontando-se os valores defasados repassados aos hospitais pelo ente público, segundo a tabela do SUS, e os reais, por meio do cálculo do IPCA, considerando-se o lapso temporal de 9 anos, assim, desde 2008, quando entrou em vigor a tabela citada, a 2017, e constataram que, acerca do repasse hospitalar, os procedimentos estavam 43,6% valorados abaixo do esperado, segundo o IPCA, dado que no período estudado não houve reajuste dos valores pagos às instituições.

Estes são exemplos que esboçam a patente desatualização dos valores nominais dispostos na tabela SUS, desde a sua implementação, malgrado a existência de alguns normativos que, no lapso temporal de 2008 a 2022, contemplaram atualização de procedimentos pontuais da tabela, conforme se salientou.

²⁷ A lista poderia ser ainda maior se considerados os atendimentos ambulatoriais, não apontados neste levantamento realizado pelo Conselho Federal de Medicina. (CFM, 2015a).

Para se ter ideia da perda inflacionária neste período, explicita-se a variação acumulada no ano de dezembro de 2008 a dezembro de 2022 de índices que medem a inflação no Brasil, como o IPCA, divulgado mensalmente pelo IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística:

Tabela 3 – IPCA – Série histórica – Variação acumulada no ano (%)

Tabela 1737 - IPCA - Série histórica com número-índice, variação mensal e variações acumuladas em 3 meses, em 6 meses, no ano e em 12 meses (a partir de dezembro/1979)														
Variável - IPCA - Variação acumulada no ano (%)														
Brasil														
Mês														
dezembro 2008	dezembro 2009	dezembro 2010	dezembro 2011	dezembro 2012	dezembro 2013	dezembro 2014	dezembro 2015	dezembro 2016	dezembro 2017	dezembro 2018	dezembro 2019	dezembro 2020	dezembro 2021	dezembro 2022
5,90	4,31	5,91	6,50	5,84	5,91	6,41	10,67	6,29	2,95	3,75	4,31	4,52	10,06	5,79
Fonte: IBGE - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo														

Fonte: IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (2023a).

De igual modo, apresenta-se a variação acumulada no ano de dezembro de 2008 a dezembro de 2022 do INPC, também divulgado pelo IBGE, a fim de se observar o atraso inflacionário dos valores nominais da tabela SUS:

Tabela 4 – INPC – Série histórica – Variação acumulada no ano (%)

Tabela 1736 - INPC - Série histórica com número-índice, variação mensal e variações acumuladas em 3 meses, em 6 meses, no ano e em 12 meses (a partir de abril/1979)														
Variável - INPC - Variação acumulada no ano (%)														
Brasil														
Mês														
dezembro 2008	dezembro 2009	dezembro 2010	dezembro 2011	dezembro 2012	dezembro 2013	dezembro 2014	dezembro 2015	dezembro 2016	dezembro 2017	dezembro 2018	dezembro 2019	dezembro 2020	dezembro 2021	dezembro 2022
6,48	4,11	6,46	6,08	6,20	5,56	6,23	11,28	6,58	2,07	3,43	4,48	5,45	10,16	5,93
Fonte: IBGE - Índice Nacional de Preços ao Consumidor														

Fonte: IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor (2023b).

Outro índice utilizado para medir a inflação é o IGP-M – Índice Geral de Preços – Mercado, divulgado mensalmente pelo Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getúlio Vargas (FGV IBRE), cite-se tabela que expressa a variação percentual acumulada no ano em dezembro, de 2008 a 2022:

Tabela 5 – IGP-M – Série histórica – Variação acumulada no ano (%)

Histórico de valores do IGP-M - Variação percentual Acumulada no ano em dezembro - valores absolutos

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
9,81%	-	11,32%	5,10%	7,82%	5,51%	3,69%	10,54%	7,17%	0,52%	7,54%	7,30%	23,14%	17,78%	5,45%

Fonte: Elaborado pela autora segundo FGV IBRE - Índice Geral de Preços – Mercado (2023a).

Depreende-se destes índices percentagens anuais de correção inflacionária, as quais deveria se ter submetido a tabela SUS, ao longo dos anos. Como será estudado adiante, estes índices têm como função a medição da inflação em diferentes vertentes e podem ser usados, na ausência de índice setorial, para se ter a dimensão e a correção da perda inflacionária na conjuntura fática.

Com o objetivo de apurar a distância entre os valores nominais da tabela SUS e os valores reais, depreendidos da correção destes, salienta-se a Calculadora do Cidadão, desenvolvida pelo Banco Central do Brasil (BCB, 2023), que, dentre outras, tem a atribuição de atualizar valores, conforme diversos índices de inflação, especificando o índice e o valor percentual de correção entre duas datas, bem como o valor corrigido na data final.

Ainda que não se possa, genericamente, apontar o percentual da desatualização da tabela de procedimentos do SUS, já que esta análise deve ser verificada individualmente, acerca dos valores dos procedimentos, considerando-se que alguns foram corrigidos, ao longo dos anos, em datas diversas, e outros não, apresenta-se o percentual inflacionário no período de 01/2008 a 12/2022, conforme os índices: IPCA, INPC e IGP-M.

Desta forma, simulou-se a correção do valor fictício de R\$ 100,00 (cem reais), em janeiro de 2008, pelo IPCA e obteve-se o valor atualizado de R\$ 237,01 (duzentos e trinta e sete reais e um centavo) em dezembro de 2022, indicando-se o percentual inflacionário neste período de 137,01%.

Figura 3 – Calculadora do Cidadão – Correção pelo IPCA

Resultado da Correção pelo IPCA (IBGE)

Dados básicos da correção pelo IPCA (IBGE)	
Dados informados	
Data inicial	01/2008
Data final	12/2022
Valor nominal	R\$ 100,00 (REAL)
Dados calculados	
Índice de correção no período	2,37006170
Valor percentual correspondente	137,006170 %
Valor corrigido na data final	R\$ 237,01 (REAL)

[Fazer nova pesquisa](#) [Imprimir](#)

Fonte: BCB – Calculadora do Cidadão (2023).

Do mesmo modo, a correção do valor fictício de R\$ 100,00 (cem reais) no período de 01/2008 a 12/2022, utilizando-se o INPC, resultou no valor atualizado de R\$ 240,02 (duzentos

e quarenta reais e dois centavos) em dezembro de 2022, evidenciando-se o percentual inflacionário no período de 140,01%.

Figura 4 – Calculadora do Cidadão – Correção pelo INPC

BANCO CENTRAL DO BRASIL		Calculadora do cidadão	
Calculadora do cidadão		Ajuda	
Início → Calculadora do cidadão → Correção de valores			
Resultado da Correção pelo INPC (IBGE)			
Dados básicos da correção pelo INPC (IBGE)			
Dados informados			
Data inicial	01/2008		
Data final	12/2022		
Valor nominal	R\$	100,00	(REAL)
Dados calculados			
Índice de correção no período	2,40017740		
Valor percentual correspondente	140,017740 %		
Valor corrigido na data final	R\$	240,02	(REAL)
		Fazer nova pesquisa	Imprimir

Fonte: BCB – Calculadora do Cidadão (2023).

Quanto à correção pelo IGP-M, percebe-se que entre o lapso temporal de janeiro de 2008 e dezembro de 2022, a atualização inflacionária do valor fictício de R\$ 100,00 (cem reais) repercutiu no percentual de 209,75%, perfazendo o valor corrigido de R\$ 309,75 (trezentos e nove reais e setenta e cinco centavos).

Figura 5 – Calculadora do Cidadão – Correção pelo IGP-M

BANCO CENTRAL DO BRASIL		Calculadora do cidadão	
Calculadora do cidadão		Ajuda	
Início → Calculadora do cidadão → Correção de valores			
Resultado da Correção pelo IGP-M (FGV)			
Dados básicos da correção pelo IGP-M (FGV)			
Dados informados			
Data inicial	01/2008		
Data final	12/2022		
Valor nominal	R\$	100,00	(REAL)
Dados calculados			
Índice de correção no período	3,09754410		
Valor percentual correspondente	209,754410 %		
Valor corrigido na data final	R\$	309,75	(REAL)
		Fazer nova pesquisa	Imprimir

Fonte: BCB – Calculadora do Cidadão (2023).

Vislumbra-se percentual inflacionário acima de 100%, entre 2008 e 2022, considerando-se os índices IPCA, INPC e IGP-M, em caso de ausência de correção neste lapso temporal. Logo, procedimentos da tabela não atualizados desde a implementação desta estão demasiadamente defasados e os que já tiveram correção ao longo dos anos podem ter porcentagens de atraso altas diante da discrepância entre os valores de 2008 e os correspondentes em 2022.

Assevera-se que o índice setorial seria o instrumento mais adequado de correção inflacionária no setor de saúde, devido às peculiaridades deste âmbito, que propicia evolução tecnológica própria, necessita de importação de bens, medicamentos e aparelhos, etc., contudo, como não existe ou não foi implementado, foram utilizados índices usuais de correção para demonstrar a defasagem da tabela SUS.

A constatação da desatualização inflacionária da tabela SUS, bem como a noção do montante divergente entre o valor nominal e o valor real dos procedimentos, que pode chegar a mais de 100%, revela e confirma a distorção da remuneração dos prestadores de serviços do SUS, no âmbito complementar, dado a aplicação da tabela estudada quando da valoração da produtividade e do consequente pagamento pelos procedimentos. A controvérsia remuneratória é apontada como causa do desequilíbrio financeiro enfrentado pelas entidades filantrópicas, como se passa a evidenciar.

3.2.4 Defasagem da Tabela SUS, custeio da atenção hospitalar e o desempenho financeiro das Filantrópicas

Visto a concretude fática correlata à defasagem dos valores nominais da tabela de procedimentos do SUS, salienta-se o corolário principal advindo de sua aplicação, assim, a disformidade financeira ocasionada quando do pagamento das entidades filantrópicas, como são as Santas Casas, pelos serviços prestados aos SUS.

Desta maneira, além da afirmação de instituições, como a Confederação das Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CÉSAR, 2022), que explanou o cenário de déficit econômico oriundo do vínculo destas com o SUS, apontando a controvérsia dos valores, devidos e recebidos pelas filantrópicas, como causa do seu endividamento, vários estudos e pesquisas questionam a relação entre a remuneração do SUS, segundo a tabela ou tabela mais incentivos, e o custeio integral das despesas oriundas dos procedimentos ambulatoriais ou hospitalares, bem como o desempenho financeiro destas instituições.

Pires, Oliveira, Alcantara e Abbas (2017) realizaram estudo com dez Santas Casas de São Paulo, com o intuito de indagar se a remuneração do SUS, com os incentivos, em relação aos custos dos procedimentos hospitalares, afeta o resultado destas filantrópicas, bem como se há ligação entre o endividamento destas e a insuficiência da remuneração pública recebida. Os autores verificaram que o financiamento destas filantrópicas “[...] é caracterizado pela contínua defasagem entre os custos dos serviços e a sua remuneração. Mesmo com os incentivos oferecidos, gera resultados negativos e um crescente e ininterrupto endividamento nessas instituições.” (PIRES; OLIVEIRA; ALCANTARA; ABBAS, 2017, p. 29).

Sportello (2019) analisou o percentual de cobertura do repasse do SUS relativo aos procedimentos de enfermagem realizados no ambulatório de um Hospital Universitário do município de São Paulo, nos anos de 2016 e 2017. Observa-se que embora o estudo não vincule entidade filantrópica, os resultados podem ser aplicados analogicamente ao presente caso, dado que é empregada a mesma sistemática de pagamento – tabela SUS sobre a produção. Desta forma, demonstrou-se que o valor de repasse do SUS cobriu apenas 13,4% em média dos custos nos anos de 2016 e 2017, implicando percentual de receita muito inferior aos valores reais gastos pelo hospital.

Barbosa (2014) também investigou o nível de cobertura dos custos da Unidade de Cuidados Neonatais do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes pela tabela SUS, cotejando os custos diretos dos serviços prestados com os recursos financeiros repassados pelo SUS, no ano de 2013, a fim de identificar a suficiência destes, calculando-se a margem de contribuição, ponto de equilíbrio e superávit/ déficit de receita. Revela a autora que “[...] os dados evidenciaram que a receita SUS só seriam suficientes para prover apenas 33,88% dos custos totais e a diferença de 66,12% ficaria a cargo do hospital.” (BARBOSA, 2014, p. 89).

Sousa (2019), seguindo esta vertente, examinou a relação entre os reais custos de cirurgias de média e alta complexidade realizadas pelo Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, no centro cirúrgico, e o valor de reembolso que foi repassado pelo SUS no período de 2008 a 2018. Analisou-se oito especialidades cirúrgicas, destas todas manifestaram insuficiência, ou seja, o valor gasto foi superior ao ressarcido pelo SUS. Na alta complexidade, os valores de déficit variaram de 0,2% a 47,6% acerca das especialidades cirúrgicas, já nas cirurgias de média complexidade, a diferença é maior, variando de 19,6% a 77,4%, conforme as especialidades.

Fernandes (2021) comparou os custos do serviço de hemodiálise de uma prestadora de serviços do SUS, baseados na tabela disponibilizada pela Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante (ABCDT), com o valor repassado pelo SUS e concluiu que a remuneração

pública está muito aquém dos custos, sendo necessária a complementação financeira, para garantir a manutenção das atividades.

Souza, Xavier, Lima e Guerra (2013) realizaram pesquisa, com o objetivo de averiguar se os valores repassados pelos SUS a um hospital filantrópico da Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG são suficientes para custear a prestação de serviços de urologia. Os autores calcularam os custos dos serviços com base no método Custeio Baseado em Atividades (ABC) e compararam com os valores pagos pelo ente público, extraídos do banco de dados do SUS, ou seja, do DATASUS. Constataram que o “[...] repasse é insuficiente para todos os procedimentos analisados, sendo significativa a diferença entre o valor repassado pelo SUS e o custo calculado por meio do ABC.” (SOUZA; XAVIER; LIMA; GUERRA, 2013, p. 93).

Jesus, Goularte, Ramos e Flores (2015) realizaram estudo no hospital Santa Casa de Misericórdia de Sant’Ana de Livramento, no Rio Grande do Sul, cujos objetivos permearam a identificação dos custos reais dos procedimentos correlatos à patologia Acidente Vascular Cerebral e a verificação da suficiência dos valores pagos pelo SUS nesta seara. Foi extraída amostra de 30% do total de internações no ano de 2012, que compreenderam 23 internações distintas. Apurou-se que a remuneração do SUS para os procedimentos de Acidente Vascular Cerebral não cobrem integralmente os custos reais, causando déficit com valores expressivos.

Há estudo no qual o resultado foi favorável à remuneração pública. Santos, Kos e Klein (2018) perquiriram a viabilidade do pagamento pelo SUS de vinte procedimentos de maior incidência no ano de 2012, realizados em um hospital beneficente localizado na região centro-oeste do Paraná, que representaram 53% dos procedimentos efetuados pelo hospital. Atestaram os autores que o valor repassado pelo SUS parece ser suficiente para cobrir os custos de 90% dos procedimentos averiguados. Contudo, afirmaram que o estudo não teve acesso a todos os custos incorridos, sendo muitos destes determinados por meio de rateios ou estimativas, implicando a impossibilidade de evidenciar claramente a tese exposta na pesquisa.

Além da análise da repercussão da tabela de procedimentos sobre a remuneração dos parceiros do SUS, outro questionamento perpassa este contexto, a comparação entre a remuneração da contratação e da contratualização dos parceiros privados, já que no âmbito da última, a tabela é aplicada em conjunto com os incentivos, que incrementam o repasse público.

Desta forma, Neves, Ferreira e Tonelli (2018) examinaram dois estabelecimentos de saúde contratualizados, com o propósito de identificar impactos, avanços, lacunas e problemas no eixo do financiamento, bem como comparar os valores financeiros que os hospitais receberiam adotando o modelo de contratação (por produção) e o atual, a contratualização, baseada em metas e incentivos financeiros. Foram analisados dados do intervalo entre 2011 e

2016, inferindo-se que “[...] houve ampla utilização de contratos de metas; observou-se o incremento do financiamento, mas de forma ainda insatisfatória para sanar os problemas financeiros das instituições; os limites orçamentários do governo local ainda impedem a execução integral do contrato; [...]” (NEVES; FERREIRA; TONELLI, 2018, p. 849).

No que tange à comparação entre contratação por produção e contratualização, os autores declararam que os valores recebidos pelos hospitais, atualmente, são superiores – na contratualização – confrontando-se com o modelo de contratação por produção. Contudo, o problema do subfinanciamento da atenção hospitalar não foi resolvido pela contratualização, nem é provocado por esta. “As dificuldades financeiras dos hospitais ainda persistem, principalmente devido à defasagem da tabela de procedimentos do SUS, [...]”. (NEVES; FERREIRA; TONELLI, 2018, p. 871-872).

Acerca da relação entre a tabela SUS e o endividamento das beneficentes, sobreleva-se pesquisa de Cunha, Souza e Ferreira (2014) sobre o endividamento de doze hospitais filantrópicos selecionados de forma aleatória, dentre estes o Hospital Santa Casa de Belo Horizonte, cuja dívida milionária atual foi explanada anteriormente, com o escopo de averiguar se o endividamento dessas instituições aumentou no lapso temporal de 2006 a 2011. “Verificou-se que no período de 2006 a 2011 os hospitais filantrópicos aumentaram seu endividamento. As causas deste aumento podem ser diversas, desde a ineficiente gestão financeira dos hospitais à defasada remuneração do SUS.” (CUNHA; SOUZA; FERREIRA, 2014, p. 14).

Diante de todo o exposto, inúmeras são as pesquisas que relacionam a defasagem da tabela estudada à má remuneração dos prestadores de serviços do SUS, filantrópicos ou não. Perceba-se que a ausência de correção inflacionária da tabela, política remuneratória do SUS, no contexto complementar, provoca corolários em cadeia, dado que prejudica a remuneração dos seus parceiros, contratados ou contratualizados, não subsidiando os custos dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares e influenciando o desempenho financeiro negativo das instituições, que, sem recursos, comprometem o atendimento ao paciente, bem como a própria execução do serviço de saúde, sendo um dos meios encontrados para manter o funcionamento o endividamento.

Perceba-se que a falta de custeio dos serviços assistenciais de saúde, prestados pelos parceiros do SUS, é problema não só financeiro ou contratual, mas também econômico, pois envolve a política pública em si, dado que a distorção financeira ocasionada quando do pagamento pelos serviços das filantrópicas, entre os valores devidos e recebidos, pode dificultar ou impedir o exercício do direito à saúde, normatizado como dever do Estado pela primeira vez

na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) e que garante uma das políticas públicas mais inclusivas do país, logo, constitui-se problemática jurídico-econômica.

Machado, Lelis e Clark (2022a, p. 489) prelecionam que além de afetar a garantia de um direito fundamental, a causa deste desajuste na política remuneratória, assim, o fato de a tabela não ser corrigida por índices inflacionários a mais de década carrega em si o atributo da juridicidade, pois confronta o ordenamento do direito econômico, em especial, as regras deste ramo do direito.

3.3 As Regras do Direito Econômico

3.3.1 Juridicização do Fato Econômico

Concatenada a problemática basilar deste trabalho, assim, a relação entre a defasagem da tabela de procedimentos do SUS e o desempenho financeiro das filantrópicas, em especial, das Santas Casas, mister se faz explanar a sua consequência jurídica, desta forma, a análise sob a ótica do Direito Econômico.

Traçar a linha jurídica acerca da adversidade econômica é objeto deste ramo do direito, que almeja analisar as relações entre particulares e entre estes e o Estado com o intuito de considerá-las em face das políticas econômicas, as quais objetivam efetivar a ideologia constitucional adotada.

O Direito Econômico procura estabelecer regras mais consentâneas com a realidade, tomando as relações jurídico-político-econômicas, quer entre particulares, quer entre estes e o Estado, como expressões da política econômica posta em prática para a realização da ideologia. Nisso vai toda uma nova visão de relações jurídicas. (SOUZA, 2017, p. 186).

Perceba-se que o tratamento da relação detalhada entre particulares, corporificados pelas beneficentes, em especial, pelas Santas Casas, e o Estado, representado pelos órgãos e entes públicos, ultrapassa a análise obrigacional e contratual, realçando o vínculo existente entre esta relação e a política econômica que a circunscreve.

Não se trata, portanto, do tipo habitual de relacionamento, nem entre indivíduos, nem entre estes e o Estado, mas de uma modalidade característica de “relações”, que precisa ser suficientemente compreendida para que se possam aceitar os seus efeitos visíveis nas relações socioeconômicas predominantes em nossos dias. (SOUZA, 2017, p. 186).

O propósito deste exame é o alcance da corporificação da ideologia constitucionalmente adotada, tendo em vista que quando a ordem jurídica exprime a ordem econômica, no texto constitucional, esta transmuta-se em norma jurídica, com força cogente, sendo uma de suas vias de implementação, as políticas econômicas²⁸.

Política econômica é entendida por Souza (2017, p. 26), como “[...] o conjunto de medidas postas em prática para atender a objetivos econômicos.” Dessarte, “[...] pode, nesta mesma linha de raciocínio, ser definida também como o estudo das formas e efeitos da intervenção do Estado na vida econômica visando a atingir determinados fins.” (BERCOVICI, 2010, p. 390). A relação entre política econômica e Direito Econômico é tamanha ao ponto de Bercovici (2010, p. 398) afirmar que a incorporação daquela nos textos constitucionais refletiu na própria concepção deste ramo do direito.

Entender a controvérsia atual além da via obrigacional, perscrutando a ausência da aplicação de política econômica na seara do sistema remuneratório no contexto complementar dos serviços de saúde é o que move este trabalho. “É preciso – antes de mais nada – diagnosticar a extensão e a complexidade do problema, para, na sequência, dar-lhe nome e buscar seu enfrentamento estrutural, para além dos arremedos contingentes.” (PINTO, 2016, p. 8). Deste modo, a fim de verificarmos a política econômica, correção inflacionária, não aplicada nesta faticidade, mister se faz a análise à luz do Direito Econômico, partindo-se da demonstração do fato econômico retratado.

A priori, Souza (1949, p. 18-19) afirma que fato econômico se corporifica em acontecimento de natureza econômica provocado ou não pela vontade do homem; constituindo a natureza econômica a satisfação de desejos ou necessidades humanas.

Observa-se que o primeiro e o segundo capítulos desenharam o objeto deste estudo, qual seja, a relação entre a defasagem da tabela de procedimentos do SUS e o desempenho financeiro das filantrópicas, em especial, das Santas Casas, evidenciando o fato econômico correlato à problemática, assim, ausência de correção inflacionária da tabela referida.

O peso deste fato econômico é sentido financeiramente, em razão do seu poder corrosivo sobre a remuneração das filantrópicas, já demonstrado, bem como experimentado nas searas econômica e social, haja vista os males significativos produzidos para a sociedade em geral, mormente aos usuários do serviço público de saúde, dado a sua precarização/diminuição.

²⁸ Neste sentido, a Constituição Econômica, base do ramo do Direito explorado, positiva “[...] tarefas e políticas a serem realizadas no domínio econômico e social para atingir certos objetivos [...], estabelecendo uma Constituição Econômica diretiva, no bojo de uma Constituição Dirigente.” (BERCOVICI, 2005, p. 33-34).

Consoante Folador (2018, p. 22), ao passo que reproduz efeitos jurídicos, como criação, extinção, modificação ou conservação de relações ou situações jurídicas, o fato econômico torna-se fato jurídico, sendo importante para o Direito e podendo repercutir em diversas áreas. Na seara do Direito Econômico, a caracterização do fato econômico como jurídico enseja o reconhecimento da sua relevância, por meio da juridicização deste.

O Direito ao juridicizar o fenômeno econômico (seja por ato legislativo, judicial, administrativo) define um sentido a ser atribuído ao fato econômico; escolhe um caminho ao deliberar na valoração do “econômico” de acordo com a ideologia constitucionalmente adotada. Em uma metáfora: o fato econômico constitui uma massa amorfa que nas mãos do artista-intérprete obtém uma forma, uma estrutura, enfim, assim como na obra de arte, um sentido social. (CLARK; CORRÊA, 2009, p. 4245).

Para cumprir este desiderato, descrito por Clark e Corrêa (2009, p. 4245) como difícil, por envolver a análise de justiça e de legitimidade de pretensões conflitantes, conforme a opção político-constitucional da ordem econômica, foi e é mister “[...] a criação de mecanismos e categorias próprias do Direito Econômico.”

Neste sentido, torna-se imperioso o conhecimento da obra do professor Washington Albino Peluso de Souza em torno do Direito Econômico, acerca da sistematização e aperfeiçoamento de institutos e ordenação científica, além da criação de método próprio jurídico de análise.

Além da inovação quanto ao desenvolvimento do pensamento sobre a ideologia constitucionalmente adotada, base normativa desta área jurídica, e do método analítico substancial, outra peculiaridade deste ramo é a construção doutrinária, advinda deste insigne professor, acerca da distinção entre princípios, regras e normas.

Clark e Corrêa (2009, p. 4244) dissertam que Souza concebeu e estruturou esta diferenciação sob a perspectiva das necessidades/particularidades do Direito Econômico. “Apesar de reconhecer o intenso debate sobre a teoria das normas no âmbito da filosofia do Direito, o citado jurista deixa claro que sua intenção é puramente didática e circunscrita ao âmbito de ação do Direito Econômico.” Além disso, afirmam estes autores que a necessidade de concepção de novos mecanismos hermenêuticos parte do papel deste ramo do direito de “[...] “modulador do fato econômico” de acordo com os fundamentos de justiça e equidade do Direito, balizados pelo texto constitucional.”

Logo, o estudo do fato econômico se abre a possibilidades não antevistas pelo Direito, utilizadas especialmente no âmbito desta área jurídica, a fim do alcance da aplicação da política econômica, um dos modos de realização da ideologia constitucionalmente adotada. Meios de

investigação e os fins se cruzam em uma abordagem mais ampla que a convencional, dado que lida com valores políticos, jurídicos e econômicos sem, contudo, perder o caráter jurídico.

Feitas as considerações acerca da formatação do marco teórico utilizado neste trabalho e com o intuito de se alcançar o ajustamento do fato econômico sobrelevado à ideologia constitucional, mister se faz evidenciar a conceituação de princípios, regras e normas. *A priori*, Souza (2017, p. 118) preleciona duas acepções para os princípios. Deste modo, define-os como elementos ideológicos que delineiam a ordem jurídica, ou melhor, retratam a formatação normativa da ideologia no texto constitucional.

Nesta primeira concepção, portanto, os princípios retratam a pluralidade de escolas acadêmicas, linhas teóricas, aspirações e influxos sociais, enfim, correntes do pensamento político-econômico que, em conjunto, representam aquilo que Washington Albino Peluso de Souza denominará de ideologia constitucionalmente adotada. (CLARK; CORRÊA, 2009, p. 4246).

Grau (2010, p. 194) aduz que não se pode enxergar a ordem econômica constitucional como produto de imposições ou caprichos dos constituintes, porém, como resultado do conflito de posturas e posicionamentos ideológicos e de interesses que, de algum modo, foram formatados como peculiar estrutura ideológica acolhida pelo texto constitucional. Nesta conjuntura de positivação da valoração constitucional, inserem-se os princípios.

Salienta-se que a investigação jurídica acerca da ausência de correção inflacionária da tabela de procedimentos do SUS percorrerá a sua compatibilização com a ideologia constitucionalmente adotada, logo, com os princípios que a representa.

A segunda concepção dos princípios os afirma como instrumentos hermenêuticos, sendo a sua utilização necessária para a realização dos princípios da ordem econômica, ou, em outras palavras, para a concretude da ideologia constitucionalmente adotada, rememora-se, assim, o princípio da economicidade.

Isto posto, prevista a ordem jurídico-político-econômica, oriunda do conteúdo de princípios informativos e interpretativos e assentada em normas jurídicas, as quais serão tratadas posteriormente, cabe ao Estado os meios de sua implementação, manutenção e fiscalização. Contudo, nem todas as regras de direito estão previstas nas leis, assim, decorre, constantemente, a necessidade de ajustamento da lei à realidade. Este mister cabe ao legislador, que elabora e modifica a lei, à jurisprudência, que interpreta as normas, e ao jurista, o qual harmoniza a realidade social e a aplicação da lei. (SOUZA, 2017, p. 121).

3.3.2 *As Regras do Direito Econômico*

Princípios, regras e normas têm relação simbiótica na seara do Direito Econômico, já que a “[...] Ordem Jurídico-Político-Econômica, teoricamente considerada, assenta-se sobre “normas” provindas de “regras jurídicas” captadas nos dados ideológicos dos “princípios”.” (SOUZA, 2017, p. 121).

Este vínculo pode gerar estranheza, à primeira vista, dado tratar-se as regras de direito econômico de espécies não normativas, afastando-se da concepção filosófica da teoria normativa, a qual concebe princípios e regras como espécies de normas jurídicas²⁹. Desta forma, consoante o professor Washington Albino Peluso de Souza (2017, p. 120), as regras não têm efeito cogente, pois não são normas jurídicas. “O efeito cogente deve-se exclusivamente à lei.”

Clark e Moraes (2016, p. 318), seguindo o entendimento do professor Washington Albino Peluso de Souza (2017), dissertam que os princípios do Direito Econômico estão positivados na ideologia constitucionalmente adotada, bem como as suas regras são comandos abstraídos desta ideologia pelo doutrinador, podendo estar ou não abrangidas pela legislação em geral. (MACHADO; LELIS; CLARK, 2022a, p. 490).

A bem da verdade, as regras de Direito Econômico representam uma construção jurídico-doutrinária, retirada da ideologia constitucionalmente adotada, que deve ser utilizada na elaboração, interpretação e aplicação das normas sobre políticas econômicas. (CLARK; CORRÊA, 2009, p. 4249; MACHADO; LELIS; CLARK, 2022a, p. 490). Sua tarefa é a juridicização do fato econômico, assim, com a sua aplicação, define-se a natureza jurídica da opção, afirma-se o “ser jurídico”. (SOUZA, 2017, p. 120).

A sua importância é evidenciada mormente em situações nas quais a legislação vigente não consegue responder a problemática satisfatoriamente, dado não ter absorvido os elementos completos da ideologia constitucional. Neste caso, estar-se-á diante de uma regra ainda não transmutada em lei, logo, o uso deste instrumento jurídico propicia inspiração ao legislador para que o faça ou ao juiz, para que o utilize na interpretação da falha normativa. (SOUZA, 2017, p. 121-122).

Tais regras enunciam comandos gerais que auxiliam na construção de diferentes direções de elaboração/execução da política econômica. [...]. O objetivo das regras de Direito Econômico não é regular situações gerais e abstratas, mas permitir a criação de diferentes opções de proposições jurídicas que regularão determinado fato

²⁹ Clark e Corrêa esmiúçam esta temática no artigo intitulado: *Direito Econômico e Pós-Positivismo: o diálogo entre a Teoria das Normas da Filosofia do Direito e a divisão de regras, princípios e normas* de Washington Albino Peluso de Souza, referenciado na bibliografia deste trabalho.

econômico. Assim, dado o fato econômico “X”, as regras do Direito Econômico permitirão ao intérprete a construção e interpretação da política econômica “Y” ou “Z”, conforme as condições e limitações históricas, políticas, sociais e econômicas. (CLARK; CORRÊA, 2009, p. 4249).

“Em resumo, o texto constitucional é apenas o ponto de partida para a interpretação da ordem econômica. O processo de concretude do texto representa também um cíclico processo de abertura aos novos significados do próprio texto.” (CLARK; CORRÊA; NASCIMENTO, 2020, p. 45).

Por isso, Souza (2017, p. 121) aduz que em Direito Econômico, uma das atividades mais relevantes é a identificação das suas regras, pois nas mais variadas hipóteses, a sua finalidade perpassará aplicar a realidade da política econômica na vida dos indivíduos e da sociedade, para assegurar a defesa e a harmonia dos interesses individuais e coletivos. “A fonte de criação das regras é a própria evolução da doutrina, por ser abstraída pelos juristas, através de um esforço intelectual da ideologia constitucionalmente adotada.” (CLARK; CORRÊA; 2009, p. 4249).

O processo de verificação do fato econômico e da regra jurídica correlata é multidisciplinar, envolvendo o Direito e a Ciência Econômica, que lhe é auxiliar. Clark e Corrêa (2009, p. 4248) relatam que isoladamente, o fato econômico não é considerado pelo Direito. Logo, a análise científica da concretude econômica cabe, inicialmente, à Ciência Econômica, por meio de métodos, mecanismos, institutos e categorias próprios. “A Economia, por meio de seu arcabouço técnico-científico, buscará descrever o fenômeno econômico, explicar suas causas e conseqüências, demonstrar a prognose (favorável ou desfavorável) quanto ao comportamento futuro da economia.” (CLARK; CORRÊA, 2009, p. 4248).³⁰

Ao receber a análise técnico-jurídica da Ciência Econômica, o Direito Econômico não está vinculado a esta. “Diferente deste, o cientista do Direito e o jurista, ao receberem a informação da Ciência Econômica, vão submetê-las a valores jurídicos que coincidam com os reclamos da realidade social e da vida dos indivíduos”, sendo possível a aplicação da regra jurídica na direção orientada pela Economia ou em sentido diverso ou contrário. (SOUZA, 2017, p. 122).

Assim, a definição normativa do fato econômico por meio das regras jurídicas poderá ser influenciada pelo subsistema econômico, porém, não se condiciona aos cânones

³⁰ Para Mankiw, (2009, p. 4) “Economia é o estudo de como a sociedade administra seus recursos escassos”. Já para Nusdeo (2015, p. 37), “[...] é a ciência social que estuda tais relações [entre necessidades humanas e recursos escassos], os fenômenos por elas gerados e a atividade social desenvolvida sob sua égide, para a administração desses recursos escassos.”

economicistas, uma vez que a natureza deôntica do Direito propicia a recepção de múltiplas opções de reorganização das relações econômicas. (CLARK; CORRÊA, 2009, p. 4249).

Bercovici (2011, p. 260) sobreleva que a ordem econômica é aberta, flexível e suscetível de ser modificada, conforme diversos sistemas econômicos. Logo, a Constituição não autoriza qualquer forma de organização econômica ou toda conduta de agente econômico, “[...] pelo contrário, seu texto estabelece os fundamentos e regras essenciais da atividade econômica, seja a atividade econômica em sentido estrito, sejam os serviços públicos.”

O exímio Washington Peluso Albino de Souza (2017, p. 121 a 133) apresenta, explica e enuncia quatorze regras do Direito Econômico, tão necessárias à concatenação desta área jurídica, mas nem sempre normatizadas: regra do equilíbrio; regra da equivalência; regra da recompensa; regra da liberdade de ação; regra da primazia da realidade social; regra do interesse social; regra da indexação; regra da utilidade pública; regra da oportunidade; regra da razão; regra da irreversibilidade; regra da precaução; regra da flexibilização e regra da subsidiariedade.

Como nem sempre o ordenamento consegue absorver os elementos da ideologia constitucional adotada, pode-se verificar na faticidade regras não normatizadas, logo, será função do legislador identificá-las para criar ou alterar normas, do juiz, a interpretação que abarque estas regras (SOUZA, 2017, p. 121-122) e ao acadêmico, o estudo minucioso destas. Eis a circunstância na qual se insere a faticidade posta em exame.

À luz do caso em estudo, veja-se que o fato econômico – ausência de correção inflacionária da tabela de procedimentos do SUS – perdura por mais de década sem lei que o corrija, perpetuando os efeitos nefastos para os filantrópicos parceiros do SUS, em especial para as Santas Casas, e, corolariamente, para os usuários do serviço de saúde ou para a sociedade em geral. Três facetas são desveladas deste fato, assim, a necessidade do ajuste do valor nominal fixado na tabela; a falta de equilíbrio desta relação jurídica e a sua relevância social, dado ser política remuneratória que sustenta o pilar dos serviços complementares de saúde.

Por conseguinte, a sua juridicização, ou melhor, o exame do fato pela ótica do Direito Econômico ocorrerá por meio da aplicação das três regras correlatas ao caso, quais sejam, regra da indexação, regra do equilíbrio e regra do interesse social.

3.3.3 *Ajustamento do fato econômico às Regras da Indexação, do Equilíbrio e do Interesse Social*

3.3.3.1 *Regra da Indexação*³¹

A regra da indexação é definida com base nas repercussões inflacionárias da moeda. Desta forma, para entender a disposição e o alcance da regra, mister se faz orientar-se pelos conceitos básicos de moeda e inflação. Mankiw (2009, p. 628) assevera que moeda “[...] é o conjunto de ativos na economia que as pessoas usam regularmente para comprar bens e serviços de outras pessoas.” Do mesmo modo, Clark e Moraes (2016, p. 315) aduzem que no decorrer da história da humanidade, a moeda constitui representação de determinada riqueza, servindo como meio de troca de produtos e serviços entre pessoas e entidades.

Após as trocas de mercadorias, utilização de ouro e metais preciosos até as moedas de papel, o sistema de medida de riqueza e de troca ou aquisição de bens ou serviços que vigora hoje é a moeda de curso forçado, nesta sistemática a moeda não tem valor intrínseco, mas o credor é obrigado a aceitar e dar quitação do débito, ao receber certa quantidade de papel, em pagamento pela compra. (SOUZA, 2017, p. 502). É o que ocorre com nossa moeda, o Real, bem como com o Dólar, o Euro, etc.

Ser instrumento de troca é apenas uma das funções da moeda, que abarca também, conforme Mankiw (2009, p. 629), constituir unidade de conta, a fim de medir e estabelecer preços e valores econômicos, e reserva de valor, por proporcionar às pessoas a transferência do poder de compra do presente para o futuro. (MACHADO; LELIS; CLARK, 2022a, p. 491).

No contexto de utilização da moeda como unidade de conta surge o preço, o qual, segundo Nusdeo (2015, p. 53), representa “[...] o valor econômico expresso em unidades monetárias.” A valoração do bem ou serviço, com base na moeda, a fim da formatação do preço, segue algumas modalidades. Além da definição padrão do preço, por meio da relação entre a oferta e a procura, outra forma de estipulação deste, que chama a atenção, é o tabelamento.

Os preços tabelados, como preleciona Souza (2017, p. 509), “[...] são determinados pela política econômica de submetê-los oficialmente a “tabelas”, que são expressas por instrumentos legais mais dinâmicos, como as Portarias.” Visualiza-se a concretude da tabela de procedimentos do SUS como exemplo de preços tabelados pelo Estado, a qual se corporifica

³¹ Esta temática foi retratada também, durante o mestrado, em artigo anterior, produzido por Machado, Lelis e Clark (2022a), logo, há aproximação com a argumentação previamente delineada, pois é tema central da dissertação, contudo, esta será aprofundada.

em política remuneratória correlata aos serviços complementares de saúde, que uniformiza a identificação e a remuneração unitária dos procedimentos realizados pelos filantrópicos. A subsunção à tabela é vinculada à contratação cuja remuneração se baseia na produção da entidade beneficente, como viu-se.

Ainda que positivada por meio de portaria, instrumento dito mais flexível, a tabela citada há mais de década não recebe a atualização integral da valoração dos procedimentos pelo Estado, ignorando-se o desnível de preços entre os tabelados e os reais.

Esta oscilação de preços denomina-se inflação e é demonstrada por Souza (2017, p. 514) “[...] quando o “valor nominal”, “valor de face” da “moeda” não acompanha o seu “valor real”, representado pelo seu “poder aquisitivo”. Esses dois “valores” afirmam-se em dois registros sequenciais de tempo, entre eles comparados para o preço do mesmo bem ou serviço.” Mankiw (2009, p. 647) complementa a conceituação ao aduzir que este aumento do nível geral de preços na economia promove a diminuição do poder aquisitivo da moeda, bem como a redução da medida de valor da moeda.³² (MACHADO; LELIS; CLARK, 2022a, p. 491).

Machado, Lelis e Clark (2022a, p. 491) asseveram que, ao longo do tempo, o efeito inflacionário, devido ao desnível do preço, está corroendo o poder de custeio da tabela do SUS, tendo em vista que a inflação repercute na ausência de paridade entre o valor nominal dos procedimentos lá identificados e o valor real e atual gasto com os serviços de saúde pelos filantrópicos, mormente as Santas Casas. O pagamento aquém do devido pelo Estado desequilibra o desempenho financeiro das beneficentes, como foi apresentado pelas pesquisas que associaram estas circunstâncias, assim como pela exposição das dívidas milionárias. A solução para a problemática é, no decorrer do tempo, corrigir a defasagem destes valores – nominais e reais, a fim de se afastar o resultado da inflação. Neste sentido, Clark e Moraes (2016, p. 317) afirmam que há meios de correção do valor monetário em função do aumento geral de preços, sendo as políticas públicas uma das formas prioritárias de combate à inflação.

Instrumento da economia cujo objetivo é diminuir ou afastar o descompasso causado pela inflação é a indexação, definida por Clark e Castro (2008, p. 96) como o mecanismo “[...] pelo qual se aplica certo índice ou fator sobre valores monetários nominais defasados pela inflação, ajustando-os ao valor real de seu poder aquisitivo. É impropriamente denominada de

³² Por considerá-la uma forma de política econômica, o Direito Econômico assume a “inflação” como objeto de sua norma. (SOUZA, 2017, p. 514).

correção monetária.”³³ Mankiw (2009, p. 528) relata que indexação é “[...] a correção automática, por força de lei ou de contrato, de uma quantia pela inflação.” Notadamente,

[...] o termo assume expressão matemática de determinação de um “número-índice”, capaz de equalizar dados diferentes, desde que tomemos um deles por referência; tem significação econômica de ajustamento dos efeitos das oscilações, especialmente as dos valores monetários, e refere-se igualmente à utilização que delas faz a política econômica relativamente à inflação; chega-se, então, ao discurso jurídico voltado para a realização da justiça ante os efeitos da política econômica e ao domínio do Direito Econômico. (SOUZA, 2017, p. 521).

Clark e Moraes (2016, p. 317) salientam que a técnica da indexação é usual em diversos casos, já que a depreciação da capacidade de compra da moeda gera resultados econômicos e jurídicos relevantes, como enriquecimento para alguns e empobrecimento para muitos. Eis a importância da indexação, dado que estabelece a quantidade de dinheiro necessária à compra ou aquisição de bem ou serviço, em relação à quantidade que foi mister anteriormente para a mesma aquisição. (SOUZA, 2017, p. 127).

“A razão da existência desse instrumento é minimizar ou mesmo suprimir os efeitos inflacionários que dão causa à perda do poder aquisitivo da moeda, decorrente da política inflacionária adotada pelo governo.” (CLARK; CASTRO, 2008, p. 96).

Ponto importante é sobrelevado pelo professor Washington Peluso Albino de Souza (2017, p. 127), assim, aduz que a discrepância de valores, em determinado lapso temporal, não depende da ação ou da inépcia das partes envolvidas na relação jurídica correlata, mas “[...] da política inflacionária posta em prática pelo governo, que alterou o poder aquisitivo da moeda para menos, isto é, modificou o seu “valor real”.”

Para evitar a injustiça da não correção do valor nominal do preço, aumentado pela inflação, diante de medida editada pelo governo, que afeta as relações entre particulares e entre estes e o Estado, deve-se implementar medida econômica que reestabeleça o equilíbrio das relações e a paridade com o poder aquisitivo monetário anterior, consoante a exegese da Regra da Indexação, enunciada pelo jurista Washington Peluso Albino de Souza:

Quando a política econômica posta em prática pelas autoridades superiores faz variar o poder aquisitivo da moeda em índices que ultrapassam os admitidos numa economia estabilizada, cabe a essas autoridades assegurar também as medidas defensivas dos interesses privados capazes de serem diretamente atingidos pelos seus efeitos. (SOUZA, 2017, p. 128).

³³ Quanto à correção monetária, em que pese a tantas vezes denunciada impropriedade da expressão, pois o que se corrige é o efeito da variação do poder aquisitivo da “moeda” e não a “moeda” em si, tornou-se expressão corrente e responsável por equívocos, quando se vai aplicá-la na legislação e na jurisprudência. (SOUZA, 2017, p. 521-522).

A indexação, como instrumento econômico de combate aos efeitos da inflação³⁴ é, segundo o Direito Econômico, regra jurídica, compreendendo, então, a juridicização do fato econômico citado, a fim de se evitar a deterioração do poder aquisitivo da moeda e o desequilíbrio de relações jurídicas, calcadas no distanciamento entre a data da origem da obrigação – instituição dos valores unitários dos procedimentos – e a data do seu cumprimento, como no caso das prestações de serviços dos filantrópicos ao SUS e do posterior pagamento.

Esta regra, declarada como remédio eficaz do Direito Econômico no combate aos efeitos da inflação, por Clark e Moraes (2016, p. 326), está positivada na Constituição e em leis esparsas, comprovando-se a sua existência normativa e eficácia pelo Direito, quando estão prescritas normas que circundam a correção do valor monetário ou expressão semelhantes.

A título de exemplo, pode-se inferir da Lei n° 6.899 de 1981 (BRASIL, 1981) a determinação da aplicação da correção monetária nos débitos oriundos de decisões judiciais, bem como a Lei n° 14.133 de 2021 (BRASIL, 2021b) prescreve em seu artigo sexto, a aplicação do índice de correção monetária previsto no contrato realizado entre o vencedor da licitação e a Administração Pública. No texto constitucional, embora não tenha sido enunciada em norma genérica, a regra da indexação está presente em alguns normativos, como a disposição do artigo 100, parágrafo quinto, que prevê a correção monetária dos precatórios e a prescrição do artigo 37, inciso X, que determina a revisão geral anual dos servidores. Ademais, “[...] não é necessário hercúleo esforço hermenêutico para concluir que a Regra da Indexação serve para resguardar direitos constitucionalmente previstos e foi acolhida pela ideologia constitucionalmente adotada” (CLARK; MORAES, 2016, p. 321), independentemente de disposição normativa ou contratual neste sentido, a fim de precaver a injustiça, como ensina Souza (2017, p. 127). (MACHADO; LELIS; CLARK, 2022a, p. 492).

Mello (2002, p. 570) expõe que, em caso semelhante de atraso no pagamento, como a motivação óbvia da correção inflacionária é impedir que o credor, devido à erosão da moeda, receba aquém do que é devido e, correlatamente, impedir que o inadimplente se enriqueça

³⁴ Há discussão, na seara da Ciência Econômica, sobre os possíveis efeitos maléficos da indexação. Sobre esta questão, cite-se Souza (2017, p. 128): Muito se discute se a prática da indexação agrava ou não o processo inflacionário. Tal discussão pode ser tema de Ciência Econômica, porque, em relação ao Direito e às consequências de sua prática, deparamos com manifestações de enriquecimento e de empobrecimento “sem causa” e não decorrentes de iniciativas das partes contratantes nesse sentido. Manda o princípio de justiça que essa esdrúxula consequência seja evitada, pois a ausência de sua prática apenas representa uma falsa ideia de resultados econômicos positivos para o interesse coletivo. Nisso reside o elemento principal da injustiça a ser corrigida. A essa tarefa se propõe o Direito Econômico. Em complemento, Clark e Moraes (2016, p. 323-326) dissertam sobre a temática, indicando-se a leitura de sua obra referenciada na bibliografia.

injustamente, aproveitando-se da própria mora, o cabimento dela, em tal caso, não dependeria de previsão do edital ou do contrato.

Pelo exposto, entende-se aplicável na seara do Direito Econômico a regra da Indexação, em resposta aos efeitos da inflação, dado que corrige a injustiça da desconformidade entre valor nominal e real, que provoca desequilíbrios em relações jurídicas.

À luz do caso em comento, demonstrou-se que desde 2008, quando foi instituída, a tabela de procedimentos do SUS não foi integralmente corrigida, de acordo com a inflação, existindo esparsos normativos que atualizaram, em diferentes momentos, procedimentos pontuais da tabela. Evidenciou-se pesquisas que comprovaram a defasagem dos valores definidos na tabela, bem como foram expostas as séries de índices que demonstram a inflação acumulada entre os anos de 2008 e 2022, assim, do IPCA, que acumulou o percentual inflacionário neste período de 137,01%, do INPC, que concentrou o percentual inflacionário no período de 140,01%, além do IGP-M, que obteve o percentual mais alto, de 209,75%.

Registre-se que estes são índices que medem a inflação ou a variação de preços de determinados produtos de consumo da população, ou seja, são, como destaca Nusdeo (2015, p. 257) “[...] médias ponderadas de preços de diversos itens [...]”. O IPCA é calculado pelo IBGE e tem como intuito “[...] medir a inflação de um conjunto de produtos e serviços comercializados no varejo, referentes ao consumo pessoal das famílias.” Conforme o IBGE, o “[...] índice de preços tem como unidade de coleta estabelecimentos comerciais e de prestação de serviços, concessionária de serviços públicos e internet e sua coleta estende-se, em geral, do dia 01 a 30 do mês de referência.” (IBGE, 2023c).

Já o INPC tem como propósito a correção do poder de compra dos salários, por meio da aferição das alterações de preços da cesta de consumo da população que recebe salário com mais baixo rendimento. A sua unidade de coleta refere-se a estabelecimentos comerciais e de prestação de serviços, concessionária de serviços públicos e internet e sua coleta estende-se, em geral, do dia primeiro ao dia trinta do mês de referência. (IBGE, 2023d).

Por sua vez, o IGP-M, calculado pela FGV, é utilizado como medida do movimento de preços, que abrange não apenas diferentes atividades bem como etapas distintas do processo produtivo. Logo, é indicador mensal do nível de atividade econômica do país. O índice apura informações sobre a variação de preços de bens e serviços e de matérias-primas usadas na produção agrícola, industrial e construção civil, do dia 21 do mês anterior ao dia 20 do mês de coleta. É utilizado mormente nos reajustes de tarifas públicas (energia e telefonia), em contratos de alugueis e em contratos de prestação de serviços. (FGV, 2023b).

Estes índices determinam “[...] a quantidade de dinheiro necessária à aquisição de certo bem, relativamente à quantidade que se fez necessária anteriormente para essa mesma aquisição.” (SOUZA, 2017, p. 127). Dever-se-ia aplicá-los no caso concreto, pois, “[...] no contrato administrativo o que se convencionou manter em integridade são os valores a serem pagos no instante do vencimento do débito.” (MELLO, 2002, p. 570).

A conjuntura evidencia que a União ignora a regra da indexação por mais de década, ao não corrigir, conforme a inflação, a tabela de procedimentos do SUS. Todavia, tal regra possibilita a atualização inflacionária da forma de remuneração do âmbito complementar de saúde pública. Esta omissão estatal implica a precariedade e a fragilidade do Sistema Único de Saúde, haja vista que a não correção prejudica o financiamento público da prestação de serviços filantrópica e inviabiliza a efetivação do direito à saúde.

Sobre as Santas Casas e outras filantrópicas, as quais destinam mais de sessenta por cento da sua capacidade hospitalar ao SUS, ressoa o ônus de suportar o prejuízo diante da não correspondência entre o valor nominal e o valor real dos procedimentos descritos na tabela referida. Perceba-se a exorbitância do dano financeiro, já que a maior parte da renda destas instituições advém do sistema público, que as remunera aquém dos valores devidos. (MACHADO; LELIS; CLARK, 2022a, p. 493). E a consequência é a prevista por Souza (2017, p. 127), assim, o Estado, que não desembolsa o valor correto, maior, pelos serviços prestados à sociedade, “enriquece” e as Santas Casas e filantrópicas suportam o ônus financeiro, endividando-se para proporcionar a manutenção das atividades à disposição do SUS, faticidade demonstrada anteriormente.

Mello (2002, p. 570) descreve situação hipotética de não correção inflacionária, em caso de mora no pagamento pelo contratante público, que causaria enriquecimento de uma parte e empobrecimento da outra e explica que o desajuste da moeda implicaria “[...] além de violação ao inafastável equilíbrio econômico-financeiro ajustado no contrato, (a) prêmio ao violador do direito alheio, [...], e (b) um estímulo ao devedor para que continue recalcitrante e persista violando pelo maior tempo possível o direito alheio, [...]”

Salienta-se o problema sistêmico, genérico, que atinge todos que se vinculam à forma remuneratória da tabela SUS, baseada na produtividade da prestadora de serviço, que ultrapassa a questão individual e contratual e produz efeitos extracontratuais, percebidos na manutenção da política pública de saúde. Veja-se que a solução proposta, a aplicação da regra da indexação, acarretaria a atualização inflacionária da tabela e o ajuste de todos os contratos que estão fundamentados nesta, de forma uniforme e equânime.

Questão relevante é manifestada por Machado, Lelis e Clark (2022a, p. 493) sobre os prejuízos para os entes públicos, contratantes diretos das filantrópicas, como as Santas Casas. Desta maneira, dissertam os autores que Estados e Municípios também padecem com os corolários da ausência de atualização da tabela estudada, já que o baixo valor dos procedimentos não incentiva a participação de hospitais filantrópicos, nem das entidades com fins lucrativos, nas licitações para a contratação. Ademais, aduzem acerca da possibilidade de os outros entes da federação ofertarem valores diferenciados para a remuneração dos prestadores das ações e serviços de saúde, assim, esta possibilidade é legal, contudo, o próprio ente contratante, para fins de complementação financeira, deve assumir o ônus dos valores além dos definidos na tabela SUS, ou seja, devem empregar recursos próprios, sendo vedada a utilização de recursos federais para este fim, segundo a Portaria nº 1.606 de 2001 (MS) (BRASIL, 2001), outrora explicitada, gerando, conforme os autores, maior gasto para os Estados e Municípios, que, conforme se verá, possuem diminuída disponibilidade orçamentária, em face da União.

Logo, ainda que os entes contratantes queiram remediar a situação, o ônus financeiro recairá sobre o seu orçamento, fato que praticamente impossibilita as iniciativas individuais destes, já que não possuem disponibilidade orçamentária para fazer jus ao gasto respectivo. Embora se diga que o financiamento da saúde é dever de todos os entes, rememora-se que a União assumiu os gastos relacionados à tabela SUS, consoante o artigo 333 da Portaria de Consolidação nº 1 de 2017 (MS) (BRASIL, 2017a), que reproduz o artigo 17 da Portaria nº 321 de 2007 (MS) (BRASIL, 2007a) – revogada pelo normativo anterior – que dispõe que os recursos orçamentários, objeto da tabela de procedimentos do SUS, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade.

Constata-se que a resposta à defasagem da tabela de procedimentos do SUS aqui proposta é coletiva, via cumprimento de regra jurídica, que afetaria todos os parceiros filantrópicos contratados ou contratualizados do SUS, dado o alcance da medida econômica inflacionária de correção dos valores, bastando a aplicação da tabela alterada sobre a produção, para o surgimento dos efeitos.³⁵

³⁵ Depara-se com uma questão posta a esclarecimento. Sabe-se que, hodiernamente, a discussão em torno desta matéria ocorre de maneira concentrada individualmente, via discussão judicial do equilíbrio econômico contratual das relações entre o Estado e as filantrópicas. Contudo, o recorte deste trabalho permeia a análise da ausência da aplicação da regra jurídica, consubstanciada na medida econômica de indexação, no que tange ao modo de remuneração do contexto complementar de saúde. Ainda que se entenda cabível a discussão sobre os efeitos contratuais que circunscrevem a defasagem da tabela SUS, este não é objetivo deste estudo, que delinea a política econômica que deveria ser observada. Sobre a discussão no campo contratual, esta foi retratada em trabalho precedente, por Machado, Lelis e Clark (2022a), obra da qual recomenda-se a leitura.

Pelo exposto, apresenta-se a indexação como o remédio jurídico apto a ponderar o desajuste causado pela ausência de correção inflacionária da tabela de procedimentos do SUS, o qual implica o desequilíbrio financeiro-econômico das contratações e contratualizações entre o SUS e as filantrópicas, em especial as Santas Casas. Logo, o Estado deve corrigir a tabela SUS, por meio de índice que mede a inflação, seja por um dos apresentados ou outro setorial que a análise por parte do ente público entender adequado para cobrir os custos dos serviços de saúde de maneira justa na remuneração dos beneficentes, a fim de efetivar concretamente, por meio do financiamento, o dever de saúde do Estado em face da população. Tal atualização deve contemplar todos os procedimentos da tabela, bem como deve-se repetir em lapso temporal determinado, a fim de evitar o desajuste econômico depreendido da sua atual aplicação.

Poder-se-ia questionar até este ponto como vincular o Estado ao dever de indexação da tabela SUS, já que esta regra não tem caráter normativo. Propõe-se que se aguarde o desvelamento desta indagação.

Além de subsumir à regra da indexação, dado a necessidade da identificação entre o valor nominal e o real descrito, a problemática que circunscreve a tabela SUS causa desequilíbrio econômico-financeiro da relação jurídica entre o ente público e o parceiro filantrópico, como se passa a expor.

3.3.3.2 Regra do Equilíbrio

Prossegue-se a análise do ajustamento do fato econômico à ideologia constitucionalmente adotada por meio da indagação quanto ao efeito da ausência da aplicabilidade da regra jurídica em voga na relação jurídica entre as filantrópicas e o Estado.

Diante do primeiro critério de juridicidade apresentado, a regra da indexação, perquire-se se basta a atualização inflacionária da tabela de procedimentos do SUS para propiciar o equilíbrio econômico e financeiro da relação jurídica típica do contexto complementar do SUS, tendo em vista que as beneficentes devem ser ressarcidas, corretamente, pelo serviço de saúde desempenhado, coincidindo a prestação ao crédito vinculado à contratação, o que não sucede na faticidade há muito tempo.

Embora não faça parte deste recorte a análise contratual da faticidade, não se abstrai que a ausência continuada da aplicação da regra da indexação causou resultados financeiros negativos graves para as filantrópicas, contrariando a premissa de equilíbrio financeiro e econômico que deve pairar sobre as relações contratuais entre as instituições e o Estado, bem como ocasionando lesão a direitos subjetivos das filantrópicas. Relembra-se as inúmeras

pesquisas apresentadas, que confirmam a remuneração escassa recebida pelas beneficentes e o endividamento provocado para manter as atividades em prol da saúde pública.

O questionamento refere-se à forma de recuperação e garantia do equilíbrio contratual, ao longo do cumprimento da prestação de serviço privada, no âmbito complementar, essencial para o alcance dos atendimentos públicos de saúde. Logo, sobrelevando-se o interesse particular e social destas contratações, salienta-se que a paridade buscada, no âmbito do Direito Econômico, implica a observância da regra do equilíbrio, que foi concebida com o desiderato de compatibilizar o ideal de equilíbrio econômico com as normas jurídicas e pondera escolhas ou medidas jurídicas capazes de cumprirem a “ideologia do justo equilíbrio de interesses.” (SOUZA, 2017, p. 123).

O mestre Washington Peluso Albino de Souza (2017, p. 123) assim a conceitua: “Para toda relação de Direito Econômico há sempre um ‘ponto de equilíbrio’, ou uma ‘zona de equilíbrio’, que traduz a mais justa ponderação dos interesses individuais e sociais postos em confronto ante os fundamentos econômicos da ideologia adotada.”

Machado, Lelis e Clark (2022a, p. 496) dissertam que o equilíbrio econômico-financeiro engloba todos os enfoques econômicos importantes para a execução contratual: “[...] o montante de dinheiro devido ao contratado, prazo estipulado para o pagamento, periodicidade do pagamento, atualização dos valores e abrangência do contrato.” Logo, a sua descontinuação ou o rompimento, fenômeno econômico, que possibilita o direito à alteração do contrato, só se implementa por meio do confronto entre duas realidades diversas, precisamente, “[...] a ocorrência de fato superveniente ([...] a defasagem da tabela de procedimentos do SUS, [...]) e a ampliação dos encargos ou a redução das vantagens originalmente previstas (como os valores repassados pelo SUS que, hoje, são insuficientes para custear os serviços de saúde).”

Dessa maneira, a regra enunciada deve também ser aplicada ao caso exposto, em razão da inflação não evitada e não remediada, para manter a correspondência econômica e financeira dos contratos públicos, oportunizando a razoabilidade e a adequação das prestações ao serviço cumprido, em prol da saúde pública.

Na seara cível, a regra do equilíbrio se aproxima da interpretação do contrato bilateral sinalagmático, descrito por Farias e Rosenthal (2011, p. 263) como o contrato no qual uma obrigação é a causa da outra, extraindo-se a correspectividade e a reciprocidade entre os direitos e as obrigações.

Nota-se que a ausência de correspondência entre o valor nominal, previsto na tabela de procedimentos do SUS, e o real, gasto pelos hospitais filantrópicos, causa o desequilíbrio econômico nas contratações dos serviços de saúde, não se assegurando

a remuneração justa e condizente com o serviço para as Santas Casas. Assim sendo, não se persegue o justo dentre os interesses ressaltados e o prejuízo financeiro torna-se econômico, dado o desequilíbrio partir da não aplicação de regra jurídica. (MACHADO; LELIS; CLARK, 2022a, p. 494).

Em cumprimento da regra do equilíbrio, além de o ente público corrigir a oscilação inflacionária não considerada pela tabela SUS de forma genérica, ressalta-se a sua responsabilidade quanto à paridade de obrigações, a fim de manter a estabilidade econômica e financeira durante toda a execução dos contratos. Assim, há responsabilidade civil do Estado em face da omissão da medida econômica que afeta diretamente o contrato de saúde, ajustado com as entidades beneficentes, vinculando-se à assunção e compensação pelos prejuízos causados diante da sua abstenção.

Esta responsabilidade se depreende da previsão das regras do equilíbrio e indexação, que cria a obrigação – ainda não normativa – do ente federal aplicar os índices inflacionários para manter a atualidade de valores da tabela de procedimentos do SUS, bem como de disponibilizar critérios e valores de ressarcimento da entidade, que estejam adequados ao demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados, em virtude da aplicação das ditas regras. Logo, vai além da correção da tabela SUS, expressando-se a paridade concreta na relação jurídica entre o Estado e as filantrópicas.

Folador (2018, p. 68) que discutiu, em sua dissertação de Mestrado, critérios jurídicos para a aferição da responsabilidade civil do Estado brasileiro por atos de política econômica, conforme art. 37, parágrafo sexto, da Constituição da República (BRASIL, 1988), assevera que a ilegitimidade da conduta estatal, apta a fundamentar a responsabilidade civil, pode ser denotada de indevida postura de abstenção, dado a outorga pelo texto constitucional de relevantes funções ao Estado, cujo exercício não se pode dispor voluntariamente. Assim, a inobservância de comando normativo, ainda que de natureza infraconstitucional, implica descumprimento do dever de agir, sendo esta omissão antijurídica por parte estatal capaz de originar a sua responsabilidade civil, se caracterizados o dano e o nexa causal. “Desse modo, viável que se cogite de danos decorrentes da inconstitucionalidade por omissão ou do descumprimento do dever de agir.”

Sobre o caráter normativo desta regra que possibilita vincular o Estado ao seu dever de equilíbrio das relações jurídicas criadas no contexto complementar de saúde, afirma-se que a Lei nº 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990), em seu artigo 26, o qual está compreendido no Capítulo II acerca da participação complementar no SUS, preceitua:

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.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

Depreende-se da leitura do normativo, a positivação da regra do equilíbrio no que tange aos contratos públicos na seara do serviço complementar de saúde, nos quais engloba-se a relação jurídica com as filantrópicas. Do mesmo modo, infere-se da Lei nº 14.133 de 2021 (BRASIL, 2021b) a mesma garantia de equilíbrio que deve pairar nestes vínculos, haja vista a disposição que permite o reajustamento do contrato, o qual faculta a aplicação de índice de correção “monetária”, bem como a possibilidade de alteração dos contratos e preços, por acordo entre as partes, para reestabelecer o equilíbrio econômico-financeiro inicial do contrato, enquadrando-se o desajuste nas hipóteses descritas na lei (art. 124, II, d).

Veja-se que a regra do equilíbrio tem caráter normativo, em consonância com a ideologia constitucionalmente adotada, logo, possui efeito cogente e deve ser observada pelo Estado, com o intuito de afastar o efeito perverso, comprovado no caso das Santas Casas, no qual a violação ao equilíbrio econômico-financeiro do contrato implicou o desempenho financeiro danoso para estas instituições, que, na tentativa de remediá-lo, endividaram-se em milhões de reais.

Por conseguinte, as filantrópicas devem ser ressarcidas, apropriadamente, pelas ações de saúde executadas, a fim de que o cumprimento dos serviços corresponda à prestação pecuniária que se receberá, sobrelevando-se a necessidade de recuperação do equilíbrio econômico-financeiro do contrato, com a incumbência do ente federal quanto à correção inflacionária dos valores tabelados; mas a responsabilidade não se finaliza com o cumprimento da regra da indexação, restando ao ente federal a assunção do dano outrora causado ao longo dos anos de desajuste entre o valor pago e o devido.

Carece as beneficentes do olhar para o passado, com o corolário reestabelecimento da paridade contratual previamente perdida, por meio da quitação da diferença de valores dos últimos cinco anos, sendo este o prazo limite da prescrição das ações em face dos entes públicos, conforme artigo primeiro do Decreto nº 20.910 de 1932 (BRASIL, 1932), pois equilibrar, neste caso, não é só estancar o prejuízo, mas remediar os efeitos maléficis já produzidos pelo descompasso econômico-contratual. Assim, será possível a paridade econômico-financeira do

contrato, confirmando-se o dever do Estado de findar o distanciamento entre os valores tabelados e os reais, que, por tempo prolongado, acarreta a anormalidade do contrato, exatamente pelo não cumprimento de regra jurídica.

Pelo exposto, deve o Estado assumir a sua responsabilidade diante da regra que vincula a atualização inflacionária da tabela de procedimentos do SUS, política remuneratória de saúde, no âmbito complementar, para o alcance do equilíbrio econômico-financeiro do contrato, que não se reduz apenas a esta medida, mas possibilita a quitação da diferença de valores dos últimos cinco anos, rememorando-se que o serviço de saúde, independente se prestado diretamente ou em regime complementar, é dever do Estado, conforme previsto constitucionalmente.

3.3.3.3 Regra do Interesse Social

O desarranjo monetário/financeiro produzido pelo desatendimento à regra da indexação, ou pela não aplicação, ao longo dos anos, da atualização inflacionária da tabela de procedimentos do SUS, além de ter como resultado a quebra do equilíbrio econômico-financeiro das relações jurídicas entre Estado e filantrópicas, produziu outro fenômeno, assim, prejudicou os serviços de saúde de modo geral, devido à falta de financiamento, que cria ambiente inóspito entre as necessidades de saúde da população e a estrutura deficitária das beneficentes, mormente das Santas Casas.

Rememora-se a manifestação da Confederação das Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas (NETO, 2022), a qual aduziu a relação deficitária entre os hospitais e o SUS, que ocasiona o alto endividamento das instituições, sucateamento das estruturas físicas e tecnológicas, duramente afetadas pela pandemia de COVID-19, que pressionou o abastecimento de materiais e medicamentos, de mão-de-obra, etc..

Tal concretude fática, além de atingir regras que se originam da ideologia constitucionalmente adotada, confronta a própria existência desta, pois abala diretamente o direito à saúde, uma das pedras de toque da justiça social, a qual almeja a Constituição.

Dessarte, a saúde foi uma conquista da Constituição de 1988, estando vinculada a um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito, a dignidade da pessoa humana. Ramos (2005, p. 152) ratifica esta afirmativa, salientando que a saúde, como direito social-fundamental disposto no texto constitucional, tem caráter prestacional e está vinculado às funções do Estado “[...] que deve zelar por uma adequada e justa distribuição e redistribuição dos bens existentes, a fim de reduzir as desigualdades sociais.”

Sobrelevando-se o interesse social que emana da saúde e de outros direitos dispostos no texto constitucional, a fim de equalizar a justiça social, o Direito Econômico entende a relevância deste axioma e o absorve como juízo de valor a fundamentar toda a sua estrutura. É o que se depreende da Regra do Interesse Social, assim evidenciada por Souza (2017, p. 126): “O Direito Econômico toma o interesse social como fundamento dos seus ‘juízos de valor’ e por essa orientação procura realizar os princípios da Justiça Distributiva”.

Há considerável interesse social acerca da problemática que envolve a remuneração insuficiente das filantrópicas, mormente das Santas Casas, pois são estas instituições, em diversas cidades brasileiras, que realizam o direito à saúde de média e alta complexidade, em conjunto ou não com instituições públicas. Veja-se a exposição da representatividade das beneficentes no contexto da saúde pública, já abalizada neste estudo:

Em 2017, foram mais de 250 milhões de procedimentos ambulatoriais realizados e 4,4 milhões de internações hospitalares. Considerando apenas as internações hospitalares, as instituições filantrópicas representaram 47% do valor total das internações no SUS. Ainda, de acordo com dados do Ministério da Saúde, 59% de todas as internações de alta complexidade no SUS são realizadas por hospitais filantrópicos. (FONIF, 2018, p. 19).

Já a Confederação das Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas (NETO, 2022), que representa 1.824 Hospitais Filantrópicos brasileiros, expõe que o setor dispõe 169 mil leitos hospitalares e 26 mil leitos de UTI, sendo a Santa Casa ou o Hospital Filantrópico o único hospital ou meio de acesso à saúde pública em 824 municípios do Brasil, “[...] com uma representatividade ao SUS nacional de 70% do volume assistencial da alta complexidade e 51% da média complexidade. Anualmente faz mais de 5 milhões de internações, 1,7 milhão de cirurgias e mais de 280 milhões de atendimentos ambulatoriais.”

É nítido que a remuneração aquém do devido afeta diretamente o serviço de saúde, relevante em quantidade e qualidade, executado por estas instituições. Reafirma-se a tabela de procedimentos do SUS como política remuneratória que sustenta o pilar dos serviços complementares de saúde, independente se contratados ou contratualizados, se o cálculo do ressarcimento tiver como base a produtividade.

Logo, a disformidade financeira ocorrida quando do pagamento pelos serviços de saúde prestados pelas entidades filantrópicas contraria direitos subjetivos individuais destas, assim como o interesse coletivo, público, que provém da saúde como balizador de justiça social. Realizar a saúde é atuar conforme os juízos de valor do Direito Econômico, desta forma, a observância da medida econômica posta em execução por instrumentos jurídicos, como se verá,

a correção inflacionária da dita tabela, e o equilíbrio econômico-financeiro contratual compreendem tanto o interesse individual como o coletivo, o privado como o público, dirigindo-se aquele no sentido de melhor atender este. (SOUZA, 2017, p. 126). É a consagração da harmonia dos princípios ideológicos tão buscada pela ideologia constitucionalmente adotada.

Visto as regras jurídicas que juridicizam o fato econômico ausência de correção inflacionária da tabela de procedimentos do SUS, bem como esclarecida a trilogia normativa que rege a ordem jurídico-político-econômica – princípios, regras e normas – indaga-se como vincular o Estado ao dever da indexação da tabela citada, haja vista o predicado não normativo que o acompanha. A resposta não pode ser outra, a positividade desta regra é medida que se impõe.

3.3.4 Norma Jurídica: positividade da Regra da Indexação

Constatado o fato econômico e a juridicização deste, por meio das regras jurídicas, assim, entendido que a problemática envolta à tabela SUS repercute no equilíbrio econômico e financeiro do contrato entre filantrópicas, mormente as Santas Casas e o Estado, contrariando norma jurídica que prega a paridade, bem como salientado que a faticidade contradiz a própria ideologia constitucional, pois vai de encontro aos juízos de valor desta, que se fundamentam no interesse social, presente na execução do dever de saúde pelo Estado, por meio do financiamento, e esclarecido que a solução permeia a implementação da regra da indexação, mister se faz seguir o caminho para vincular o Estado a este dever.

O professor Washington Peluso Albino de Souza (2017, p. 120) antecipa esta resposta ao ressaltar que, no Direito Econômico, a norma recebe da regra a opção já portadora de elementos econômicos e políticos juridicizados, imprimindo-lhe o sentido do dever ser. Desta forma, “Indicará os modos de efetivação da opção fornecida pela “regra”, para garantir-lhe a “legitimidade” jurídica, ou seja, a sua inserção no conjunto de normas que vão compor a “ordem jurídica”.”

Clark e Côrrea (2009, p. 4251), no mesmo sentido, prelecionam que “[...] as normas de Direito Econômico são os elementos de concretização – no plano do dever ser – das escolhas fornecidas pelas regras do Direito Econômico.”

À vista disso, não pode ser outra a solução para a problemática posta em discussão, a necessidade de tornar a regra da indexação norma de política econômica, a fim da sua aplicação no que tange à tabela de procedimentos do SUS. Como política econômica, terá todas as

características normativas, será acolhida pelo ordenamento delineado pelo legislativo, implementada pelo executivo e interpretada pelo judiciário.

Entusiasmada com a relação que o Direito Econômico sugere entre o estabelecimento de regras, circunscritas a relações jurídico-político-econômicas entre particulares ou entre estes e o Estado, e a manifestação da política econômica posta em prática para realização da ideologia, conforme salienta Souza (2017, p. 186), propõe-se a tratativa da regra jurídica da indexação como política econômica no próximo capítulo, a fim de sobrelevar a melhor forma de sua aplicabilidade dentre todos os sujeitos que terão o poder-dever de efetivá-la.

4 POLÍTICA ECONÔMICA INDEXADORA: A SOLUÇÃO DO DILEMA

Apreendido todo o contexto fático e jurídico acerca da problemática envolta à não correção inflacionária da tabela de procedimentos do SUS, registre-se que a solução, como viu-se permeia a vinculação do Estado, ou melhor, da União, à regra da indexação, sobretudo, por meio da normatização desta ou da sua transmutação em política econômica anual da remuneração do contexto complementar de saúde.

Rememora-se que a normatização da regra da indexação concretiza a ideologia constitucionalmente adotada, dado que corporifica também as demais regras de Direito Econômico – equilíbrio e interesse social – respaldadas pelo cumprimento do dever de saúde pelo Estado, por meio do financiamento, que propicia a paridade da relação jurídica entre entes públicos e parceiros filantrópicos, no bojo de todo o contexto complementar de saúde, pela via da remuneração, e ajusta as consequências inflacionárias de atos adotados pelo governo.

Nesta seara, a norma jurídica – legislação – que positivará a regra da indexação terá características peculiares, assim, não será geral e abstrata, mas tutelará situação determinada – correção inflacionária da tabela SUS, sendo concebida com objetivos específicos, o equilíbrio econômico-financeiro das contratações ou contratualizações entre o Estado e parceiros filantrópicos e o financiamento adequado das ações e serviços de saúde de todo o contexto complementar, dado a alteração da sua política remuneratória. Dever-se-á estudar a melhor norma para implementá-la, definir o índice, o tempo de recorrência da correção e projetar a repercussão orçamentária e o alcance desta; será mister a vinculação de orçamento para a efetivação da medida, bem como é preciso o acompanhamento constante da conquista dos objetivos e o ajuste de contingências.

Veja-se que o alcance desta medida, a sua complexidade, a necessidade de concretização pelo Estado e o escopo econômico indicam que a norma jurídica indexadora se constituirá como política econômica. Rememora-se que o insigne Washington Peluso Albino de Souza (2017, p. 26) entende política econômica como conjunto de medidas que se orientam para desempenhar objetivos econômicos.

Referendando este posicionamento, relata-se que políticas econômicas são políticas públicas³⁶ de caráter econômico, e neste viés, Maria Paula Dallari Bucci (2006, p. 27) salienta

³⁶ Política pública é o programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados – processo eleitoral, processo de planejamento, processo de governo, processo orçamentário, processo legislativo, processo administrativo, processo judicial – visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados. (BUCCI, 2006, p. 39).

que estas “[...] são, de certo modo, microplanos ou planos pontuais, que visam a racionalização técnica da ação do Poder Público para a realização de objetivos determinados, com a obtenção de certos resultados.” Esta autora ressalta três atributos concernentes a estas políticas, assim, deve almejar a concretização de objetivos definidos; evidenciar a prioridade da medida, a disponibilidade de meios necessários à realização e definir o lapso temporal no qual espera-se o alcance de seus efeitos. (BUCCI, 2006, p. 39).

Grau (2010, p. 164-165) destaca que o direito passou a ser dinamizado como instrumento de governo, por meio da sua operacionalização como meio de implementação de políticas públicas, “[...] políticas referidas a fins múltiplos e específicos.” Também aduz que a prescrição das finalidades destas políticas é expressa em textos normativos que se corporificam em normas-objetivo. “A contemplação, no sistema jurídico, de normas-objetivo, importa a introdução, na sua "positividade", de fins aos quais ele, o sistema, está voltado.”

Bercovici (2010, p. 397) entende o âmago das políticas econômicas ao discorrer sobre o caráter histórico que permeia o Direito Econômico e que indica a sua existência a partir do momento em que as constituições positivam relações econômicas e suas disputas políticas e ideológicas, concebendo a constituição econômica. Nesta seara, as “[...] constituições positivam tarefas e políticas a serem realizadas no domínio econômico e social para atingir certos objetivos.” E isso ocorre porque a constituição econômica escancara que a estrutura econômica se revela problemática, implicando a sua orientação para alterar a ordem econômica existente.

A finalidade da positivação da norma indexadora é exatamente alterar a realidade econômica advinda das contratações do campo complementar de saúde, compreendendo relações jurídicas públicas equilibradas, em termos financeiros, bem como mantendo-se o custeio do serviço público de saúde, base de concretização do direito social-fundamental.

Nestes termos, Coutinho (2013, p. 194-198) indaga qual a função do direito na análise das políticas públicas e, com o desiderato de resolver este intrincado desafio, propõe alguns papéis e tarefas que norteiam a observação jurídica destas.

Esses papéis consistem em apontar fins e situar as políticas no ordenamento (direito como objetivo), criar condições de participação (direito como vocalizador de demandas), oferecer meios (direito como ferramenta) e estruturar arranjos complexos que tornem eficazes essas políticas (direito como arranjo institucional). (COUTINHO, 2013, p. 194).

A primeira categoria apresentada por Coutinho (2013, p. 194) retrata o direito como objetivo ao indicar que o ordenamento jurídico pode positivar metas e objetivos das políticas públicas. O direito, então, poderia ser apreendido da prescrição normativa que determina a

finalidade da ação governamental. Veja-se a conexão deste papel com o exercido pelo Direito Econômico no presente caso, ao estabelecer como intuito da política econômica indexadora – realização da regra da indexação – a manutenção do cumprimento da prestação de saúde pública pela via do financiamento, a fim da observância, ainda, da regra do interesse social, bem como a paridade de relações jurídicas entre Estado e filantrópicas, para a visualização dos efeitos da regra do equilíbrio. O Direito Econômico, pela via de suas regras, abstraídas/identificadas na ideologia constitucional, indica diretrizes para as políticas econômicas em voga ditadas pelas normas legais. “É exatamente nesse sentido que a corrente normativista-dirigente percebe que a Constituição Econômica representa o vetor adequado na fundamentação jurídica das políticas econômicas.” (BARREIRO; CLARK; LELIS, 2021, p. 195).

Outra espécie de papel evidenciada pelo autor é o direito como ferramenta. Neste viés, ao direito é atribuída a função de formatar os meios pelos quais a política pública será executada, assim, o estudo dos modelos jurídicos possíveis e dos mecanismos de direito administrativo viáveis, exame de possibilidade de sanções ou prêmios, a seleção da norma, etc. (COUTINHO, 2013, p. 196-197). Novamente, pode-se relacionar este papel ao descrito neste estudo acerca das características do procedimento administrativo que se seguirá desde a implementação da política econômica indexadora até a sua manutenção, logo, o estudo do índice, do lapso temporal adequado para a recorrência da medida, exame e disponibilização de orçamento, análise da norma adequada à implementação, dentre outros.

A terceira tarefa caracterizadora do direito nas políticas públicas é o direito como vocalizador de demandas, a qual permeia a necessidade de dar voz aos interessados na política pública, a fim da participação destes na configuração até a execução da política e, ainda, na avaliação dos resultados, por meio de mecanismos de deliberação conjunta. (COUTINHO, 2013, p. 197-198). Considerando-se esta acepção, chamou-se atenção para o déficit financeiro ocasionado pelo fato econômico deste trabalho, como apontado pelas instituições que representam os filantrópicos, como as Santas Casas. Barreiro, Clark e Lelis (2021, p. 195) prelecionam que é neste sentido que se denota a atualidade e a importância da ideologia constitucionalmente adotada, entretanto, “[...] ela necessita de uma ressignificação atenta à visão de que tal “ideologia” não se resume ao texto, sendo necessário buscar de forma dialogal um novo horizonte semântico em uma sociedade aberta e plural.” Possibilidade de se implementar este papel no caso em discussão é a realização de audiências públicas com os filantrópicos a fim da análise sobre a melhor via de realização da regra da indexação, bem como o exame de outras medidas necessárias ao equilíbrio do contrato, do sistema de saúde e ao melhor desempenho do serviço público de saúde.

O quarto papel delineado permeia o direito como arranjo institucional das políticas públicas. Nesta seara, o direito, além de prever o conteúdo substantivo da norma da política pública, instrumentalizar os meios de sua implementação e possibilitar a participação social, deve viabilizar a articulação entre os atores que estão vinculados, diretamente ou não, às políticas, mediante descentralização, compartilhamento de responsabilidades, coordenação, autonomia e diálogo com outros programas e projetos relacionados. A estruturação da política pública depende deste arranjo institucional. “Nesse sentido, o direito pode ser visto uma espécie de “mapa” de responsabilidades e tarefas nas políticas públicas.” (COUTINHO, 2013, p. 195-196).

Coutinho, em outra obra (2016, p. 219), apresenta o Direito Econômico como ferramenta de construção institucional, na medida em que está vinculado ao aperfeiçoamento do direito que molda, ordena e altera as estruturas institucionais que têm o papel de concretizar normas jurídicas em políticas públicas eficazes e legítimas. Tal objetivo se fundamenta no alcance da efetividade da constituição econômica, âmago desta área jurídica.

Imbuído da acepção do direito como arranjo institucional das políticas públicas ou das políticas econômicas e ciente da tarefa relevante do Direito Econômico, propõe-se a análise jurídica sobre o papel ou os processos, prescritos normativamente, de cada um dos sujeitos estatais, que estão habilitados a participar do processo decisório da política pública, distinguindo-se as atribuições e os objetivos destes, em cada esfera, e os entraves da sua atuação à política econômica estudada no atual caso, a indexação. Três serão os processos destacados na análise: o processo legislativo, o processo executivo, ou administrativo, e o processo judicial.

Bucci (2021, p. 48) enfatiza, neste ponto, que as políticas públicas são formatadas por conjunto de processos juridicamente regulados, constituindo este na análise da ação governamental como ocorre, no plano jurídico-institucional, até ser possível descortinar os seus resultados. “Uma vez que os processos contribuem para moldar as decisões, cabe trazê-los a lume de modo racional, compreendendo as formas pelas quais os próprios processos e seus pressupostos de formação tornam-se objeto de decisão, conscientemente informada de suas injunções políticas.”

Não se almeja esgotar todo o processo institucional que permeia a análise das políticas públicas, mas registrar as funções essenciais, previstas em cada processo, e relacioná-las com os entraves jurídicos, apontados como obstáculos à instituição, execução e efetividade da medida estudada. Inicia-se pela normatização da regra da indexação como política econômica, desta forma, pelo processo legislativo.

4.1 Processo Legislativo: normatização da política econômica e disponibilidade orçamentária

4.1.1 Normatização da política econômica

Como se constatou, o primeiro passo para tornar a regra da indexação aplicável à tabela de procedimentos do SUS é a sua transmutação em norma jurídica. Perceba-se que alguns passos já foram cumpridos a fim da sua instituição como política econômica. Desta forma, utilizando-se o passo a passo, desenvolvido pelo Tribunal de Contas da União – TCU (BRASIL, 2021c), já se efetivou alguns dos 10 passos descritos para se desenvolver uma política pública, assim, foi caracterizado o problema que se deseja tratar (Passo 1) – a necessária correção inflacionária anual da tabela de procedimentos do SUS; já se esclareceu toda a problemática econômico-financeira advinda do objeto da política econômica, bem como demonstrou-se os benefícios para os afetados com a medida, garantindo-se a transparência no processo de inclusão desta como prioridade (Passo 2).

O passo 3 (BRASIL, 2021c) deve ser dado pelo processo legislativo, a formulação da política pública. Este passo foi e é muito requerido pelas filantrópicas ou pelas instituições que as representam. Desta forma, em 2019, iniciaram audiências públicas na Câmara dos Deputados (2019) acerca da atualização da tabela SUS, sendo muito evidenciado que um dos setores mais afetados é o dos hospitais filantrópicos, responsáveis por boa parte do atendimento do SUS; contudo os debates foram cancelados, no mesmo ano, sem avançar.

Bucci (2021, p. 63) faz observação acerca do início do processo legislativo, que merece menção. Afirma a autora que o ordenamento constitucional brasileiro vincula a reserva constitucional da iniciativa do projeto ao Poder Executivo para a propositura de leis que preveem políticas públicas, haja vista o impacto orçamentário, por força do artigo 61, parágrafo primeiro da Constituição da República (BRASIL, 1988).

No caso das políticas econômicas, discorda-se deste posicionamento, dado que o mandamento da lei advém do próprio texto constitucional e dos ditames da ideologia constitucionalmente adotada, logo, já se tem a substância ou a razão legítima para criar a lei, veja-se o presente caso, no qual a lei que se almeja baseia-se na regra da indexação advinda da ideologia constitucional, que prega a justiça distributiva, e, por intermédio da lógica dedutiva e da interpretação sistemática, a correção pelo Estado dos efeitos de políticas inflacionárias criadas pelo próprio ente. Ademais, os parceiros do SUS contemplados pela medida são do terceiro setor, filantrópicas, pessoas jurídicas de direito privado e o impacto ocorrerá nas

relações jurídicas de cunho contratual, abrangendo todos os contratos nos quais a remuneração se baseia na tabela SUS, ou na produtividade do parceiro. Logo, entende-se que no caso das políticas econômicas, que cumprem a ideologia constitucionalmente adotada, há vinculação constitucional, assim, a iniciativa também pode ser do Poder Legislativo.

Desta forma, existe o Projeto de Lei nº 2.839 de 2022 que tramita na Câmara dos Deputados (BRASIL, 2023a), o qual corresponde ao Projeto de Lei nº 468 de 2018³⁷, que tramita no Senado (BRASIL, 2023b), de autoria do Senador Randolfe Rodrigues – REDE/Amapá, definindo o texto único a finalidade de garantir a revisão anual dos valores dispostos na tabela de procedimentos do SUS, em observância da regra da indexação. Espera-se o comprometimento dos parlamentares com o diálogo com a sociedade civil afetada com a medida ou com a falta desta, a fim de analisar outras demandas necessárias para o equilíbrio contratual que deve emanar destas relações jurídicas. Ademais, mister a discussão com a União acerca da medida, dado que, ainda que não se entenda a responsabilidade pela iniciativa somente do ente executivo federal, recomenda-se o exame da disponibilidade orçamentária para a política indexadora. Tais esforços servem para atingir o Passo 4 (BRASIL, 2021c), qual seja, a garantia de que o processo da tomada de decisão quanto à política seja motivado, transparente e participativo.

Aguarda-se a aprovação e a publicação do projeto, a fim da sua produção de efeitos. Neste ponto, questão relevante paira no ar, como aprovar política econômica indexadora, que incidirá anualmente sobre a tabela SUS, como prescrevem os projetos, se tem-se histórico de subfinanciamento da política pública de saúde, bem como encontra-se em vigor a Emenda Constitucional nº 95 de 2016, com o estabelecimento do Teto de Gastos Públicos? Como aprovar uma lei ciente de que o orçamento negará a sua eficácia?

4.1.2 Entrave jurídico à aprovação da Política Indexadora: o subfinanciamento crônico do orçamento destinado à saúde e a EC nº 95 de 2016

Em contraposição à necessidade progressiva de custeio de direitos sociais, a perspectiva histórica do financiamento da saúde se difere da importância atribuída a esta quando da formatação do Estado Democrático de Direito. Como aduzem Baptista, Machado e Lima (2009, p. 831), grande parte das conquistas constitucionais, foram obliteradas dado a inflexão

³⁷ Ementa: Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para estabelecer revisão anual dos valores para a remuneração de serviços prestados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Câmara dos Deputados (BRASIL, 2023a), Senado Federal, (BRASIL, 2023b).

conservadora dos anos 90, assinalada pela “convivência entre democratização e liberalização econômica”, advinda da reforma do Estado “[...] marcada pela ênfase na estabilização monetária e no controle da inflação; por medidas de enxugamento da estrutura e do funcionalismo públicos; por restrições à lógica abrangente de proteção social, com contenção de gastos e expansão da prestação privada de serviços sociais.” Era a ascensão do neoliberalismo de regulação, conforme Clark, Corrêa e Nascimento (2020, p. 49-50).

Desta forma, “diante de um contexto marcado pela ascensão da lógica neoliberal no Brasil e no mundo”, o predicado humanitário e universal da saúde pública não resistiu quanto a sua forma de concretização e o “[...] antagonismo daí resultante deu origem ao subfinanciamento crônico do sistema de saúde que prejudica a realização de *facto* dos princípios estabelecidos de *jure* na Constituição Federal de 1988”. (GUIDOLIN; DAVID; ROSSI, 2020, p. 7).

O constituinte originário teve o intuito de financiar as três áreas da seguridade social – saúde, assistência e previdência social, destacando-se no artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (BRASIL, 1988) – que o percentual de 30% (trinta por cento) do orçamento da seguridade social, composto na forma do artigo 195 do texto constitucional, seria o quinhão da saúde, o que equivaleria, em valores de 2015, a cerca de R\$240.000.000.000,00 (duzentos e quarenta bilhões) aplicados pela União em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), exatamente o valor que a saúde pública necessitaria para corresponder por volta de 8% do PIB, percentual utilizado por países como Canadá, Inglaterra, França. (PINTO; BAHIA; SANTOS, 2016, p. 216). Contudo, este percentual nunca foi respeitado³⁸.

Devido ao avanço das medidas neoliberais de regulação, o orçamento da seguridade social perdeu força de execução e, na década de 1990, foi institucionalizado o seu descumprimento, por meio da aprovação de “[...] desvinculação de 20% dos recursos do OSS e de impostos para integrar o Fundo Social de Emergência. Esse fundo foi instituído para estabilizar a economia após a implantação do Plano Real e gerar superávit nas contas do governo federal” (SERVO; SANTOS; VIEIRA; BENEVIDES, 2020, p. 4), corporificada, hoje, na atual Desvinculação das Receitas da União. Desta forma, “[...] parte dos recursos arrecadados em âmbito federal pode ser usada livremente, diminuindo, na prática, os recursos destinados à seguridade social.” (GUIDOLIN; DAVID; ROSSI, 2020, p. 8).

³⁸ Para se ter noção do subfinanciamento, Pinto, Bahia e Santos (2016, p. 216) expõem que em 2015, o orçamento efetivamente aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde foi de R\$100.054.862.000,00 (cem bilhões cinquenta e quatro milhões oitocentos e sessenta e dois mil reais).

Outro meio de enxugamento do subsídio da saúde é explorado por Machado, Lelis e Clark (2022b, p. 218), no que tange à EC n° 20 de 1998, que incluiu o inciso XI no artigo 167 do texto constitucional, para impedir o uso das contribuições sociais de seguridade social para cumprimento de despesas diversas dos benefícios do regime geral da previdência social. Segundo os autores, direcionou-se fonte específica para a previdência, deixando as outras duas áreas da seguridade, saúde e assistência, desequilibradas em termos de custeio.

Para superar a crise de financiamento, Piola, Paiva, Sá e Servo (2013, p. 10) dissertam que o governo buscou solução por meio da criação da CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira, em 1996, atualmente inexistente, cuja arrecadação deveria ser destinada ao Fundo Nacional de Saúde, sendo que esta “[...] foi mais efetiva para a garantia de estabilidade de financiamento da saúde do que para a ampliação de seus recursos, uma vez que seu impacto foi amortecido pela retração de outras fontes de financiamento da saúde.”

“A instabilidade proveniente da indefinição de vinculação de recursos na década de 1990 incitou a criação de diversas iniciativas parlamentares que foram aglomeradas na EC n° 29/2000.” (GUIDOLIN; DAVID; ROSSI, 2020, p. 8). Tal emenda estabeleceu o valor mínimo a ser aplicado em saúde, por cada ente federativo, assim, tornou obrigatório aos Estados membros e ao Distrito Federal a aplicação de, no mínimo, 12% da receita de impostos; aos municípios, vinculou a obrigatoriedade de aplicação de 15% da receita de impostos e impôs à União o gasto do montante do ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) (BRASIL, 2000c).

Funcia e Ocké-Reis (2018, p. 85) salientam que a Lei Complementar n° 141 de 2012, que regulamentou a EC n° 29, representou importante avanço por estabelecer a definição das ASPS para apuração do piso, “[...] mas, de outro lado, não avançou quanto à alocação adicional de recursos para o SUS, pois manteve a lógica da regra do piso tal qual estabelecido pela EC 29/2000 para as três esferas de governo.” Pinto, Bahia e Santos (2016, p. 217) asseveram que o parâmetro do piso federal de gastos em ASPS, não consonante com a progressividade da receita da União, implica parte do problema de subfinanciamento crônico da saúde e da regressividade proporcional do gasto federal no setor.

“Apesar do avanço que significou a criação do SUS, [...] em 2014, enquanto o SUS gastou 3,9% do [...] (PIB), o gasto público em saúde na média dos países europeus com sistemas universais (Alemanha, Espanha, França, Reino Unido e Suécia) foi de cerca de 8,0% do PIB, [...]”. (MENDES; FUNCIA, 2016, p. 139-140).

Em 2015, foi dado um passo quanto ao desfinanciamento da saúde, formatado na Emenda Constitucional n° 86, reconhecida como orçamento impositivo (BRASIL, 2015a). “A

medida definiu o valor que deveria ser o mínimo destinado à saúde pela União em percentual de 13,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) que seria progressivamente expandido até alcançar 15% da RCL em 2020.” (GUIDOLIN; DAVID; ROSSI, 2020, p. 9).

Poder-se-ia entender como avanço o estabelecimento do piso federal vinculado à receita da União para custeio das ASPS, contudo, o seu patamar ficou aquém do necessário e esperado. Conforme o Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2015b, p. 1), o orçamento da saúde para 2014 representou 14,38% da RCL do ano, ou seja, o gasto de 2014 superou o previsto (13,2%) para o primeiro escalonamento da EC n° 86 de 2015.

Santos e Funcia (2020) apontam outra novidade lesiva decorrente desta emenda para o custeio do SUS, qual seja a determinação da execução orçamentária obrigatória de emendas parlamentares individuais equivalentes a 1,2% da RCL, sendo 50% (0,6% da RCL) em ASPS. Essa obrigação, que compromete em torno de 4% do orçamento do ministério da saúde, R\$ 5 bilhões, conforme os autores, “[...] quadruplicou a parcela do orçamento do SUS destinada exclusivamente aos interesses parlamentares: mesmo que sejam aplicados em saúde, eles nem sempre atendem às necessidades previstas em planejamento dos entes federativos.”

A EC n° 86 de 2015 foi a precursora da política neoliberal de austeridade, aplicada à saúde, quando do estabelecimento do Novo Regime Fiscal, instituído pela Emenda Constitucional n° 95 de 2016, que determinou o limite de gastos para o governo federal, por meio do congelamento das despesas primárias da União por vinte anos, de 2017 a 2036, tendo como parâmetro fixo para todos os anos, acerca do financiamento das ASPS, o montante de 15% da RCL de 2017, corrigido por índice inflacionário. (BRASIL, 2016b).

Aumentos reais do limite estão vedados, pois, de acordo com o § 3.º, inciso II desse mesmo artigo 102, nos exercícios posteriores a 2017, o limite dos gastos corresponderá ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Aplicado - IPCA (e assim sucessivamente). Apenas aumentos nominais são possíveis, portanto. (MARIANO, 2017, p. 260).

Funcia (2019, p. 4407) destaca que a principal motivação da EC n° 95 foi a necessidade de redução do déficit primário (diferença negativa entre receitas e despesas primárias) por meio de ajuste fiscal direcionado à redução das despesas, para geração do superávit primário destinado ao financiamento das despesas financeiras (mormente juros e amortização da dívida pública), que não terão limitação até 2036.

“Superávit primário nada mais é do que o dinheiro que o governo consegue economizar, ou seja, é aquilo que ele gasta (em despesas que não são financeiras) a menos do que arrecada, destinando o saldo remanescente para pagar os juros ou amortizações da dívida pública.” A

autora complementa que este dado passou a ser verdadeiro ídolo da política econômica neoliberal, resumida no tripé: “[...] superávit primário, meta inflacionária e câmbio flutuante”, pois indica o risco de um governo pagar ou não pagar as suas dívidas. Contudo, o resultado já se sabe: “[...] aprofundamento da desigualdade social e da recessão econômica e geração de lucros exclusivos e exorbitantes para muito poucos.” (MARIANO, 2017, p. 267).

À luz da EC n° 95, o valor mínimo constitucional aplicado em saúde passou a se constituir base fixa, corrigido apenas pela inflação. Ou seja, extingue-se, na prática, o piso constitucional para a saúde, bem como o sistema da Lei Maior de consagração de Direitos Fundamentais. (PINTO; XIMENES, 2018, p. 990), violando, assim, a ideologia constitucionalmente adotada (NOCE; CLARK, 2017, p. 1241).

Desta forma, houve o congelamento do financiamento desta política pública federal no patamar de 15% da RCL de 2017, até o ano de 2036, instituindo-se o piso fixo, denominado por Rossi e Dweck (2016, p. 2) como piso deslizante, já que ao longo do tempo o valor mínimo destinado à saúde cai em proporção de receitas e do PIB, aumentando a regressividade do investimento federal no setor. Os citados autores apresentam simulação que expõe que, no caso de manutenção do Novo Regime Fiscal, o gasto em saúde representaria 12% da RCL em 2026 e 9,4% da RCL em 2036.

Além da receita menor para ASPS, que não acompanha as necessidades e a realidade da nação ao longo dos anos, o alcance do teto de gastos estabelecido naquele ano para o custeio desta política pública não permite o aumento dos recursos para complementação do financiamento. Assim, para se conseguir o custeio devido, este sempre progressivo, tendo em vista aumento demográfico e envelhecimento da população, atualização tecnológica, alterações estruturais, inflação setorial, possibilidade de epidemia, pandemia etc., há a necessidade de retirar a disponibilidade orçamentária de outro programa ou política, também já debilitado pelo menor orçamento.

Logo, ocorre o asfixiamento da efetividade da saúde, por ausência de financiamento adequado, que corresponda aos gastos do setor de forma próspera ao desenvolvimento do Brasil. Corolariamente, a normatização da regra da indexação será esvaziada substancialmente, já que a União não possuirá orçamento para cobrir os gastos correlatos à atualização inflacionária anual da tabela SUS.

Ademais, a receita congelada, com o passar dos anos, implica a diminuição das transferências federais para os Estados e Municípios, que, em contrapartida, dedicam mais recursos financeiros para o aporte do setor. Menezes, Moretti e Reis (2019, p. 64) sobrelevam que, mantido o congelamento das receitas, estes entes arcarão com 70% das despesas públicas

até 2036. Funcia (2019, p. 4408) expõe a gravidade da situação, uma vez que a execução da descentralização constitucional da política pública da saúde depende das transferências federais, para os fundos estaduais e municipais da saúde, de cerca de 2/3 do orçamento desta pasta, dado a limitada competência tributária e arrecadatória dos entes, a qual restringe a aplicação de suas receitas. Por isso se afirmou anteriormente que a possibilidade de o ente municipal ou estadual aumentar os valores além da tabela SUS, na contratação ou contratualização de parceiros, era ínfima, posto o sufocamento de suas receitas, mormente dos Municípios³⁹, para cobrir os gastos não tutelados pela União.

Sobre a perda financeira, estudos econômicos apontam futuro obscuro para o SUS, caso permaneça em vigor a EC n° 95 até 2036. Mendes (2017, p. 7) salienta que “[...] os prejuízos acumulados para os próximos 20 anos para o SUS seriam de cerca de R\$ 415 bilhões, considerando um crescimento do PIB de 2% ao ano (média mundial) e uma projeção do IPCA de 4,5%.”

Menezes, Moretti e Reis (2019, p. 64) estimaram os impactos de médio e longo prazos para o SUS, comparando-se a aplicação do piso congelado da EC n° 95 e os valores obrigatórios, caso vigesse regra anterior (15% da RCL do exercício corrente). “A expectativa, elaborada pelos próprios autores, baseada no crescimento médio anual da RCL de 5,7% e do IPCA de 4%, é de perda estimada para as despesas federais em ASPS de R\$ 800 bilhões, entre 2020 e 2036, na hipótese de alocação do orçamento da saúde no piso da EC 95.”

O atual cenário orçamentário do SUS não sustenta as ASPS já delimitados e realizados, tampouco outras medidas de natureza econômica que aumente o ônus financeiro, como a que se propõe neste trabalho. O histórico de subfinanciamento do SUS converteu em desfinanciamento desta política pública, contrariando o dever do Estado e o direito fundamental-social, como prescrito pelo texto constitucional. É autêntico bloqueio institucional da constituição brasileira realizada, seja pela supressão de ditame constitucional, como ensinam Clark, Corrêa e Nascimento (2020, p. 72), seja pela imposição das políticas econômicas de austeridade (CLARK; CORRÊA; NASCIMENTO, 2020, p. 75), conforme esta visão jurídica.

A instituição do Teto de Gastos é um efeito ou uma faceta do neoliberalismo de austeridade⁴⁰, que inviabiliza a concretização da obrigação constitucional do Estado prover a

³⁹ Santos (2020, p. 2) aduz que os Municípios aplicam anualmente 26% de suas receitas, enquanto estão obrigados a aplicar 15%, “[...] tendo aplicado o valor de R\$ 31 bilhões em 2019 para além dos valores mínimos obrigatórios.”

⁴⁰ Clark, Corrêa e Nascimento (2020, p. 91) entendem que a principal característica do neoliberalismo de austeridade é a substituição da soberania popular pela soberania dos mercados, por meio da integral reformulação dos fins e objetivos estatais, que se afastam do cumprimento do texto constitucional para garantir o processo de acumulação do capital financeiro.

saúde, por meio do asfixiamento do financiamento federal das ASPS e das transferências intergovernamentais para as esferas estadual e municipal, já sobrecarregadas, por arcarem com custos além do mínimo constitucional obrigatório, sem a devida descentralização de repasses federativos, em prol do superávit primário e da financeirização do Estado.

O dano não se circunscreve apenas na realização da política econômica aqui proposta para a saúde, mas é sentida em toda a política pública. “A norma marca o fim do Estado garantidor de direitos, uma vez que a proposta impõe uma inversão de prioridades, impossibilitando o funcionamento dos serviços públicos e da rede de proteção social nos termos previstos na Constituição Federal.” (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019, p. 61).

Diferentemente do que usualmente se concebe, não tratamos aqui apenas de regras isoladas na CF88 a fixar piso de custeio em favor dos direitos à saúde (artigo 198) e à educação (artigo 212) ou ainda acerca do orçamento da seguridade social (artigo 165, §5º, III). Na verdade, há uma série de dispositivos que se reforçam reciprocamente em prol da primazia fiscal dos direitos fundamentais voltados à realização dos objetivos constitucionais. Tais normas formam um conjunto integrado e sistêmico de tutela do financiamento suficiente e progressivo dos direitos fundamentais que opera como verdadeiro eixo dirigente e finalístico dos orçamentos públicos no país, forte o bastante para justificar a criação de tributos com destinação específica à seguridade social — contribuições sociais (CF88, art. 149 e 195) — e estabelecer uma exceção à regra geral de não vinculação de impostos (art. 167, IV), em favor do direito à educação (art. 212). (PINTO; XIMENES, 2018, p. 990).

Bello, Bercovici e Lima (2019, p. 1800) expõem que a EC n° 95 suspendeu a Constituição de 1988 por vinte anos e se insere no fenômeno “blindagem da constituição financeira”, “[...] ou seja, a preponderância das regras vinculadas ao ajuste fiscal e à manutenção da política monetária ortodoxa que privilegia os interesses econômicos privados sobre a ordem constitucional econômica e as políticas distributivas e desenvolvimentistas.”

Pinto e Ximenes (2018, p. 995) descrevem a EC n° 95 como espécie de “estado de sítio fiscal”, no qual há a suspensão do orçamento do Estado Social e, conseqüentemente, suspensão das garantias constitucionais dos direitos econômicos, sociais e culturais, que permeiam o piso do custeio público destes direitos pela União, conforme prevê o texto constitucional.

A restrição orçamentária extrema e duradoura, focada na desvinculação de receitas federais para saúde e outros direitos sociais impõe a inviabilidade do Estado cumprir o pacto social, descrito na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988). Nesta seara, após delinear o arquétipo jurídico que se depreende da ideologia constitucionalmente adotada, é de fácil intelecção que esta, que permeia o ordenamento jurídico-político-econômico, não permite direitos ou interesses superiores no texto constitucional, ou a exclusão de direitos sociais em prol do suposto equilíbrio orçamentário, como propõe a lógica neoliberal.

Observa-se que não há na Constituição de 1988 uma ideologia determinante, mas dispositivos que são frutos de diversas ideologias e que devem ser harmonizados por meio de uma interpretação, a ideologia constitucionalmente adotada, que busque a solução mais justa (ética, realizadora de direitos fundamentais) – há, então, amplitude de possibilidades nas ações dos agentes estatais e não apenas a ação financeira de suposição racional e neutra. Do embate ambíguo de ideologias presentes na Constituição de 1988 é possível afirmar que não há neutralidade na escolha de qual Estado implementar: o ético ou o financeiro. (LELIS, 2017, p. 148).

Isto posto, denota-se que o Novo Regime Fiscal contraria o texto constitucional de 1988, por escalonar direitos e deveres do Estado e, corolariamente, os princípios ideológicos plurais que os regem, tornando a Constituição de 1988 submissa a única visão ideológica. Ademais, inverte a lógica de sistematização e aplicação do ordenamento jurídico-constitucional, ao se colocar como obstáculo à efetividade, como filtro de realização deste. “Assim, é o discurso financeiro que tem que passar pelo crivo político-jurídico-constitucional e não o contrário.” (LELIS, 2017, p. 148). O filtro hermenêutico da Constituição deve ser a ideologia constitucionalmente adotada, como preleciona Lelis (2017, p. 148), e não o contrário.

Desta forma, além de o normativo constitucional prever princípios e bases liberais também dispõe axiomas sociais, ambientais, constituindo-se a ideologia mista e plural (CLARK; CORRÊA; NASCIMENTO, 2020, p. 55), que não permite sobreposição principiológica, mas harmonização destes, por meio da aplicação do princípio hermenêutico da economicidade, instrumento de interpretação que coaduna concepções ideologicamente passíveis de oposição. Como se viu previamente, o princípio da economicidade busca o justo, a fim de evidenciar a racionalidade jurídico-econômica que propicie a linha de maior vantagem na busca da justiça. (SOUZA, 2017, p. 30; CLARK; CORRÊA, 2009, p. 4247).

A aplicação do princípio da economicidade neste caso revela a incompatibilidade da prevalência de uma só linha de pensamento como condição de existência e realização do texto constitucional, já que a sua aplicação esvazia o sentido dos valores sociais, presentes na Lei Maior do ordenamento.

Pelo exposto, toda medida capaz de extinguir ou impedir a aplicação dos direitos sociais, como a saúde, se contrapõe à ideologia constitucionalmente adotada, portanto, a emenda estudada, objeto do constituinte reformador, está eivada do vício de inconstitucionalidade. Não há equilíbrio ou harmonização de direitos na emenda, pois esta imobiliza as estratégias normativas de materialização do texto constitucional de 1988 e a real consolidação do Estado Democrático de Direito, conforme Clark, Corrêa e Nascimento (2020, p. 68-69), que a entendem como uma forma de bloqueio institucional, via supressão do texto constitucional.

Logo, aguarda-se a declaração de inconstitucionalidade da EC nº 95 de 2016, ou a sua revogação, com o fim da sua vigência e produção de efeitos. A manutenção da política pública de saúde depende da sua extirpação do ordenamento jurídico, assim como a implementação da política econômica da indexação necessita de disponibilidade orçamentária anual da União, malgrado o subfinanciamento crônico da saúde anterior a esta emenda constitucional, para a atualização inflacionária da tabela de procedimentos do SUS.

Admitida a inconstitucionalidade do Novo Regime Fiscal e a necessidade de financiamento adequado da política pública de saúde, afirma-se que há a obrigatoriedade da disponibilização orçamentária para cobertura da regra da indexação normatizada, ainda que seja superado o piso federal contábil-formal para a saúde, pois concorda-se com Pinto (2016, p. 10), que entende o não acatamento dos deveres federais dado o alcance do piso federal formal como lesão ao dever de gasto mínimo material e ao pacto federativo.

Cabe, pois, reiterar que precisamos fixar o regime jurídico do dever de aplicação em saúde dado pelo art. 198 da Constituição, referido ao cumprimento das obrigações legais e constitucionais de fazer na consecução do art. 196 e do Sistema Único de Saúde a que se referem os artigos 198 e 200, para além da estrita contabilização formal do piso em seu aspecto matemático. (PINTO, 2016, p. 10).

Veja-se que o que se propõe é a disponibilidade financeira desde a discussão da política econômica, a fim de que não haja o que Bucci (2021, p. 67) denominou de desconexão entre o processo legislativo orçamentário e o processo legislativo ordinário, na hipótese de se instituir despesas de caráter continuado não previstas na lei orçamentária, como no atual caso, no qual não pode a União se furtar do cumprimento do serviço de saúde, prescrito constitucionalmente como dever do Estado, por meio do financiamento justo dos serviços complementares. Rememora-se que a atualização da tabela SUS implica o custeio adequado das ASPS de média e alta complexidade, realizados majoritariamente pelas filantrópicas, como se viu.

A fim da formatação desta política econômica e superada a fase legislativa de estudo da medida, análise de viabilidade orçamentária e aprovação do projeto de lei, mister se faz a instituição desta, por meio do processo administrativo.

4.2 Processo Administrativo: implementação da política econômica e discricionariedade

4.2.1 Implementação da política econômica

Após aprovada e publicada a lei que positivará a política indexadora da tabela SUS, o ente executivo federal tem a missão de desenhar e instituir a medida, segundo o Passo 5 (BRASIL, 2021c), tendo como função inicial o seu planejamento. Assim, deve-se organizar a estrutura de governança e de gestão necessária para a implementação da política, cumprindo-se o Passo 6 (BRASIL, 2021c), traçar o plano de implementação desta, conforme Passo 7 (BRASIL, 2021c), desta forma, é preciso analisar o melhor índice para atualizar a tabela, ou seja, aquele que garanta o equilíbrio da relação jurídica com o parceiro filantrópico, remunerado por sua produtividade, e que suscite o menor ônus para os cofres públicos, escolher a data anual para se programar a correção nominal, prever o orçamento necessário para o cumprimento da medida e, sendo ação continuada, este gasto deverá estar previsto na lei orçamentária do ente, de forma incessante, a fim da garantia de fontes de financiamento da política econômica, em obediência ao Passo 8 do TCU (BRASIL, 2021c).

O Tribunal de Contas da União (BRASIL, 2021c, p. 20) orienta a oficialização desta “[...] por meio de ato normativo apropriado à matéria que a política visa disciplinar e com a devida observância dos princípios da administração pública.” Observa-se que a portaria tem sido o ato normativo escolhido como adequado para a atualização de valores da tabela SUS. Este instrumento, consoante Di Pietro (2019) é constituído por atos, “[...] gerais ou individuais, emanados de autoridades outras que não o Chefe do Executivo.”

Logo, após o planejamento da política econômica, deve-se formular o instrumento normativo, ou a portaria, que atualizará a tabela de procedimentos do SUS integralmente, por índice inflacionário, em cumprimento da regra da indexação já normatizada. Posteriormente à alteração nominal, a União deve arcar com a repercussão financeira da correção da tabela, via aumento do montante a ser transferido para os entes estaduais e municipais, a fim de garantir o repasse adequado à remuneração corrigida dos filantrópicos e ao equilíbrio econômico-financeiro contratual, na seara complementar da saúde. “Se a União pactuou na CIT e gerou compromissos federativos com os entes subnacionais, ela tem de cumprir tal pactuação, ainda que, eventualmente, venha a ser formalmente excedente ao piso, sob pena de lesão ao dever de gasto mínimo material e ao pacto federativo.” (PINTO, 2016, p. 10).

Bucci (2021, p. 60-63) evidencia inúmeras características do processo administrativo, que são essenciais para as políticas públicas. Desse modo, expõe os mecanismos de coordenação como fundamentais para o desenvolvimento destas; a relevância da figura da autoridade ou do gestor público, respeitado o regime jurídico da impessoalidade; a organização do trabalho governamental conforme os ditames da transparência e da impessoalidade; o exercício do contraditório, por meio da ordenação da pauta governamental, consultas e audiências públicas; o balanço dos riscos subjacentes à decisão a ser tomada; a motivação do ato decisório, com a justificativa técnica; o controle, baseado na responsabilização administrativa, que se ampara nas diretrizes *accountability*, eficácia, gestão por resultados e similares; por fim, a atuação com transparência, fundada no aspecto qualitativo da discussão. Todas são fundamentais para o processo de formulação e implementação de políticas públicas.

Todo o contexto aqui perpassado retrata a importância do planejamento, como base da implementação, e da manutenção da política pública. No caso da política econômica estudada, este dever terá que ocorrer anualmente, conforme a legislação a ser aprovada, por meio do estudo do índice atual adequado, disponibilização financeira conforme a lei orçamentária, por tratar-se de política continuada, pela formulação anual do instrumento normativo, ou seja, a portaria, que atualizará a tabela de procedimentos do SUS, e o aumento do repasse para os entes Estados e Municípios. Neste ponto, emerge uma questão: após a normatização da regra da indexação, este conjunto de atos, ou melhor, a concretização e a manutenção da política econômica dependem da “vontade” do Executivo?

4.2.2 Entrave jurídico à implementação e manutenção da Política Indexadora: discricionariedade sobre o agir e o cumprimento do orçamento

Muito se discute sobre o poder discricionário no bojo das políticas públicas. Tipicamente, a discricionariedade é entendida como o poder da Administração, diante do caso concreto, de tomar uma decisão, dentre duas ou mais soluções, todas válidas para o ordenamento, seguindo o critério de conveniência e oportunidade. (DI PIETRO, 2019).

É certo que não há nestes casos liberdade plena ou livre-arbítrio da autoridade pública, mas há uma liberdade instrumental, isto é, uma liberdade de escolha entre opções que possam em tese atender a finalidade pública específica ou o interesse público específico inerente à prática de um determinado ato, à tomada de uma determinada decisão. (PEREZ, 2017, p.66).

Esta margem de liberdade da decisão discricionária é pronunciada pela legislação, quando presentes as normas de textura aberta, que expressam conceitos jurídicos indeterminados ou pontuais determinações normativas que cedem “[...] espaço para a manifestação de outros campos afetos à gestão pública, como a política e a economia, visando à implementação do que preleciona o ordenamento jurídico no caso concreto.” (ROBL FILHO; MADALENA, 2015, p. 154).

Mister se faz explicitar que não se pretende aprofundar o conceito ou o controle da discricionariedade administrativa, mas objetiva-se expor o seu recaimento no âmbito da instituição e manutenção da política econômica estudada, haja vista que esta, como política pública, depende de diversas decisões do processo administrativo.

Robl Filho e Madalena (2015, p. 154) ressaltam que a questão essencial na discricionariedade “[...] é definir os critérios de legalidade prévios à “janela administrativa”, em decorrência dos quais os atos da administração deverão sofrer uma análise jurídica para que possam ser colocados na condição atos administrativos discricionários, válidos e legais.”

Neste ínterim, afirma-se que o fundamento de aplicação da discricionariedade, bem como de toda atuação administrativa, é o princípio da legalidade, que constitui, conforme Di Pietro (2019), “[...] uma das principais garantias de respeito aos direitos individuais”, a que se acrescenta, e de cumprimento de direitos sociais. “Isto porque a lei, ao mesmo tempo em que os define, estabelece também os limites da atuação administrativa que tenha por objeto a restrição ao exercício de tais direitos em benefício da coletividade” (DI PIETRO, 2019), bem como estabelece as políticas públicas, a fim da sua realização pela administração.

A exegese atual do princípio da legalidade, ou da juridicidade, inclui, além da lei, a observância de todo ordenamento normativo do Estado, incluindo os princípios presentes no texto constitucional. Sobre a temática, Guimarães e Freitas (2019, p. 283-284) explanam que hoje há efeito irradiador dos direitos fundamentais para todas as áreas do ordenamento, mormente para as vinculadas à atuação estatal. “O Direito Administrativo adquire um novo conceito, voltado para a incorporação das normas e valores constitucionais, sendo a Constituição o centro da razão do Estado.” A motivação desta releitura permeia o fato de que o texto constitucional, com seus princípios, garantias e normas, sustenta o sistema e dá substrato à Lei, logo, a todo ato público, que deve se orientar diretamente pelos mandamentos constitucionais, sob pena de invalidação.

Perceba-se que o caso concreto se subsume à leitura constitucional do Direito Administrativo, visto que o fim último da política econômica que se almeja implementar é a realização da saúde de média e alta complexidade, via financiamento adequado pelo Estado dos

serviços filantrópicos, sendo o direito à saúde uma das bases da dignidade da pessoa humana, fundamento da República Federativa do Brasil, conforme art. 1º, inciso III, da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988).

Além disso, como já se esmiuçou, a ausência de atualização da tabela de procedimentos do SUS contraria as regras da indexação, do equilíbrio e do interesse social, todas embasadas na ideologia constitucionalmente adotada. Desta forma, a “[...] atividade administrativa está vinculada, assim, aos valores supremos constitucionais e ideologias consagradas na Constituição que refletem o posicionamento do Estado perante os valores da humanidade.” A sua não observância acarreta “regras vazias, sem finalidade, sem essência definida.” (GUIMARÃES; FREITAS, 2019, p. 284).

Sylvestre (2017, p. 125) sintetiza a aplicabilidade da exegese atual do princípio da legalidade ao poder discricionário, ao sustentar que a visão ampliada da legalidade implicou a vinculação da discricionariedade aos princípios constitucionais, reduzindo o campo de incidência do mérito administrativo, dado a relação direta entre Administração e Constituição.

Hachem (2016, p. 319) faz importante análise da discricionariedade administrativa no campo da dimensão objetiva dos direitos fundamentais-sociais, como se constitui a saúde, detalhando os limites da discricionariedade para concretizar tais direitos.

O foco, quando se trata desse assunto, consiste nos deveres que incumbem à Administração, independentemente de qualquer provocação subjetiva, de: (i) criar as condições necessárias para que os direitos fundamentais possam ser fruídos de maneira integral e universalizada, removendo os obstáculos que impeçam o seu exercício real e efetivo (deveres autônomos de proteção); (ii) interpretar todo o ordenamento jurídico constitucional e infraconstitucional à luz do conteúdo valorativo inerente a esses direitos (eficácia irradiante); (iii) proteger os titulares dos direitos fundamentais contra si mesmos (valor comunitário). (HACHEM, 2016, p. 319).

A Administração Pública, aduz o autor, tem o dever de agir espontaneamente para a realização dos direitos fundamentais, logo, no que tange às competências administrativas vinculadas ao agir ou não agir e quanto ao momento de adotar medidas para a execução almejada, não haverá discricionariedade alguma, posto que o dever de atuar sempre estará presente e deve ser observado permanentemente. Acerca da escolha de quais ações serão priorizadas, modo de implementação e formas jurídicas que se utilizará, aí residirá a discricionariedade. (HACHEM, 2016, p. 321).

À luz do caso concreto, afirma-se que há discricionariedade administrativa acerca do meio de implementação da indexação da tabela SUS, assim, pela escolha do índice a ser aplicado, pela análise da data anual, pela seleção do instrumento normativo de correção,

contudo, sobre corrigir ou não a tabela de procedimentos do SUS, não há discricionariedade, dado que, como já se expressou, o intuito da atualização é a prestação da saúde de média e alta complexidade, pelo Estado, pela via do financiamento das ASPS correlatas, de modo justo, adequado e que garanta a máxima efetividade deste direito fundamental-social.

Ademais, conforme bem ensina Grau (2010, p. 165), a definição das finalidades das políticas públicas, consubstanciadas em normas-objetivo, passa “[...] a determinar os processos de interpretação do direito, reduzindo a amplitude da moldura do texto e dos fatos, de modo que nela não cabem soluções que não sejam adequadas, absolutamente, a tais normas-objetivo.”

Acrescenta-se que a própria ideologia constitucionalmente adotada, ou a análise harmônica dos princípios que sustentam o ordenamento jurídico, delimita a atuação discricionária administrativa. Assim, o fim da política econômica, que cumpre a ideologia constitucional, vincula a atuação administrativa a sua implementação, direcionando a discricionariedade não sobre o fazer, mas sobre como fazer.

“Ademais, no Brasil, as políticas públicas, [...], têm suas premissas materiais fixadas na própria Constituição, na forma de direitos econômicos, sociais e culturais – coletivos e difusos – cuja implementação é imprescindível ao Estado Democrático de Direito.” (BARROS, 2012, p. 36).

Pelo exposto, após a normatização da regra da indexação, o planejamento, a concretização e a manutenção da indexação da tabela SUS é dever do Executivo, a fim de se alcançar a efetividade objetiva do direito fundamental-social que é a saúde, cabendo a este, discricionariamente, a análise dos meios de alcance desta.

Apurado o necessário enquadramento da discricionariedade da atuação administrativa na política econômica estudada, resta tecer considerações quanto à aplicabilidade da discricionariedade no cumprimento do orçamento pelo Executivo.

Após a normatização da política econômica da indexação, a inclusão da repercussão financeira sobre o orçamento destinado ao custeio da média e alta complexidade, baseado na tabela SUS, é medida que se impõe, haja vista a indexação formatar política continuada.

Além da inclusão anual da disponibilidade financeira – via leis orçamentárias, após a feitura do instrumento normativo de indexação da tabela SUS, que, como se viu, não depende de discricionariedade, o Executivo necessita complementar o repasse aos entes estaduais e municipais, ao longo dos anos, a fim de efetivar a correção dos valores de remuneração dos filantrópicos.

Tendo em vista a assunção pela União do custeio das ASPS de média e alta complexidade, como se observou, este orçamento se inclui no âmbito da microvinculação,

concebida por Vieira, Piola e Benevides (2019, p. 9) como a parcela de recursos “[...] previstos no orçamento para a saúde no âmbito da União, dos Estados, do DF e dos Municípios que está vinculada a destinações específicas como políticas, programas e serviços de saúde.”

É a forma de vinculação orçamentária, no formato micro, que vincula o cumprimento do recurso previsto no Ministério da Saúde para o custeio da média e alta complexidade. Aduzem Vieira, Piola e Benevides (2019, p. 10) que os recursos alocados no orçamento federal nesta ação devem apenas financiar o seu custeio específico, conforme própria regulamentação dada pelo MS, ainda que a execução das despesas seja realizada pelos Estados e Municípios que receberem o repasse, como ocorre com a contratação ou contratualização e o pagamento dos serviços dos filantrópicos prestados ao SUS.

A Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000b) ratifica o caráter obrigatório da despesa derivada da lei que normatiza a aplicação anual da política econômica da indexação da tabela SUS, dado reconhecer, no seu artigo 17, como despesa obrigatória de caráter continuado “[...] a despesa corrente derivada de lei, medida provisória ou ato administrativo normativo que fixem para o ente a obrigação legal de sua execução por um período superior a dois exercícios.” O normativo reconhece que tais despesas não poderão ser objeto de contingenciamento, como prescreve seu artigo 9, parágrafo segundo:

Art. 9º Se verificado, ao final de um bimestre, que a realização da receita poderá não comportar o cumprimento das metas de resultado primário ou nominal estabelecidas no Anexo de Metas Fiscais, os Poderes e o Ministério Público promoverão, por ato próprio e nos montantes necessários, nos trinta dias subseqüentes, limitação de empenho e movimentação financeira, segundo os critérios fixados pela lei de diretrizes orçamentárias.

[...]

§ 2º Não serão objeto de limitação as despesas que constituam obrigações constitucionais e legais do ente, inclusive aquelas destinadas ao pagamento do serviço da dívida, as relativas à inovação e ao desenvolvimento científico e tecnológico custeadas por fundo criado para tal finalidade e as ressalvadas pela lei de diretrizes orçamentárias. (BRASIL, 2000b).

Logo, normatizada a regra da indexação na Lei, prevista a disponibilidade orçamentária e publicado o instrumento normativo que atualiza a tabela SUS, cabe ao Estado cumprir o papel do repasse adequado à correção inflacionária, dado à microvinculação do orçamento fixado para a MAC, bem como por se constituir despesa obrigatória de caráter continuado, não sendo permitida a sua limitação. Barros (2012, p. 36) complementa salientando que as leis orçamentárias irradiam sua coatividade acerca de toda a atividade do Estado, alcançando inquestionavelmente as políticas públicas.

A exposição sobre a microvinculação orçamentária na aplicação da indexação da tabela SUS se mostra substancial, visto o estudo de Pinto (2006) que aponta o descumprimento pelo Executivo federal do próprio orçamento programado pela legislação, por meio do contingenciamento de despesas, sem motivação técnica, para formação de superávit primário superior à meta fiscal. “Pode-se dizer que o contingenciamento de empenho é procedimento formal de limitação tanto das despesas autorizadas na lei orçamentária anual, quanto da movimentação financeira a elas atinente.”

Esta prática, ou melhor, a decisão discricionária de não cumprir a lei orçamentária decorrente do intuito de reproduzir superávit primário é outro efeito do neoliberalismo de austeridade que, em conjunto com o Novo Regime Fiscal, incide negativamente sobre o orçamento direcionado ao cumprimento das políticas públicas e dos fins almejados pela Constituição de 1988 (BRASIL, 1988).

Desta forma, com a perspectiva de reforçar o saldo entre receitas e despesas, o Estado diminui ou não cumpre os gastos que concretizam direitos fundamentais-sociais, delineados no texto constitucional, por meio do estabelecimento do teto de gastos do Novo Regime Fiscal e pelo contingenciamento de despesas discricionárias, como denunciou Pinto (2006).

Perceba-se que a lógica neoliberal de austeridade, que sustenta a contração orçamentária dos gastos públicos, salvo os relacionados às dívidas públicas, choca-se com o texto constitucional e a sua ideologia adotada, uma vez que denota sobreposição de princípios, elevando axiomas neoliberais, em detrimento dos valores sociais, configurados como normas constitucionais, que deveriam ser concretizados no plano fático.

Em conjunto com a EC n° 95 de 2016, a medida discricionária de contingenciamento de despesas sem motivação técnica, mas neoliberal, impede a realização do financiamento adequado de direitos sociais, imobilizando normas que materializam o texto constitucional, enquadrando-se também no conceito de bloqueio institucional da Constituição, referendado anteriormente por Clark, Corrêa e Nascimento (2020, p. 68-69), já que se opõe à finalidade da lei, ou da constituição, que deseja efetivar. “Só há a prerrogativa de alocação discricionária do gasto público em face do dever de atender aos fins públicos inscritos no próprio sistema constitucional de finanças públicas.” (PINTO, 2006).

Logo, em razão de confrontar a ideologia constitucional adotada e os próprios comandos da constituição, a medida de austeridade (discricionária) limitativa de despesas é inconstitucional. Ademais, não é aplicável à disponibilidade orçamentária da política econômica de indexação da tabela SUS, posto a obrigação estar circunscrita à microvinculação

do orçamento fixado para a MAC e por formatar despesa obrigatória de caráter continuado, não sendo permitida a sua limitação.

Pelo exposto, delimita-se a discricionariedade nas duas hipóteses aventadas, no dever de agir e de cumprir o orçamento em face da implementação e constância da política econômica de indexação, visto a vinculação à efetividade objetiva do direito fundamental-social que é a saúde, bem como pela obrigação financeira ter caráter continuado e estar microvinculada ao orçamento que o próprio ente federal destina à MAC.

Esclarecido o dimensionamento da discricionariedade, resta à administração assegurar que a política opere de forma consistente e que seu desempenho seja eficiente, em cumprimento do Passo 9 do TCU (BRASIL, 2021c), bem como garantir que os resultados e impactos desta sejam satisfatórios, conforme o Passo 10 (BRASIL, 2021c). A acolhida dos dois passos evidencia a efetivação do controle de políticas públicas, essencial processo, que deve perdurar, “[...] com inteligência, ao longo do tempo, passando a integrar a cultura administrativa democrática.” (BUCCI, 2021, p. 60).

Contudo, o processo administrativo não é o único a poder exercer o controle sobre política pública ou econômica, dado que, conforme a Constituição da República (BRASIL, 1988), em seu artigo 5º, inciso XXXV – “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito;”.

4.3 Processo Judicial: efetividade da política econômica e entendimento jurisprudencial

4.3.1 Efetividade da política econômica?

Bucci (2009) enuncia que a faculdade do controle judicial para a garantia do exercício de direitos fundamentais é o que faz das normas que os regem prescrições obrigatórias. Em outra obra, a autora (BUCCI, 2021, p. 70) salienta que o amadurecimento deste tema, já muito debatido no cenário jurídico, aponta que a questão se circunscreve não na possibilidade ou não de haver controle judicial sobre políticas públicas, mas qual o seu conteúdo e quais os limites da decisão judicial.

A grande inovação que [as políticas públicas] trazem é imputar consequências, dentro de determinados parâmetros — ainda não estabilizados e definidos de forma sistemática (e aí está o problema) —, para a inércia ou a incúria dos governos em implementar as políticas públicas ou medidas necessárias para a efetivação dos direitos. (BUCCI, 2009).

O processo judicial, no que tange às políticas públicas, permeia a interpretação das decisões ou omissões da administração neste âmbito e a aplicação das políticas ou do direito que estas concretizam, sobrelevando-se a finalidade constitucional prevista para a atividade. Neto, Silvestrini e Vilela (2019, p. 212) aduzem que a faculdade de apreciação judicial, acerca da efetividade de direitos fundamentais, demonstra a correspondência com o “constitucionalismo da efetividade”, que impõe um modelo de gestão democrática, comprometida com o alcance do real interesse público, a título de exemplo, um sistema de saúde público eficiente.

Barros (2012, p. 37) evidencia que constitui poder-dever do juiz analisar os motivos determinantes dos atos administrativos, inclusive omissões, relacionados à prestação individual ou coletiva de direitos sociais, sobretudo quando consubstanciem a formulação e a execução dos programas governamentais instituídos por políticas públicas, em face da complexidade técnica e operacional destas, agravada pelos conflitos de interesses nelas envolvidos, que podem gerar desvios, sendo este outro fundamento da atuação do judiciário neste âmbito.

Nessa toada, Bucci (2009) ressalta que caíram os círculos de imunidade absoluta do poder político ao controle jurisdicional, tendo como fundamento o princípio da separação de poderes, conforme art. 2º da Constituição da República (BRASIL, 1988), bem como não mais prevalece a doutrina da imunidade absoluta dos atos discricionários ao controle judicial, haja vista o dever de motivação dos atos, que invoca a doutrina dos motivos determinantes e do desvio de finalidade, que implicam a possibilidade de avaliação dos fundamentos do ato atacado perante a motivação apresentada, além dos aspectos formais, sempre possíveis de averiguação judicial; mas salvaguarda a autora as atribuições dos poderes legislativo e executivo que não podem ser usurpadas pela atuação judicial revisora.

Não se pretende, nisso, atribuir ao Judiciário o desempenho de funções que são próprias do Legislativo – ou seja, a de produção de ato legislativo – ou mesmo do Executivo – ou seja, a de produção de ato administrativo. O que se sustenta – e, no caso, sob o manto do princípio da supremacia da Constituição – é, meramente, cumprir ao Poder Judiciário assegurar a pronta exequibilidade de direito ou garantia constitucional imediatamente aplicável, dever que se lhe impõe e mercê do qual lhe é atribuído o poder, na autorização que para tanto recebe, de, em cada decisão que a esse respeito tomar, produzir direito. Não se predica, aí, a atribuição, a ele, indiscriminadamente, de poder para estatuir norma abstrata e geral. (GRAU, 2010, p. 321).

Comparato (1998, p. 46) concebe a judicialização de políticas públicas acerca não apenas das suas finalidades, expressas ou implícitas, mas sobre os meios empregados para se atingir este fim, bem como reconhece a inconstitucionalidade por omissão de política pública.

Explicitadas as concepções restritivas e ampliadas sobre as quais ocorre a atuação judicial no controle de políticas públicas, assevera-se o objetivo deste tópico de discorrer relativamente à dimensão do entendimento judicial sobre a efetividade da política econômica aqui estudada.

Bucci (2009), nesse sentido, destaca que os direitos fundamentais constituem a referência normativa essencial de um patamar civilizatório, seu ponto de partida e de chegada. Contudo, o enfrentamento dos mecanismos sociais, políticos e econômicos geradores de exclusão, ou acrescenta-se, de não aplicabilidade destes direitos, requer compreensão mais alargada dos elementos e processos pelos quais se exercem a dominação e a privação de direitos na sociedade, inteiramente permeados de institucionalização jurídica. Reconhece que houve, após a Constituição da República (BRASIL, 1988), amadurecimento institucional, sendo uma de suas expressões o enfrentamento mais sistemático do uso de meios à disposição do Estado para a implementação dos direitos sociais.

Dessarte, quanto à realização destes direitos, desvela a autora que a lógica da atuação judicial não corresponde à lógica das políticas públicas. (BUCCI, 2009).

Isso porque a lógica da atuação judicial é essencialmente atomizada, baseada nos conflitos explicitados, sejam eles individuais ou coletivos. A lógica das políticas públicas é, ao contrário, ampla, aglutinadora de perspectivas e informações, as quais se enfeixam na estratégia de decisão e implementação finalmente adotada. (BUCCI, 2009).

Bucci (2009) preleciona que as decisões correlatas ao controle de políticas, a bem da verdade, tratam-se de cumprimento de direitos, na ausência dessas, e não propriamente da formulação ou implementação de políticas públicas. Isto posto, aduz a autora que as políticas públicas não se confundem com os direitos. Direitos sociais são direitos fundamentais, cuja satisfação engloba programas, recursos públicos, os quais são, institucionalmente, alocados segundo dinâmica política, que combina tempo e definição de prioridades. Já as políticas públicas podem ser entendidas como arranjos institucionais complexos, corporificados em programas de ação governamental, que almejam coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, com o intuito de efetivação de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados, por meio de processos ajustados juridicamente. “Por essa razão, salvo excepcionalmente, a Constituição não contém políticas públicas, mas direitos, cuja efetivação, especialmente no caso dos direitos econômicos, sociais e culturais, ditos, elipticamente, sociais, depende das políticas públicas.” (BUCCI, 2009).

Comparato (1998, p. 47) expõe visão mais alargada sobre os efeitos que decorrem da decisão judicial no controle de políticas públicas, ao reconhecer o alcance *ex nunc* da decisão sobre todas as leis e atos normativos executórios envolvidos no programa de ação governamental, bem como afirma ser desejável que a demanda acerca das políticas públicas pudesse ter, além do efeito desconstitutivo, natureza injuntiva ou mandamental, sendo necessário o reconhecimento da competência para impedir a realização de uma política contrária ao texto constitucional, ou, acrescenta-se, a competência para ordenar a realização da política que concretiza ditames constitucionais.

Barros (2012, p. 35) aduz que, acerca da relação entre os poderes Executivo e Judiciário, a prescrição das políticas públicas no texto constitucional e o seu desenvolvimento em leis “[...] restringem o poder discricionário do administrador público, corroborando a possibilidade jurídica de acionar o Poder Judiciário para efetivá-las, mediante ações individuais ou coletivas, inclusive para responsabilizar os agentes públicos por suas omissões.”

Observados os contrapontos que repercutem sobre a dimensão do controle judicial de políticas públicas efetivar estas ou os direitos que elas concretizam, mister se faz a análise da dimensão das decisões judiciais no contexto do desajuste da tabela SUS. Diante da ausência de correção inflacionária da tabela de procedimentos do SUS e do desequilíbrio econômico-financeiro do contrato entre o Estado e as filantrópicas, resta a estas o ajuizamento de ações judiciais que discutam a defasagem e o desequilíbrio contratual, desta forma, apesar da visão jurídica “prevalente” de que o poder judiciário não pode legislar ou implementar a dita política, posto denotar esta conduta usurpação de poder alheio, na tentativa de minimizar os efeitos desproporcionais decorrentes da omissão, impõe resposta que, como se verá, tenta alcançar a efetividade da política econômica, mas remedia parcialmente os valores distantes daquele acordo de vontades entre o Estado e o parceiro autor da ação.

Esta resposta, malgrado ajustar parcialmente os valores fixados na tabela, além de não equânime, não repara todos os resultados da inflação. “Isso porque a lógica da atuação judicial é essencialmente atomizada, baseada nos conflitos explicitados, sejam eles individuais ou coletivos.” (BUCCI, 2009). Já a lógica das políticas públicas é ampla, aglutinadora de perspectivas e informações, as quais se reúnem na estratégia de decisão e implementação.

A fim de aclarar esta asserção no caso concreto, será discutida a dimensão da saída judicial para a problemática individual, proposta pelas beneficentes, sobre a falta de atualização inflacionária da tabela SUS.

4.3.2 *Entrave jurídico à efetividade da Política Indexadora: revisão da Tabela SUS pela*

TUNEP ou IVR

No que concerne ao controle judicial acerca da indexação da tabela de procedimentos do SUS, realizou-se pesquisa empírica de acórdãos prolatados pelo Tribunal Regional Federal da Primeira Região, no período de 01/01/2021 a 30/06/2021, confirmando-se a manutenção do entendimento pela averiguação das decisões colegiadas no período de 01/07/2022 a 31/12/2022, sendo a busca por decisões apontada pelas seguintes palavras-chave: “sistema único de saúde serviço complementar tabela sus equilíbrio”.

Justifica-se a escolha deste tribunal, visto que no âmbito do Supremo Tribunal Federal, foi afastada a análise desta faticidade, pelo julgamento do Tema nº 1133 de Repercussão Geral, no bojo do Acórdão do Agravo em Recurso Extraordinário 1301749 RG/DF - Distrito Federal (BRASIL, 2021d), definindo-se a tese⁴¹ de que a temática é infraconstitucional, a ela se aplicando os efeitos da ausência de repercussão geral, bem como o Enunciado de Súmula nº 279, que prevê o não cabimento de recurso extraordinário para simples reexame de prova. Do mesmo modo, o Superior Tribunal de Justiça, em casos semelhantes, cite-se o Agravo em Recurso Especial nº 2224994 - DF (2022/0318334-0) (BRASIL, 2023c), aplicou o Enunciado de Súmula nº 7⁴², afastando a análise do recurso especial, por entender que a pretensão demandaria reexame de prova.

Tem-se adotado, então, as decisões judiciais emanadas pelos Tribunais Regionais Federais nos casos concretos que buscam o amparo do poder judiciário, e, na seara destes, desponta entendimento passível de questionamento. Desta forma, no âmbito do Tribunal Regional Federal da Primeira Região, há entendimento consolidado, manifestado nos Acórdãos⁴³ emanados no período de 01/01/2021 a 30/06/2021: Acórdão nº 1001291-71.2019.4.01.3400 (BRASIL, 2021e); Acórdão nº 1032812-34.2019.4.01.3400 (BRASIL, 2021f); Acórdão nº 1023581-46.2020.4.01.3400 (BRASIL, 2021g); Acórdão nº 1031942-

⁴¹ Tese, *in litteris*, do Tema 1133 de Repercussão Geral do STF: É infraconstitucional, a ela se aplicando os efeitos da ausência de repercussão geral, a controvérsia relativa à preservação do equilíbrio econômico-financeiro de contrato ou convênio firmado com hospitais particulares, para prestação de serviços de saúde em caráter complementar, mediante equiparação da Tabela de Procedimentos do SUS à Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (Tunep), assim como eventual discussão referente à legitimidade para figurar no polo passivo da demanda. (BRASIL, 2021d).

⁴² No bojo deste acórdão, o relator destacou: Ainda que assim não fosse, a modificação do julgado [revisão da tabela SUS pela TUNEP], nos moldes pretendidos, demandaria o reexame do acervo fático-probatório constante dos autos, além de implicar análise de cláusulas contratuais, providências incompatíveis com a via estreita do recurso especial, de acordo com as Súmulas 7 e 5 do STJ. (BRASIL, 2023c).

⁴³ A pesquisa ressaltou 16 acórdãos publicados sobre a temática, no período de 01/01/2021 a 30/06/2021, contudo, duas eram decisões que não adentravam no mérito da questão, por isso, estas não foram consideradas na exposição das decisões judiciais que perfazem a jurisprudência sobre a temática.

86.2019.4.01.3400 (BRASIL, 2021h); Acórdão n° 1024855-79.2019.4.01.3400 (BRASIL, 2021i); Acórdão n° 1034940-27.2019.4.01.3400 (BRASIL, 2021j); Acórdão n° 0036167-74.2016.4.01.3400 (BRASIL, 2021k); Acórdão n° 1009448-04.2017.4.01.3400 (BRASIL, 2021l); Acórdão n° 1033483-57.2019.4.01.3400 (BRASIL, 2021m); Acórdão n° 0045213-87.2016.4.01.3400 (BRASIL, 2021n); Acórdão n° 1033051-38.2019.4.01.3400 (BRASIL, 2021o); Acórdão n° 1038436-64.2019.4.01.3400 (BRASIL, 2021p); Acórdão n° 0005053-83.2017.4.01.3400 (BRASIL, 2021q) e Acórdão n° 1008022-83.2019.4.01.3400 (BRASIL, 2021r), mantido o entendimento atual, pela análise de todos os Acórdãos proferidos no período de 01/07/2022 a 31/12/2022: Acórdão n° 1042079-59.2021.4.01.3400 (BRASIL, 2022c); Acórdão n° 1053686-69.2021.4.01.3400 (BRASIL, 2022d); Acórdão n° 1077340-85.2021.4.01.3400 (BRASIL, 2022e); Acórdão n° 1057483-53.2021.4.01.3400 (BRASIL, 2022f); Acórdão n° 0057785-12.2015.4.01.3400 (BRASIL, 2022g); Acórdão n° 1037330-33.2020.4.01.3400 (BRASIL, 2022h); Acórdão n° 1022418-94.2021.4.01.3400 (BRASIL, 2022i) e Acórdão n° 1006169-39.2019.4.01.3400 (BRASIL, 2022j), que reconhece a defasagem da tabela de procedimentos do SUS, bem como vincula à União a obrigação de corrigi-la, no contexto do contrato questionado judicialmente, com base nos valores dispostos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP, elaborada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS):

ADMINISTRATIVO. CONSTITUCIONAL. PROCESSUAL CIVIL. UNIÃO FEDERAL. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SUS. ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR DE SAÚDE. REDE PRIVADA. TABELA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES. REVISÃO. EQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO. RESGATE. I Hipótese de controvérsia acerca da plausibilidade de revisão dos valores constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde SUS, para manutenção do equilíbrio econômico-financeiro contratual em razão de atuação de unidade hospitalar privada em sede de assistência complementar à saúde. II Reconhecida a discrepância entre os valores pagos pela União, com base na Tabela de Procedimentos do SUS, pelos serviços de saúde prestados por unidades hospitalares privadas, em sede de assistência complementar, e os valores recebidos pela União, quando, em situação oposta, a rede pública presta serviço a pacientes e/ou dependentes beneficiários de planos de saúde da rede privada, ocasião em que as operadoras de saúde devem proceder ao ressarcimento, porém com base na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, elaborada pela Agência Nacional de Saúde, merece amparo o pleito de revisão de valores. III Constatada, como no caso, a flagrante discrepância entre os valores previstos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP elaborada pela Agência Nacional de Saúde Complementar ANS para uniformização dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e aqueles constantes da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde SUS, impõe-se a uniformização de tais valores, de forma que, para um mesmo procedimento médico, no âmbito do SUS, o pagamento devido às unidades hospitalares que o realizaram se realize pelo mesmo montante cobrado às

operadoras de planos privados de assistência médica, prestigiando-se, assim, os princípios da razoabilidade, da proporcionalidade, da isonomia de tratamento e da segurança jurídica. (AC 0036162-52.2016.4.01.3400/DF, Rel. DESEMBARGADOR FEDERAL SOUZA PRUDENTE, QUINTA TURMA, JULG. 22/08/2018.) IV Como a União, ao cobrar serviços que paga pelo SUS, utiliza tabela distinta com valores superiores, também deve pagar aos hospitais e médicos pelo valor mais alto, já que a Administração Pública não pode visar ao lucro. V Além de contemplado pelos princípios da isonomia, da razoabilidade e da proporcionalidade, o pleito da parte autora ampara-se sob a norma inscrita na Lei Orgânica da Saúde, n. 8.880/90, que preceitua a observância da manutenção do equilíbrio econômico e financeiro do contrato, assim como da necessidade de fundamentação das regras de estabelecimento dos critérios e valores para a remuneração dos serviços, por meio de demonstrativo econômico-financeiro, apto a garantir a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados, fundamentos que afastam os demais argumentos recursais, na invocação da cláusula de reserva do possível, bem como de princípios orçamentários, diante da magnitude dos princípios constitucionais abordados, no trato do direito fundamental à saúde, consagrado na Constituição da República (art. 196). VI Apelação da parte autora a que se dá parcial provimento, para determinar a revisão da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde SUS, tendo como base a tabela do serviço público reembolsado, a ser apurado em liquidação de sentença, por arbitramento, nos termos do art. 509, I, CPC/2015, para o fim de se ressarcirem à parte autora os valores pagos a menor nos últimos 5 (cinco) anos anteriores ao ajuizamento da presente ação. (TRF 1ª Região. Acórdão nº 1023581-46.2020.4.01.3400. Sexta Turma. Relator Desembargador Federal Jirair Aram Meguerian. Relator convocado Juiz Federal Rafael Paulo Soares Pinto. PJe 25/02/2021). (BRASIL, 2021g).

Perceba-se que a solução pacífica ressaltada judicialmente permeia a revisão da tabela SUS, com base na TUNEP, elaborada pela ANS, com fundamento na manutenção do equilíbrio econômico-financeiro contratual e nos princípios da razoabilidade, da proporcionalidade, da isonomia de tratamento e da segurança jurídica, já que diante da uniformização, para o mesmo procedimento médico, no âmbito do SUS, o pagamento devido às unidades hospitalares que o executaram se realizará segundo o montante cobrado das operadoras de planos privados de assistência médica.

A medida, *a priori*, parece suficiente diante da discrepância de valores da tabela SUS em face da relação dúplice que o SUS tem com os parceiros privados. Contudo, impõe-se questionar se as variáveis que compõem a decisão estão alinhadas com a medida econômica cabível para resolver a problemática da política pública remuneratória de saúde.

Inicialmente, aduz-se que a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP – foi elaborada pela ANS, por meio da Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 17, de 30 de março de 2000 (ANS, 2000), em respeito ao mandamento exposto no artigo 32 da Lei nº 9.656 de 1998 (BRASIL, 1998), o qual prevê que o SUS será ressarcido pelas operadoras de planos de saúde diante dos serviços previstos nos contratos, que deveriam ser disponibilizados aos seus consumidores, mas que são prestados no âmbito público.

O Supremo Tribunal Federal corroborou a constitucionalidade⁴⁴ da tabela, por meio do julgamento do Tema nº 345 de Repercussão Geral, no bojo do Recurso Extraordinário 597064 (BRASIL, 2018), bem como afirmou a sua natureza jurídica indenizatória por lei. Acerca da origem, assevera-se que o ente que a criou, a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, é autarquia sob regime especial, caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes, conforme artigo 1º, caput e parágrafo único, da Lei nº 9.961 de 2000 (BRASIL, 2000a), logo, desvinculada tecnicamente do Ministério da Saúde.

Para Costa (2018, p. 13), o “[...] uso concomitante dos dois sistemas de assistência à saúde presentes no Brasil, ou seja, a dupla cobertura assistencial resultou na necessidade de constituição do processo de ressarcimento ao SUS”, assim, ao mesmo tempo em que este ressarcimento serve para indenizar o serviço público prestado ao particular conveniado a algum plano de saúde, este é meio de estímulo à entidade privada, a fim de que cumpra toda a cobertura contratual acordada com o cliente. “Esta situação era de fato real pois mesmo para um procedimento contratado, operadoras negavam ou dificultavam a realização do serviço na rede privada.”⁴⁵ (FREITAS, 2011, p. 31).

A bem da verdade, conforme a Resolução Normativa nº 251 de 2011 (ANS, 2011), que alterou a Resolução Normativa nº 185 de 2008, em seu artigo 53-A, a TUNEP vigorou, como meio de ressarcimento ao SUS, até dezembro de 2007, sendo que, a partir de então, instituiu-se (artigo 4º, caput e parágrafo primeiro) a reparação do SUS com base na multiplicação do Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, estipulado em 1,5 (um vírgula cinco) sobre os valores definidos pela tabela de procedimentos do SUS, aplicando-se tal metodologia desde a competência de janeiro de 2008 (art. 4º, parágrafo segundo). Disserta a legislação, artigo 32, parágrafo oitavo, da Lei nº 9.656 de 1998 (BRASIL, 1998), que os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de planos de saúde.

Independente se aplicada a TUNEP ou a tabela SUS x IVR, percebe-se que o caráter indenizatório impede o enriquecimento sem causa do plano de saúde, que recebe a mensalidade,

⁴⁴ Tese, *in litteris*, do Tema 345 de Repercussão Geral do STF: É constitucional o ressarcimento previsto no art. 32 da Lei 9.656/98, o qual é aplicável aos procedimentos médicos, hospitalares ou ambulatoriais custeados pelo SUS e posteriores a 4/6/1998, assegurados o contraditório e a ampla defesa, no âmbito administrativo, em todos os marcos jurídicos. (BRASIL, 2018).

⁴⁵ Além disso, apresenta o ressarcimento ao SUS como obrigação civil, destinada à recomposição do erário, de caráter indenizatório, **decorrente do enriquecimento sem causa** a ser experimentado pelas operadoras do caso de não cumprimento dos termos contratuais não auferirem valores (mensalidades) sem a correspondente contraprestação no custeio dos procedimentos médico-ambulatoriais e hospitalares realizados, **na prática suportado pelo Estado**. (SCATENA, 2004, p. 44).

mas não cumpre a sua obrigação perante o cliente e a coletividade. Não apenas se indeniza o SUS, mas também serve como desestímulo ao descumprimento contratual privado.

Logo, evidencia-se o primeiro ponto dissonante do entendimento jurisprudencial de revisão da tabela SUS pela TUNEP, desta forma, as tabelas provêm de entes diferentes, bem como possuem naturezas diversas, sendo a tabela SUS remuneratória e a TUNEP ou o IVR, indenizatórios, com caráter dissuasor, de modo que não apenas o caráter indenizatório pode compor o seu valor, bem como a função de desestímulo ao descumprimento contratual por parte das operadoras de planos de saúde privados. Tendo em vista o caráter apenas remuneratório da tabela SUS, estas variáveis não se coadunam, a fim de uma servir de base para a outra.

Ademais, o cerne da questão posta em análise perpassa a defasagem de valores da tabela SUS, que causa o desequilíbrio econômico-financeiro contratual da relação entre Estado e parceiros filantrópicos, no contexto complementar de saúde. À vista disso, convém cotejar o modo de revisão deferido jurisprudencialmente com a origem do descompasso valorativo da tabela SUS, a fim de averiguar a adequação da medida.

Como já se esmiuçou, o impasse da tabela SUS compreende a falta de atualização inflacionária. Desde a sua implementação em 2008, a tabela não foi completamente corrigida e este fato é questão de maior relevância econômica e social, dado o seu poder corrosivo sobre a moeda e a anormalidade causada entre o valor nominal e o real dos procedimentos descritos na tabela, que ocasiona o desequilíbrio financeiro-econômico do contrato, onerando as beneficentes a suportarem os prejuízos da diferença dos valores retratada. A questão ultrapassa a seara individual ou contratual das partes envolvidas judicialmente, pois a correção inflacionária da tabela SUS é política econômica que deve incidir na generalidade das contratações de serviços complementares de saúde pelo Estado, de forma uniforme e equânime.

É controverso se confundir os mecanismos da revisão (ou até mesmo aumento real) e a correção inflacionária, pois relativamente a esta, há “[...] a simples variação numérica expressiva de um mesmo valor que permanece inalterado e tão-somente passa a ser expresso por números diferentes.” (MELLO, 2002, p. 570), já a “[...] revisão visa recompor o preço daquilo que foi contratado, seja para mais ou para menos.” (SANTOS; ESCANHOELA, 2020, p. 164)⁴⁶. Evidente que diante da comprovação de discrepância do valor pactuado, além do ajuste inflacionário, a revisão será cabível, mas a princípio, o problema da tabela SUS permeia a ausência de correção inflacionária.

⁴⁶ Pode-se dar o caso, ainda, de o contratado fazer jus a pagamentos decorrentes de reajustes ou de recomposições de preços, estas últimas às vezes denominadas de revisões de preços. São figuras distintas entre si e completamente diversas da correção monetária. (MELLO, 2002, p. 571).

Não obstante o entendimento judicial confirmar a defasagem da tabela de procedimentos do SUS e a TUNEP ou IVR explicitarem valores que ultrapassam aquela tabela, a escolha destes como remédio jurídico não resolve a problemática nem impede os prejuízos advindos da verificação inflacionária, já que substituir os valores por outros, ainda que maiores, sem o reconhecimento real do dano advindo da ausência de correção inflacionária, pode não corresponder à realidade do equilíbrio econômico almejado, seja a curto prazo, seja imediatamente. (MACHADO; LELIS; CLARK, 2022a, p. 498).

É paliativo, que realiza reajuste de valores, remedia a relação individual da entidade e conduz a aparente equilíbrio contratual momentâneo, mas não soluciona a ausência do cumprimento da política econômica estudada, ocasionando o aumento da judicialização, com o tratamento diverso entre as instituições privadas, a depender da propositura de ação judicial.

Veja-se que a atualização inflacionária da tabela resolveria a controvérsia da diferença de valores extracontratual, advinda da discrepância entre os valores pagos pela União, com base na tabela de procedimentos do SUS, pelos serviços de saúde prestados no âmbito da assistência complementar, e os valores recebidos pela União, quando, em situação oposta, a rede pública presta serviço a pacientes e/ou dependentes beneficiários de planos de saúde da rede privada, ocasião em que as operadoras de saúde devem proceder ao ressarcimento com base na TUNEP, primeiro, porque em relação à TUNEP, que foi aplicada até 2007, os valores da tabela SUS poderiam ultrapassar esta, que não é atualizada a anos, bem como acerca do novo modo de cálculo – tabela SUS x Índice de Valoração de Ressarcimento, com a correção da tabela, poder-se-ia pleitear junto a ANS a extinção do índice e os valores poderiam coincidir para as duas situações de remuneração, ou, em substituição ao índice, poder-se-ia aplicar a tabela SUS mais porcentagem a fim do desincentivo ao descumprimento contratual por parte das operadoras de planos de saúde. Resolveria a questão interna contratual, com a produção de efeitos extracontratual, que abarcaria a relação jurídica inversa, entre a entidade privada e o ente público. Logo, equilibrado estaria o contrato, do mesmo modo que as relações jurídicas entre as partes correlatas.

Por conseguinte, diante da controvérsia quanto à limitação do poder judiciário na seara da efetivação de políticas públicas, que aponta a não possibilidade de legislar ou implementar a dita política, posto denotar esta conduta usurpação de poder alheio, o seu entendimento consolidado, na tentativa de minimizar os efeitos desproporcionais decorrentes da omissão, de revisão da tabela SUS com base na TUNEP não é acertado, porquanto não soluciona o real motivo que fundamenta o desequilíbrio econômico e financeiro do contrato, sendo a sua solução vinculada ao instituto específico da correção inflacionária, a qual pode produzir efeitos

contratuais e extracontratuais. A decisão, individualmente, tenta alcançar a efetividade da política econômica da indexação, mas por outro meio, que não a efetiva.

A faticidade explicitada certifica que a resposta judicial, com o intuito de cumprir o direito ao equilíbrio econômico-financeiro do contrato, normatizado pelo ordenamento, como discorreu-se anteriormente, tenta mas não consegue alcançar este, pois não aplica a política econômica da indexação, contrariando-se as regras da indexação, do equilíbrio e do interesse social, já que denota uma pseudo paridade contratual, que não resolve o problema de desequilíbrio econômico-financeiro dos contratos do contexto complementar de saúde. Remedia-se a situação, mas não se soluciona a problemática sistêmica e genérica, que atinge todos que se vinculam à forma remuneratória da tabela SUS, ultrapassando a questão individual e contratual e produzindo efeitos extracontratuais, percebidos na manutenção da política pública de saúde.

Bucci (2009), nesse ponto, evidencia que considerar os limites da atuação judicial direciona a atenção para um desvio de rota importante para a realização dos direitos sociais, preocupação central do constitucionalismo mais avançado. “O que me parece é que a abordagem das políticas públicas instrumentaliza um outro modo de ação, mais adequado às demandas de efetivação constitucional, visto que mais apto a combinar, em um único conjunto cognitivo, várias dimensões que compõem o agir governamental.”

Pinto (2016, p. 6) afirma que é ineficaz o controle centrado em examinar posições individuais em face do Estado, em razão de sua larga escala e reiteração, que não produzem o resultado adequado, não retroalimenta o planejamento, tampouco corrige os erros de execução orçamentária e da gestão do SUS, implicando, o enfrentamento dos sintomas, sem correção das causas, a intensificação da problemática que dificulta a manutenção da política de saúde como um todo, mas ressalta que não se ignora a dificuldade da transição entre a “microjustiça” das demandas individuais, para a “macrojustiça” do controle sobre o arranjo orgânico-federativo do SUS e seu custeio constitucionalmente adequado.

Diante da fragilização das garantias procedimentais de exercício sistêmico do direito à saúde, impõe-se a todos nós reorientar, tanto quanto possível, a análise acerca do controle da sua ineficácia para o campo da “macrojustiça”, ao invés da persistência unívoca na trajetória das demandas individuais que chegam ao Poder Judiciário em quantidade e volume de repercussão orçamentária significativos. (PINTO, 2016, p. 5).

Em contraponto à decisão judicial individual, a política econômica da indexação produzirá efeitos genéricos e eficazes, sendo aproveitada por todos os contratados da rede complementar do SUS, não apenas por aqueles que judicializam a questão, ou seja, a correção

inflacionária deve ser realizada na tabela SUS pela União, diante da competência da direção nacional do SUS para a definição dos valores desta, a fim da igualdade de tratamento que deve pairar na aplicação da política pública.

Repise-se que este não é problema que repercute apenas na relação jurídica individual das partes, mas matéria subjacente à aplicação de política econômica, incidente sobre a generalidade de contratos realizados entre os prestadores privados e os entes públicos nacionais. Outrossim, não cabe recaimento dos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade se a medida imposta judicialmente, revisão pela TUNEP ou IVR, não alcança o equilíbrio econômico e financeiro do contrato, por não discernir o real prejuízo advindo da ausência de correção inflacionária da tabela de procedimentos do SUS. Não se tem proporcionalidade se o remédio não remedia o problema contratual, apenas demonstra equilíbrio extracontratual, diante da uniformização das tabelas, mas não é razoável parâmetro que faz coincidir a prestação de serviços de saúde ao crédito vinculado à contratação.

Constata-se, então, que a interpretação jurisprudencial do Tribunal Regional Federal da Primeira Região quanto à defasagem da tabela SUS, dado a posição controversa da “limitação” no que tange à realização desta, por constituir medida de competência preliminar dos poderes legislativo e executivo, se corporifica em entrave jurídico à efetividade da política econômica indexadora, visto propor solução pontual e individual que propicia o aumento da judicialização e o tratamento diverso entre Estado e filantrópicos, a depender da propositura ou não de ação judicial, bem como por prever remédio jurídico que não soluciona a causa do desequilíbrio econômico-financeiro, impondo o ajuste da tabela de procedimentos do SUS, por meio da uniformização com os valores da TUNEP ou IVR, que aumenta o valor daquela, mas desconsidera que o seu problema diz respeito à ausência de correção inflacionária, não solucionada por meio do instituto da revisão.

Por fim, resta enfrentar o último questionamento proposto. Enquanto os poderes legislativo e executivo não assumem o seu papel diante da política econômica indexadora da tabela SUS, cabe ao judiciário apenas a tentativa de cumprir o direito ao equilíbrio econômico-financeiro do contrato, sem alcançar a efetividade da política econômica e o cumprimento adequado do dever de saúde pelo Estado, por meio do financiamento justo?

Entende-se que não, dado que se adotar-se os entendimentos acima referenciados de Comparato (1998) e Barros (2012), poder-se-ia o judiciário, com o intuito de cumprir o direito ao equilíbrio econômico-financeiro da relação entre Estado e filantrópicos e, paralelamente, o dever de saúde, pelo Estado, por meio do financiamento adequado, ordenar o cumprimento da política econômica da indexação da tabela SUS, como forma de efetivar a política econômica

e alcançar a eficácia desta, que garante a manutenção das ações e serviços de saúde de média e alta complexidade, objetivo primordial do Sistema Único de Saúde, do qual a tabela de procedimentos participa organicamente.

Pode-se questionar se a falta de normatização da medida proposta não impediria o controle judicial efetivo. Novamente, baseando-se na visão de Barros (2012, p. 36), propõe-se interpretação consonante com a ideologia constitucionalmente adotada. Desse modo, preleciona o autor que, caso se aplique a teoria normativa que divide normas jurídicas em princípios e regras, é razoável que as políticas públicas sejam objeto de princípios constitucionais programáticos/diretivos, a serem delineados por regras estabelecidas pelas leis infraconstitucionais. Todavia, previamente ao seu regramento ordinário, esses princípios programáticos, como toda norma programática, têm eficácia para:

(1) revogar atos anteriores e fundar a inconstitucionalidade de atos posteriores que com eles colidirem; e (2) assegurar direito de ação e justificar decisões judiciais contra tais atos colidentes. Esses parâmetros – substanciais e processuais – devem pautar a atuação do Poder Judiciário em relação às políticas públicas expressas nos princípios constitucionais programáticos. Todavia, ainda há outros parâmetros. (BARROS, 2012, p. 36).

Veja-se que no caso em comento, a política indexadora da tabela de procedimentos do SUS é a normatização das regras da indexação, do equilíbrio e do interesse social, que advieram da conjunção de princípios harmônicos dispostos pela ideologia constitucionalmente adotada, como o direito a saúde, princípio normatizado como direito de todos e dever do Estado. Logo, a medida indexadora da tabela SUS concretiza as regras, que são a formatação de princípios dispostos no texto constitucional, subsumindo-se à eficácia descrita acima por Barros (2012, p. 36), ou seja, ainda que não normatizada, a política econômica da indexação pode revogar atos anteriores contrários e fundar a inconstitucionalidade de atos posteriores antagônicos, bem como pode garantir o direito de ação e justificar decisões judiciais contra atos contrários, ou, acrescenta-se, em face de omissões acerca de seu cumprimento.

Nessa direção, pode-se admitir que previsto na ideologia constitucionalmente adotada o sustentáculo da política econômica indexadora da tabela SUS, que realiza o direito ao equilíbrio econômico-financeiro da relação jurídica entre Estado e filantrópicas, garantindo-se a existência destas e a manutenção do serviço de saúde de média e alta complexidade, por meio do financiamento estatal adequado das ASPS, que é base da garantia da dignidade da pessoa humana, fundamento do Estado Democrático de Direito brasileiro, o judiciário estaria apto a

assegurar a efetividade da política indexadora, de modo individual ou coletivo, malgrado ausente norma jurídica que a positive.

Assevera-se que não é o meio ideal de realização da política estudada, posto que antecede a sua realização as etapas de normatização, planejamento e implementação da medida, por meio dos processos legislativo e executivo ou administrativo, os quais definirão diversas nuances desta, como se viu, concordando-se com Pinto (2016, p. 6) que destaca que as “[...] vias ordinárias de questionamento judicial não parecem aptas ao desafio do controle estrutural da série histórica de omissões e ações do Poder Público que implica a fragilidade orgânica do SUS e o seu desfinanciamento paulatino no federalismo brasileiro.” Contudo, silentes os outros poderes acerca dos seus papéis e responsabilidades, cabe ao judiciário realizar a interpretação da omissão conforme a Constituição da República (BRASIL, 1988), o que proporciona a exegese evidenciada por Barros (2012) e explicitada acima, à luz do caso concreto.

Por todo o exposto, após apreciar os três entraves jurídicos à normatização, implementação e efetividade da política econômica indexadora da tabela SUS, conclui-se que o papel institucional do direito no bojo das políticas públicas, incluído as econômicas, é indispensável para a concretude de regras de Direito Econômico em normas jurídicas e, destas em políticas públicas eficazes e legítimas. Demonstrou-se o Direito Econômico como ferramenta institucional, apto a questionar, interpretar, moldar e alterar as estruturas institucionais, corporificadas nos processos legislativo, executivo e judiciário, de modo que a estes, que estão habilitados a participar do processo decisório da política pública, cabe a atuação conjunta, alinhada com os ditames constitucionais, que orientam a normatização da medida econômica e a declaração de inconstitucionalidade da EC nº 95 de 2016, ou a sua revogação, com a posterior disponibilidade orçamentária respectiva; a implementação e execução desta, assim como a redução da faceta da discricionariedade quanto ao agir e ao cumprimento do orçamento, a fim de que a política econômica se realize e produza os efeitos esperados, não desaguando tal problemática na seara judicial, já que, no caso em comento, o posicionamento, expresso em demandas individuais, tenta minorar os prejuízos por meio da revisão da tabela SUS, mas não alcança a efetividade da política econômica, posto desconsiderar que o problema diz respeito à ausência de correção inflacionária desta, não solucionada por meio do instituto da revisão, sendo possível, ainda, ao poder judiciário, proferir decisão, por meio de interpretação conforme a Constituição, consonante à aplicação desta política, ainda que não positivada, pois o seu fim essencial é a concretização de ditames constitucionais, como a saúde, advinda da ideologia constitucionalmente adotada.

A chave para esta política econômica se consolidar no futuro é a assunção do papel e da responsabilidade de cada um dos sujeitos habilitados no processo decisório, mormente o legislativo e o administrativo e, silentes estes, o judiciário, de forma constitucional-econômica. É o que se espera das estruturas institucionais criadas sob o Estado Democrático de Direito.

5 CONCLUSÃO

Este estudo pretendeu analisar a juridicidade da tabela de procedimentos do SUS, política pública remuneratória que estrutura o contexto complementar do serviço de saúde público. Após a Constituição de 1988 consagrar a saúde como direito fundamental-social de todos e dever do Estado, constituiu-se o Sistema Único de Saúde a fim da prestação pública. Contudo, ao Estado foi facultado o estabelecimento de relações jurídicas com as entidades privadas, mormente as sem fins lucrativos e as filantrópicas, para a garantia da cobertura assistencial de saúde à população de fixada área, em caso de insuficiência da prestação pública.

Nesse contexto, sobrepõe-se as entidades filantrópicas, como as Santas Casas, que mantêm vínculos com o poder público, a fim da prestação de serviços ambulatoriais e de internações hospitalares. A representatividade destas beneficentes, com volumosa atuação no contexto da alta e média complexidade, demonstra a indispensabilidade destas para a manutenção do serviço público de saúde. Todavia, há controvérsia acerca da remuneração das Santas Casas e outros hospitais filantrópicos, pelos serviços prestados ao SUS, apontando-se o fato como causa de problemas financeiros destas, como o endividamento, que, atualmente, acomete estas instituições, além de ser indicado como fator que dificulta ou impede a materialização do direito constitucional à saúde, em razão de adversidade relativa à tabela SUS, parâmetro que define o valor unitário dos procedimentos e que incide sobre a produtividade das beneficentes.

Embora seja política remuneratória estrutural do âmbito complementar do SUS, que ordena a metodologia operacional do sistema, serve de instrumento de cálculo de uma parte do financiamento federal de ASPS (MAC) e é base do cálculo da remuneração que considera a produtividade dos serviços assistenciais, a tabela de procedimentos do SUS evidencia problemática acerca da ausência de correção inflacionária dos valores nela fixados.

Desde a sua implementação em 2008, a tabela não foi integralmente corrigida conforme a inflação, existindo esparsos normativos que atualizaram procedimentos pontuais desta, em momentos diversos. Foram expostas duas pesquisas que comprovaram o desajuste de inúmeros procedimentos, bem como evidenciadas as séries históricas de variação dos índices IPCA, INPC e IGP-M e os percentuais de correção de janeiro de 2008 até dezembro de 2022, que perfazem mais de 100% de atualização inflacionária neste período. Ainda que não se possa determinar genericamente a distorção dos valores tabelados, vislumbra-se que os procedimentos da tabela não atualizados desde a sua implementação estão demasiadamente defasados e os que já tiveram

correção ao longo dos anos podem ter porcentagens de atraso altas diante da discrepância entre os valores de 2008 e os correspondentes em 2022.

Esta faticidade foi relacionada com a sua principal consequência, a disformidade financeira ocasionada quando do pagamento das entidades filantrópicas, como são as Santas Casas, pelos serviços prestados aos SUS. Inúmeras pesquisas atestaram que o ônus financeiro recai sobre as instituições beneficentes, que mesmo diante da contratualização e dos incentivos recebidos, ainda sofrem com a distorção dos valores recebidos, conforme o cálculo da produtividade por meio da tabela SUS.

O desajuste na remuneração das filantrópicas implica o não custeio dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares e interfere no desempenho negativo financeiro destas que, sem ressarcimento adequado por mais de década, comprometem a execução do serviço de saúde, sendo um dos meios encontrados para manter o funcionamento o endividamento. Logo, a falta de financiamento adequado das ASPS prestados pelas beneficentes não é só problema financeiro ou contratual, pois pode dificultar ou impedir o exercício do direito à saúde, direito fundamental consagrado constitucionalmente pela primeira vez em 1988, constituindo-se problemática jurídico-econômica. Ademais, a possibilidade de afetar a garantia de direito fundamental atribuído ao fato a juridicidade, pois confronta o Direito Econômico, em especial, as regras deste ramo do direito.

O Direito Econômico, que tem como objetivo a juridicização da política econômica, tem como fonte essencial, mas não a única, a Constituição Econômica; esta, quando formata a ordem jurídico-política-econômica apresenta os ditames que a norteiam e, estes, mesmo antagônicos se interpretados individualmente, harmonizam-se na construção da ideologia constitucionalmente adotada. A ideologia constitucional, plural, então, formada por estes ditames, emana regras que são extraídas dos elementos desta por doutrinadores, as quais devem ser utilizadas na elaboração, interpretação e aplicação de normas, quando estas não tiverem absorvido todas as nuances da ideologia presente no texto constitucional.

À luz do caso exposto, ou seja, da ausência de correção inflacionária da tabela SUS, foram examinadas três características deste fato, por meio de três regras do Direito Econômico, a necessidade do ajuste do valor nominal fixado na tabela foi analisada por meio da regra da indexação; a falta de equilíbrio da relação jurídica, por meio da regra do equilíbrio e a relevância social da faticidade foi interpretada por meio da regra do interesse social.

Conclui-se que o fato econômico ausência de correção inflacionária da tabela SUS contraria a regra da indexação, já que o valor nominal descrito não acompanha o valor real dos procedimentos, bem como contraria a regra do equilíbrio, posto que perpetua o desequilíbrio

econômico-financeiro do contrato, ressoando sobre as filantrópicas o ônus de suportar a diferença depreendida do desajuste dos valores dos procedimentos tabelados.

A solução para a problemática permeia a aplicação da regra da indexação à tabela SUS, vinculando-se ao Estado a correção inflacionária desta, por meio da aplicação de índice que mede a inflação própria do setor, que pode ser criado, ou um dos apresentados, a fim de efetivar concretamente, pela via do custeio adequado, o dever de saúde do Estado em face da população. Tal atualização deve contemplar todos os procedimentos da tabela, bem como deve-se repetir em lapso temporal anual, a fim de evitar o desajuste financeiro depreendido da sua atual aplicação, bem como, a fim da paridade contratual, a muito tempo perdida, deve o Estado assumir a sua responsabilidade diante da omissão por mais de década, quitando a diferença de valores dos últimos cinco anos. A atualização inflacionária, que leva ao equilíbrio da relação jurídica entre ente público e filantrópicas, é condição necessária para a manutenção estatal do dever de saúde, pela via do financiamento adequado, sendo a obrigação uma das pedras de toque da justiça social, a qual almeja a Constituição, logo, por ser meio de realização de direito social, que realiza os juízos de valor da ideologia constitucional é medida que se impõe, consoante a regra do interesse social.

Definidos os parâmetros do remédio proposto, passou-se a construir arquétipo jurídico que possibilite a sua realização, em nível de política econômica. Esta necessidade deriva do fato de que a norma indexadora da tabela SUS terá caráter econômico, vinculando-se ao cumprimento de direito social-fundamental, por meio do financiamento adequado das ASPS.

No bojo do papel institucional dos sujeitos habilitados a participar do processo decisório da política pública, apreciou-se os entraves jurídicos à normatização, implementação e efetividade da política econômica indexadora da tabela SUS. Desvelou-se o Direito Econômico como mediador desta análise, indispensável quanto revela suas regras objetivando construir políticas públicas eficazes.

Três foram os entraves estudados, relacionados aos processos institucionais, assim, no que tange ao legislativo, impõe-se a normatização da política econômica e a declaração judicial de inconstitucionalidade da EC nº 95 de 2016 ou a sua revogação, a fim de ser possível aprovar a medida, com disponibilidade financeira para sua execução, malgrado o subfinanciamento crônico que atinge o orçamento destinado à saúde. Ademais, ao executivo, cabe a assunção da responsabilidade de planejar, implementar e realizar a política, sendo de cumprimento obrigatório, sobretudo em face da previsão orçamentária anual prévia, como se delineou, para que seja possível a produção de efeitos esperada da medida, assim, a concretude do direito à saúde, por intermédio da política econômica indexadora da tabela SUS.

A não observância desta possibilita o controle do poder judiciário, que, atualmente, mantém posicionamento pacífico, em demandas individuais, que não soluciona a problemática, não alcançando a efetividade da política econômica, embora se revise os valores da tabela SUS e os aumente, pois ignora a problemática afeta a correção inflacionária da tabela, não solucionada pela revisão da tabela SUS por meio da TUNEP ou IVR. Contudo, entende-se a possibilidade de o controle judicial interpretar o caso exposto conforme a Constituição, aplicando-se a política econômica indexadora da tabela SUS, ainda que não normatizada, haja vista a finalidade desta realizar comandos constitucionais depreendidos da ideologia constitucional, como a saúde, axioma normatizado como base da realização da dignidade da pessoa humana, fim último de todo o ordenamento jurídico-constitucional.

A adoção da regra da indexação como política econômica aplicável na tabela SUS é grande passo para se garantir a manutenção do direito à saúde aos brasileiros e brasileiras, sobretudo por não extinguir as filantrópicas, como as Santas Casas, por meio do financiamento adequado que mantém os serviços de média e alta complexidade, que, corolariamente, efetiva o cumprimento do dever de saúde pelo Estado, aproximando-se este do projeto constitucional de sociedade que se vinculou quando da instituição do nosso Estado Democrático de Direito.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução de Diretoria Colegiada – RDC n° 17, de 30 de março de 2000**. Dispõe sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP para fins de ressarcimento dos atendimentos prestados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, por instituições públicas ou privadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDA1>. Acesso: 10 fev. 2023.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa n° 251, de 19 de abril de 2011**. Altera a Resolução Normativa - RN n° 185, de 30 de dezembro de 2008, que instituiu o procedimento eletrônico de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabeleceu normas sobre a repetição de indébito e o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS. SUS. Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em:

https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/ans/2011/res0251_19_04_2011.html. Acesso: 10 fev. 2023.

ALVES, Johannes Gonçalves; BEZERRA, Francisco Antônio. Impactos Financeiros provocados pelo Sistema de Remuneração do SUS e seus determinantes. In: XIV Congresso Anpcont, 2020, Foz do Iguaçu. **Anais...** Disponível em:

https://anpcont.org.br/pdf/2020_CSP220.pdf. Acesso em: 15 ago. 2022.

ANDRADE, Mônica Viegas; NORONHA, Kenya; SÁ, Edvaldo Batista de; PIOLA, Sergio; VIEIRA, Fabiola Sulpino; VIEIRA, Roberta da Silva; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. Desafios do Sistema de Saúde Brasileiro. In: NEGRI, João Alberto Di; ARAÚJO, Bruno César Pino Oliveira de; BACELETTE, Ricardo Ginicolo. **Desafios da Nação: artigos de apoio**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), volume 2, 2018, p. 357-414. ISBN: 978-85-7811-322-3.

ARAÚJO, Diego Nóbrega; NETO, José Balbino de Melo; LUCENA, Elis Formiga. Direito e Saúde: a necessidade de atualização da “Tabela SUS” sob a ótica do Ministério Público. In: Congresso Internacional de Direitos Difusos, 2017, Campina Grande. **Anais CONIDIF...** Campina Grande: Realize Editora, 2017. Disponível em:

<https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/30894>. Acesso em: 15 ago. 2022.

BANCO CENTRAL DO BRASIL. **Calculadora do Cidadão**. Correção de Valores.

Disponível em:

<https://www3.bcb.gov.br/CALCIDADA0/publico/exibirFormCorrecaoValores.do?method=exibirFormCorrecaoValores>. Acesso em: 10 jan. 2023.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço de atuação dos poderes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 829-839, 2009. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300018>. Acesso em: 10 jan. 2023.

BARATA, Luiz Roberto Barradas; MENDES, José Dinio Vaz. **Os hospitais Filantrópicos do Século XXI e o SUS**. Governo do Estado de São Paulo: Secretaria de Saúde. 2005. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/ses-sp/year/ses-7918/ses-7918-1689.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2022.

BARBOSA, Inêz Carneiro. **Análise do nível de cobertura dos custos da Unidade de Cuidados Neonatais pela tabela SUS**: o caso do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – HUPAA/AL. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/11535>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BARREIRO, Guilherme Scodeler de Souza; CLARK, Giovani; LELIS, Davi Augusto Santana de. Por uma visão não demonizada do Estado pelo direito administrativo. **Revista de Direito Administrativo**, v. 280, n. 1, p. 183–205, 2021. DOI: 10.12660/rda.v280.2021.83683. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/83683>. Acesso em: 1 fev. 2023.

BARROS, Sérgio Resende de. Políticas Públicas e o poder judiciário. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 29-38, jul.-dez. 2012. Disponível em: <https://www.publicacoes.uniceub.br/RBPP/article/view/1704>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BELLO, Enzo; BERCOVICI, Gilberto; LIMA, Martonio Mont'Alverne Barreto. O Fim das Ilusões Constitucionais de 1988?. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, vol. 10, n. 03, p. 1769-1811, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2018/37470>. Acesso em: 27 jan. 2023.

BERCOVICI, Gilberto. **Constituição Econômica e Desenvolvimento**: uma leitura a partir da Constituição de 1988. São Paulo: Malheiros Editores Ltda, 2005.

BERCOVICI, Gilberto. **Direito Econômico do Petróleo e dos Recursos Minerais**. Quartier Latin: São Paulo, 2011.

BERCOVICI, Gilberto. O Estado desenvolvimentista e seus impasses: uma análise do caso brasileiro. **Boletim de Ciências Econômicas**. Coimbra, v. XLVII (v. 47), p. 149-180, 2004.

BERCOVICI, Gilberto. Política econômica e direito econômico. **Revista da Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo**, v. 105, p. 389-406, 2010. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/67907>. Acesso em: 29 nov. 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 2.839 de 2022. Nº Anterior: PLS 468/2018. **Tramitação**. 2023a. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2339106>. Acesso em: 20 jan. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). O atual quadro de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto da Emenda Constitucional no 86/2015 e do ajuste fiscal. **Anais do Seminário CNS/COFIN no 11º Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva**, julho de 2015. Brasília: CNS, 2015b. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2015/docs/documento_final_seminario_cns_Cofin_abrasco.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, Brasília: Senado. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 ago. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 20.910, de 6 de janeiro de 1932**. Regula a prescrição quinquenal. Diário Oficial da União, Brasília, 1932. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/d20910.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial de União, Brasília: Câmara dos Deputados e Senado. 2000c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015**. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Diário Oficial de União, Brasília: Câmara dos Deputados e Senado. 2015a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial de União, Brasília: Câmara dos Deputados e Senado. 2016b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 25 jan. 2023.

BRASIL. **Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília. 2000b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. **Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021**. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social de que trata o § 7º do art. 195 da Constituição Federal; altera as Leis n os 5.172, de 25 de outubro de 1966 (Código Tributário Nacional), e 9.532, de 10 de dezembro de 1997; revoga a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, e dispositivos das Leis n os 11.096, de 13 de janeiro de 2005, e 12.249, de 11 de junho de 2010; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília. 2021a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp187.htm. Acesso em: 9 set. 2022.

BRASIL. **Lei nº 6.899, de 08 de abril de 1981**. Determina a aplicação da correção monetária nos débitos oriundos de decisão judicial e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6899.htm#:~:text=LEI%20No%206.899%2C%20D E,judicial%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. **Lei nº 9.532, de 10 de dezembro de 1997.** Altera a legislação tributária federal e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9532.htm. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. **Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000.** Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2000a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014.** Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as Leis nºs 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015). Diário Oficial da União, Brasília, 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13019.htm#:~:text=%C3%89%20institu%C3%ADdo%20o%20Procedimento%20de,p%C3%ABlico%20objetivando%20a%20celebra%C3%A7%C3%A3o%20de. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. **Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.** Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Diário Oficial da União, Brasília, 2021b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14133.htm. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Informações de Saúde. Rede Assistencial. Brasília, 2022a. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=6906>. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Informações de Saúde.** Assistência à Saúde. Brasília, 2022b. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2017a. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2017c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União, Brasília. 2007c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 321, de 8 de fevereiro de 2007**. Institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília. 2007a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0321_08_02_2007.html. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 386, de 15 de julho de 2008**. Diário Oficial da União, Brasília. 2008b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0386_15_07_2008_rep.html. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 425, de 19 de março de 2013**. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Diário Oficial da União, Brasília. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 845, de 2 de maio de 2012**. Estabelece estratégia de qualificação e ampliação do acesso aos transplantes de órgãos sólidos e de medula óssea, por meio da criação de novos procedimentos e de custeio diferenciado para a realização de procedimentos de transplantes e processo de doação de órgãos. Diário Oficial da União, Brasília. 2012a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0845_02_05_2012.html. Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.034, de 5 de maio de 2010**. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência

à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1034_05_05_2010_rep.html. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.191, de 22 de setembro de 2016**. Altera valores de procedimentos de Terapia Renal Substitutiva na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília. 2016a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1191_22_09_2016.html. Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.541, de 27 de junho de 2007**. Prorroga a implantação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília. 2007b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1541_27_06_2007.html. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1606, de 11 de setembro de 2001**. Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1606_11_09_2001.html. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.644, de 28 de outubro de 2009**. Estabelece novo reagrupamento de classes para os hospitais psiquiátricos, reajusta os respectivos incrementos e cria incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília. 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2644_28_10_2009.html. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.848, de 06 de novembro de 2007**. Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília. 2007d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2848_06_11_2007.html. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.947, de 21 de dezembro de 2012**. Atualiza, por exclusão, inclusão e alteração, procedimentos cirúrgicos oncológicos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS. Diário Oficial da União, Brasília. 2012b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2947_21_12_2012.html. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.192, de 24 de dezembro de 2008**. Concede reajuste em procedimentos da Tabela do Sistema Único de Saúde SUS. Diário Oficial da

União, Brasília. 2008a. Disponível em:
https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2008/prt3192_24_12_2008_rep.html. Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Senado Federal. Projeto de Lei do Senado nº 468 de 2018. **Tramitação**. 2023b. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/134757>. Acesso em: 20 jan. 2023.

Brasil. Superior Tribunal de Justiça. Processo AREsp nº 2224994 - DF (2022/0318334-0). Relator Ministro Mauro Campbell Marques. **Diário de Justiça Eletrônico**. Brasília. 16 fev. 2023 [2023c]. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/>. Acesso em: 18 fev. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Processo ARE 1301749 RG/DF. Relator Ministro Presidente Luiz Fux. **Diário de Justiça Eletrônico**. Brasília. 13 abr. 2021 [2021d]. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/repercussao-geral11662/false>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Processo RE 597064**. Relator Ministro Gilmar Mendes. **Diário de Justiça Eletrônico**. Brasília. 16 maio 2018. Disponível em: https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search?base=acordaos&is_repercussao_geral=true&pesquisa_inteiro_teor=false&sinonimo=true&plural=true&radicais=false&buscaExata=true&page=1&pageSize=10&queryString=tunep%20constitucionalidade&sort=_score&sortBy=desc. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Política pública em dez passos**. Brasília: Secretaria-Geral de Controle Externo (Segecex); Secretaria de Orientação, Métodos, Informações e Inteligência para o CE e o Combate à Corrupção (Soma), 2021c.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (1ª Região – Sexta Turma). Processo AC 1001291-71.2019.4.01.3400. Relator Desembargador Federal Jirair Aram Meguerian. Relator Convocado Juiz Federal Rafael Paulo Soares Pinto. **Diário de Justiça Eletrônico**. Brasília. 09 fev. 2021 [2021e]. Disponível em: <https://www2.cjf.jus.br/jurisprudencia/trf1/index.xhtml>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (1ª Região – Sexta Turma). Processo AC 1032812-34.2019.4.01.3400. Relator Desembargador Federal Jirair Aram Meguerian. Relator Convocado Juiz Federal Rafael Paulo Soares Pinto. **Diário de Justiça Eletrônico**. Brasília. 25 fev. 2021 [2021f]. Disponível em: <https://www2.cjf.jus.br/jurisprudencia/trf1/index.xhtml>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (1ª Região – Sexta Turma). Processo AC 1023581-46.2020.4.01.3400. Relator Desembargador Federal Jirair Aram Meguerian. Relator Convocado Juiz Federal Rafael Paulo Soares Pinto. **Diário de Justiça Eletrônico**. Brasília. 25 fev. 2021 [2021g]. Disponível em: <https://www2.cjf.jus.br/jurisprudencia/trf1/index.xhtml>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (1ª Região – Sexta Turma). Processo AC 1031942-86.2019.4.01.3400. Relator Desembargador Federal Jirair Aram Meguerian. Relator Convocado Juiz Federal Rafael Paulo Soares Pinto. **Diário de Justiça Eletrônico**. Brasília.

25 fev. 2021 [2021h]. Disponível em: <https://www2.cjf.jus.br/jurisprudencia/trf1/index.xhtml>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (1ª Região – Quinta Turma). Processo AC 1024855-79.2019.4.01.3400. Relatora Desembargadora Federal Daniele Maranhão Costa. **Diário de Justiça Eletrônico**. Brasília. 05 mar. 2021 [2021i]. Disponível em: <https://www2.cjf.jus.br/jurisprudencia/trf1/index.xhtml>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (1ª Região – Quinta Turma). Processo AC 1034940-27.2019.4.01.3400. Relatora Desembargadora Federal Daniele Maranhão Costa. **Diário de Justiça Eletrônico**. Brasília. 05 mar. 2021 [2021j]. Disponível em: <https://www2.cjf.jus.br/jurisprudencia/trf1/index.xhtml>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (1ª Região – Quinta Turma). Processo AC 0036167-74.2016.4.01.3400. Relatora Desembargadora Federal Daniele Maranhão Costa. **Diário de Justiça Eletrônico**. Brasília. 09 abr. 2021 [2021k]. Disponível em: <https://www2.cjf.jus.br/jurisprudencia/trf1/index.xhtml>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (1ª Região – Quinta Turma). Processo AC 1009448-04.2017.4.01.3400. Relatora Desembargadora Federal Daniele Maranhão Costa. **Diário de Justiça Eletrônico**. Brasília. 09 abr. 2021 [2021l]. Disponível em: <https://www2.cjf.jus.br/jurisprudencia/trf1/index.xhtml>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (1ª Região – Sexta Turma). Processo AC 1033483-57.2019.4.01.3400. Relator Desembargador Federal Daniel Paes Ribeiro. **Diário de Justiça Eletrônico**. Brasília. 30 abr. 2021 [2021m]. Disponível em: <https://www2.cjf.jus.br/jurisprudencia/trf1/index.xhtml>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (1ª Região – Quinta Turma). Processo AC 0045213-87.2016.4.01.3400. Relatora Desembargadora Federal Daniele Maranhão Costa. **Diário de Justiça Eletrônico**. Brasília. 3 maio 2021 [2021n]. Disponível em: <https://www2.cjf.jus.br/jurisprudencia/trf1/index.xhtml>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (1ª Região – Quinta Turma). Processo AC 1033051-38.2019.4.01.3400. Relatora Desembargadora Federal Daniele Maranhão Costa. **Diário de Justiça Eletrônico**. Brasília. 14 maio 2021 [2021o]. Disponível em: <https://www2.cjf.jus.br/jurisprudencia/trf1/index.xhtml>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (1ª Região – Sexta Turma). Processo AC 1038436-64.2019.4.01.3400. Relator Desembargador Federal Daniel Paes Ribeiro. **Diário de Justiça Eletrônico**. Brasília. 18 maio 2021 [2021p]. Disponível em: <https://www2.cjf.jus.br/jurisprudencia/trf1/index.xhtml>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (1ª Região – Quinta Turma). Processo AC 0005053-83.2017.4.01.3400. Relatora Desembargadora Federal Daniele Maranhão Costa. Relator Convocado Juiz Federal Roberto Carlos de Oliveira. **Diário de Justiça Eletrônico**. Brasília. 11 jun. 2021 [2021q]. Disponível em: <https://www2.cjf.jus.br/jurisprudencia/trf1/index.xhtml>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (1ª Região – Quinta Turma). Processo AC 1008022-83.2019.4.01.3400. Relatora Desembargadora Federal Daniele Maranhão Costa. Relator Convocado Juiz Federal Roberto Carlos de Oliveira. **Diário de Justiça Eletrônico**. Brasília. 17 jun. 2021 [2021r]. Disponível em: <https://www2.cjf.jus.br/jurisprudencia/trf1/index.xhtml>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (1ª Região – Quinta Turma). Processo AC 1042079-59.2021.4.01.3400. Relatora Desembargadora Federal Daniele Maranhão Costa. **Diário de Justiça Eletrônico**. Brasília. 15 jul. 2022 [2022c]. Disponível em: <https://www2.cjf.jus.br/jurisprudencia/trf1/index.xhtml>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (1ª Região – Quinta Turma). Processo AC 1053686-69.2021.4.01.3400. Relatora Desembargadora Federal Daniele Maranhão Costa. **Diário de Justiça Eletrônico**. Brasília. 15 jul. 2022 [2022d]. Disponível em: <https://www2.cjf.jus.br/jurisprudencia/trf1/index.xhtml>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (1ª Região – Quinta Turma). Processo AC 1077340-85.2021.4.01.3400. Relatora Desembargadora Federal Daniele Maranhão Costa. **Diário de Justiça Eletrônico**. Brasília. 15 jul. 2022 [2022e]. Disponível em: <https://www2.cjf.jus.br/jurisprudencia/trf1/index.xhtml>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (1ª Região – Quinta Turma). Processo AC 1057483-53.2021.4.01.3400. Relatora Desembargadora Federal Daniele Maranhão Costa. **Diário de Justiça Eletrônico**. Brasília. 29 jul. 2022 [2022f]. Disponível em: <https://www2.cjf.jus.br/jurisprudencia/trf1/index.xhtml>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (1ª Região – Sexta Turma). Processo AC 0057785-12.2015.4.01.3400. Relator Desembargador Federal Daniel Paes Ribeiro. **Diário de Justiça Eletrônico**. Brasília. 09 ago. 2022 [2022g]. Disponível em: <https://www2.cjf.jus.br/jurisprudencia/trf1/index.xhtml>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (1ª Região – Quinta Turma). Processo AC 1037330-33.2020.4.01.3400. Relatora Desembargadora Federal Daniele Maranhão Costa. **Diário de Justiça Eletrônico**. Brasília. 25 ago. 2022 [2022h]. Disponível em: <https://www2.cjf.jus.br/jurisprudencia/trf1/index.xhtml>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (1ª Região – Sexta Turma). Processo AC 1022418-94.2021.4.01.3400. Relator Desembargador Federal Daniel Paes Ribeiro. **Diário de Justiça Eletrônico**. Brasília. 25 ago. 2022 [2022i]. Disponível em: <https://www2.cjf.jus.br/jurisprudencia/trf1/index.xhtml>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (1ª Região – Sexta Turma). Processo AC 1006169-39.2019.4.01.3400. Relator Desembargador Federal Jamil Rosa de Jesus Oliveira. **Diário de Justiça Eletrônico**. Brasília. 31 ago. 2022 [2022j]. Disponível em: <https://www2.cjf.jus.br/jurisprudencia/trf1/index.xhtml>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Controle judicial de políticas públicas: possibilidades e limites. **Fórum Administrativo – Direito Público**. Belo Horizonte, ano 9, n. 103, set. 2009. Disponível em: <http://www.bidforum.com.br/bid/PDI0006.aspx?pdiCntd=62501>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas**. 2. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2021.

BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (org.). **Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 1-49.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de Direito Administrativo**. 31. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Atlas, 2017.

CASTRO, Antônio Carlos Lúcio Macedo de. **Ideologia econômica e direito: uma análise da legitimidade das decisões judiciais a partir da Constituição Econômica**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Direito. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <https://goo.gl/hY5W7p>. Acesso em: 14 set. 2022.

CÉSAR, Mário. **Impactos do Projeto de Lei nº 2.564/2020**. Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas –CMB. Câmara dos Deputados, fev. 2022. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/grupos-de-trabalho/56a-legislatura/gt-impacto-pisos-salariais-fixados-pl-2564-20/apresentacoes-em-eventos/CMB150222.pdf>. Acesso em: 02 set. 2022.

CLARK, Giovani; CASTRO, Maria Cecília de Almeida. A Regra da Indexação sobre os Vencimentos dos Servidores Públicos na Constituição da República de 1988. **Anais.. XVII Encontro Preparatório para o Congresso Nacional do CONPEDI**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008. p. 87-106.

CLARK, Giovani; CORRÊA, Leonardo Alves. Direito Econômico e Pós-Positivismo: o diálogo entre a teoria das normas da Filosofia do Direito e a divisão de regras, princípios e normas de Washington Albino Peluso de Souza. **Anais.. XVIII Congresso Nacional do CONPEDI**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009. p. 4235-4255. Disponível em: http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/sao_paulo/Integra.pdf. Acesso em: 18 set. 2022.

CLARK, Giovani; CORRÊA, Leonardo Alves; NASCIMENTO, Samuel Pontes do. **Constituição Econômica Bloqueada: impasses e alternativas**. Teresina: EDUFPI, 2020.

CLARK, Giovani; MORAES, Eduardo de Abreu. Majoração por Desindexação: efeitos inflacionários no Imposto de Renda. **Revista da Faculdade de Direito da UFMG**. Belo Horizonte, n. 68, p. 309-338, jan.-jun. 2016.

COMPARATO, Fábio Konder. Ensaio sobre o juízo de constitucionalidade de políticas públicas. **Revista de Informação Legislativa**. Brasília, v. 35, n. 138, p. 39-48, abr.-jun. 1998.

CONFEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS, HOSPITAIS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS. **A história de misericórdia das Santas Casas**. CMB. atual. 23 abril 2020. Disponível em: <https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos/historico>. Acesso em: 02 set. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE CONTABILIDADE. **Resolução 2015/ITG2002(R1)**. Altera ITG 2002 trata de entidades sem finalidade de lucros. Diário Oficial da União, 2015a. Disponível em:
[https://www2.cfc.org.br/sisweb/sre/detalhes_sre.aspx?codigo=2015/ITG2002\(R1\)](https://www2.cfc.org.br/sisweb/sre/detalhes_sre.aspx?codigo=2015/ITG2002(R1)). Acesso em: 05 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Defasagem na Tabela SUS afeta maioria dos procedimentos hospitalares**. Brasil, maio 2015. 2015a. Disponível em:
<https://portal.cfm.org.br/noticias/defasagem-na-tabela-sus-afeta-maioria-dos-procedimentos-hospitalares/>. Acesso em: 02 set. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Procedimentos Hospitalares no Sistema Único De Saúde (Sus) 2008 e 2014**. Brasil, maio 2015. 2015b. Disponível em:
<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/aih%202008%20e%202014%20completo.pdf>. Acesso em: 01 set. 2022.

COSTA, Jéssica Caeiro de Souza. Os impactos econômico-financeiros do ressarcimento ao SUS para as operadoras de planos de saúde. **Monografia**. 1º Prêmio ANS: concurso de monografia sobre saúde suplementar. Tema 1 - Regulação Econômico-Financeira na Saúde Suplementar - 2º Lugar, 60 p, 2018. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/3594>. Acesso em: 10 fev. 2023.

COUTINHO, Diogo Rosenthal. O Direito Econômico e a construção institucional do Desenvolvimento Democrático. **Revista Estudos Institucionais**, v. 2, n. 1, p. 214–262, 2016. DOI: 10.21783/rei.v2i1.36. Disponível em:
<https://www.estudosinstitucionais.com/REI/article/view/36>. Acesso em: 20 jan. 2023.

COUTINHO, Diogo Rosenthal. O Direito nas políticas públicas. In: MARQUES, Eduardo; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. **A Política Pública como Campo Multidisciplinar**. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 181-200.

CUNHA, Fernanda de Paula; SOUZA, Antônio Artur de; FERREIRA, Cássia Oliveira. Análise do endividamento de Hospitais Filantrópicos. **Anais.. XVII SEMEAD Seminários em Administração**. Programa de Pós-graduação em Administração (PPGA) da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo (FEA-USP), outubro, 2014. ISSN 2177-3866. Disponível em:
<https://sistema.semead.com.br/17semead/resultado/trabalhosPDF/1050.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2022

Debatedores reclamam de defasagem nos valores da tabela do SUS. Agência Câmara de Notícias. Câmara dos Deputados. 23 abril 2019. Disponível em:
<https://www.camara.leg.br/noticias/556048-debatedores-reclamam-de-defasagem-nos-valores-da-tabela-do-sus/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 32. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2019.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. **Direito dos Contratos**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

FERNANDES, Rubem Cesar. **Privado porém público: o terceiro setor na América Latina**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Relume-Damará., 1994

FERNANDES, Taisa de Paiva. **Gestão de Custos: aplicação em uma clínica de hemodiálise**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração) – Escola de Direito, Negócios e Comunicação. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiás, 2021. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/3108>. Acesso em: 15 nov. 2022.

FOLADOR, Rafael. **Critérios Jurídicos para a aferição da Responsabilidade Civil do Estado Brasileiro por atos de Política Econômica**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Direito. Porto Alegre, 2018.

FÓRUM NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES FILANTRÓPICAS. **Pesquisa A Contrapartida do Setor Filantrópico para o Brasil**. FONIF, 2018. Disponível em: <https://sinapse.gife.org.br/download/a-contrapartida-do-setor-filantropico-para-o-brasil-2018#:~:text=O%20estudo%20apresenta%20o%20setor,%C3%A0%20sociedade%20como%20contrapartida%20de>. Acesso em: 02 set. 2022.

FRANÇA, Arthur; GIUSTINA, Ana Paula Della. **Defasagem do sistema de gerenciamento da tabela unificada de procedimentos (SIGTAP) – Sistema Único De Saúde**. Monografia. Especialização em Pós-Graduação em Gestão de Saúde Pública. Universidade do Contestado, jan. 2015.

FRANCO, Renato Júnio. O modelo luso de assistência e a dinâmica das Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa. **Estudos Históricos**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 53, p. 5-25, jan.-jun., 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21862014000100001>. Acesso em: 30 set. 2022.

FREITAS, Marcella Abunahman. A avaliação da efetividade da política de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde. **Tese de Doutorado**. Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2011. Disponível em: https://pesquisa-eaesp.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/marcella_abunahman_freitas.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

FUNCIA, Francisco Rózsa. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 24, n. 12, p. 4405-4415, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>. Acesso em: 26 jan. 2023.

FUNCIA, Francisco Rózsa; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Efeitos da política de austeridade fiscal sobre o gasto público federal em saúde. In: ROSSI, Pedro; DWECK, Esther; OLIVEIRA, Ana Luíza Matos de. (Org.s). **Economia para poucos: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil**. São Paulo: Autonomia Literária, 2018, Cap. 4, p. 83-97.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **IGP-M: Resultados 2022**. 2023b. Disponível em: <https://portal.fgv.br/noticias/igpm-resultados-2022>. Acesso em: 17 jan. 2023.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. Instituto Brasileiro de Economia. Séries Institucionais FGV. Índices Gerais de Preços. **Índice Geral de Preços do Mercado**. Histórico de valores do IGP-M - Variação percentual Acumulado no ano – séries de valores absolutos. 2023a. Disponível em: <https://extra-ibre.fgv.br/IBRE/sitefgvdados/visualizaconsulta.aspx>. Acesso em: 17 jan. 2023.

GIROTO, Maira Coutinho Ferreira. Noções Gerais sobre a Participação da Iniciativa Privada no SUS. **Cadernos da Escola Paulista de Contas Públicas**. v. 1, n. 6, p. 30-44, dez. 2020. Disponível em: <https://www.tce.sp.gov.br/epcp/cadernos/index.php/CM/article/view/126>. Acesso em: 20 set. 2022.

GRAU, Eros Roberto. **A Ordem Econômica na Constituição de 1988**. 14. ed., rev. e atual. São Paulo: Malheiros Editores Ltda, 2010.

GUIDOLIN, Ana Paula; DAVID, Grazielle; ROSSI, Pedro. Economia política do financiamento do direito à saúde no Brasil. Anais... **48º Encontro Nacional de Economia (ANPEC 2020)**, dez. 2020. Área 2 – Economia Política. Disponível em: <https://en.anpec.org.br/previous-editions.php>. Acesso em: 16 jan. 2023.

GUIMARÃES, Patrícia Borba Vilar; FREITAS, Marcyo Keveny de Lima. A Constitucionalização do Direito Administrativo Brasileiro sob uma Visão Neoconstitucionalista. **Revista Digital Constituição e Garantia de Direitos**, [S. l.], v. 11, n. 2, p. 279–295, 2019. DOI: 10.21680/1982-310X.2018v11n2ID15398. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/constituicaoegarantiadedireitos/article/view/15398>. Acesso em: 2 fev. 2023.

GUIMARÃES, Rafaela Bittencourt Mattos; MAIA, Clarice Tavares; TOMASSINI, Emília; ARAUJO, Daiane Elwanger; LUCENA, Carolina Dantas Rocha X. de. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS: trajetória e perspectivas do SIGTAP. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: contextos históricos, avanços e perspectivas no SUS**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Cidade Gráfica e Editora LTDA, 2015, p. 95-108.

HACHEM, Daniel Wunder. A discricionariedade administrativa entre as dimensões objetiva e subjetiva dos direitos fundamentais sociais. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, [S. l.], v. 10, n. 35, p. 313–343, 2016. DOI: 10.30899/dfj.v10i35.104. Disponível em: <https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/104>. Acesso em: 03 fev. 2023.

HAMERSKI, Bruna. **A presença do “terceiro-setor” na área da saúde: uma abordagem no município de Porto Alegre**. Rio de Janeiro: Casi, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **INPC - Índice Nacional de Preços ao Consumidor. O que é**. 2023d. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/precos-e-custos/9258-indice-nacional-de-precos-ao-consumidor.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 10 jan. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo. O que é**. 2023c. Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/precos-e-custos/9256-indice-nacional-de-precos-ao-consumidor-amplo.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 10 jan. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. **Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo**. Tabela 1737 – IPCA – Série histórica com número-índice, variação mensal e variações acumuladas em 3 meses, em 6 meses, no ano e em 12 meses (a partir de dezembro/1979). 2023a. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/1737>. Acesso em: 15 jan. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. **Índice Nacional de Preços ao Consumidor**. Tabela 1736 – INPC – Série histórica com número-índice, variação mensal e variações acumuladas em 3 meses, em 6 meses, no ano e em 12 meses (a partir de abril/1979). 2023b. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/1736>. Acesso em: 15 jan. 2023.

JESUS, Carmen Teresinha Echeveste de; GOULARTE, Jeferson Luís Lopes; RAMOS, Thadeu José Francisco; FLORES, Silvia Amélia Mendonça. Apuração de Custos da Patologia Acidente Vascular Cerebral em um Hospital Filantrópico. **Revista de Auditoria Governança e Contabilidade (RAGC)**, v.3, n.8, p.33-46, 2015. Disponível em: <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/ragc/article/view/618>. Acesso em: 30 nov. 2022.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. A Gestão Intersetorial das Políticas Sociais e o Terceiro Setor. **Revista Saúde e Sociedade**. v.13, n.1, p.25-36, jan.-abr., 2004.

KOS, Sonia Raifur; SANTOS, Neuciane Palermo dos; KLEIN, Luciana; SCARPIN, Jorge Eduardo. Repasse do SUS vs custo dos procedimentos hospitalares: é possível cobrir os custos com o repasse do SUS? In: XXII Congresso Brasileiro de Custos – Foz do Iguaçu, PR, nov. 2015. **Anais...** Disponível em: <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/4026/4027>. Acesso em: 20 set. 2022.

LELIS, Davi Augusto Santana de. Ideologia constitucional e políticas públicas: uma crítica ao Novo Regime Fiscal. **Revista de Desenvolvimento e Políticas Públicas**, [S. l.], v. 1, n. 2, p. 143–153, 2017. DOI: 10.31061/redepp.v1n2.143-153. Disponível em: <https://www.redepp.ufv.br/REDEPP/article/view/9>. Acesso em: 27 jan. 2023.

LIMA, Roberto Otto Augusto de; CÔRTEZ, Gilberto Oliveira Martins; OLIVEIRA, Cláudio Dornas de; COUTO, Carlos Renato de Melo; FILHO, João Costa de Aguiar; PAULA, Otávio Jaerce Bragança de; CHEIM, Emerson Laguardia. Balanço Contábil e Demonstração de Resultado Publicado. In: **Relatório de Sustentabilidade 2021 – Grupo Santa Casa de BH**. Belo Horizonte: Gráfica BUZZ, p. 112-121, julho, 2022. Disponível em: <https://santacasabh.org.br/files/downloads/Relatorio-Anual-GSCBH-2021.pdf>. Acesso em: 20 out. 2022.

MACHADO, Danyele da Silva; LELIS, Davi Augusto Santana de; CLARK, Giovani. O Sistema Único de Saúde em Tempos de Covid-19: da essencialidade ao desfinanciamento do neoliberalismo de austeridade. In: CLARK, Giovani; URSINE, Ícaro Moreira; CAMARGO, Ricardo Antonio Lucas; NASCIMENTO, Samuel Pontes do. (Org.s). **Pandemia, Política Econômica e as Mudanças na Ordem Jurídica**. 2ª edição. Belo Horizonte: RTM, 2022b, p. 216-223.

MACHADO, Danyele da Silva; LELIS, Davi Augusto Santana de; CLARK, Giovani. Tabela de Procedimentos do SUS à Luz da Ordem Econômica: ausência de correção inflacionária da remuneração das Santas Casas no âmbito da saúde pública. **REI - Revista Estudos Institucionais**, [S. l.], v. 8, n. 3, p. 481–506, 2022a. DOI: 10.21783/rei.v8i3.713. Disponível em: <https://www.estudosinstitucionais.com/REI/article/view/713>. Acesso em: 23 jan. 2023.

MAGALHÃES, Marcelo José Silva de; ARAÚJO, Graciella Lopes; ALMEIDA, Letícia Pinheiro de; SOARES, Wanessa Santos; MARTINS, Daniel Santos; MARTINS, Guilherme Duraes; VASCONCELOS, Isadora Fonseca de; DELGADO, Lara Cristina Lima; OLIVA, Henrique Nunes Pereira; MAGALHÃES, Aline Almeida de. The Impact of Inflation on the Medical and Hospital Money Transfers of the Neurosurgical Procedures of the Brazilian Unified Healthcare System from 2008 to 2017. **Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia: Brazilian Neurosurgery** 2020. v. 34, n. 4, p. 249-255, 2020. DOI: 10.1055/s-0038-1657764. Disponível em: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0038-1657764#top>. Acesso em: 20 set. 2022.

MANKIW, N. Gregory. **Introdução à Economia**. 3ª edição. Tradução Allan Vidigal Hastings. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

MARTINS, Vidigal Fernandes; ÁVILA, Lucimar Antônio Cabral de; MASSUDA, Júlio César. Modelo de gestão de resultado econômico para hospitais públicos brasileiros. In: Congresso Internacional de Custos. Punta Del Este. Uruguai, 2003. **Anais...** Disponível em: <https://www.intercostos.org/documentos/congreso-08/212.pdf>. Acesso em: 20 set. 2022.

MARIANO, Cynara Monteiro. Emenda Constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, vol. 4, n. 1, p. 259-281, jan.-abr. 2017. Disponível em: DOI:10.5380/rinc.v4i1.50289. Acesso em: 26 jan. 2023.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. 14ª ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2002.

MENDES, Áquilas. A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa. **Futuros do Brasil: ideias para ação**. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, julho, 2017. Disponível em: https://cee.fiocruz.br/sites/default/files/Artigo_Aquilas_Mendes.pdf. Acesso em: 26 jan. 2023.

MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 4. ed. e atual. São Paulo: Saraiva, 2009.

MENDES, Áquilas; FUNCIA, Francisco Rózsa. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo. **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPA/OMS no Brasil, 2016. 260p.

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O Futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 58-70, dez. 2019.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 29. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

NETO, Mirocles Campos Vêras. **Chega de silêncio**. Gestores e Profissionais de saúde rompem o silêncio para expor a crise da maior rede hospitalar do SUS. Confederação das Santas Casas, Hospitais E Entidades Filantrópicas. Brasília, abr. 2022. Disponível em: <https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/movimento>. Acesso em: 02 set. 2022.

NETO, Zaiden Geraige; SILVESTREINI, João Pedro; VILELA, Thiago Ribeiro Franco. O controle jurisdicional da discricionariedade em políticas públicas de saúde: critérios materiais de apreciação. **Revista da Faculdade de Direito do Sul de Minas**, [S. l.], v. 35, n. Edição Especial, 2019. Disponível em: <https://revista.fdsu.edu.br/index.php/revistafdsu/article/view/21>. Acesso em: 10 fev. 2023.

NEVES, César Augusto; FERREIRA, Patrícia Aparecida; TONELLI, Dany Flávio. Programa de reestruturação e contratualização dos hospitais filantrópicos no SUS: uma avaliação do eixo de financiamento. **Revista do Serviço Público**. Brasília, v. 69, n. 4, p. 849- 874, 2018. DOI: 10.21874/rsp.v69i4.2611. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/2611>. Acesso em: 26 set. 2022.

NÓBREGA, Joanacele Gorgonho Ribeiro; DANTAS, Jamily Ribeiro Marques; NÓBREGA, Jânio Meira; SOUSA, Carmelita Maria Silva; FEIJO, Nathassya Nauany Silva Pinheiro; SOUSA, Alex Alves Sobral de; QUERINO, Monalisa Martins; SANTANA, Willma José de. Serviços Públicos de Saúde e os Ajustes com as Entidades de Terceiro Setor: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Production Engineering**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 87–102, 2021. DOI: 10.47456/bjpe.v7i1.33931. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/bjpe/article/view/33931>. Acesso em: 16 set. 2022.

NOCE, Umberto Abreu; CLARK, Giovani. A Emenda Constitucional nº 95/2016 e a Violação da Ideologia Constitucionalmente Adotada. **Revista Estudos Institucionais**, v. 03, n. 02, p. 1216-1244, 2017. Disponível em: <https://www.estudosinstitucionais.com/REI/article/view/194>. Acesso em: 16 jan. 2023.

NUSDEO, Fábio. **Curso de Economia**: introdução ao direito econômico. 9. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2015.

OLIVEIRA, André Luiz Mendes; NETO, Mário Sacomano; DONADONE, Júlio César. O papel da Santa Casa no sistema público de saúde brasileiro: o levantamento histórico de uma instituição filantrópica. **Saúde e Sociedade** [online], v. 31, n. 1, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022200150>. Acesso em: 29 ago. 2022.

PAES, José Eduardo Sabo; VALLE, Maurício Dalri Timm do; SANTOS, Júlio Edstron Secundino. O Posicionamento Estratégico do Terceiro Setor na atualidade: custeio estatal, particular e o seu papel na democracia brasileira atual. **Revista de Estudos e Pesquisas Avançadas do Terceiro Setor**. Brasília, v. 4, n. 2, p.160-185, jul-dez, 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAOLILLO, Vicente Renato; CARDENUTO, Maria Dulce G. L.; SILVEIRA, Flávio Augusto Meirelles Fleury da; ROVERI, Willian; SIMÕES, Andréia Martins. **Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Demonstrações Financeiras**. São Paulo: Diário

Oficial Empresarial, n. 132, v. 80, p. 09-13, abril, 2022. Disponível em: <https://www.santacasasp.org.br/portal/wp-content/uploads/2022/05/Balanco-2021.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2022.

PEREZ, Marcos Augusto. Controle da Discricionariedade Administrativa. In: PEREZ, Marcos Augusto; SOUZA, Rodrigo Pagani de. (Coord.s). **Controle da Administração Pública**. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2017. p. 63-82.

PINTO, Élide Graziane. Discricionariedade, contingenciamento e controle orçamentário. **Revista Gestão e Tecnologia**, v. 6, n. 2, jul.-dez., 2006. Disponível em: <http://revistagt.fpl.edu.br/get/article/view/183>. Acesso em: 10 fev. 2023.

PINTO, Élide Graziane. Estado de Coisas Inconstitucional na política pública de saúde brasileira. **Futuros do Brasil: Textos para debate**, Rio de Janeiro, n. 10, p. 1-13, jun. 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/28232>. Acesso em: 30 jan. 2023.

PINTO, Élide Graziane; BAHIA, Alexandre Melo Franco de Moraes; SANTOS, Lenir. O financiamento da saúde na Constituição de 1988: um estudo em busca da efetividade do direito fundamental por meio da equalização federativa do dever do seu custeio mínimo. **A&C – Revista de Direito Administrativo & Constitucional**. Belo Horizonte: Editora Fórum, ano 16, n. 66, p. 209-237, out.-dez., 2016.

PINTO, Élide Graziane; XIMENES, Salomão Barros. Financiamento dos Direitos Sociais na Constituição de 1988: do “pacto assimétrico” ao “estado de sítio fiscal”. **Educação & Sociedade** [online], v. 39, n. 145, p. 980-1003, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/ES0101-73302018209544>. Acesso em: 30 jan. 2023.

PIOLA, Sérgio Francisco; PAIVA, Andrea Barreto de; SÁ, Edvaldo Batista de; SERVO, Luciana Mendes Santos. Financiamento Público da Saúde: uma história à procura de rumo. **Texto para Discussão n. 1846**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: IPEA, 2013.

PIRES, Maria Beatriz Nunes; OLIVEIRA, Rosangela de; ALCANTARA, Caio Cesar Violin de; ABBAS, Katia. Relação entre a Remuneração do Sistema Único de Saúde, os Custos dos Procedimentos Hospitalares e o Resultado: estudo nas Santas Casas de Misericórdia do Estado de São Paulo. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. Belo Horizonte, vol. 14, n.3, p. 16-33, jul.-set., 2017.

RAMOS, Marcelene Carvalho da Silva. O Direito Fundamental à Saúde na perspectiva da Constituição Federal. **A & C Revista de Direito Administrativo e Constitucional**. Belo Horizonte, ano 5, n. 22, p. 147-165, out.-dez., 2005.

ROBL FILHO, Ilton Norberto; MADALENA, Luis Henrique Braga. Discricionariedade Administrativa no Estado Democrático de Direito: algumas notas a partir das teorias do estado e da constituição. **Revista Jurídica (FURB)**, [S.l.], v. 19, n. 38, p. 147-160, jan.-abr. 2015. ISSN 1982-4858. Disponível em: <https://proxy.furb.br/ojs/index.php/juridica/article/view/4885>. Acesso em: 01 fev. 2023.

ROSSI, Pedro; DWECK, Esther. Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 32, n. 12, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194316>. Acesso em: 26 jan. 2023.

SALDIVA, Paulo Hilário Nascimento; VERAS, Mariana. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, v. 32, n. 92, p. 47-61, 2018.

SALGADO, Valeria Alpino Bigonha. **Contratualização no Sistema Único de Saúde**. Monografia (Especialização) – Instituto de Direito Sanitário Aplicado em parceria com Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. Campinas, 2018.

SANTOS, Lenir. A natureza jurídica pública dos serviços de saúde e o regime de complementaridade dos serviços privados à rede pública do Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 106. p. 815-829, jul.-set., 2015.

SANTOS, Lenir. Direito à Saúde e Qualidade de Vida: um mundo de responsabilidades e fazeres. **Direito da Saúde no Brasil**. Campinas: Saberes Editora, p. 15-62, 2010.

SANTOS, Lenir. SUS, o patinho feio do estado mínimo. **Revista Consultor Jurídico**, 23 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-abr-23/lenir-santos-sus-patinho-feio-estado-minimo>. Acesso em: 27 jan. 2023.

SANTOS, Lenir; FUNCIA, Francisco Rozsa. Histórico do financiamento do SUS: evidências jurídico-orçamentárias do desinteresse governamental federal sobre a garantia do direito fundamental à saúde. **Domingueira n° 21** – maio 2020. Instituto de Direito Sanitário Aplicado. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-21-maio-2020>. Acesso em: 15 out. 2022.

SANTOS, Márcia Walquiria Batista dos; ESCANHOELA, Raquel Fernanda Guariglia. Revisão, Reajuste e Repactuação de Preços nos Contratos Administrativos – motivação das decisões, fundamentação dos pedidos administrativos e a desjudicialização. **Revista do Ministério Público de Contas do Estado do Paraná**, v. 7, n. 13, p. 161-176, nov.-maio 2020. Disponível em: <https://revista.mpc.pr.gov.br/index.php/RMPCPR/article/view/16>. Acesso em: 10 fev. 2023.

SANTOS, Neuciane Palermo; KOS, Sonia Raifur; KLEIN, Luciana. Paralelo entre o valor repassado pelo SUS e o custo dos procedimentos em um hospital beneficente. **ABCustos Associação Brasileira de Custos**. São Leopoldo, v. 13, n. 3, p. 27-56, set.-dez., 2018.

SANTOS, Suely Xavier dos. **Organização do Terceiro Setor**. 1. Ed. Natal: EdUnP, 2012. Disponível em https://conteudo.unp.br/ebooks_ead/Oganizacao_no_Terceiro_Setor.pdf. Acesso em: 20 out. 2022.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de Direito Constitucional**. 4. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2015.

SCATENA, Maria Ângela Nogueira. O ressarcimento ao SUS: análise do perfil de utilização do sistema único de saúde segundo período da contratação dos planos. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo

Cruz, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4745>. Acesso em: 10 fev. 2023.

SERVO, Luciana Mendes Santos; SANTOS, Maria Angelica Borges dos; VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, volume 44, n. especial 4, p. 114-129, dez. 2020.

SILVA, Maria Regina Guimarães. A História da Fundação da Irmandade de Misericórdia de Guaxupé-MG. In: XXVI SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 2011, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Associação Nacional de História – ANPUH-SP, 2011, p. 1-14. Disponível em: <http://www.snh2011.anpuh.org/site/anaiscomplementares>. Acesso em: 20 set. 2022.

SOARES, Mário Lúcio Quintão. **Teoria do estado: introdução**. 2. ed. rev. atual. Belo Horizonte: Del Rey, 2004.

SOUSA, Ana Flávia Marques de. **Custos Cirúrgicos versus Repasse do SUS: conhecendo a realidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Gestão Organizacional. Uberlândia, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/26601>. Acesso em: 20 nov. 2022.

SOUZA, Antônio Artur de; XAVIER, Alessandra Grazielle; LIMA, Lívia Carolina de Matos; GUERRA, Mariana. Análise de Custos em Hospitais: comparação entre os custos de procedimentos de urologia e os valores repassados pelo Sistema Único de Saúde. **ABCustos Associação Brasileira de Custos**. São Leopoldo, v. 8, n. 1, p. 92-109, jan.-abr., 2013.

SOUZA, Washington Peluso Albino de. **Ensaio de Conceituação Jurídica do Preço**. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1949.

SOUZA, Washington Peluso Albino de. **Primeiras Linhas de Direito Econômico**. 6ª edição. São Paulo: Editora LTr, 2ª tiragem, 2017.

SPORTELLLO, Elisabete Finzch. **Cobertura do custo dos procedimentos de enfermagem pelo Sistema Único de Saúde no ambulatório de um hospital universitário**. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2019.

SUNDFELD, Carlos Ari; SOUZA, Rodrigo Pagani de. As modernas parcerias públicas com o Terceiro Setor. **A&C Revista de Direito Administrativo & Constitucional**. Belo Horizonte, ano 11, n. 43, p. 57-89, jan./mar. 2011.

SYLVESTRE, Andre Zech. **Despesa pública: legalidade e discricionariedade**. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Direito. São Paulo, 2017.

URSINE, Ícaro Moreira. **Planejamento estatal e cooperativismo: pluralidade e a constituição econômica efetivada**. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Direito. Belo Horizonte, 2017.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; PIOLA, Sérgio Francisco; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. Vinculação Orçamentária do Gasto em Saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor. **Texto para Discussão n° 2516**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: IPEA, 2019.

ZICA, Sara Raquel Medeiros. **Organizações Sociais e Gestão da Saúde Pública no Estado de Goiás**. Monografia Jurídica. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia: [s.n], 2014.

APÊNDICE I: DADOS UTILIZADOS PARA CALCULAR A REPRESENTATIVIDADE DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE.

Tabela 6 – Dados Produção Hospitalar das Entidades sem Fins Lucrativos

Meses/ Ano	Total	Entidades sem Fins Lucrativos
jan/18	953.217	390.710
fev/18	914.059	377.905
mar/18	994.222	411.697
abr/18	1.006.271	412.915
mai/18	1.018.405	415.559
jun/18	997.341	409.389
jul/18	1.014.144	418.507
ago/18	1.020.329	420.202
set/18	989.064	408.748
out/18	1.007.504	418.348
nov/18	968.737	404.289
dez/18	933.348	405.265
Total	11.816.641	4.893.534
Percentual:	100%	41,41%

Meses/ Ano	Total	Entidades sem Fins Lucrativos
jan/19	981.163	412.516
fev/19	947.852	402.199
mar/19	997.216	416.420
abr/19	1.016.479	424.186
mai/19	1.063.851	442.499
jun/19	1.017.487	431.593
jul/19	1.050.700	443.618
ago/19	1.056.431	441.271
set/19	1.028.286	431.556
out/19	1.052.659	444.408
nov/19	999.104	419.795
dez/19	967.024	413.183
Total	12.178.252	5.123.244
Percentual	100%	42,06%

Meses/ Ano	Total	Entidades sem Fins Lucrativos
jan/20	1.000.995	420.109
fev/20	967.287	409.599
mar/20	956.433	401.953
abr/20	775.248	319.434
mai/20	786.656	318.169
jun/20	792.041	313.646
jul/20	848.387	336.441
ago/20	859.093	343.730
set/20	867.179	347.420
out/20	905.526	374.276
nov/20	902.227	373.527
dez/20	871.787	365.681
Total	10.532.859	4.323.985
Percentual	100%	41,05%

Fonte: Elaborado pela autora, com base no DATASUS (BRASIL, 2022b).

Meses/ Ano	Total	Entidades sem Fins Lucrativos
jan/21	899.059	368.609
fev/21	894.661	361.542
mar/21	942.695	370.628
abr/21	939.445	369.247
mai/21	978.224	381.305
jun/21	987.178	390.398
jul/21	984.640	390.457
ago/21	985.514	395.555
set/21	971.070	389.751
out/21	959.932	390.004
nov/21	964.324	394.595
dez/21	974.174	405.064
Total	11.480.916	4.607.155
Percentual	100%	40,12%

Meses/ Ano	Total	Entidades sem Fins Lucrativos
jan/22	975.364	397.550
fev/22	943.106	390.311
mar/22	1.024.297	420.944
abr/22	1.006.977	414.558
mai/22	1.029.636	426.274
jun/22	994.947	416.732
jul/22	982.776	416.300
Total	6.957.103	2.882.669
Percentual	100%	41,43%

Fonte: Elaborado pela autora, com base no DATASUS (BRASIL, 2022b).

Tabela 7 – Dados Entidades sem Fins Lucrativos que prestam serviço de internação ao SUS

Meses/ Ano	Total	Entidades sem Fins Lucrativos
jan/18	5.824	1.743
fev/18	5.820	1.742
mar/18	5.825	1.741
abr/18	5.822	1.734
mai/18	5.811	1.734
jun/18	5.813	1.726
jul/18	5.817	1.730
ago/18	5.822	1.730
set/18	5.814	1.731
out/18	5.806	1.727
nov/18	5.810	1.723
dez/18	5.808	1.727
Total	69.792	20.788
Percentual	100%	29,78%

Meses/ Ano	Total	Entidades sem Fins Lucrativos
jan/19	5.810	1.724
fev/19	5.809	1.722
mar/19	5.813	1.719
abr/19	5.807	1.717
mai/19	5.793	1.709
jun/19	5.777	1.704
jul/19	5.749	1.692
ago/19	5.740	1.691
set/19	5.750	1.691
out/19	5.757	1.695
nov/19	5.751	1.694
dez/19	5.746	1.693
Total	69.302	20.451
Percentual	100%	29,50%

Meses/ Ano	Total	Entidades sem Fins Lucrativos
jan/20	5.731	1.692
fev/20	5.744	1.691
mar/20	5.817	1.694
abr/20	5.961	1.697
mai/20	6.069	1.703
jun/20	6.119	1.701
jul/20	6.153	1.703
ago/20	6.165	1.702
set/20	6.161	1.704
out/20	6.148	1.704
nov/20	6.138	1.706
dez/20	6.140	1.703
Total	72.346	20.400
Percentual	100%	28,19%

Fonte: Elaborado pela autora, com base no CNES (BRASIL, 2022a).

Meses/ Ano	Total	Entidades sem Fins Lucrativos
jan/21	6.138	1.703
fev/21	6.154	1.703
mar/21	6.232	1.706
abr/21	6.284	1.708
mai/21	6.317	1.702
jun/21	6.349	1.701
jul/21	6.368	1.700
ago/21	6.377	1.703
set/21	6.363	1.703
out/21	6.355	1.710
nov/21	6.327	1.707
dez/21	6.318	1.706
Total	75.582	20.452
Percentual	100%	27,05%

Meses/ Ano	Total	Entidades sem Fins Lucrativos
jan/22	6.286	1.707
fev/22	6.285	1.705
mar/22	6.271	1.704
abr/22	6.261	1.702
mai/22	6.241	1.699
jun/22	6.196	1.694
jul/22	6.181	1.691
Total	43.721	11.902
Percentual	100%	27,22%

Fonte: Elaborado pela autora, com base no CNES (BRASIL, 2022a).

Tabela 8 – Dados Entidades sem Fins Lucrativos que prestam serviço de urgência ao SUS

Meses/ Ano	Total	Entidades sem Fins Lucrativos
jan/18	10.240	1.410
fev/18	10.250	1.409
mar/18	10.252	1.406
abr/18	10.268	1.404
mai/18	10.277	1.405
jun/18	10.295	1.403
jul/18	10.328	1.408
ago/18	10.321	1.414
set/18	10.323	1.415
out/18	10.324	1.414
nov/18	10.336	1.414
dez/18	10.333	1.419
Total	123.547	16.921
Percentual	100%	13,69%

Meses/ Ano	Total	Entidades sem Fins Lucrativos
jan/19	10.343	1.419
fev/19	10.339	1.418
mar/19	10.336	1.412
abr/19	10.342	1.416
mai/19	10.338	1.414
jun/19	10.327	1.413
jul/19	10.301	1.401
Ago/19	10.300	1.398
set/19	10.309	1.399
out/19	10.374	1.406
nov/19	10.394	1.406
dez/19	10.399	1.407
Total	124.102	16.909
Percentual	100%	13,62%

Meses/ Ano	Total	Entidades sem Fins Lucrativos
jan/20	10.420	1.407
fev/20	10.436	1.406
mar/20	10.476	1.408
abr/20	10.527	1.412
mai/20	10.630	1.412
jun/20	10.703	1.414
jul/20	10.757	1.414
ago/20	10.805	1.417
set/20	10.831	1.418
out/20	10.845	1.417
nov/20	10.862	1.418
dez/20	10.869	1.415
Total	128.161	16.958
Percentual	100%	13,23%

Fonte: Elaborado pela autora, com base no CNES (BRASIL, 2022a).

Meses/ Ano	Total	Entidades sem Fins Lucrativos
jan/21	10.891	1.412
fev/21	10.920	1.412
mar/21	10.955	1.412
abr/21	10.985	1.412
mai/21	11.003	1.409
jun/21	11.021	1.410
jul/21	11.029	1.407
ago/21	11.032	1.407
set/21	11.034	1.408
out/21	11.048	1.412
nov/21	11.049	1.409
dez/21	11.057	1.408
Total	132.024	16.918
Percentual	100%	12,81%

Meses/ Ano	Total	Entidades sem Fins Lucrativos
jan/22	11.085	1.408
fev/22	11.095	1.409
mar/22	11.076	1.406
abr/22	11.089	1.408
mai/22	11.097	1.409
jun/22	11.108	1.408
jul/22	11.126	1.408
Total	77.676	9.856
Percentual	100%	12,68%

Fonte: Elaborado pela autora, com base no CNES (BRASIL, 2022a).

**APÊNDICE II: BALANÇO CONTÁBIL E DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADO
PUBLICADO – SANTA CASA DE BELO HORIZONTE**

BALANÇO CONTÁBIL E DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADO PUBLICADO

BALANÇO PATRIMONIAL (Em R\$ 1)

	Exercício findo em	
	31.12.21	31.12.20
ATIVO		
CIRCULANTE		
Caixa e equivalentes (Nota 4)	18.820.678	11.752.382
SUS (Nota 5)	63.425.968	91.285.956
Estoques (Nota 3.b)	24.450.008	17.778.640
Contas a receber (Nota 6)	29.667.885	37.714.109
Subvenções governamentais (Nota 7)	11.737.280	14.264.798
Impostos a recuperar (Nota 8)	25.235.279	16.683.318
Adiantamentos (Nota 9)	21.567.127	3.639.979
	194.904.225	193.119.182
NÃO CIRCULANTE		
Realizável a Longo Prazo		
Aplicações financeiras (Nota 4)	1.211.002	1.009.200
Outras contas a receber (Nota 10)	49.003.599	39.591.091
Depósitos judiciais (Nota 11)	5.275.949	5.357.732
	55.490.550	45.958.023
Investimentos (Nota 12)	5.056.204	5.058.739
Imobilizado (Nota 13)	506.987.761	504.819.036
Intangível (Nota 14)	719.268	726.850
	568.253.783	556.562.648
Total do Ativo	763.158.008	749.681.830

	Exercício findo em	
	31.12.21	31.12.20
PASSIVO E PATRIMÔNIO LÍQUIDO		
PASSIVO CIRCULANTE		
Fornecedores (Nota 15)	95.644.779	97.159.080
Obrigações com pessoal	30.361.467	28.544.236
Impostos e contribuições (Nota 16)	16.016.286	17.474.005
Ressarcimento ao SUS (Nota 17)	1.449.668	1.553.452
Instituições financeiras (Nota 18)	24.971.434	25.060.340
Provisões para contingências (Nota 19)	10.001.853	8.615.044
Outras exigibilidades (Nota 20)	22.655.815	30.323.698
	201.101.302	208.729.855
PASSIVO NÃO CIRCULANTE		
Fornecedores (Nota 15)	47.248.418	48.515.402
Impostos e contribuições (Nota 16)	12.088.048	3.763.627
Subvenções governamentais a realizar (Nota 7)	29.856.976	32.186.536
PROSUS (Nota 21)	128.451.929	161.513.501
Ressarcimento ao SUS (Nota 17)	3.420.590	3.938.254
Instituições financeiras (Nota 18)	161.820.415	156.027.097
Provisões para contingências (Nota 19)	21.019.724	30.319.675
Receitas diferidas (Nota 22)	9.336.343	6.355.410
	413.242.443	442.619.502
	614.343.745	651.349.357
PATRIMÔNIO LÍQUIDO		
Patrimônio Social	98.332.473	57.096.572
Superávits acumulados	50.481.790	41.235.901
	148.814.263	98.332.473
Total do Passivo e Patrimônio Líquido	763.158.008	749.681.830

As notas explicativas integram as Demonstrações Contábeis

DEMONSTRAÇÃO DO SUPERÁVIT (Em R\$ 1)

	Exercício findo em	
	31.12.21	31.12.20
RECEITA OPERACIONAL BRUTA (Nota 23)	654.794.051	564.721.194
Glosas	(5.040.448)	(855.013)
RECEITA OPERACIONAL LÍQUIDA	649.753.603	563.866.181
CUSTO DOS SERVIÇOS PRESTADOS (Nota 24)	(562.435.083)	(476.359.366)
RESULTADO BRUTO	87.318.520	87.506.815
RECEITAS (DESPESAS) OPERACIONAIS		
Generais e administrativas	(46.785.577)	(54.372.595)
Despesas tributárias	(7.722.397)	-
Reversões (provisões) de contingências	(6.428.335)	(9.541.518)
PROSUS (Nota 21)	33.061.573	31.003.304
Outras receitas e Insustentabilidade ativa (Nota 25)	13.420.851	4.802.170
	(14.453.885)	(28.108.639)
SUPERÁVIT OPERACIONAL	72.864.635	59.398.176
Despesas financeiras (Nota 26)	(38.719.734)	(25.044.277)
Receitas financeiras (Nota 27)	16.336.889	6.882.002
RESULTADO FINANCEIRO	(22.382.845)	(18.162.275)
SUPERÁVIT	50.481.790	41.235.901

As notas explicativas integram as Demonstrações Contábeis

DEMONSTRAÇÃO DAS MUTAÇÕES DO PATRIMÔNIO LÍQUIDO (Em R\$ 1)

	Patrimônio Social	Superávits Acumulados	Total
Saldo em 31.12.19	10.000.000	47.096.572	57.096.572
Incorporação	47.096.572	(47.096.572)	-
Superávit do exercício	-	41.235.901	41.235.901
Saldo em 31.12.20	57.096.572	41.235.901	98.332.473
Incorporação	41.235.901	(41.235.901)	-
Superávit do exercício	-	50.481.790	50.481.790
Saldo em 31.12.21	98.332.473	50.481.790	148.814.263

As notas explicativas integram as Demonstrações Contábeis

DEMONSTRAÇÃO DOS FLUXOS DE CAIXA
(Em R\$ 1)

	Exercício findo em	
	31.12.21	31.12.20
ATIVIDADES OPERACIONAIS		
Superávit	50.481.790	41.235.901
Ajustes por:		
PROSUS	(33.061.573)	(31.003.304)
Depreciação e amortização	13.603.452	14.660.771
Superávit ajustado	31.023.669	24.893.368
Redução (aumento) de Ativos		
SUS	27.859.988	(9.535.817)
Subvenções governamentais	2.527.518	(2.190.679)
Contas a receber	8.046.224	(11.470.681)
Impostos a recuperar	(8.551.961)	(8.824.883)
Estoques	(6.671.368)	(6.417.008)
Adiantamentos	(17.927.148)	4.337.813
Aplicações financeiras de longo prazo	(201.802)	455
Outras contas a receber	(9.412.508)	9.724
Depósitos judiciais	81.783	23.820
Aumento (redução) de Passivos		
Fornecedores	(2.781.285)	29.960.494
Obrigações com pessoal	1.817.231	2.457.769

Impostos e contribuições	6.245.255	(5.005.265)
Provisões para contingências	(7.913.142)	13.609.527
Receitas diferidas	2.980.933	304.865
Subvenções governamentais a realizar	(2.329.560)	3.759.321
Outras exigibilidades	(7.667.883)	(266.129)
Caixa gerado nas Atividades Operacionais	17.125.944	35.646.694

ATIVIDADES DE INVESTIMENTO

Aquisição de Imobilizado (líquida de baixas)	(15.764.595)	(22.636.532)
Aquisição de Investimentos (líquida de baixas)	2.535	256.140
Caixa aplicado nas Atividades de Investimento	(15.762.060)	(22.380.392)

ATIVIDADES DE FINANCIAMENTO

Captação (amortização) de empréstimos/financiamentos	5.704.412	(13.912.389)
Caixa gerado (aplicado) nas Atividades de Financiamento	5.704.412	(13.912.389)
REDUÇÃO DE CAIXA E EQUIVALENTES	7.068.296	(646.087)

Caixa e Equivalentes no início do exercício	11.752.382	12.398.469
Caixa e Equivalentes ao final do exercício	18.820.678	11.752.382
Aumento (Redução)	7.068.296	(646.087)

As notas explicativas integram as Demonstrações Contábeis

NOTAS EXPLICATIVAS ÀS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2021
(Em R\$1)
1. CONTEXTO OPERACIONAL

A Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, fundada em 21 de maio de 1899, é uma associação civil sem fins lucrativos, de caráter filantrópico, reconhecida de Utilidade Pública pelo Decreto Federal nº 47.778/60, e tem por objetivo principal a manutenção de hospitais onde prepondera o tratamento de enfermos reconhecidamente carentes, sobretudo os custeados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, através de convênio ou contrato.

A provedoria é o órgão de gestão e representação da Entidade, conforme estabelecido em seu estatuto, responsabilizando-se pela sua administração geral através do seu provedor eleito pela Assembleia Geral.

Integram a Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, o Complexo Hospitalar José Maria Alkmin, composto pelo Hospital Emygdio Germano (Hospital Central), Maternidade Hilda Brandão, Hospital São Lucas, Funerária Santa Casa, Escola Técnica da Santa Casa, Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte (EP), Centro Metropolitano de Especialidades Médicas Dario Faria Tavares e Instituto Geriátrico Afonso Pena (IGAP).

Dentre as ações encaminhadas durante o exercício destaca-se a negociação do novo Plano Operativo junto a Secretaria Municipal de Saúde que resultou na formalização da abertura de 150 novos leitos destinados ao SUS. Com a negociação a Instituição chega ao total de 1.233 leitos instalados, dos quais 174 correspondem a leitos de Centro de Tratamento Intensivo (CTI), que contribuem de forma significativa para o exercício da prestação de serviço hospitalar da Entidade. Além deste fato, estes leitos de CTI também representam um diferencial desta Santa Casa, que dispõe de estrutura única no Estado para assistência e atenção à saúde.

2. APRESENTAÇÃO DAS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS

As demonstrações contábeis foram elaboradas com base na ITG 2002 (R1) – Entidade sem finalidade de lucros, emitida pelo Conselho Federal de Contabilidade, e nas práticas contábeis adotadas no Brasil, que levam em consideração, quando aplicáveis, os Pronunciamentos, Orientações e Interpretações emitidas pelo Comitê de Pronunciamentos Contábeis (CPC).

A Entidade não possui outros resultados abrangentes e, dessa forma, a Demonstração do Resultado Abrangente não está sendo apresentada.

A emissão das demonstrações contábeis foi autorizada pela Diretoria em 20 de abril de 2022.

3. PRINCIPAIS PRÁTICAS CONTÁBEIS**3.1. Moeda funcional**

As demonstrações contábeis estão apresentadas em Reais (R\$), que é a moeda funcional da Entidade. A Santa Casa não possui ativos e passivos em moeda estrangeira.

3.2. Reconhecimento da receita

A Instituição reconhece a receita dos serviços prestado a partir do aceite por parte dos clientes, notadamente pela Secretaria Municipal e Saúde de Belo Horizonte.

3.3. Instrumentos financeiros

A Entidade classifica seus ativos e passivos financeiros, no reconhecimento inicial, de acordo com as seguintes categorias:

Ativos financeiros

• Ativos financeiros a valor justo por meio do resultado: são apresentados no balanço patrimonial a valor justo, com os correspondentes ganhos ou perdas reconhecidos na demonstração do resultado.

• Empréstimos e recebíveis: são ativos financeiros não derivativos, com pagamentos fixos ou determináveis, não cotados em um mercado ativo. Após a mensuração inicial, esses ativos financeiros são contabilizados ao custo amortizado, utilizando o método de juros efetivos, menos perda por redução ao valor recuperável.

• Investimentos mantidos até o vencimento: ativos financeiros não derivativos com pagamentos fixos ou determináveis e vencimentos fixos são classificados como mantidos até o vencimento quando a Entidade tiver manifestado intenção e capacidade financeira para mantê-los até o vencimento. Após a avaliação inicial, estes ativos são avaliados ao custo amortizado utilizando o método de juros efetivos, menos perdas por redução ao valor recuperável.

• Ativos financeiros disponíveis para venda: após mensuração inicial, estes ativos são mensurados a valor justo, com ganhos e perdas não realizados, reconhecidos diretamente dentro dos outros resultados abrangentes até a baixa do investimento, com exceção das perdas por redução ao valor recuperável, dos juros calculados utilizando o método de juros efetivos e dos ganhos ou perdas com variação cambial sobre ativos monetários, que são reconhecidos diretamente no resultado do período.

Passivos financeiros

Passivos financeiros são inicialmente reconhecidos a valor justo e, no caso de empréstimos e financiamentos, são acrescidos do custo da transação diretamente relacionado.

Após reconhecimento inicial, empréstimos e financiamentos são mensurados pelo custo amortizado, utilizando o método de juros efetivos. Ganhos e perdas são reconhecidos na demonstração do resultado no momento da baixa dos passivos, bem como durante o processo de amortização pelo método de juros efetivos.

3.4. Análise do valor de recuperação de ativos

A Administração da Entidade revisa anualmente o valor contábil líquido dos seus ativos com o objetivo de avaliar eventos ou mudanças nas circunstâncias econômicas, operacionais ou tecnológicas que possam indicar deterioração ou perda de seu valor recuperável.

Sendo tais evidências identificadas e o valor contábil líquido exceder o valor recuperável, é constituída provisão para desvalorização ajustando o valor contábil líquido ao valor recuperável.

Nos exercícios findos em 31 de dezembro de 2021 e 2020, não foi identificada necessidade de reconhecimento de perda por redução ao valor recuperável.

3.5. Julgamentos, estimativas e premissas contábeis significativas

Julgamentos - A preparação das demonstrações contábeis da Entidade requer que a Administração faça julgamentos e estimativas e adote premissas que afetam os valores apresentados de receitas, despesas, ativos e passivos, bem como as divulgações de passivos contingentes, na data-base das demonstrações contábeis.

Contudo, a incerteza relativa a essas premissas e estimativas pode levar a resultados que requeram um ajuste significativo ao valor contábil do ativo ou passivo afetado em períodos futuros.

Estimativas e premissas - As principais premissas relativas a fontes de incerteza nas estimativas futuras e outras importantes fontes de incerteza em estimativas na data do balanço, envolvendo risco de causar um ajuste significativo no valor contábil dos ativos e passivos no próximo exercício social, estão abordadas a seguir.

Provisão para créditos de liquidação duvidosa - A provisão para créditos de liquidação duvidosa é apresentada como redução do saldo de contas a receber e é constituída em montante considerado suficiente pela Administração para fazer face a eventuais perdas na realização deste saldo, considerando o risco individual dos créditos.

Vida útil do ativo imobilizado - A depreciação do ativo imobilizado considera a melhor estimativa da Administração sobre a utilização destes ativos ao longo de suas operações. Mudanças no cenário econômico e/ou no mercado podem requerer a revisão dessas estimativas de vida útil.

Provisões para processos judiciais - A Entidade registra provisão para riscos fiscais, trabalhistas e civis que, como resultado de um acontecimento passado, é provável que uma saída de recursos envolvendo benefícios econômicos seja necessária para liquidar a obrigação e uma estimativa razoável possa ser feita do montante dessa obrigação. A Entidade também está sujeita a reivindicações legais, civis e trabalhistas cobrindo assuntos que advêm do curso normal das atividades de seus negócios.

A avaliação da probabilidade de perda inclui a avaliação das evidências disponíveis, a hierarquia das leis, as jurisprudências disponíveis, as decisões mais recentes nos tribunais e sua relevância no ordenamento jurídico, bem como a avaliação dos advogados internos.

As provisões são revisadas e ajustadas levando em conta alterações nas circunstâncias, tais como prazo de prescrição aplicável, conclusões de inspeções fiscais ou exposições adicionais identificadas com base em novos assuntos ou decisões de tribunais. Os fundamentos e natureza de provisões para processos judiciais estão descritos na Nota 19.

A liquidação das transações envolvendo essas estimativas poderá resultar em valores divergentes dos registrados nas demonstrações contábeis devido às imprecisões inerentes ao processo de sua determinação. A Entidade revisa suas estimativas e premissas pelo menos anualmente.

3.6. Subvenções Governamentais

As Subvenções Governamentais são reconhecidas de acordo com sua natureza, em conformidade com a NBC TG 07 (R2) - Subvenção e Assistência Governamentais:

Subvenção para custeio - Reconhecida inicialmente como adiantamento no passivo, na rubrica "Subvenção para custeio", e apropriada como receita quando é efetivado o consumo dos materiais médicos e medicamentos.

Subvenção para investimento - Refere-se a subvenção para a aquisição de bens que serão de propriedade da Santa Casa. É reconhecida inicialmente como adiantamento no passivo, na rubrica "Subvenção para investimento", e apropriada como receita ao longo do período de vida útil dos bens adquiridos, em conformidade com o CPC 07 (R1). Adicionalmente, o bem adquirido é contabilizado como ativo imobilizado e depreciado pela sua vida útil normal estimada.

4. CAIXA E EQUIVALENTES

Representam os recursos em moeda corrente, contas bancárias e aplicações financeiras, a saber:

Natureza	31.12.21	31.12.20
- Caixa e bancos	636.829	568.193
- Aplicações financeiras	18.183.849	11.184.189
Total - R\$1	18.820.678	11.752.382

As aplicações financeiras, em CDB, têm rentabilidade atrelada ao CDI e possuem liquidez imediata. A Entidade possui títulos de capitalização classificados no Realizável a Longo Prazo, no montante de R\$1.211 mil, adquiridos para melhorar a reciprocidade bancária e menores taxas de juros.

5. SUS

Saldo a receber por prestação de serviços ao Sistema Único de Saúde, que podem ser assim demonstrados:

Descrição	31.12.21	31.12.20
- SUS - Sistema Único de Saúde - Produção (a)	20.098.795	16.911.916
- SUS - Sistema Único de Saúde - Incentivos (b)	43.327.173	74.374.040
Total - R\$1	63.425.968	91.285.956

a) Refere-se a contas a receber decorrentes da realização de serviços contratualizados, conforme Plano Operativo Anual e registrados no faturamento conforme instrumento de cobrança do SUS.

b) Valores a receber definidos por resoluções e portarias, orçadas no Plano Operativo Anual firmado com a Secretaria Municipal de Saúde. A redução do saldo é decorrente do recebimento, dentro do exercício, dos valores dos incentivos destinados ao Grupo.

Algumas das medidas visando minimizar os impactos ocasionados pela COVID-19, adotadas em 2020 foram mantidas no exercício 2021, como a suspensão da obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi prorrogada até o dia 31 de dezembro de 2021, através da Lei n.º 14.189, de 28 de julho de 2021.

Durante o ano de 2021 a Instituição também se manteve como protagonista na prestação de serviços de assistência ao SUS para pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), se estabelecendo como referência ao atendimento de pacientes com a Covid-19 para o município de Belo Horizonte, o que gerou um recurso adicional para fazer frente ao aumento dos custos de atendimento da ordem de R\$90.851 mil (R\$89.618 mil em 2020).

Outro ponto relevante para receita SUS foi a assinatura do novo Plano Operativo Junto a Secretaria Municipal de Belo Horizonte, com efeito retroativo a setembro/2021; a negociação formalizou a contratualização de 150 novos leitos e trouxe novos incentivos para fazer frente a operação da Instituição

6. CONTAS A RECEBER

Contas a receber são provenientes da prestação de serviços, cujos saldos podem ser assim demonstrados:

Descrição	31.12.21	31.12.20
• Convênios - saúde suplementar (a)	19.284.181	20.649.202
• Ensino e pesquisa (b)	10.537.724	8.799.858
• Serviços e plano funerário (c)	2.427.141	1.876.073
• Particulares (d)	1.569.456	1.390.184
• Cartões a receber	3.277.416	1.799.410
• Cheques a receber	722.106	790.352
• Fornecedores a recuperar	1.164.336	1.529.758
• Aluguéis a receber	339.885	349.493
• Reciclagem	4.073	4.073
• Empréstimos mat. médico	2.679.624	1.682.460
• Planos de saúde	1.888.781	857.667
• Promed (e)	597.600	6.275.957
• Outros (f)	3.449.682	379.929
	47.942.005	46.384.416
• Provisão p/devedores duvidosos (g)	(18.274.120)	(8.670.307)
Total - R\$1	29.667.885	37.714.109

a) Composto, principalmente, da prestação de serviço de assistência à saúde pelo Hospital São Lucas a operadoras de planos de saúde.

b) Mensalidades dos cursos de mestrado, pós-graduação e tecnólogos ofertados pela Santa Casa.

c) Serviços de sepultamentos e velórios realizados pela Santa Casa.

d) Composto, principalmente, da prestação de serviço de assistência à saúde pelo Hospital São Lucas a particulares.

e) Principal variação na rubrica refere-se a um acordo com a operadora PROMED, onde foi abatido o valor a pagar ao plano de saúde, restando ainda o saldo referenciado para recebimento.

7. SUBVENÇÕES GOVERNAMENTAIS

Em decorrência do esforço financeiro empenhado pela Instituição a fim de manter adimplência tributária, manutenção da adesão ao PROSUS bem como a manutenção das certidões negativas de débitos, a Santa Casa, pelo quarto ano consecutivo, conseguiu captar emendas parlamentares, tanto federais quanto estaduais.

A Entidade reconhece, contabilmente, apenas aquelas que já tiveram seus termos assinados, empenhados e publicados na imprensa oficial. A Santa Casa cadastrou todos os projetos referentes às emendas no Portal de Convênios – SIGCONV, do Governo Federal, e no Sistema de Gestão de Convênio – SIGCON do Estado de Minas Gerais. Os valores a receber de tais benefícios podem ser assim demonstrados:

Subvenções a receber	31.12.21	31.12.20
• Emendas Federais	3.641.018	6.168.536
• Emendas Estaduais	8.096.262	8.096.262
Total - R\$1	11.737.280	14.264.798

Em conformidade com o CPC 07 (R1) - Subvenção e Assistência Governamentais, a Santa Casa mantém registrado em seu passivo os montantes correspondentes a:

I. Subvenções recebidas e que a Entidade ainda não tenha atendido os requisitos para reconhecimento da receita; e

II. Relacionada a ativos, que será apropriada como receita na mesma proporção da depreciação destes.

Os montantes registrados no passivo da Entidade podem ser assim demonstrados:

Subvenções a realizar	31.12.21	31.12.20
• Emendas Federais	28.012.358	30.284.913
• Emendas Estaduais	1.006.286	1.662.388
• Emendas Municipais	838.332	239.235
Total - R\$1	29.856.976	32.186.536

8. IMPOSTOS A RECUPERAR

Subvenções a receber	31.12.21	31.12.20
• PIS – repetição de indébito (a)	8.641.500	8.641.500
• Crédito de INSS (b)	16.593.779	8.041.818
Total - R\$1	25.235.279	16.683.318

a) Em 2018 houve a publicação da sentença da Ação Judicial movida pela Santa Casa contra a União Federal, alegando a inexistência de relação jurídica tributária que a obrigue a recolher a contribuição ao PIS, reconhecendo:

I) a imunidade da Santa Casa;

II) a não obrigatoriedade do recolhimento do PIS sobre a Folha de Pagamentos; e

III) o indébito tributário, ou seja, o direito de compensar os pagamentos indevidos realizados nos últimos 5 anos, resultando um crédito de R\$8.641 mil.

Contudo, não foi solicitada a compensação do valor do tributo deferido em sentença junto à Receita, tendo em vista que a União Federal apresentou recurso de Apelação para a reforma da decisão. O processo foi remetido ao TRF e encontra-se concluso pendente de julgamento.

b) Representa ativo financeiro adquirido pela Santa Casa de Belo Horizonte, com deságio de 23%, tendo como finalidade extinguir passivos tributários previdenciários, exceto a parte correspondente a outras entidades, sendo utilizado integralmente ao longo do período e renovado em outubro de 2021.

9. ADIANTAMENTOS

Decorrem, basicamente, de adiantamentos efetuados a fornecedores para compra de equipamentos, materiais e medicamentos e adiantamentos beneficários salariais. Sendo os 10 maiores fornecedores responsáveis por 85% do saldo da rubrica, como demonstrado:

Fornecedor	31.12.21	31.12.20
Siemens Healthcare Diagnósticos Ltda (a)	6.406.282	-
Consórcio Oper. Transp Col Pas Ônibus BH (b)	3.692.026	355.970
Consórcio Ótimo de Bilhetagem Eletrônica (b)	2.243.932	330.372
Canon Medical Systems Do Brasil Ltda (a)	1.497.162	309.520
Alelo S.A. (Vale alimentação)	1.442.092	125.602
White Martins Gases Industriais Ltda	953.964	989.060
HPF Surgical Ltda (a)	751.778	-
Blo-Rad Laboratórios Brasil Ltda	696.825	-
Scansource Brasil Dist. de Tecnologia Ltda (a)	296.839	-
Supermed Com. e Imp. de Produtos Médicos	277.402	87.512
	18.258.302	2.198.036
Outros adiantamentos	3.308.825	1.441.943
Total - R\$1	21.567.127	3.639.979

a) Referem-se a investimentos em equipamentos médicos para aprimoramento dos atendimentos do Grupo que, somados, perfazem o montante de R\$8.934mil, correspondente a 41% do saldo dos adiantamentos.

b) Vale-transporte e vale-alimentação a serem utilizados em Janeiro/2022.

10. OUTRAS CONTAS A RECEBER

O saldo é composto, principalmente, do reconhecimento da parcela incontroversa do processo nº 2003.38.00.061312-1 ajuizado pela Entidade contra a União, referente à ação de cobrança das diferenças nos repasses feitos pelo SUS a Santa Casa, a partir de julho de 1994, decorrentes da manipulação do fator de conversão para URV. Em 26.06.2021 as partes chegaram a um acordo, consistente no pagamento pela União à Santa Casa no montante de R\$ 61 milhões, atualizados até maio de 2021. Em 13.07.2021 o valor foi incluído na relação de precatórios do Orçamento Geral da União do exercício de 2022.

Em 13.07.2021 o valor foi incluído na relação de precatórios do Orçamento Geral da União do exercício de 2022. Em virtude dos honorários advocatícios de êxito, o valor líquido a ser recebido pela Santa Casa corresponde a R\$48.881 mil.

11. DEPÓSITOS JUDICIAIS

Representam recursos financeiros à disposição do Juízo em garantia de ações civis e trabalhistas.

Descrição	31.12.21	31.12.20
• Depósitos e bloqueios judiciais	5.275.949	5.357.732
Total - R\$ 1	5.275.949	5.357.732

12. INVESTIMENTOS

As edificações e os terrenos são destinados à locação, com a finalidade de arrecadação de recursos para a Instituição, e são assim demonstrados:

Descrição	31.12.21	31.12.20
• Terrenos	3.120.000	3.120.000
• Edificações	1.936.204	1.936.204
• Ações	-	2.535
Total - R\$1	5.056.204	5.058.739

13. IMOBILIZADO

O ativo imobilizado da instituição apresenta a seguinte composição:

Descrição	31.12.21			31.12.20
	Custo	Depreciação	Líquido	Líquido
• Edificações e benfeitorias	200.383.309	(43.202.616)	157.180.693	163.499.195
• Equipa. hospitalares	66.345.828	(33.842.919)	32.502.909	34.682.194
• Equipa. de informática	3.067.916	(2.089.379)	978.537	549.202
• Máquinas e equipa.	7.101.191	(2.654.090)	4.447.101	2.559.344
• Móveis e utensílios	9.368.383	(3.755.478)	5.612.905	2.990.667
• Veículos	1.011.375	(664.141)	347.234	353.020
• Obra de Arte	567.000	-	567.000	538.650
Subtotal	287.845.002	(86.208.623)	201.636.379	205.172.272
• Terrenos	262.180.522	-	262.180.522	262.180.523
• Obras em andamento	41.718.143	-	41.718.143	31.434.620
• Adiant. a fornecedores	7.479	-	7.479	7.479
• Outras imobilizações	1.445.238	-	1.445.238	6.024.142
Total - R\$ 1	593.196.384	(86.208.623)	506.987.761	504.819.036

A movimentação do imobilizado no período foi a seguinte:

Descrição	31.12.21	Adições	Deprec.	Baixa	Baixa por Laudo	31.12.20
• Edific. Benfeitoria	157.180.693	-	(6.318.502)	-	-	163.499.195
• Equip. Hospit.	32.502.821	10.263.328	(5.656.255)	(203.062)	(6.583.384)	34.682.194
• Equip. Informat.	978.538	464.325	(320.756)	(22.598)	308.365	549.202
• Máqui. e Equip.	4.447.101	700.857	(589.272)	(7.225)	1.783.397	2.559.344
• Móveis e Utens.	5.612.991	240.833	(705.299)	(16.042)	3.102.832	2.990.667
• Veículos	347.234	-	(5.786)	-	-	353.020
• Obras de Arte	567.000	85.050	-	(56.700)	-	538.650
Subtotal	201.636.378	11.754.393	(13.595.870)	(305.627)	(1.388.790)	205.172.272
• Terrenos	262.180.523	-	-	-	-	262.180.523
• Obras andame.	41.718.143	11.555.582	-	(1.272.059)	-	31.434.620
• Adiant. a fornec.	7.479	-	-	-	-	7.479
• Outras imobiliz.	1.445.238	151.900	-	(4.730.804)	-	6.024.142
Total - R\$ 1	506.987.761	23.461.875	(13.595.870)	(6.308.490)	(1.388.790)	504.819.036

Com objetivo de aprimorar os controles patrimoniais da Entidade e identificar eventuais falhas nos controles internos, foi realizado, por empresa especializada, o inventário dos bens móveis de todo o Grupo, cujo laudo, emitido para a data base 31 de dezembro de 2021, resultou na reclassificação de diversos itens. Nesse processo, foi reconhecida a baixa dos bens sucateados ou impróprios para uso e, também, aqueles não localizados, resultando em uma baixa líquida de R\$1.389 mil.

14. INTANGÍVEL

Pode ser assim demonstrado:

Descrição	31.12.21			31.12.20
	Custo	Amortização	Líquido	Líquido
• Softwares Implantados	6.647.870	(5.928.602)	719.268	726.850

A movimentação do período foi a seguinte:

Descrição	31.12.21	Adições	Amortização	31.12.20
• Softwares Implantados	719.268	-	(7.582)	726.850

15. FORNECEDORES

Descrição	31.12.21	31.12.20
Fornecedores - Circulante	95.644.779	97.159.080
Fornecedores - Não circulante	47.248.418	48.515.402
Total - R\$ 1	142.893.197	145.674.482

Referem-se a bens ou serviços que foram adquiridos no curso ordinário dos negócios, sendo os valores classificados como passivos circulantes, se devidos no período de até doze meses, e após esse prazo são apresentados no passivo não circulante.

Foi finalizada no exercício corrente, um amplo trabalho de conciliação dos saldos a pagar à fornecedores. Com o resultado deste esforço, pôde ser identificada a existência de títulos não baixados tempestivamente e, por consequência, a majoração do saldo contábil no montante de R\$13.849 mil, que foi regularizado, em 31 de dezembro, com o reconhecimento da receita no período.

16. IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES

O saldo refere-se aos tributos correntes, débitos de parcelamentos de FGTS e ISSQN não contemplados pelo PROSUS e podem ser assim demonstrados:

Descrição	31.12.21		31.12.20	
	Circulante	Não Circulante	Circulante	Não Circulante
• INSS	3.468.843	-	1.953.549	-
• FGTS (a)	2.022.976	-	2.431.658	-
• IRRF	2.224.031	-	2.517.738	-
• ISSQN - parcelamento (b)	2.374.915	10.296.731	378.658	1.176.648
• ISSQN - corrente	5.055.878	-	9.204.321	-
• PIS / Cofins / CSLL (c)	329.405	-	388.332	-
• Outros parcelamentos	540.238	1.791.317	599.749	2.586.979
Total - R\$1	16.016.286	12.088.048	17.474.005	3.763.627

a) Em maio de 2010, a Santa Casa retomou o recolhimento do FGTS corrente e iniciou a compensação dos débitos remanescentes do parcelamento da Lei 11.345/06 com os valores pagos nas ações do JAE - Juízo Auxiliar de Execuções/TRT.

b) A fim de estimular a regularização de débitos de empresas e cidadãos com a Administração Municipal, a Prefeitura de Belo Horizonte, por meio da Secretaria Municipal de Finanças, lançou o programa "Em Dia com a Cidade". Com esse programa, a PBH oferece a entidades de direito privado sem fins lucrativos a oportunidade de regularizar débitos com o Município, vencidos até 31 de dezembro de 2013, com descontos especiais das multas e juros moratórios. A Lei nº 10.752, que rege o programa, foi publicada no Diário Oficial do Município (DOM) de 16 de setembro de 2014. A Santa Casa, com a adesão a este parcelamento especial, equacionou os débitos com o Município em 120 meses, com benefício de 90% de descontos em multas e juros moratórios, o que correspondeu a um montante de R\$ 3.763.627.

Em 2021 a Santa Casa realizou o parcelamento de parte do saldo em aberto provido do Imposto Sobre Serviços de Quaisquer Natureza – ISSQN. Este parcelamento está vinculado a três termos de verificação fiscal emitidos em 2019 onde foram avaliadas retenções realizadas nos anos de 2014 a 2017. Atualmente o parcelamento possui as condições de um parcelamento convencional, ou seja, sem benefícios, contudo a Santa Casa está em negociação avançada com a Prefeitura de Belo Horizonte em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde para a adesão ao Programa BH Mais Saúde, que tem por finalidade incentivar a oferta de serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde – SUS com a remuneração pela prestação de serviços de assistência à saúde humana, nos termos do art. 27 da Lei nº 10.082, de 12 de janeiro de 2011.

c) Em julho de 2015, os tributos PIS, Cofins e CSLL passaram a ser recolhidos em guia única e controlados em conjunto, conforme Lei 13.137, de 22 de junho de 2015.

17. RESSARCIMENTO SUS

Em dezembro de 2013, a Entidade reconheceu em seu passivo R\$9 milhões referente a débitos apurados de ressarcimento SUS. Estes débitos referem-se ao período em que o plano de saúde era operado pela sua Instituidora, a Santa Casa, em 31.12.21 o saldo perfaz o montante R\$ 4,8 milhões.

Em 2014, a maior parte dos débitos foram parcelados em 180 meses, conforme Portaria AGU Nº 395, de 22 de outubro de 2013, e AGU Nº 247, de 14 de julho de 2014. Com isso, a Entidade obteve benefícios de 100%, 60% e 25% de descontos em encargos legais, multas de mora e juros de mora, respectivamente.

O débito está demonstrado como segue:

Descrição	31.12.21		31.12.20	
	Circulante	Não Circulante	Circulante	Não Circulante
• Parcelado	1.325.596	3.420.590	1.429.380	3.938.254
• Não parcelado	124.072	-	124.072	-
Total - R\$1	1.449.668	3.420.590	1.553.452	3.938.254

18. INSTITUIÇÕES FINANCEIRAS

Instituição	Encargos	31.12.21		31.12.20	
		Circulante	Não Circulante	Circulante	Não Circulante
• Bradesco (a)	0,86% a.m	8.021.769	54.224.331	6.607.810	62.867.323
• Credicom (a)	0,28% a.m + CDI	5.205.260	26.173.594	3.539.046	33.844.140
• Santander (a)	0,86% a.m.	4.446.286	25.742.698	1.622.797	7.052.944
• Caixa/BNDES (b)	0,35% a.m + CDI	6.576.211	55.679.792	13.290.688	52.262.690
• Conta garantida Credicom		721.908	-	-	-
Total - R\$1		24.971.434	161.820.415	25.060.340	156.027.097

a) Os empréstimos contraídos com Instituições financeiras privadas são destinados a capital de giro e investimentos, sujeitos a encargos usuais de mercado, mediante contratos com vencimentos variados e com cláusulas de renovação periódica. As garantias estão representadas por cessão de direitos creditórios de recursos a receber do SUS e aval dos dirigentes.

b) Em junho de 2021, a Santa Casa firmou, junto a Caixa Econômica Federal (agente financeiro), contrato de financiamento no valor de R\$62 milhões, mediante a quitação dos contratos de financiamento anteriores que, em 14 de julho, data do pagamento, apresentavam um saldo devedor de R\$ 62.256 mil.

19. PROVISÕES PARA CONTINGÊNCIAS

As provisões para contingências referentes aos processos trabalhistas, civis e tributários movidos contra a Instituição são constituídas baseando-se no grau de risco avaliado pela Assessoria Jurídica da Entidade, consideradas como suficientes pela sua Direção, e podem ser assim demonstradas:

Contingências	31.12.21		31.12.20	
	Circulante	Não Circulante	Circulante	Não Circulante
• Dissídio (a)	943.922	910.758	3.726.274	12.320.942
• Cíveis	2.953.409	6.845.786	3.727.317	10.328.351
• Trabalhistas	5.001.764	13.263.179	1.161.453	7.670.382
• Tributárias	1.102.758	-	-	-
Total - R\$1	10.001.853	21.019.724	8.615.044	30.319.675

a) A Instituição reconheceu o seu passivo trabalhista decorrente da não aplicação dos reajustes salariais, desde 1º de abril de 2001 até 1º de abril de 2008, compromisso da ordem de R\$16,6 milhões em 31.12.12.

Em 2020, a Santa Casa efetuou novo acordo, relativo ao período de 2009 a 2015, no montante de R\$16,7 milhões, a serem pagos em até 65 parcelas.

A Santa Casa teve seu pedido, formulado em Ação Ordinária requerendo a desoneração do custo do ICMS nas aquisições de bens e insumos necessários à prestação de serviços hospitalares, julgado improcedente. O J.uz fundamentou sua decisão com base nesse entendimento do Superior Tribunal de Justiça - STF, alegando não ser devida a imunidade tributária do ICMS para a Santa Casa pois, embora a mesma tenha arcado com a repercussão econômica do tributo, não figura na relação jurídico-tributária, tendo em vista ser mera consumidora final dos produtos que adquire, a fim de cumprir sua notável atividade assistencial na área da saúde pública de Minas Gerais.

A Entidade possui, ainda, processos judiciais e administrativos civis, trabalhistas e tributários, relacionados com o curso normal de suas atividades, cujas expectativas de perda são classificadas como possíveis, na opinião de seus consultores jurídicos, no montante de R\$25.176 mil, que, conforme norma contábil, não devem ser provisionados.

20. OUTRAS EXIGIBILIDADES

Podem ser assim demonstradas:

Outras Exigibilidades	31.12.21	31.12.20
• Parcelamento de fornecedores	13.023.686	14.790.706
- Adiantamento SUS (a)	2.374.614	7.508.663
- Outras exigibilidades	1.601.922	1.937.805
- Adiantamento de clientes	5.655.593	6.086.524
Total - R\$ 1	22.655.815	30.323.698

a) A redução do saldo em 2021 dá-se do fato que em 2020 a Santa Casa recebeu antecipadamente duas competências (dezembro e janeiro) do Ministério da Saúde, recuso para a quitação das parcelas de seus financiamentos bancários, oriundos da trava SUS, fato que não se repetiu em 2021.

21. PROSUS

No ano de 2014, a Santa Casa equacionou todo o seu passivo tributário e, em consequência, obteve todas as certidões negativas junto às esferas Municipal, Estadual e Federal.

a) Em 25 de outubro de 2013, foi publicada no DOU a Lei nº 12.873, de 24/10/2013, que, dentre outros assuntos, instituiu o Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos que atuam na Área da Saúde e que participam de forma complementar do Sistema Único de Saúde - PROSUS.

b) Em 5 de agosto de 2014, foi publicada no DOU a concessão do deferimento do programa PROSUS a Santa Casa.

c) Conforme despacho decisório de nº 1684 - DRF/BH, de 20 de novembro de 2014, foi deferido o pedido de moratória da Santa Casa. Esta moratória alcançou dívidas tributárias e não tributárias, inclusive com exigibilidade suspensa, vencidas até 31 de março de 2014, administradas pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

d) Por ocasião do pedido de moratória, houve destituição dos parcelamentos das Leis 11.941/09 e 11.345/06 e de todas as impugnações administrativas e judiciais dos débitos perante a Procuradoria Geral da Fazenda Nacional (PGFN), Receita Federal (RFB) e Previdência. Com isso, a Entidade onerou seu passivo que, de R\$251 milhões, em março de 2014, passou para R\$318 milhões em dezembro de 2014, com o consequente reflexo de R\$66,5 milhões no resultado daquele exercício.

O quadro a seguir apresenta a segregação dos débitos:

Impostos e Contribuições	31.12.21	31.12.20
- Débitos previdenciários		
PGFN	100.781.747	100.781.747
RFB	30.733.673	30.733.673
	131.515.420	131.515.420
- Débitos não previdenciários		
PGFN	186.681.157	186.681.157
	318.196.577	318.196.577
- Remissão moratória PROSUS (*)	(189.744.648)	(156.683.076)
Total de tributos a remir - R\$ 1	128.451.929	161.513.501

(*) valor acumulado de 2015 a dezembro de 2021.

e) A classificação como Não Circulante se deve à moratória de 15 anos, desde que a Entidade honre com os pagamentos dos tributos correntes, o que vem ocorrendo desde a competência de abril de 2014. O montante recolhido anualmente a título de tributos correntes implicará remissão, no mesmo valor, das dívidas incluídas na moratória.

f) Em consonância com a Lei 12.813/13, a Santa Casa registrou, em 2021, a remissão da dívida no âmbito da Secretaria da Receita Federal do Brasil e da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional, no valor correspondente aos tributos pagos, nos períodos de novembro de 2020 a outubro de 2021, no montante de R\$33.062 mil (R\$31.003 mil em 2020).

g) Com o deferimento da moratória, a Instituição deixou de incorrer em despesa financeira da ordem de R\$1,6 milhões por mês, referente à atualização dos débitos tributários.

h) Em 04 de Janeiro de 2016, a Portaria SAS/MS nº 09 indeferiu de maneira resolutive o pedido de adesão ao PROSUS da Santa Casa. Todavia, em 14 de abril de 2016, através da Portaria Nº 373, foi deferido de maneira definitiva e em grau de Reconsideração, a Adesão ao PROSUS da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. A Administração da Instituição reforça seu compromisso com o cumprimento das condicionantes do PROSUS e, até a data da emissão deste balanço, a Instituição está adimplente com essas condições.

22. RECEITAS DIFERIDAS

Referem-se à antecipação do recebimento de aluguéis dos imóveis de renda, faturamento do plano funerário pelo período de cobertura do risco, recebimento antecipado dos boletos das unidades de educação vencíveis no exercício de 2022 e o repasse do Projeto Pronon que, em 31 de dezembro de 2021, apresentava o saldo de R\$8.362 mil.

23. RECEITA OPERACIONAL BRUTA

No que se refere ao registro das receitas operacionais são utilizadas as diretrizes do CPC 47 - Receita de Contrato com Cliente.

Descrição	31.12.21	31.12.20
SUS - Sistema Único de Saúde		
Hospital Santa Casa		
Hospitalar	130.405.935	103.404.901
Ambulatorial	51.485.700	46.043.915
Incentivos		
Estadual	14.463.111	13.517.591
Municipal	189.108.375	111.320.910
Federal	91.257.117	144.783.454
	294.828.603	269.621.955
	476.720.238	419.070.771
CEM		
Ambulatorial	5.368.767	7.018.096
Incentivos		
Estadual	66.096	60.083
Municipal	11.112.963	10.101.901
Federal	2.590.561	2.182.157
	13.769.620	12.344.141
	19.138.386	19.362.237
	495.858.625	438.433.008
Medicina Suplementar		
Hospital Santa Casa	8.671.107	9.508.733
Hospital São Lucas	72.244.063	53.373.895
	80.915.170	62.881.628
Ensino e Pesquisa	43.197.323	27.324.278
Serviço Funerário		
Funerária	18.083.807	12.531.114
Santa Vida	3.057.553	2.607.923
	21.141.360	15.139.037
Doações	13.681.573	20.943.243
Total - R\$ 1	654.794.051	564.721.194
24. CUSTO DOS SERVIÇOS PRESTADOS		
	31.12.21	31.12.20
• Gastos com Pessoal	256.818.176	235.446.068
• Serviços de Terceiros	108.571.592	82.465.835
• Medicamentos	74.896.582	53.491.236
• Materiais Médicos	54.442.840	56.508.783
• Outros Custos	67.705.893	48.466.816
Total - R\$ 1	562.435.083	476.359.366

Os custos dos serviços prestados são necessários para manutenção dos leitos em operação e, em 2021, tiveram um aumento significativo decorrente da manutenção dos leitos destinados ao combate à pandemia, impactando, consequentemente, os gastos com pessoal, serviços de terceiros, medicamentos e materiais médicos. Contudo, está ocorrendo a desmobilização gradual dos leitos destinados à COVID, contudo, sem deixar de empregar esforços no combate a essa pandemia.

25. OUTRAS RECEITAS E INSUBSISTÊNCIA ATIVA E PASSIVA

Descrição	31.12.21	31.12.20
Subvenções governamentais (Nota 8)	1.957.456	1.675.171
Outras receitas	1.568.382	2.615.884
Insubstância (ativa) e passiva (a)	9.895.013	511.115
Total – R\$ 1	13.420.851	4.802.170

a) A variação é decorrente do trabalho de conciliação realizado durante o exercício de 2021 e abrangeu, principalmente, as contas de fornecedores, adiantamentos de fornecedores, adiantamentos de convênios, empréstimos e financiamentos, cheques pré-datados e contas a receber SUS.

26. DESPESAS FINANCEIRAS

Descrição	31.12.21	31.12.20
Juros e atualização monetária s/empréstimos (a)	21.784.071	16.348.054
Juros e multas tributárias (b)	10.257.455	5.457.268
Juros de parcelamento de fornecedores	536.034	273.140
Mora de fornecedores	743.663	403.390
Multas	163.160	148.983
Taxas e comissões bancárias	799.411	311.914
Outras (c)	4.435.940	2.101.528
Total – R\$1	38.719.734	25.044.277

a) São juros sobre os empréstimos contraiados pagos durante o ano, podendo ser assim detalhados:

Instituição	Valor
Bradesco	7.039.463
CEF	7.804.336
Credicom	3.838.840
Santander	3.101.376
Outras tarifas	56
Total - R\$1	21.784.071

Em decorrência da pandemia durante o exercício de 2020, as Instituições financeiras optaram por protelar o recebimento das parcelas dos empréstimos pelo período de seis meses, sem o acréscimo de juros, e, por esse motivo, houve o reconhecimento a menor dos juros sobre os pagamentos naquele ano.

b) A Santa Casa negociou com a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte a regularização do saldo a pagar do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISSQN de competências anteriores, acarretando juros de mora no montante de R\$ 9.591mil, que serão pagos, em sua maioria, com a prestação de serviços para o programa Mais Saúde.

c) Em sua quase totalidade são descontos concedidos sobre o recebimento das mensalidades dos cursos ofertados pela EP e na prestação de serviços funerários.

30. PARTES RELACIONADAS

A Santa Casa mantém contratos com a Fundação Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, com o objeto de prestação de serviços assistenciais aos beneficiários do Plano de Saúde, apoio administrativo e aluguel de imóvel. Com o encerramento das atividades da Fundação Santa Casa, apenas o contrato de apoio administrativo perdurou. Os valores que seguem apresentados tratam-se de saldos residuais.

Descrição	31.12.21	31.12.20
Direitos	2.950.991	2.464.067
Obrigações	(4.812.283)	(4.831.404)
Líquido	(1.861.292)	(2.367.337)

27. RECEITAS FINANCEIRAS

Descrição	31.12.21	31.12.20
Juros e atualização monetária (a)	12.503.271	1.015.095
Descontos obtidos	3.061.940	5.657.593
Multas	137.341	102.556
Rendimentos de aplicação financeira	634.215	106.755
Outras	123	3
Total – R\$1	16.336.889	6.882.002

a) Composto, em quase totalidade, pela atualização do reconhecimento da parcela incontroversa do processo nº 2003.38.00.061312-1. Vide nota 10.

28. FILANTROPIA E GRATUIDADE

Em atendimento à Lei nº 12.101/09 e ao Decreto nº 8.242/2014, o Grupo Santa Casa BH se consolida como Instituição filantrópica, através de suas unidades Santa Casa e Centro de Especialidades Médicas, que dedicam 100% dos seus atendimentos ao SUS, e também, pelo Hospital São Lucas, gerando para o segmento de saúde um atendimento consolidado de 88% ao SUS em 2021, superando de forma significativa o percentual mínimo de 60% exigido pela legislação em vigor para o setor.

Além do percentual de atendimento que supera o mínimo exigido, conforme Portaria 834, de 26 de abril de 2016, art. 20, a Instituição faz jus aos seguintes índices que poderão ser acrescidos para fins de comprovação da prestação de serviços ao SUS:

- atenção obstétrica e neonatal: 1,5%;
- atenção oncológica: 1,5%;
- atenção às urgências e emergências: 1,5%;
- hospital de ensino: 1,5%.

O Serviço Funerário da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte realizou, entre janeiro e dezembro de 2021, o sepultamento de 1.386 (1.199 em 2020) indigentes e carentes, com média mensal de 116 (100 em 2020) funerários.

A Filantropia presente no Instituto Geriátrico Afonso Pena – IGAP gerou, entre janeiro e dezembro de 2021, custo de R\$1.854.171 mil (R\$1.307 mil em 2020), referente ao atendimento a 31 idosos que residem em suas instalações.

O critério utilizado para a mensuração dos custos com Gratuidade considera a prestação de serviços em que o beneficiário não é obrigado a nenhuma contraprestação para fazer jus aos mesmos, considerando a valoração dos procedimentos realizados com base nas tabelas de pagamentos do SUS.

29. COBERTURA DE SEGUROS

A Santa Casa adota a política de contratar seguros de diversas modalidades, cuja cobertura é considerada suficiente pela Administração para fazer face à ocorrência de sinistros. As premissas de riscos adotadas, dada a sua natureza, não fazem parte do escopo da auditoria das demonstrações contábeis; consequentemente, não foram examinadas pelos nossos auditores independentes.

Em 06 de dezembro de 2013, a ANS publicou a Resolução Operacional nº 1.588, que determinou a alienação da carteira de beneficiários da Fundação Santa Casa para outra operadora. Em 1º de agosto de 2014, em cumprimento a esta Resolução, a Fundação Santa Casa concretizou a alienação da totalidade de sua carteira de beneficiários para a operadora Vitalis Saúde S/A. Diante deste fato, a Fundação Santa Casa encerrou suas atividades como operadora de plano de saúde, aguardando somente o cancelamento do registro pela ANS.

Em face disso, seu principal objetivo social ficou prejudicado e, sendo assim, dada a Reunião do Conselho Curador em 12 de dezembro de 2013, com base no Item XI do art. 20 do Estatuto da Fundação, foi determinado que o Comitê Executivo Operacional tomasse as providências cabíveis para a extinção da Fundação. Conforme art. 41 de seu Estatuto, o patrimônio residual, depois de satisfeitas as obrigações assumidas, será incorporado à Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte.

Provedor
Roberto Otto Augusto de Lima

Diretor Financeiro e Gestão Corporativa
Gilberto Oliveira Martins Côrtes

Diretor de Educação e Relações Institucionais
Carlos Renato de Melo Couto

Gerente de Controladoria
Otávio Jaerce Bragança de Paula
CRC - MG 120.878/O-8

Diretor de Assistência à Saúde
Cláudio Dornas de Oliveira

Diretor Jurídico, Governança
e Planejamento
João Costa de Aguiar Filho

Coordenador de Controladoria
Emerson Laguardia Chelm
CRC - MG 92.532/O-4

Ao Provedor da
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE
Belo Horizonte - MG

1. Opinião com ressalvas

Examinamos as demonstrações contábeis da SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE, que compreendem o balanço patrimonial levantado em 31 de dezembro de 2021 e as respectivas demonstrações do superávit, das mutações do patrimônio líquido e dos fluxos de caixa do exercício findo naquela data, bem como as correspondentes notas explicativas, incluindo o resumo das principais políticas contábeis.

Em nossa opinião, exceto pelo contido no tópico adiante, as demonstrações contábeis acima referidas representam adequadamente, em todos os aspectos relevantes, a posição patrimonial e financeira da SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE em 31 de dezembro de 2021, o desempenho de suas operações e os seus fluxos de caixa do exercício findo naquela data, de acordo com as práticas contábeis adotadas no Brasil.

2. Bases para opinião com ressalvas

Nossa auditoria foi conduzida de acordo com as normas brasileiras e Internacionais de auditoria e nossas responsabilidades, em cumprimento a tais normas, estão descritas no tópico 6 adiante. Somos independentes em relação à Entidade, de acordo com os princípios previstos no Código de Ética Profissional do Contador e nas normas profissionais emitidas pelo Conselho Federal de Contabilidade, e cumprimos com as demais responsabilidades éticas de acordo com essas normas. Acreditamos que as evidências de auditoria obtidas são suficientes e apropriadas para fundamentar nossa opinião com ressalvas, pelo exposto a seguir:

a) A Entidade deverá incorporar, como indicado nota explicativa 30, o patrimônio residual da Fundação Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, cujas demonstrações contábeis em 31 de dezembro de 2021 não nos foram apresentadas até o encerramento de nossos trabalhos, sendo que em 31 de dezembro de 2020 a Fundação apresentava passivo a descoberto de R\$49.211 mil. As demonstrações contábeis ora apresentadas não contemplam nenhuma provisão para os efeitos dessa situação.

b) A Santa Casa adquiriu créditos previdenciários de tercelros, com a intenção de amortizar contribuições devidas, e, em 2021, fez a compensação de R\$12.242 mil nesse contexto e, em 31 de dezembro de 2021, mantém registrado em seu ativo R\$16.594 mil desses créditos, tendo reconhecido deságio na sua aquisição, no montante de R\$4.847 mil no resultado de 2021. Todavia, em nosso entendimento, não há previsão legal para tais procedimentos e, portanto, o ativo e o resultado do exercício estão aumentados em R\$16.594 mil e R\$4.847 mil, respectivamente, ao passo que o passivo está apresentado a menor em R\$12.242 mil.

c) Devido à substituição de seu sistema de gestão, a Entidade vinha realizando uma ampla conciliação de contas a receber e a pagar, cujos trabalhos, iniciados em 2020 e concluídos em 2021, resultaram em ajustes líquidos de: R\$17.686 mil em contas a receber do SUS, R\$1.171 mil em outras contas a receber; R\$2.775 mil em estoques, R\$13.849 mil fornecedores, R\$2.328 mil outras contas a pagar, R\$2.132 mil em empréstimos. O efeito líquido positivo desse processo, de R\$5.046 mil, foi registrado no resultado do exercício corrente, quando seria necessário a identificação e segregação do exercício a que, de fato, tais ajustes competiam.

3. Ênfases

De acordo com as normas de auditoria independente, as demonstrações contábeis ora apresentadas comportam as seguintes ênfases de nossa parte, as quais, todavia, não constituem ressalva quanto às nossas conclusões, já consubstanciadas no tópico primeiro:

a) Embora venha revertendo essa situação, a Santa Casa ainda apresenta, na posição 31 de dezembro de 2021, insuficiência de capital de giro de R\$6.197 mil (R\$15.611 mil em 2020), e elevado passivo, revelando a necessidade de aporte de novos recursos, geração de superávits futuros e outras medidas para assegurar o seu equilíbrio operacional e a manutenção de suas atividades, pressupostos nos quais foram elaboradas as presentes demonstrações contábeis;

b) A Entidade possui passivos contingentes, detalhados na nota explicativa 20, e a sua

Administração, baseada em pareceres de sua consultoria jurídica interna, considera que o montante já provisionado contabilmente será suficiente para fazer face ao saldo resultante dessas questões, entendimento que, todavia, só poderá ser corroborado quando da ulatimação dos processos.

4. Auditoria do exercício anterior

As demonstrações contábeis do exercício findo em 31 de dezembro de 2020, ora apresentadas para fins de comparação, foram por nós examinadas, cujo relatório sobre as mesmas, datado de 12 de março de 2021, ressaltou a questão da Fundação Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte delineada no tópico 2.a, enfatizou a mesma situação abordada no tópico 3.b retro, e, ainda, que:

a) Não era possível, naquela ocasião, mensurar os reflexos, sobre as demonstrações contábeis, decorrentes do processo de conciliação de contas que ainda não estava ultimado, o que ocorreu em 2021 como mencionado no tópico 2.b retro; e

b) Naquela data, não havia trânsito em julgado de processos judiciais envolvendo créditos registrados em seu ativo, no montante de R\$ 39.530 mil, situação que, no exercício de 2021, foi confirmada favoravelmente à Entidade.

5. Responsabilidades da Administração e da Governança

A Administração é responsável pela elaboração e adequada apresentação das demonstrações contábeis de acordo com as práticas contábeis adotadas no Brasil e pelos controles internos que ela determinou como necessários para permitir a elaboração de demonstrações contábeis livres de distorção relevante, independentemente se causada por fraude ou erro.

Na elaboração das demonstrações contábeis, a Administração é responsável pela avaliação da capacidade da Entidade continuar operando, divulgando, quando aplicável, os assuntos relacionados com a sua continuidade operacional e o uso dessa base contábil na elaboração dessas demonstrações, a não ser que ela pretenda liquidar a Instituição ou cessar suas operações, ou não tenha alternativa realista para evitar o encerramento das operações.

6. Responsabilidades do Auditor

Nossos objetivos são obter segurança razoável de que as demonstrações contábeis, tomadas em conjunto, estão livres de distorção relevante, independentemente se causada por fraude ou erro, e expressar opinião sobre as mesmas. Segurança razoável não é uma garantia de que a auditoria, realizada de acordo com as normas brasileiras e Internacionais aplicáveis, sempre detecta eventuais distorções relevantes existentes.

As distorções podem ser decorrentes de fraude ou erro e são consideradas relevantes quando, individualmente ou em conjunto, possam influenciar, dentro de uma perspectiva razoável, as decisões econômicas dos usuários tomadas com base nas referidas demonstrações contábeis.

Como parte da auditoria, realizada de acordo com as normas brasileiras e Internacionais aplicáveis, exercemos julgamento profissional e mantivemos ceticismo profissional ao longo dos trabalhos. Além disso:

a) Identificamos e avaliamos os riscos de distorção relevante nas demonstrações contábeis, independentemente se causada por fraude ou erro, planejamos e executamos procedimentos de auditoria em resposta a tais riscos, bem como obtivemos evidências de auditoria apropriadas e suficientes para fundamentar nossa opinião. O risco de não detecção de distorção relevante resultante de fraude é maior do que o proveniente de erro, já que a fraude pode envolver o ato de burlar os controles internos, conluio, falsificação, omissão ou representações falsas intencionais;

b) Obtivemos entendimento dos controles internos relevantes para a auditoria para planejarmos procedimentos técnicos apropriados às circunstâncias, mas não com o objetivo de expressar opinião sobre a eficácia dos controles internos da Entidade;

c) Avaliamos a adequação das políticas contábeis utilizadas e a razoabilidade das estimativas contábeis e respectivas divulgações feitas pela Administração;

d) Concluímos sobre a adequação do uso, pela Administração, da base contábil de continuidade operacional e, mediante as evidências de auditoria obtidas, que não existe incerteza relevante em relação a eventos ou condições que possam levantar dúvida significativa em relação à capacidade de continuidade operacional da Entidade. Nossas conclusões estão fundamentadas nas evidências de auditoria obtidas até a data deste relatório. Todavia, eventos ou condições futuras podem levar a Instituição a não mais se manter em continuidade operacional; e

e) Avaltamos a apresentação geral, a estrutura e o conteúdo das demonstrações contábeis,

Inclusive as divulgações e se elas representam as correspondentes transações e os eventos de maneira compatível com o objetivo de apresentação adequada.

Comunicamo-nos com os responsáveis pela Governança a respeito, entre outros aspectos, do alcance planejado dos exames, da época das visitas e das constatações relevantes de auditoria, inclusive as eventuais deficiências significativas nos controles internos que identificamos durante nossos trabalhos.

Belo Horizonte, 20 de abril de 2022.

FERNANDO MOTTA AUDITORES
CRCMG - 12.557 | CVM - 12.815

Fernando Campos Motta
Contador CRCMG - 91.109

APÊNDICE III: DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO

sábado, 30 de abril de 2022

Diário Oficial Empresarial

São Paulo, 132 (80) - 9

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO

CNPJ nº 62.779.145/0001-80

Demonstrações Financeiras

Balanco Patrimonial 31 de dezembro de 2021 e 2020				Demonstração do resultado			
31/12/2020				31/12/2020			
(reapresentado)				(reapresentado)			
Ativo	Notas	31/12/2021	31/12/2020	Passivo	Notas	31/12/2021	31/12/2020
Circulante				Circulante			
Caixa e equivalentes de caixa	4	23.984	19.675	Fornecedores	13	112.973	117.149
Aplicações financeiras	5	1.361	918	Empréstimos e financiamentos	14	260.996	424.760
Recurso de subvenções para investimentos	17	2.362	4.716	Salários, férias e contribuições sociais	15	110.170	124.234
Contas a receber	6	44.921	48.658	Impostos e contribuições sociais parcelados	16	23.116	17.138
Direito de prestação de serviço	7	12.050	4.109	Impostos e contribuições a receber	17	9.637	7.729
Estoques	8	12.807	13.713	Subvenções para investimentos	17	2.362	4.716
Doação por espólio	9	20.882	25.853	Outras contas a pagar	18	54.750	28.215
Outros créditos	9	20.882	25.853	Passivo de arrendamento		404	1.569
Total do ativo circulante		200.958	117.642	Total do passivo circulante		564.408	725.840
Não circulante				Não circulante			
Aplicações financeiras	5	15.447	14.893	Empréstimos e financiamentos	14	220.043	-
Depósitos judiciais		7.515	7.393	Salários, férias e contribuições sociais	15	2.602	2.721
Transferência do direito de construir	10	125.743	117.402	Impostos e contribuições sociais parcelados	16	125.243	113.274
Subvenção a receber - OSS	19	134.148	127.596	Provisão para riscos e processos judiciais	21	46.212	168.004
Conta corrente a receber	20	5.558	4.555	Subvenções para investimentos	17	43.450	43.092
Outros créditos	9	4.710	7.110	Outras contas a pagar	18	12.462	14.050
Total do ativo realizável a longo prazo		283.121	278.949	Subvenção a pagar - OSS	19	130.542	127.596
Propriedades para investimentos	11	677.309	678.682	Conta corrente a pagar	20	58.473	51.860
Imobilizado	12	228.819	237.540	Total dos passivos não circulantes		639.027	620.687
Direito de uso		404	1.599	Patrimônio líquido			
Intangível		254	195	Patrimônio social	22	(238.989)	(243.529)
Total do ativo não circulante		1.199.607	1.197.285	Reserva de reavaliação		18.677	19.699
Total do ativo		1.400.565	1.314.927	Ajuste de avaliação patrimonial		311.898	287.670
				Superávit acumulado		106.845	4.540
				Total do patrimônio líquido		197.431	68.380
				Total do passivo e patrimônio líquido		1.400.565	1.314.927

Demonstrações das mutações do patrimônio líquido Exercícios findos em 31 de dezembro de 2021 e 2020				Demonstrações do resultado abrangente Exercícios findos em 31 de dezembro de 2021 e 2020			
31/12/2020				31/12/2020			
(reapresentado)				(reapresentado)			
Patrimônio Social	Reserva de reavaliação	Ajuste de avaliação Patrimonial	Superávit (Déficits) acumulados	Total	Superávit (déficit) do exercício	Itens que não serão reclassificados para o resultado	Resultado abrangente total
Saldo em 31 de dezembro de 2019 (reapresentado)	1278.025	21.448	289.522	34.496	77.441	-	-
Transferência do superávit acumulado para o patrimônio social	34.496	-	-	(34.496)	-	-	-
Deficit do exercício	-	-	(11.852)	(9.061)	(9.061)	-	-
Realização da avaliação patrimonial	-	-	11.852	1.749	-	28.864	(9.061)
Realização da reserva de reavaliação	-	(1.749)	-	1.749	-	-	-
Saldo em 31 de dezembro de 2020	(243.529)	19.699	287.670	4.540	68.380	-	-
Transferência do superávit acumulado para o patrimônio social	4.540	-	-	(4.540)	-	-	-
Superávit do exercício	-	-	(4.636)	100.187	100.187	-	-
Realização da avaliação patrimonial	-	-	-	4.636	-	-	-
Reclassificação de imobilizado para propriedades para investimento - ajuste ao valor justo	-	-	28.864	-	28.864	-	-
Realização da reserva de reavaliação	-	(1.022)	-	1.022	-	-	-
Saldo em 31 de dezembro de 2021	(238.989)	18.677	311.898	106.845	197.431	-	-

Notas explicativas às Informações Financeiras 31 de dezembro de 2021 (Em milhares de reais - R\$)			
1. Contexto operacional: A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Irmandade) é uma instituição filantrópica, privada sem fins lucrativos, considerada um dos mais importantes centros de referência hospitalar do Brasil, domiciliada no Brasil e com sede na Rua Dr. Cesário Mota Junior nº 112 Vila Buarque, CEP 01221-020, São Paulo/SP. Fundada há mais de 400 anos seu compromisso filantrópico faz com que todos os recursos obtidos sejam aplicados em seus hospitais, garantindo a continuidade da assistência à população. A instituição atende pacientes provenientes de todo o estado de São Paulo, e de outros estados do Brasil. A Irmandade tem como atividade principal a prestação de assistência médica através de suas unidades hospitalares. A Irmandade possui convênios firmados com a Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo para a gestão hospitalar e de Integração ao Sistema Único de Saúde - SUS, do Hospital Central e do Hospital Geriátrico Dom Pedro II. Possui também convênio com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para Administração do Hospital São Luiz Gonzaga e do Centro de Saúde Escola Barro Fundão "Dr. Alexandre Vranjac". A Irmandade também possui o Hospital Santa Isabel, uma unidade hospitalar para atendimento privado, com prestação de serviço de saúde suplementar, além de uma Unidade de Ensino Profissionalizante e um Instituto de Pesquisas. 1.1. Plano de Administração: A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo é a mais antiga Instituição Assistencial e Hospitalar em funcionamento na cidade de São Paulo, com início das atividades no bairro de Santa Cecília em 1864. Com o passar dos anos, a Santa Casa de São Paulo foi se expandindo e hoje atende grande parcela da população não só da cidade de São Paulo, mas também do Estado de São Paulo e de outros Estados da Federação. O secular compromisso filantrópico e de caridade faz com que todos os recursos obtidos no atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) e com a medicina supletiva sejam reinvestidos nos seus hospitais fazendo com que esta instituição, quadricentenária, mantenha modernos equipamentos médicos, que aliados a profissionais altamente qualificados, oferecem à população do Brasil o que há de melhor em assistência à saúde. A Irmandade iniciou o ano de 2021 realizando as modificações estruturais que foram planejadas e definidas em 2020, incluindo uma ampla revisão dos processos operacionais em todos os Hospitais da Irmandade e a manutenção de certificação de qualidade (ONA Nível 2) do Hospital Santa Isabel. A pandemia da COVID-19 chegou com força no Brasil em março de 2020 e seguiu com pico de alta incidência de casos no 1º semestre de 2021. Com o advento das vacinas, o Brasil foi conseguindo o controle no combate à pandemia e houve importante diminuição no cenário de contágios e mortes. Muitos pacientes com outras doenças precisaram postergar seu atendimento médico neste longo período da pandemia. Com isso, os Hospitais tiveram que lidar com a alta demanda de pacientes em sua emergência com doenças mal controladas ou com agravamento de estado de saúde por não acompanhamento adequado dos protocolos de doenças crônicas. Este cenário trouxe sobrecarga ao sistema de saúde e à Irmandade. A Santa Casa de São Paulo foi um dos 333 hospitais filantrópicos paulistas incluídos no Programa "Mais Santas Casas" lançado em outubro de 2021 pelo Governo do Estado de São Paulo. Com o novo programa, a expectativa é de ajudar a diminuir o déficit financeiro agravado pelo enfrentamento da pandemia. O Hospital Central da Santa Casa de São Paulo participa do projeto Lean do PROADI-SUS, que é o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde. Esse projeto possibilita revisar todos os processos operacionais nas Emergências,			
mestre de 2021 o que refletiu em aumento das receitas. Os Serviços de Saúde da Irmandade seguiram atuando como hospitais de referência para o atendimento dos pacientes com infecção por Covid-19 e foram disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde e Prefeitura Municipal de São Paulo recursos financeiros de custeio, destinados especificamente para este enfrentamento de saúde pública decorrente da Covid-19. Os recursos foram destinados para a aquisição de materiais, medicamentos, contratação de serviços e recursos humanos. Neste enfrentamento da pandemia do Coronavírus - Covid-19 várias empresas e pessoas físicas destinaram recursos essenciais para a Irmandade por meio de doações. 2. Base de preparação: a. Declaração de conformidade: As demonstrações financeiras da Irmandade para o exercício findo em 31 de dezembro de 2021, foram preparadas pela Irmandade e estão sendo apresentadas conforme as práticas contábeis adotadas no Brasil, incluindo os pronunciamentos emitidos pelo Comitê de Pronunciamentos Contábeis (CPCs) e as disposições da Resolução do Conselho Federal de Contabilidade nº 1.409/12, que aprovou a Interpretação Técnica Geral (ITG) 2002 (R1) - "Irmandade sem Finalidade de Lucros", considerando o custo histórico como base de valor e ajustadas para (i) refletir os ativos financeiros mensurados ao valor justo contra o resultado do exercício; (ii) refletir o "custo atribuído" de terrenos e edificações na data de transição para CPCs (1º de janeiro de 2009). As práticas e políticas contábeis adotadas pela Irmandade na elaboração das demonstrações financeiras são consistentes com aquelas adotadas e divulgadas nas demonstrações financeiras para o exercício findo em 31 de dezembro de 2020. Essas demonstrações financeiras contemplam a posição patrimonial e financeira da Irmandade Santa Casa (CNPJ principal) e das filiais (CNPJs de filiais) que são geridas pela Irmandade, por ser a Irmandade jurídica responsável pela operacionalização da gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde dessas filiais. A emissão das demonstrações financeiras anuais foi aprovada pela Administração da Irmandade em 13 de abril de 2022. b. Reapresentação para correção de erros: Após a emissão das demonstrações financeiras referentes ao exercício findo em 31 de dezembro de 2020, a administração identificou os ajustes de classificações nas contas patrimoniais abaixo, que afetam o balanço patrimonial em 31 de dezembro de 2020. <ul style="list-style-type: none"> • Caixa e equivalentes de caixa de liquidez imediata, ao qual estava registrado na rubrica de aplicações financeiras no montante de R\$ 798; • Aplicações financeiras realizáveis no prazo superior a 12 meses que estavam registradas no ativo circulante no montante de R\$ 14.893; • Direito de prestação de serviços registrado na rubrica de contas a receber no montante de R\$ 4.109 referente; • Recebíveis de aluguel e taxas de condomínios registrados na rubrica de contas a receber no montante de R\$ 5.294 e reclassificado para outras contas a receber; • Saldo devedor no passivo registrado na rubrica de salários e encargos sociais no montante de R\$ 13.504, reclassificado para outras contas a receber; • Direito de uso registrado na rubrica de imobilizado no montante de R\$1.899; • Passivo de arrendamento registrado na rubrica de fornecedores no montante de R\$1.899; • Honorários médicos registrado na rubrica outras contas a pagar e reclassificado para fornecedores no montante de R\$ 1.600; • Receita com aluguel registrado no grupo de receita operacional e reclassificado para outras receitas no montante de R\$ 25.146; • Mensuração e divulgação da receita e despesa com gratuidade no montante de R\$ 336; e • Custo com pessoal e encargos no montante de R\$ 308.585, ao qual em 31 de dezembro de 2020 estava registrado como 			

atingindo também Internação, Centro Cirúrgico e UTIs, com o objetivo de garantir agilidade e eficiência e eliminar desperdícios e atividades de baixo valor agregado. Em 27 de outubro de 2021, a Irmandade celebrou um contrato com a Hospital Integrado da Glória S/A - Clínica São Vicente (Rede D'Or) onde celebra a venda da operação do Hospital Santa Isabel por R\$ 290.000.000. A Mesa Administrativa da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo aprovou, por unanimidade, esta venda de operação do Hospital Santa Isabel, unidade de atendimento voltada para atender clientes de planos de saúde e particulares. O objetivo da Irmandade é usar o recurso da venda da operação e do aluguel do imóvel à Rede D'Or São Luiz para reduzir a sua dívida bancária e investir em melhorias no atendimento dos pacientes do SUS. Em 07 de outubro de 2021, a Irmandade promoveu uma renegociação da dívida bancária junto à Caixa Econômica Federal, possibilitando a paralisação dos pagamentos dos juros do último trimestre de 2021. Com isso, as parcelas foram prorrogadas para o final do contrato, aumentando o período final da carência de pagamento do valor principal, de março de 2022 para maio do mesmo ano. Com todos os esforços, a Irmandade segue investindo na prestação de serviços assistenciais de alta qualidade aos seus pacientes, focando em resultados clínicos, gestão de custos e satisfação dos nossos clientes. A Irmandade tem como objetivo manter seu lugar histórico como referência em qualidade de assistência, pesquisa, tecnologia e educação com a formação de pessoas especializadas em saúde que se distribuíram para todo o Brasil. 1.3. Pandemia Covid-19: No dia 31 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a doença ocasionada pelo Covid-19 como uma emergência de saúde global e, em 11 de março de 2020 foi declarada a pandemia, uma vez que o vírus se disseminou em todos os continentes. Com o intuito de impedir e retardar a contaminação, medidas como isolamento e restrições de circulação foram implementadas em diversos locais do Brasil. No ano de 2020 o impacto causado pela pandemia nas atividades da Irmandade foi uma sobrecarga nas emergências e a necessidade de internações com períodos longos, chegando a 100% de ocupação dos leitos destinados para o tratamento da Covid-19. Durante o exercício de 2021, ocorreu em maior número o fluxo de pacientes na busca por serviços de saúde para a continuidade de seus tratamentos de rotina e/ou eletivos co-existent com novas ondas de alta incidência de Covid-19. O resultado foi um aumento significativo no atendimento em todas as linhas: internações em enfermarias e em UTI, realização de exames subsidiários, atendimentos e demais procedimentos em pronto socorro ao longo de todo o primeiro se-

despesa. • Despesas com condomínios de imóveis registrado na rubrica despesas gerais e administrativas no montante de R\$ 3.273 e reclassificado para outras despesas. Consequentemente, a Irmandade está representando as demonstrações financeiras daquele exercício, em conformidade com o CPC 29 e o seu correspondente IAS 19 - Políticas contábeis, mensuração estimativa e reificação de ativos, incluindo as demonstrações dos fluxos de caixa do exercício findo em 31 de dezembro de 2020. Os erros foram corrigidos com a reapresentação de cada uma das linhas afetadas no balanço patrimonial, demonstrações do resultado e do fluxo de caixa do exercício findo em 31 de dezembro de 2020, da seguinte forma:

	Originalmente apresentado	Ajuste	Reapresentado
Balanco Patrimonial Ativo Circulante			
Caixa e equivalentes de caixa	877	18.798	19.675
Aplicações financeiras	34.800	(33.691)	918
Contas a receber	58.051	(9.293)	48.858
Direito de prestação de serviço	-	1.100	4.100
Outros créditos	7.065	18.788	25.853
Total do ativo circulante	119.031	(1.389)	117.642
Não circulante			
Aplicações financeiras	-	14.883	14.883
Subvenção a receber - OSS	-	127.590	127.590
Conta corrente a pagar	-	4.555	4.555
Total do ativo realizável a longo prazo	239.439	(1.899)	237.540
Direito de uso	-	1.899	1.899
Total do ativo não circulante	1.050.221	147.044	1.197.265
Total do ativo	1.169.252	145.655	1.314.907
Originalmente apresentado	Ajuste	Reapresentado	
Passivo Circulante			
Fornecedores	117.147	2	117.149
Salários, férias e contribuições sociais	110.730	13.504	124.234
Outras contas a pagar	30.116	(1.801)	28.215
Passivo de arrendamento	-	1.899	1.899
Conta corrente a pagar	47.305	(47.305)	-
Total do passivo circulante	759.641	(33.801)	725.840

	(10.028)	(23.804)
Caixa líquido (utilizados nas atividades de financiamento)	4.305	17.159
(Redução) aumento de caixa e equivalentes de caixa no início do exercício	19.675	2.516
Caixa e equivalentes de caixa no fim do exercício	23.984	19.675
(Redução) aumento de caixa e equivalentes de caixa	4.305	17.159
Subvenções a pagar - OSS	127.590	127.590
Conta corrente a pagar	51.880	51.880
Total do passivo não circulante	341.231	179.456
Total do passivo	1.169.252	1.169.252
Originalmente apresentado	Ajuste	Reapresentado
Demonstração do resultado		
Receita de aluguel	25.148	(25.148)
Receita com gratuidade	-	336
Receita operacional líquida	798.346	(24.810)
Custos dos serviços prestados	(192.154)	(308.585)
Resultado bruto	606.192	(333.395)
Despesa com pessoal e encargos	(428.578)	428.578
Despesas gerais e administrativas	(128.032)	(123.792)
Depreciações e amortizações	(18.332)	(11.200)
Outras receitas e despesas, líquidas	53.985	21.873
Resultado do exercício	84.471	(84.471)
DFC - Demonstração do Fluxo de caixa	(8.061)	(8.061)
Doações de propriedades para investimento	83.327	2.951
Variações nos ativos e passivos (Aumento) redução das contas do ativo	(8.289)	(192)
Contas a receber	-	192
Direito de prestação de serviço	-	192
Salários e contribuições sociais	(10.883)	1.964
FSTs - anterior a 1999	(1.984)	(1.984)
Conta corrente a pagar	(6.737)	(174)
Caixa líquido gerado nas atividades operacionais	52.941	2.951

Fluxo de caixa das atividades de investimento

	(11.281)	(18.798)	7.517
Títulos e valores mobiliários	-	-	-
Aquisições de bens de propriedades para investimento	(2.951)	(2.951)	-
Caixa líquido (utilizados nas) gerados nas atividades de investimento	(30.776)	(21.749)	(9.027)
(Redução) aumento de caixa e equivalentes de caixa no início do exercício	2.516	-	2.516
Caixa e equivalentes de caixa no fim do exercício	877	(18.798)	19.675
(Redução) aumento de caixa e equivalentes de caixa	(1.639)	18.798	17.159

Os auditores antecessores não reentram o relatório de auditoria relacionada as demonstrações financeiras do exercício findo em 31 de dezembro de 2020 da Irmandade. Adicionalmente, a Irmandade identificou erros na classificação entre linhas que foram corrigidas para apresentação, conforme demonstrado nas rubricas abaixo:

NE 13 - Fornecedores

	Originalmente Apresentado	Ajustes	(Reapresentado)
Medicamento, material médico e nutrição	48.750	(3.103)	51.853
Prestação de serviço de conservação e limpeza	5.470	(190)	5.672
Segurança e portaria	3.704	-	3.704
Informática	4.235	(330)	3.905
Prestação de serviços em laboratórios	18.607	13.267	5.340
Prestação de serviços de manutenção em Equip hospitalares	-	(2.014)	2.014
Prestação de Serviços médicos	-	(8.516)	8.516
Outros	7.952	(1.110)	9.062
Juros e multas por atraso (a)	28.417	-	28.417
Total	117.147	-	117.147

NE 21 - Provisão para riscos e processos judiciais

	Originalmente Apresentado	Ajustes	(Reapresentado)
Trabalhistas	21.337	-	21.337
Cível	148.751	(3.321)	143.438
Tributários	-	3.321	3.321
Total	168.094	-	168.094

NE 26 - Outras receitas

	Originalmente Apresentado	Ajustes	(Reapresentado)
Doações	62.923	-	62.923
Receitas escolares	6.480	-	6.480
Recuperação de despesa	-	500	500
Campanha cupom e vida	-	1.844	1.844
Outras	4.350	(2.344)	2.006
Total	73.753	-	73.753

a. Base de mensuração: As demonstrações financeiras foram preparadas com base no custo histórico, com exceção dos seguintes itens reconhecidos no balanço patrimonial. Os instrumentos financeiros não derivativos mensurados e atualizados pelo valor justo por meio do resultado e as propriedades para investimentos mensurados ao valor justo. b. Moeda funcional e moeda de apresentação: As demonstrações financeiras são apresentadas em Real, que é a moeda funcional da Irmandade. Todas as demonstrações financeiras são apresentadas em Real e foram arredondadas para o maior valor próximo, exceto quando indicado de outra forma. c. Uso de estimativas e julgamentos: Na preparação destas demonstrações financeiras, a Administração utilizou julgamentos, estimativas e premissas que afetam a aplicação das políticas contábeis da Irmandade os valores reportados dos ativos, passivos, receitas e despesas. Os resultados reais podem divergir dessas estimativas. As estimativas e premissas são revisadas de forma contínua. As revisões das estimativas são reconhecidas prospectivamente. Mensuração do valor justo: Uma série de políticas e divulgações contábeis da Irmandade requer a mensuração dos valores justos, para os ativos e passivos financeiros e não financeiros. Questões significativas de avaliação são reportadas para a Administração da Irmandade. Ao mensurar o valor justo de um ativo ou um passivo, a Irmandade usa dados observáveis de mercado, tanto quanto possível. Os valores justos são classificados em diferentes níveis em uma hierarquia baseada nas informações (inputs) utilizadas em técnicas de avaliação. Informações adicionais sobre as premissas utilizadas na mensuração dos valores justos estão incluídas nas seguintes notas explicativas: Nota explicativa 11 - Propriedade para investimentos; Nota explicativa 33 - Instrumentos financeiros. 3. Principais práticas contábeis: As práticas contábeis descritas em detalhes abaixo têm sido aplicadas de maneira consistente pela Irmandade em todos os exercícios apresentados nestas demonstrações financeiras. a. Contas a receber: Corresponde aos valores a receber de clientes, pela prestação de serviços no curso normal das atividades da Irmandade, líquidas da provisão para perda de crédito esperada. A provisão para perda de crédito de liquidação duvidosa é constituída quando há evidência de que a

do se os critérios de reconhecimento foram satisfeitos, excluindo os custos do serviço diário da propriedade para investimento. Após o reconhecimento inicial, propriedades para investimento são apresentadas ao valor justo, que reflete as condições de mercado na data de reporte. Ganhos ou perdas resultantes de variações do valor justo das propriedades para investimento são incluídos na demonstração do resultado no exercício em que forem gerados. Propriedades para investimento são baixadas quando vendidas (ou seja, na data em que o comprador obtém o controle) ou quando a propriedade para investimento deixa de ser permanentemente utilizada e não se espera nenhum benefício econômico futuro da sua venda. A diferença entre o valor líquido obtido da venda e o valor contábil do ativo é reconhecida na demonstração do resultado no exercício da baixa. Na determinação do montante oriundo do desreconhecimento da propriedade para investimento, a Irmandade considera os efeitos de contraprestações variáveis, a existência de componentes de financiamento significativo, contraprestações que não envolvam caixa e contraprestações devidas ao comprador (caso haja). Transferências são feitas para a conta de propriedade para investimento, ou dessa conta, apenas quando houver alteração de uso. Se a propriedade ocupada por proprietário se tornar uma propriedade para investimento, a Irmandade contabiliza a referida propriedade de acordo com a política descrita no item de imobilizado até a data de alteração de uso. Desde a aplicação em 2015 a Irmandade vem mantendo de forma consistente a política contábil de valor justo, para a totalidade de suas propriedades para investimentos e Ativos arrendados: A partir do exercício de 2019 a Irmandade aplicou inicialmente o Pronunciamento Técnico CPC 06 R1 (IAS 17) - Operações de Arrendamento Mercantil. Com a adoção de nova norma, os arrendatários passam a reconhecer o passivo dos pagamentos futuros e o direito de uso do ativo arrendado para praticamente todos os contratos de arrendamento mercantil, incluindo os operacionais, podendo ficar fora do escopo dessa nova norma determinados contratos de curto prazo ou de baixo valor. f. Obrigações trabalhistas: Contempla as provisões trabalhistas decorrentes de salários, férias e encargos que é constituída com base na remuneração de cada funcionário e no período aquisitivo incorrido até a data do balanço. As obrigações vencidas e não pagas são atualizadas com multas e juros, por competência, até a data de encerramento do balanço. g. Benefícios a funcionários: A Irmandade não possui planos de pensão ou obrigações pós-aposentadoria e também não possui planos de remuneração com base em participação nos resultados. h. Empréstimos e financiamentos: Reconhecidos, inicialmente, pelo valor justo, no momento do recebimento dos recursos, líquidos dos custos de transação nos casos aplicáveis. Em seguida, passam a ser mensurados pelo custo amortizado, isto é, acrescidos de encargos, juros e variações monetárias, conforme previsto contratualmente, incorridos até as datas dos balanços, como demonstrado na nota explicativa nº 14. Os vencimentos em até 12 meses são reconhecidos no passivo circulante e acima de 12 meses no passivo não circulante. i. Outros ativos e passivos circulantes e não circulantes: Os ativos circulantes e não circulantes são apresentados pelo seu custo de aquisição ou de realização, incluindo, quando aplicável, os rendimentos auferidos até a data do balanço. Os passivos circulantes e não circulantes são demonstrados por valores conhecidos ou calculáveis acrescidos, quando aplicável, dos correspondentes encargos incorridos até a data do balanço. j. Provisões para riscos tributários, cíveis e trabalhistas: A Irmandade é parte de diversos processos judiciais e administrativos. Provisões são constituídas para todas as contingências referentes a processos judiciais para os quais é provável que uma saída de recursos seja feita para liquidar a contingência/obrigação e uma estimativa razoável possa ser feita. A avaliação da probabilidade de perda inclui a avaliação das evidências disponíveis, bem como a avaliação dos advogados internos e externos. k. Outras provisões: As provisões são reconhecidas quando a Irmandade tem uma obrigação presente legal ou implícita como resultado de eventos passados; é provável que uma saída de recursos seja necessária para liquidar a obrigação; e uma estimativa confiável do valor possa ser feita. l. Ajuste a valor presente de ativos e passivos: A Irmandade, de acordo com o NBC TG 12-Ajuste a valor presente, analisou suas contas de ativos e passivos em relação aos valores realizáveis no futuro, prazos de liquidação, vencimento e possíveis taxas de desconto e concluiu que não existiam ativos e passivos que poderiam gerar impactos relevantes de AUP e, portanto, nenhum ajuste foi reconhecido nas demonstrações financeiras. m. Apuração do resultado contábil: As receitas, os custos e as despesas das operações são reconhecidos em conformidade com o regime contábil de competência. As receitas são reconhecidas de acordo com a prestação de serviços hospitalares, quando seu valor pode ser mensurado de forma confiável, líquidas de descontos, créditos, abatimentos e possíveis glosas estimadas. Uma receita não é reconhecida se há incerteza significativa da sua realização. Para os contratos de crédito, a receita é reconhecida com base nos referidos contratos, que usualmente correspondem a um valor fixo mensal ou anual. Eventuais divergências entre os valores previstos contratualmente e as verbas repassadas são reconhecidas ao resultado como redução das respectivas receitas. n. Subvenções governamentais: Os valores recebidos e empregados dos Contratos de Gestão firmados com a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo ("SES") e contratos de convênio firmados com prefeituras, são registrados em conformidade com o NBC TG 07 (R2) Subvenção e Assistência Governamentais, da seguinte forma: Subvenção para custeio - Reconhecida como receita do exercício para

de também desreconhece um passivo financeiro quando os termos são modificados e os fluxos de caixa do passivo modificado são substancialmente diferentes, caso em que um novo passivo financeiro baseado nos termos modificados é reconhecido a valor justo. No desreconhecimento de um passivo financeiro, a diferença entre o valor contábil extinto e a contraprestação paga (incluindo ativos transferidos que não transitam pelo caixa ou passivos assumidos) é reconhecida no resultado. (ii) Compensação: Os ativos ou passivos financeiros são compensados e o valor líquido apresentado no balanço patrimonial quando, e somente quando, a Irmandade tenha atualmente um direito legalmente executável de compensar os valores e tenha a intenção de liquidá-los em uma base líquida ou de realizar o ativo e liquidar o passivo simultaneamente. s. Pronunciamentos novos ou revisados aplicados pela primeira vez em 2021: A Irmandade aplicou pela primeira vez certas normas e alterações, que são válidas para exercícios anuais iniciados em 1º de janeiro de 2021 ou após essa data. A Irmandade decidiu não adotar antecipadamente nenhuma outra norma, interpretação ou alteração que tenham sido emitidas, mas ainda não estejam vigentes. Alterações no CPC 06 (R2), CPC 11, CPC 38, CPC 49 (R1) e CPC 48: Reforma da Taxa de Juros de Referência: As alterações aos Pronunciamentos CPC 38 e 48 fornecem exceções temporárias que endereçam os efeitos das demonstrações financeiras quando uma taxa de certificado de depósito interbancário é substituída com uma alternativa por uma taxa quase que livre de risco. As alterações incluem os seguintes expedientes práticos: • Um expediente prático que requer mudanças contábeis, ou mudanças nos fluxos de caixa que são diretamente requeridas pela reforma, a serem tratadas como mudanças na taxa de juros fluante, equivalente ao movimento numa taxa de mercado. • Permite mudanças requeridas pela reforma a serem feitas nas designações e documentações de hedge, sem que o relacionamento de hedge seja descontinuado. • Fornece exceção temporária para Irmandades estarem de acordo com o requerimento de separadamente identificável quando um instrumento com taxa livre de risco é designado como hedge de um componente de risco. Essas alterações não impactaram as demonstrações financeiras da Irmandade, mas se nos exercícios futuros eles se tornarem aplicáveis a Irmandade pretende usar os expedientes práticos. Alterações no CPC 06 (R2): Benefícios Relacionados à Covid-19 Concedidos para Arrendatários em Contratos de Arrendamento que vão além de 30 de junho de 2021: As alterações preveem concessão aos arrendatários na aplicação das orientações do CPC 06 (R2) sobre a modificação do contrato de arrendamento, ao contabilizar os benefícios relacionados como consequência direta da pandemia Covid-19. Como um expediente prático, um arrendatário pode optar por não avaliar se um benefício relacionado à Covid-19 concedido pelo arrendador é uma modificação do contrato de arrendamento. O arrendatário que fizer essa opção deve contabilizar qualquer mudança no pagamento do arrendamento resultante do benefício concedido no contrato de arrendamento relacionada ao Covid-19 da mesma forma que contabilizaria a mudança aplicada ao CPC 06 (R2) se a mudança não fosse uma modificação do contrato de arrendamento. A alteração pretende a ser aplicada até 30 de junho de 2021, mas como o impacto da pandemia do Covid-19 pode continuar, em 31 de março de 2021, o CPC estendeu o período de aplicação deste expediente prático para 30 de junho de 2022. Essa alteração entra em vigor para exercícios sociais iniciados em, ou após, 1º de janeiro de 2021. No entanto, a Irmandade ainda não recebeu benefícios concedidos para arrendatários relacionados à Covid-19 nas planilhas aplicadas ao expediente prático quando disponível dentro do período da norma. l. Normas emitidas, mas ainda não vigentes: As normas e interpretações novas e alteradas, mas não ainda em vigor até a data de emissão das demonstrações financeiras da Irmandade, estão descritas a seguir. A Irmandade pretende adotar essas normas e interpretações novas e alteradas, se cabível, quando entrarem em vigor. IFRS 17 - Contratos de Seguro: Em maio de 2017, o IASB emitiu a IFRS 17 - Contratos de Seguro (CPC 50 - Contratos de Seguro que substituiu o CPC 11 - Contratos de Seguro), uma nova norma contábil abrangente para contratos de seguro que inclui reconhecimento e mensuração, apresentação e divulgação. Ao entrar em vigor, a IFRS 17 (CPC 50) substituiu a IFRS 4 - Contratos de Seguro (CPC 11) emitida em 2005. A IFRS 17 aplica-se a todos os tipos de contrato de seguro (como de vida, ramos elementares, seguro direto e resseguro), independentemente do tipo de Irmandade que os emite, bem como determinadas garantias e instrumentos financeiros com características de participação discricionária. Aplicam-se algumas exceções de escopo. O objetivo geral da IFRS 17 é fornecer um modelo contábil para contratos de seguro que seja mais útil e consistente para os seguradores. Em contraste com os requisitos da IFRS 4, os quais são amplamente baseados em políticas contábeis locais vigentes em exercícios anteriores, a IFRS 17 fornece um modelo abrangente para contratos de seguro, contemplando todos os aspectos contábeis relevantes. O foco da IFRS 17 é o modelo geral, complementado por: • Uma adaptação específica para contratos com características de participação direta (abordagem de preço variável). • Uma abordagem simplificada (abordagem de alocação de prêmio) principalmente para contratos de curta duração. A IFRS 17 e CPC 50 vigoram para exercícios iniciados a partir de 1º de janeiro de 2023, sendo necessária a apresentação de valores comparativos. A adoção antecipada é permitida se a Irmandade adotar também a IFRS 9 e a IFRS 15 na mesma data ou antes da adoção inicial da IFRS 17. Essa norma não se aplica a Irmandade. Alterações ao IAS 1: Classificação de passivos como circula-

Saldo em 31 de dezembro de 2021 (47.490)

(a) refere-se à baixa das faturas vendidas acima de 180 dias, por expectativa de não realização das contas a receber, sendo Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo R\$ 11.862 e Prefeitura Municipal de São Paulo R\$ 12.034.

7. Direito de prestação de serviço (reapresentado)

	31/12/2021	31/12/2020
Direito de prestação de serviço (a)	13.070	4.109
(-) provisão para crédito de liquidação duvidosa (a)	(1.020)	-
	12.050	4.109

(a) refere-se aos serviços prestados de assistência à saúde gerados até a data de encerramento do exercício e ainda não concluídos para a emissão de nota fiscal. Os valores apresentados em 31 de dezembro de 2021 foram extraídos do saldo de contas a receber da nota explicativa nº 6.

Provisão para crédito de liquidação duvidosa

	31/12/2021	31/12/2020
de 1 a 30 dias	7.462	(15) 3.472
de 31 a 90 dias	3.656	(90) 198
de 91 a 180 dias	890	(76) 325
de 181 a 360 dias	506	(179) 114
de mais de 360 dias	860	(860) -
	13.070	(1.020) 4.109

8. Doação por espólio

	31/12/2021	31/12/2020
Contas bancárias	50.341	-
Ações em investimentos	32.271	-
	82.612	-

Em 2021, a Irmandade obteve através de uma doação atribuída por disposição testamentária aos diversos legatários, conforme descritos na partilha de bens, homologada em 26 de setembro de 2021. No espólio foram declarados: - contas bancárias; contas correntes, poupança e aplicações financeiras; no montante de R\$ 60.341, - ações em investimentos, que foram registradas a valor justo em 31 de dezembro de 2021, no total de 32.271 e, - imóveis de propriedades para investimentos no montante de 4.451. A contrapartida encontra-se em propriedades para investimentos, na nota explicativa nº 11.

9. Outros Créditos

	31/12/2021	31/12/2020
Negócio jurídico processual (b)	12.196	13.504
Adiantamentos	3.400	5.489
Aluguéis e taxas de condomínio	3.357	5.283
Desapropriação	-	2.844
Consórcios em andamento	2.752	1.804
Venda de imóveis	1.749	1.738
Despesas antecipadas	1.628	1.455
Outros	12.741	1.040
	25.571	32.963
	20.892	25.853

Circulante

	31/12/2021	31/12/2020
Não circulante	4.710	7.110

(c) os valores de IRRF e INSS não recolhidos entre 2016 e 2018, foram reclassificados para a conta Negócio Jurídico Processual. Um acordo foi celebrado com a Procuradoria Geral da Fazenda Nacional em 19 de março

de 2019 e tem por objetivo a regularização da situação fiscal da Irmandade. Dessa forma o saldo remanescente dos precatórios, incluindo as suas atualizações monetárias, além da venda de imóveis foram transferidos para a conta judicial vinculada ao processo e utilizado para o pagamento de débitos constantes no Negócio Jurídico Processual, restando um saldo a favor da Irmandade. Em 2021 a movimentação do saldo foi de R\$ 1.309, e o restante está previsto para recebimento nos próximos 12 meses.

10. Transferência do direito de construir

	31/12/2021	31/12/2020
Transferência do direito de construir	125.743	117.402

Em 2016, a Irmandade obteve Declaração de Potencial Construtivo Passível de transferência SMU/DEUSO 014016, nos termos do disposto nos arts 122 a 132 da Lei nº 16.050, de 31 de julho de 2014, referente ao imóvel situado na Rua Dr. Cesário Mota Junior, 112, Santa Cecília, São Paulo/SP, registrado no 1º Oficial de Registro de Imóveis da Capital e tombado pela Resolução SC 67/10 do Condephaat. O valor é um direito de transferência atrelado a um projeto, podendo ser comercializado no "mercado", e atende à premissa de expectativa de geração de benefício econômico para a Irmandade.

Em 2019, a Irmandade obteve Declaração de Potencial Construtivo Passível de Transferência para outros imóveis tombados. O Departamento de Uso do Solo - DEUSO da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano - SMDU, expediu as declarações de potencial construtivo passível de transferência, originado sem a doação do terreno. O recebimento deste direito foi reconhecido como receita na doação do resultado na rubrica de "outras receitas" operacionais. As declarações de Potencial Construtivo Passível de transferência não foram alienadas pela Irmandade que aguarda o melhor momento imobiliário para sua realização. A Administração efetuou a baixa da Declaração de Potencial Construtivo Passível de Transferência do imóvel da Avenida São João nº 126 e 128, no valor de R\$ 10.462, como parte do pagamento do acordo firmado com o fornecedor Logimed para quitação da dívida em aberto e encerramento da ação judicial entre as partes. Em adicional, a Administração efetuou a atualização dos valores utilizando o índice IPCA.

11. Propriedades para investimentos: Em dezembro de 2015 a Irmandade decidiu alterar sua política contábil na mensuração de propriedades para investimentos, alterando o método de custo para o método de valor justo, conforme previsto na NBC TG 28 - propriedades para investimento. Tal prática

	31/12/2021	31/12/2020
Máquinas, equipamentos e instrumentos	99.342	5.131 (3.793) 12.844
Benefícios em imóveis	4.900	-
Imobilizado e reformas em andamento	15.985	(10) (14.862) 1.113
Total Custo	404.133	6.798 (4.689) (79) 406.151
Depreciação	(32.829)	(2.128) -
Edificações	(38.528)	(3.583) 5
Equipamentos de Informática	(6.710)	(673) 122
Mobiliário	(14.093)	(1.515) 440
Veículos	(1.591)	-
Máquinas, Equipamentos e Instrumentais	(67.942)	(6.869) 3.433
Benefícios em imóveis de terceiro	(4.900)	-
Realização de ativo	-	-
Total Depreciação	(166.593)	(14.748) 4.009
Total Líquido do Imobilizado	237.540	(7.950) (680) (79) 228.818

12. Fornecedores

	31/12/2021	31/12/2020
Terrenos	91.882	-
Edificações	76.273	-
Instalações	85.108	1.822
Equipamentos de Informática	7.330	1.224
Mobiliário	18.292	1.895
Veículos	1.968	(267)
Máquinas, equipamentos e instrumentos	93.751	12.430 (8.839)
Benefícios em imóveis de terceiro	4.900	-
Imobilizado e reformas em andamento	1.123	14.862
Total custo	380.417	32.033 (7.621) (696) 404.133

13. Fornecedores

	31/12/2021	31/12/2020
Medicamento, material médico e nutrição	50.112	51.859
Juros e multas por atraso(a)	25.804	28.417
Prestação de serviços	14.099	7.354
Prestação de serviços médicos	4.960	4.960
Informática	3.853	4.565
Prestação de serviço de conservação e limpeza	4.137	5.672
Honorários médicos	3.834	1.900
Segurança e portaria	2.255	3.704
Outros	3.759	9.002
	112.971	117.468

(a) Referem-se ao saldo das atualizações de multa e juros de todos os títulos de fornecedores vencidos até a data de encerramento do exercício de 31 de dezembro de 2021 e 2020. Os saldos das rubricas acima correspondem aos valores dos títulos originais, sem as respectivas atualizações.

14. Empréstimos e financiamentos

	31/12/2021	31/12/2020
Capital de giro - Caixa Econômica Federal (a)	31.321	24.220
Conta garantida	5.025	3.622
	471.039	424.760
	250.996	424.760

(a) A Irmandade capotou um empréstimo de R\$ 360.000 da Caixa Econômica Federal, por meio da linha de créditos Caixa Hospitais. O contrato foi assinado em 25 de novembro de 2016, com prazo para pagamento de 120 meses, sendo 12 meses de carência com pagamento mensal de encargos financeiros. A taxa de juros é de 1,29% a.m. e o vencimento das parcelas sempre dia 10 de cada mês, sendo a última a vencer em dezembro de 2026. O recurso foi utilizado para reestruir o endividamento bancário e quitar as dívidas com as outras instituições financeiras. Em 2017 a Irmandade efetuou o pagamento mensal dos encargos financeiros com a Caixa Econômica Federal, no montante de R\$ 57 milhões, não houve pagamento das parcelas mensais do principal em função do prazo de carência de 12 meses para amortização, conforme cláusula contratual. Em janeiro de 2018, iniciou o pagamento das parcelas mensais, após o período de carência do contrato original, totalizando o montante de R\$ 56 milhões, sendo R\$ 43 milhões de juros. Em 04 de outubro de 2018, a Irmandade firmou um adiantamento com a Caixa

	31/12/2021	31/12/2020
Saldo Inicial	424.760	389.423
Captações	67.499	27.632
Juros passivos e outros encargos	54.812	59.141
Pagamento de financiamentos (principal)	(32.296)	(39.438)
Pagamento de financiamentos (juros)	(43.791)	(11.988)
Saldo final	471.039	424.760

15. Salários, férias e contribuições sociais: A Irmandade possui as seguintes obrigações com pessoal e encargos:

	31/12/2021	31/12/2020
Salários a pagar (a)	29.036	27.229
13º Salário a pagar (a)	4.266	22.341
Instituto Nacional do Seguro Social-INSS a recolher (b)	11.535	14.241
Imposto de Renda Retido na Fonte-IRRF a recolher (b)	9.671	9.252
FGTS a recolher (c)	10.172	7.544
Provisão para férias e encargos sociais (d)	42.781	41.430
FGTS - optante anterior a 1999 (e)	3.996	4.230
Outras contribuições	1.317	658
	112.772	126.955

Circulante

	31/12/2021	31/12/2020																			
Não circulante	110.170	124.234																			
(a) Referem-se substancialmente às provisões do mês de dezembro de 2021 no valor de R\$26.239 e os saldos de salários não liquidados de competência de novembro de 2014, no montante de R\$27.797, e do 13º salário referente ao exercício de 2014 no montante de R\$4.266. (b) Trata-se do saldo de INSS e IRRF sobre folha de pagamentos não recolhidos em outubro e novembro de 2021 com atualização de multa e juros, acrescentando a provisão do mês de dezembro de 2021. Em fevereiro e abril de 2021 houve a adesão de novos parcelamentos para regularizar os saldos atrasados referentes 2020 janeiro e fevereiro de 2021. (c) Referem-se aos valores de recolhimento do FGTS da competência do 13º salário de 2021 vencido, acrescido de multa e juros e da provisão mensal de dezembro de 2021. (d) Trata-se das provisões de férias e 13º salário calculados e apropriados mensalmente conforme o período aquisitivo dos funcionários. (e) Representa o valor do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), administrado pela Irmandade, relativo aos funcionários atualmente optantes, acumulado até 1999 e atualizado mensalmente pela aplicação dos índices de correção monetária e juros definidos pela Caixa Econômica Federal. Tal administração está em conformidade com o artigo previsto no Decreto Lei nº 194 de 1907. <tr> <td>Programa especial de regularização tributária (PERT) (a)</td> <td>97.542</td> <td>97.542</td> </tr> <tr> <td>Parcelamento débitos previdenciários (b)</td> <td>23.570</td> <td>2.885</td> </tr> <tr> <td>Parcelamento débitos tributários (IRRF/CSRF) (b)</td> <td>27.191</td> <td>20.569</td> </tr> <tr> <td>FGTS parcelado</td> <td>5.070</td> <td>5.266</td> </tr> <tr> <td>Parcelamento da Lei 11.941/09</td> <td>4.219</td> <td>5.823</td> </tr> <tr> <td>Parcelamento dívida não previdenciária</td> <td>6.803</td> <td>6.803</td> </tr> <tr> <td></td> <td>148.355</td> <td>130.412</td> </tr>	Programa especial de regularização tributária (PERT) (a)	97.542	97.542	Parcelamento débitos previdenciários (b)	23.570	2.885	Parcelamento débitos tributários (IRRF/CSRF) (b)	27.191	20.569	FGTS parcelado	5.070	5.266	Parcelamento da Lei 11.941/09	4.219	5.823	Parcelamento dívida não previdenciária	6.803	6.803		148.355	130.412
Programa especial de regularização tributária (PERT) (a)	97.542	97.542																			
Parcelamento débitos previdenciários (b)	23.570	2.885																			
Parcelamento débitos tributários (IRRF/CSRF) (b)	27.191	20.569																			
FGTS parcelado	5.070	5.266																			
Parcelamento da Lei 11.941/09	4.219	5.823																			
Parcelamento dívida não previdenciária	6.803	6.803																			
	148.355	130.412																			

Circulante

	31/12/2021	31/12/2020
Não circulante	125.243	113.274

(a) Em novembro de 2017 a Irmandade aderiu ao Programa Especial de Regularização Tributária (PERT). Em 2018 a Irmandade obteve a atenção da modalidade do PERT, sendo considerado o PERT nº 1721177 (Débitos Previdenciários) no valor de R\$ 58.000 e o nº 1721186 (Débitos Tributários) no valor de R\$ 78.000, e previa o pagamento de pedágio (entrada) e o restante em 145 parcelas mensais e sucessivas. Com base na Medida Provisória nº 785 de 31 de maio de 2017, convertida na Lei nº 13.496, de 24 de outubro de 2017, regulamentadas pela Instrução Normativa da Receita Federal do Brasil (RFB) nº 1711, de 16 de junho de 2017 e nº 1733 de 31 de agosto de 2017 e pela Portaria da Procuradoria Geral da Fazenda Nacional (PGFN) nº 690, de 29 de junho de 2017, a Irmandade obteve a consolidação ao PERT, relacionado a débitos da Irmandade inscritos ou não na dívida ativa da União. Em abril de 2019 a Irmandade obteve decisão judicial autossatisfatória de pagamento da entrada (pedágio) dos PERTs com a utilização de parte do valor do Precatório, sendo quitado o valor de R\$ 16.000 do PERT de Débitos Previdenciários e o valor de R\$ 22.000 do PERT Demais Débitos. Após a adesão ao Programa, os débitos que estavam atrelados ao Precatório, foram excluídos, e será dado em garantia o valor de débitos não pertencentes aos que estão sendo considerados no PERT. Com o pagamento do pedágio, o restante dos valores foi parcelado em 145 parcelas mensais e sucessivas, vencíveis a partir de janeiro de 2018, e, com redução de 80% (oitenta por cento) dos juros de mora, 50% (cinquenta por cento) das multas de mora, de ofício ou dosoradas, e 100% (cem por cento) dos encargos legais, inclusive honorários advocatícios. As parcelas mensais dos PERTs estão sendo devidamente quitadas.

(b) Em fevereiro e abril de 2021, houve a adesão de novos parcelamentos para regularizar os saldos atrasados referentes 2020 janeiro e fevereiro de 2021, de IRRF, CSRF (Demais Débitos), no montante de R\$ 8.708 em 142 parcelas, e INSS (Previdenciários), no montante de R\$19.925 em 57 meses.

17. Subvenção para investimentos

	31/12/2021	31/12/2020
Ativo circulante	2.362	4.716
Recursos de subvenções para investimentos	31/12/2021	31/12/2020
Passivo	2.362	4.716
Passivo circulante	43.450	43.092
	45.812	47.808

Referem-se às subvenções recebidas por uma assistência governamental do âmbito federal, estadual e municipal, para investimentos em bens. Os valores recebidos e ainda não empenhados são apresentados no ativo e passivo circulante, no montante de R\$ 2.362 em

continuado 31 de dezembro de 2021 (R\$ 4.716 em 2020), em recursos vinculados ao projeto, cumprindo todas as condições estabelecidas no plano de trabalho, devendo realizar as aquisições em 12 meses, em caso de descumprimento, o valor deverá ser devolvido, acrescido de multa e juros. Os recursos recebidos e já empregados na aquisição de bens são apresentados no passivo não circulante, sendo como contrapartida os bens integrantes do ativo imobilizado, conforme determina a NBC TG 07 (R2). As subvenções para investimentos são reconhecidas como receita do período da vida útil do bem adquirido com a verba de investimento.

18. Outras contas a pagar

	31/12/2021	31/12/2020
Santander parceria (a)	4.200	4.639
Taxa de lixo hospitalar (b)	5.376	6.626
Adiantamentos a restituir a Secretaria de Saúde do Estado (c)	12.888	8.400
Adiantamentos diversos (d)	10.427	15.514
Acordo judicial (e)	29.130	-
Outras contas a pagar	4.991	6.998
	67.212	42.265
	54.750	28.216

Circulante

	31/12/2021	31/12/2020
Não circulante	12.462	14.050

(a) Refere-se a parceria comercial ofertada pelo Banco Santander com ações voltadas a propiciar o relacionamento comercial entre as partes. (b) O saldo refere-se ao valor a vencer do 2º e 4º trimestre de 2021 (R\$ 1.126) e os valores atrasados do ano de 2020 foram parcelados e atualizados (R\$ 4.260), conforme acordo com a Prefeitura de São Paulo. (c) A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo adiantou uma parcela do contrato SUS (18 milhões) no ano de 2014, para equilíbrio financeiro da operação do hospital, desde então, houve a devolução de parte desse valor como desconto no repasse da mensalidade contratual, mas desde junho de 2018, por dificuldades financeiras, a Irmandade solicitou interromper esse desconto e voltar a negociar uma nova data para a devolução do adiantamento. Em 31 de dezembro de 2021, o saldo a restituir foi atualizado. (d) Trata-se de valores recebidos antecipadamente incluindo adiantamento de aluguéis. (e) Em 30 de setembro de 2021 foi firmado um acordo judicial

base em vários fatores, incluindo a opinião dos seus assessores jurídicos e a análise das demandas jurídicas pendentes. Os valores provisionados, considerados suficientes para a cobertura de prováveis perdas nos processos em andamento, estão apresentados como segue:

	31/12/2021	31/12/2020
Trabalhistas (a)	25.602	21.337
Cíveis (b)	17.369	143.436
Tributários (c)	3.241	3.321
	46.212	168.094

a) A Irmandade possui ação judicial trabalhista movida pelo Sindicato dos Empregados em Estabelecimento de Serviço de Saúde de São Paulo que discute o pagamento do salário de novembro de 2014 e o 13º salário de 2014, incluindo as multas, o processo encontra-se no montante reclamado de R\$ 5.083. b) A Irmandade possui ação judicial 1131629-52.2015.8.26.0100 no valor de R\$ 120.960, com o fornecedor Logimed, que discute os valores da dívida em aberto referente à prestação de serviços e fornecimento de produtos hospitalares, aos quais foram encerrados no exercício de 2015. Em 30 de setembro de 2021 foi firmado o acordo ocasionando o encerramento da ação judicial. O valor acordado de R\$ 52.500 foi transferido para o passivo circulante, pois seu pagamento ocorrerá nos próximos 12 meses. c) A Irmandade possui ação judicial de natureza tributária movida pelo Prefeitura Municipal de São Paulo que discute sobre multa de execução fiscal de tributos sobre imóveis, os processos encontram-se no montante reclamado de R\$ 3.241. A movimentação da provisão é demonstrada como segue:

	31/12/2021	31/12/2020
Saldo em 31 de dezembro de 2019	21.288	116.833
Adições	15.818	33.270
Reversões	(114)	(1.684)
Pagamentos	(15.655)	(11.702)
Saldo em 31 de dezembro de 2020	21.337	146.717
Adições	9.497	359
Reversões	(11.233)	(2.783)
	19.599	144.293

27. Custos com serviços prestados

	31/12/2021	31/12/2020
Pessoal e encargos	(319.075)	(301.513)
Serviços médicos contratados	(62.910)	(66.512)
Materiais e descartáveis	(72.907)	(58.585)
Medicamentos e materiais diversos	(59.370)	(38.454)
Gêneros alimentícios	(11.230)	(8.663)
Materiais de ortese e prótese	(13.714)	(14.146)
Depreciações e amortizações	(9.045)	(7.072)
Outros	(3.655)	(4.794)
	(671.908)	(590.798)

28. Despesas gerais e administrativas

	31/12/2021	31/12/2020
Pessoal	(128.140)	(127.065)
Serviços contratados de terceiros	(71.238)	(62.910)
Provisão para crédito de liquidação duvidosa	(25.905)	(7.519)
Serviços de utilidade pública	(18.674)	(17.144)
(Provisão)reversão para contingências	(491)	(36.688)
Outras	(426)	(502)
	(244.874)	(251.824)

29. Outras receitas e despesas, líquidas

	31/12/2021	31/12/2020
Receita e despesas de aluguel	23.238	21.873
Atualização de transferência do direito de construir	8.341	-
Devoluções	(4.308)	(657)
Taxas, impostos e emolumentos	(3.769)	(3.392)
(Perda)ganho na venda de imóveis	(3.119)	3.388
Outras receitas e despesas, líquidas	(2.629)	(2.715)
Valor justo de propriedades para investimentos	(1.637)	57.675
Outras receitas e despesas, líquidas	14.011	75.858
30. Resultado financeiro, líquido	31/12/2021	31/12/2020
Recursos financeiros		

cial com o fornecedor Logimed para possibilitar o pagamento da dívida em aberto e encerrar a ação judicial entre as partes. Foi acordado que a Imrandade pagará o montante de R\$ 52.500 no período até 30 de maio de 2022. Durante o exercício de 2021, foi pago a contraparte total de R\$ 28.000, tendo como saldo remanescente R\$ 24.338 em 31 de dezembro de 2021, já acrescentando um desconto de 2,5% por antecipação de pagamento.

19. Subvenção - OSS 31/12/2020 (reapresentado) 31/12/2021 (reapresentado)

Table with 2 columns: 31/12/2021 (reapresentado) and 31/12/2020 (reapresentado). Rows include Subvenção a receber - OSS, Subvenção a pagar - OSS, and various hospital and health organization entries.

Em novembro de 2014, alguns contratos de gestão, firmados com as seguintes Organizações Sociais de Saúde (OSS's), foram extintos: (a) Hospital Geral de Guarulhos Prof. Dr. Waldemar de Carvalho Pinto Filho; (b) Ambulatório de Especialidades Dr. Geraldo Paulo Bourroul; (c) Hospital Dr. Carlos da Silva Lacaz; (d) Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental Franco da Rocha - CAISM do Complexo Hospitalar do Jaqueiry; (e) Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário; e (f) Hospital Estadual Dr. Albano da Franca Rocha Sobrinho. A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES) assumiu ou transferiu a gestão das unidades citadas acima a partir de novembro de 2014, conforme Cláusula Quarta dos contratos de gestão, conforme observado no Termo de Distrato Contratual ("Termo"). A Imrandade protocolou na SES, em 30 de abril de 2015, a prestação de contas dessas unidades, no prazo determinado no Termo. A SES enviou seus comentários aos valores que entendia como devidos em 6 de maio de 2015, mas a Administração não concordou com tais montantes e protocolou sua discordância na SES em 18 de maio de 2015. No momento da emissão destas demonstrações financeiras não houve alteração no status das negociações. Os processos estão em trâmite perante o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo a fim de clarificar quais seriam os montantes devidos ou a receber sobre as Prestações de Contas. Em 2021 não houve alteração no status das negociações. Em março de 2015, alguns contratos de gestão, firmados com a Secretaria Municipal da Saúde de Guarulhos ("SMS"), das seguintes Organizações Sociais de Saúde ("OSS's"), foram extintos: (g) Pronto Atendimento Maria Direo; (h) Policlínica Jardim Paraíso; e (i) Unidade de Pronto Atendimento ("UPA") - São João - Luvras. A SMS assumiu ou transferiu a gestão das unidades citadas acima a partir de março de 2015, conforme Cláusula Quarta dos contratos de gestão, conforme observado no Termo de Distrato Contratual ("Termo"). A Imrandade protocolou na SMS, em 30 de setembro de 2015, a prestação de contas dessas unidades, no prazo determinado no Termo. No momento da emissão destas demonstrações financeiras, a Imrandade está em negociações com a SMS a fim de clarificar quais seriam os montantes devidos ou a receber. Em 31 de janeiro de 2017 houve a apuração dos valores junto à Prefeitura Municipal de Guarulhos - Secretaria Municipal da Saúde sendo enviada à proposta de devolução do saldo pela Imrandade em 13 de fevereiro de 2017. Em 10 de março de 2017 foi firmado um termo de confissão de dívida celebrada entre a Imrandade e a Prefeitura Municipal de Guarulhos, para a devolução do saldo do recurso não utilizado. O valor a restituir ao Fundo Municipal de Saúde de Guarulhos será de R\$ 5.200, devido em 10 de março de 2017, conforme Cláusula Quarta dos contratos de gestão, conforme observado no Termo de Distrato Contratual ("Termo"). Entretanto, os valores a receber ou a pagar na data da extinção das OSS's continuam, até que haja a homologação final e aceite formal nas prestações de contas dessas OSS's.

20. Conta corrente - OSS: O valor refere-se aos montantes que a Imrandade tem a pagar e a receber a cada uma das OSS's encerradas, demonstradas na nota explicativa nº 19.

Table with 2 columns: 31/12/2020 (reapresentado) and 31/12/2021 (reapresentado). Rows include Conta corrente a pagar - OSS, Conta corrente a receber - OSS, and various hospital and health organization entries.

21. Provisão para riscos e processos judiciais: A Imrandade, no curso normal de suas operações, é parte em processos judiciais de natureza trabalhista, cível e tributária em diversas instâncias, azeitadas e conhecidas na data de encerramento das informações financeiras intermediárias, tendo a Administração adotado como procedimento a constituição de provisão com

Table with 3 columns: 19.893 (124.201), 3.241 (101.067), and 13.892 (2.793). Rows include Transfêrencias (a), Pagamentos, and Saldos em 31 de dezembro de 2021.

22. Patrimônio líquido: A Imrandade foi fundada há mais de 400 anos e tem seu patrimônio líquido representado basicamente por bens imóveis adquiridos, construídos ou recebidos em doação ao longo de sua existência, reavaliados espontaneamente em dezembro de 2001, ajuste de avaliação patrimonial referente-se à adoção do valor justo na mensuração das propriedades para investimentos a valor justo ocorrida pela primeira vez em 2015, conforme demonstrado a seguir.

Table with 2 columns: 287.670 and 28.864. Rows include Saldo de 31 de dezembro de 2020, Valor justo reconhecido em 2021, and Realização da Avaliação Patrimonial 2021.

De acordo com o estatuto social em caso de dissolução da Imrandade o seu patrimônio remanescente é destinado a Imrandade congênere, no Município de São Paulo, devidamente registrada no Conselho Nacional de Assistência Social. u. Remuneração da Administração: O Estatuto Social da Imrandade possui previsão de não remuneração dos membros do Conselho de Administração (Mesa Administrativa e Provedoria). Dessa forma, a Imrandade não concede nenhum tipo de remuneração, vantagens ou benefícios, direta ou indiretamente, por qualquer forma ou título, em razão das competências, funções ou atividades que lhes foram atribuídas pelos respectivos atos constitutivos.

Table with 2 columns: 31/12/2021 and 31/12/2020. Rows include Custeio e contratos de gestão hospitalar, Outras, and Referem-se aos valores destinados pela Secretaria de Estado da Saúde e Prefeitura Municipal de São Paulo para a gestão hospitalar.

24. Receitas de convênios e de assistência social: Receita com contrato de gestão hospitalar SUS. Glosas em contrato (a) a) O valor de R\$ 335 refere-se ao desconto no repasse da verba mensal de valores decretados em ação judicial, para cumprimento da resolução SIS 63 de 17/09/2015, que determina que os médicos da rede pública estadual devem seguir fidedignamente a prescrição de medicamentos da relação preconizada pelo SUS e, quando estiver em desacordo com as normas e orientações, haverá desconto no repasse da verba contratual, para ressarcimento ao erário.

Table with 2 columns: 31/12/2021 and 31/12/2020. Rows include 25. Receitas de convênios e pacientes particulares, Convênios (a), Pacientes particulares (a), Glosas, Outras deduções, and Desde março de 2020, a Imrandade está atuando como um dos hospitais de referência para o atendimento dos casos suspeitos e confirmados de infecção por COVID-19.

Table with 2 columns: 31/12/2021 (reapresentado) and 31/12/2020 (reapresentado). Rows include Doações (a), Recuperação de despesa (b), Campanha cupom e vida, and Outras.

26. Outras receitas: Doações (a) Para contribuir no enfrentamento da pandemia do Coronavírus COVID-19, VID-19 empresas e pessoas físicas destinaram recursos essenciais para a Imrandade por meio de doações, no valor total de R\$ 46.443. Em 2021, a Imrandade adquiriu através de uma doação por espólio valores em contas correntes bancárias, poupança, aplicações financeiras e ações em investimentos, além de imóveis, que foram deixados e atribuídos por disposição testamentária aos legatários conforme partilha de bens, homologada em 26 de setembro de 2021, no valor de R\$ 82.612 e imóveis R\$ 4.451. b) Com o acordo judicial firmado com o fornecedor Logimed, em 2021, para o pagamento da dívida em aberto e encerrar a ação judicial, foi possível recuperar as despesas ocorridas com notas fiscais que não constavam na ação judicial, mas que serão considerados quitadas.

Table with 2 columns: 69.311 and 4.871. Rows include Descontos obtidos (a), Rendimentos sobre aplicações financeiras, Outras receitas, Despesas financeiras, Juros sobre empréstimo de capital de giro, Juros sobre atualização de parcelamento, Juros e multas sobre encargos trabalhistas em atraso, Juros passivos, Variações monetárias passivas, Despesas bancárias, Provisão de juros e multas com fornecedores em atraso (a), Outras despesas, Resultado financeiro líquido, and Despesas bancárias.

(a) Em 30 de setembro de 2021 foi firmado o acordo ocasionando o encerramento da ação judicial junto ao fornecedor Logimed. O valor acordado refere-se à prestação de serviços e fornecimento de produtos hospitalares a Imrandade. No acordo foi concedido o bônus (desconto obtido) no valor de R\$ 63.909, do valor total da dívida. Com o acordo judicial firmado com o fornecedor Logimed, foi possível recuperar as despesas ocorridas com notas fiscais que não constavam na ação judicial, mas que serão considerados quitadas, incluindo a reversão dos valores de provisionamentos de multa e juros.

31. Imunidade tributária: Tendo em vista que a Entidade não detém parcela de seu patrimônio, ou de suas rendas, a título de lucro ou participação nos resultados, aplica no País os recursos para manutenção dos seus objetivos institucionais e mantém a escrituração regular de suas receitas e despesas, está imune ao Imposto de Renda Pessoa Jurídica - IRPJ, à Contribuição Social sobre o Lucro Líquido - CSLL, ao PIS, à Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - COFINS e aos impostos municipais e estaduais, de acordo com os dispositivos da Constituição da República Federativa do Brasil e do Código Tributário Nacional - CTN. A Imrandade possui Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social - CEBAS, concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS, válido até 31 de dezembro de 2009. Em 23 de dezembro de 2009, foi protocolada, sob o nº 25000.020706/2009-94, a solicitação de renovação do CEBAS, o qual foi deferido, possuindo vigência de 01/01/2010 a 31/12/2014. Em 23 de dezembro de 2014, foi protocolada, sob o nº 25000.237902/2014-34, a solicitação de renovação do CEBAS para os exercícios de 2015 a 2017, sendo o mesmo indeferido. Desse modo, a Imrandade protocolou recurso contra a decisão de indeferimento, registrado mediante SEI nº 00000.478262/2018-00. Em 16 de julho de 2021, foi publicado no DOU a Portaria nº 1736, de 14 de julho de 2021, que deferiu a renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), para o período de 01 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2017. A Imrandade protocolou tempestivamente o pedido de renovação do CEBAS para os exercícios de 2018 a 2020, registrado sob nº 25000.020706/2018-56, o qual encontra-se pendente de análise. A Imrandade protocolou tempestivamente o pedido de renovação do CEBAS para os exercícios de 2021 a 2023, registrado sob nº 25000.182135/2020-67, o qual encontra-se pendente de análise.

Table with 2 columns: 31/12/2021 and 31/12/2020. Rows include Cota patronal de INSS, Seguro de Acidente do Trabalho - SAT e sobre serviço de terceiros, COFINS sobre o faturamento, and 33. Atendimentos aos pacientes do SUS (informação não auditada).

33. Atendimentos aos pacientes do SUS (informação não auditada): Com observância ao limite mínimo fixado pelos artigos 31 a 39 da Portaria nº 1.970, de 16 de agosto de 2011, o número total de pacientes atendidos até 31 de dezembro de 2021 foi de 735.111, sendo destes, 672.684 pacientes atendidos pelo SUS (representatividade de 92%). Em 2020 o número total de pacientes atendidos foi de 974.180, sendo destes, 917.898 pacientes atendidos pelo SUS (representatividade de 92%). 34. Gerenciamento de riscos e instrumentos financeiros: Gerenciamento de risco financeiro: A Imrandade apresenta exposição aos seguintes riscos advindos do uso de instrumentos financeiros: Risco de crédito; Risco de liquidez; Risco de taxas de juros. Esta nota apresenta informações sobre a exposição da Imrandade a cada um dos riscos supramencionados, os objetivos da Imrandade, as políticas e os processos para manutenção e gerenciamento de risco. Divulgações quantitativas adicionais são incluídas ao longo das demonstrações financeiras. Estrutura do gerenciamento de risco: A administração tem responsabilidade geral pelo estabelecimento e supervisão da estrutura de gerenciamento de risco da Imrandade. O gerenciamento de risco da Imrandade é estabelecido para identificar e analisar os riscos enfrentados pela Imrandade, para definir limites e controles de riscos apropriados e para monitorar riscos e aderência aos limites. A Imrandade apresenta exposição aos seguintes riscos advindos do uso de instrumentos financeiros: (i) Risco de crédito: Risco de crédito é o risco de prejuízo financeiro da Imrandade caso um cliente ou contraparte em um instrumento financeiro falhe em cumprir com suas obrigações contratuais, que surgem principalmente dos recebíveis dos clientes. A Imrandade não exige garantias com relação às contas a receber de clientes e outros créditos. Exposição ao risco de crédito: Os valores contábeis dos ativos financeiros representam a exposição máxima do contrato. A exposição máxima ao risco de crédito para empréstimos e recebíveis na data do relatório por tipo de contraparte foi:

Table with 2 columns: 31/12/2021 (reapresentado) and 31/12/2020 (reapresentado). Rows include Caixa e equivalentes de caixa, Aplicações financeiras, Recurso de subvenção para investimentos, Contas a receber, and Direito de prestação de serviço.

Os resumos financeiros estão aplicados em modalidades de baixo risco e em bancos de primeira linha. Não há concentração de risco de crédito, sendo a carteira pulverizada. Os valores a receber de SUS estão baseados em acordos de valores e limites. Conforme mencionado na nota explicativa nº 6, a Imrandade possui em 31 de dezembro de 2021 provisão para perda de crédito esperada, no montante de R\$ 47.490 representativos de 51% do saldo de contas a receber (R\$ 54.729 representativos de 53% em 31 de dezembro de 2020). (ii) Risco de liquidez: Risco de liquidez é o risco em que a Imrandade possa eventualmente encontrar dificuldades em cumprir com as obrigações associadas com seus passivos.

sábado, 30 de abril de 2022

Diário Oficial Empresarial

São Paulo, 132 (80) - 13

►> Indicador financeiro que são liquidados com pagamento à vista ou com outro ativo financeiro. A abordagem da Imrandade na administração de liquidez é de garantir, o máximo possível, que sempre tenha liquidez suficiente para cumprir com suas obrigações ao vencerem, sob condições normais e de estresse, sem causar perdas inaceitáveis ou com risco de prejudicar a reputação da Imrandade. A Imrandade realiza o monitoramento do seu fluxo de caixa e busca otimização de seu retorno de caixa em investimentos. Face a desafiadora e complexa situação financeira da Imrandade o gerenciamento das obrigações envolve a priorização de atividades essenciais ao atendimento à saúde. Com isso, certas obrigações têm sido seus prazos de pagamentos postergados. Além disso, a Imrandade está num intenso processo de renegociação com seus principais devedores no sentido de adequar seus fluxos e prazos de pagamentos as suas expectativas de geração de caixa, sem prejuízo da continuidade das operações e imagem da Imrandade.

Table with 2 columns: 31/12/2021 (reapresentado) and 31/12/2020 (reapresentado). Rows include Obrigações a curto prazo, Caixa e equivalentes, Aplicações financeiras, Recurso de subvenção para investimentos, Contas a receber, Direito de prestação de serviço, Patrimônio líquido, Índice de endividamento líquido, Aplicações de curto prazo representando o total do passivo circulante, and Exposição ao risco de liquidez.

Os diferentes níveis foram definidos como a seguir: Nível 1 - Preços cotados (não ajustados) em mercados ativos para ativos e passivos e iênticos; Nível 2 - Inputs, exceto preços cotados, incluídos no Nível 1 que são observáveis para o ativo ou passivo, diretamente (preços) ou indiretamente (derivado de preços) e Nível 3 - Premissas, para o ativo ou passivo, que não são baseadas em dados observáveis de mercado (preços observáveis). Todos os valores justos divulgados no quadro acima foram mensurados utilizando o método de avaliação nível 2.

		31/12/2021						31/12/2020							
		Valor contábil	Vencido até 6 meses	Vencido de 6 a 12 meses	Vencido Acima de 12 meses	A vencer até 6 meses	A vencer de 6 - 12 meses	A vencer Acima de 12 meses	Valor contábil	Vencido até 6 meses	Vencido de 6 a 12 meses	Vencido Acima de 12 meses	A vencer até 6 meses	A vencer de 6 - 12 meses	A vencer Acima de 12 meses
Passivos financeiros não derivativos		112.973	26.560	8.712	45.347	32.063	201	220.043	117.149	30.312	11.252	49.074	23.358	2.967	256
Fornecedores		112.973	26.560	8.712	45.347	32.063	201	220.043	117.149	30.312	11.252	49.074	23.358	2.967	256
Empréstimos e financiamentos		62.470	499	-	-	49.912	300	124.099	42.285	2.518	3.380	1.117	9.396	1.919	23.855
Outras contas a pagar		646.482	27.079	8.712	45.347	206.601	124.631	232.112	584.174	32.830	14.612	50.191	58.832	28.708	399.001
Passivos financeiros não derivativos		117.149	30.312	11.252	49.074	23.358	2.967	256	112.973	26.560	8.712	45.347	32.063	201	220.043
Fornecedores		117.149	30.312	11.252	49.074	23.358	2.967	256	112.973	26.560	8.712	45.347	32.063	201	220.043
Empréstimos e financiamentos		424.780	-	-	-	26.078	23.922	374.780	62.470	499	-	-	49.912	300	124.099
Outras contas a pagar		42.285	2.518	3.380	1.117	9.396	1.919	23.855	646.482	27.079	8.712	45.347	206.601	124.631	232.112
		584.174	32.830	14.612	50.191	58.832	28.708	399.001							

		31/12/2021			31/12/2020		
		Valor Contábil	Valor Justo	Valor Contábil	Valor Justo	Valor Contábil	Valor Justo
Ativos Mensurados pelo Valor Justo							
Empréstimos e recebíveis		23.984	23.984	19.675	19.675		
Caixas e equivalentes de caixa		1.361	1.361	918	918		
Aplicações financeiras		26.345	26.345	20.693	20.693		
Ativos Mensurados pelo custo amortizado		44.921	44.921	48.658	48.658		
Contas a receber							
Passivos mensurados pelo custo amortizado		471.039	471.039	424.780	424.780		
Empréstimos e financiamentos		112.973	112.973	117.149	117.149		
Fornecedores		148.369	148.369	130.412	130.412		
Parcelamentos tributários		732.371	732.371	672.321	672.321		

		31/12/2021		31/12/2020	
		Valor Contábil	Valor Justo	Valor Contábil	Valor Justo
Ativos Mensurados pelo Valor Justo					
Empréstimos e recebíveis		23.984	23.984	19.675	19.675
Caixas e equivalentes de caixa		1.361	1,361	918	918
Aplicações financeiras		26.345	26.345	20.693	20.693
Ativos Mensurados pelo custo amortizado		44.921	44.921	48.658	48.658
Contas a receber					
Passivos mensurados pelo custo amortizado		471.039	471.039	424.780	424.780
Empréstimos e financiamentos		112.973	112.973	117.149	117.149
Fornecedores		148.369	148.369	130.412	130.412
Parcelamentos tributários		732.371	732.371	672.321	672.321

(iii) Risco de mercado: Risco de mercado é o risco que alterações nos preços de mercado, tais como as taxas de câmbio e taxas de juros têm nos ganhos da Imrandade, no valor de suas aplicações financeiras ou na possibilidade de escalção dos preços de mercado dos serviços prestados pela Imrandade e dos demais insumos utilizados no processo de prestação do serviço. Essas oscilações de preços e taxas podem provocar alterações nas receitas e nos custos da Imrandade. O objetivo do gerenciamento de risco de mercado é gerenciar e controlar as exposições a riscos de mercados, dentro de parâmetros aceitáveis. Esse risco é mitigado uma vez que o principal componente do custo se refere a custo de pessoal fixado em moeda nacional e de acordo com o acordo coletivo da categoria. Com relação às taxas de juros, visando à mitigação desse tipo de risco, a Imrandade centraliza seus investimentos em operações com taxas de rentabilidade que acompanham a variação do CDI em certificado de depósito interbancário e fundos de renda fixa. Nas taxas de câmbio o risco também é mitigado uma vez que a Imrandade possui reduzida parcela de aquisição de materiais em moeda estrangeira e nenhuma conta a receber ou aplicações em moeda estrangeira. (iv) **Risco de moeda:** Juros sobre empréstimos são denominados na moeda do empréstimo. Todos os empréstimos são denominados em moeda equivalente aos fluxos de caixa gerados pelas operações básicas da Imrandade. (v) **Risco de taxa de juros:** A Imrandade possui suas aplicações financeiras e parte dos empréstimos e financiamentos com taxas de juros variáveis. Exposição ao risco de taxa de juros: Na data das demonstrações financeiras, o perfil dos instrumentos financeiros remunerados por juros da Imrandade era: **Instrumentos de taxa variável** 31/12/2020 (reapresentado) 23.984, 31/12/2021 23.984. **Ativos Mensurados pelo custo amortizado** 31/12/2020 48.658, 31/12/2021 44.921. **Passivos mensurados pelo custo amortizado** 31/12/2020 424.780, 31/12/2021 471.039. **Hierarquia de valor justo:** A tabela abaixo apresenta instrumentos financeiros registrados pelo valor justo, utilizando um método de avaliação.

Vicente Renato Paolillo - Provedor, Maria Dulce G. L. Cardenuto - Superintendente, Flávio Augusto Mirelles Fleury da Silveira - Diretor de Finanças e Controladoria, Willian Roveri - Gerente de Controladoria, Andréia Martins Simões - Controladora CRC/ISP 249.157/0-3

Relatório do Auditor Independente sobre as Demonstrações Contábeis

Aos Administradores e Diretores da Imrandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - SP. **Opinião com ressalvas:** Examinamos as demonstrações contábeis da Imrandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo ("Santa Casa" ou "Imrandade"), que compreendem o balanço patrimonial em 31 de dezembro de 2021 e as respectivas demonstrações do resultado, do resultado abrangente, das mutações do patrimônio líquido e dos fluxos de caixa para o exercício findo nessa data, bem como as correspondentes notas explicativas, incluindo o resumo das principais políticas contábeis. Em nossa opinião, exceto pelos possíveis efeitos do assunto descrito na seção a seguir intitulada "Base para opinião com ressalvas", as demonstrações contábeis acima referidas apresentam adequadamente, em todos os aspectos relevantes, a posição patrimonial e financeira da Imrandade em 31 de dezembro de 2021, o desempenho de suas operações e os seus fluxos de caixa para o exercício findo nessa data, de acordo com as práticas contábeis adotadas no Brasil, aplicáveis às entidades sem finalidades de lucro - ITG 2022 (R1). **Base para opinião com ressalvas:** Ativo imobilizado - ausência de registro contábil (obras de arte) e de avaliação anual do valor recuperável. A Imrandade possui em seu acervo e poder cedente obras de arte para as quais não obtivemos documentação suficiente relacionada à existência e ao valor justo. Estas obras de arte não foram reconhecidas pela Imrandade no ativo imobilizado e foi pouco não nos foi possível avaliar a existência e o valor justo das citadas obras de arte. Adicionalmente, a Imrandade não executou a avaliação anual do valor recuperável para fins dos ativos imobilizados para o exercício findo em 31 de dezembro de 2021. As práticas contábeis adotadas no Brasil requerem que os ativos sejam registrados, conforme requerido pelas práticas contábeis NBC TG 27 (R4) - Ativo Imobilizado e NBC TG 46 (R2) - Mensuração do Valor Justo. Considerando os aspectos descritos, não foi possível determinar os impactos e respectiva necessidade de ajustes para o exercício corrente considerando tanto a ausência do registro das obras de arte, quanto a falta de avaliação anual do valor recuperável. **Ausência de documentação suficiente para determinar o racional de desajuste dos potenciais construtivos de propriedade da Imrandade:** Conforme nota explicativa 10 as demonstrações financeiras, a Imrandade possui registrado em seu ativo determinados potenciais construtivos oriundos de tombamentos de imóveis da Imrandade conforme determina a Lei Municipal número 16.050/2014. Em 31 de dezembro de 2021, citados potenciais construtivos foram registrados no montante total de R\$ 125.743, este montante representa um desajuste frente ao valor de face dos potenciais construtivos concedidos de 75% sendo considerado pela Imrandade como valor justo das imóveis. Não nos foi permitido acesso ao racional e ao cálculo efetivo para aplicação de referido desajuste, desta forma não obtivemos evidências suficientes para avaliarmos por meio de procedimentos de auditoria se havia a necessidade de ajustes sobre o valor de realização dos citados potenciais construtivos. Nossa auditoria foi conduzida de acordo com as normas brasileiras e internacionais de auditoria. Nossas responsabilidades, em conformidade com tais normas, estão descritas na seção a seguir, intitulada "Responsabilidades do auditor pela auditoria das demonstrações contábeis". Somos independentes em relação à Imrandade, de acordo com os princípios éticos relevantes previstos no Código de Ética Profissional do Contador e nas normas profissionais emitidas pelo Conselho Federal de Contabilidade, e cumpriamos com as demais responsabilidades éticas de acordo com essas normas. Acreditamos que a evidência de auditoria obtida é suficiente e apropriada para fundamentar nossa opinião com ressalvas. **Ênfase:** Inerteza relevante relacionada com a continuidade operacional: Chamamos a atenção para a Nota Explicativa nº 1 às demonstrações financeiras, que indica que a Imrandade possui patrimônio social negativo de R\$ 238.889 no exercício findo em 31 de dezembro de 2021 (R\$ 243.529 em 31 de dezembro de 2020), e na mesma data, o passivo circulante da Imrandade excedeu o ativo circulante em R\$ 363.449 (R\$ 608.198 em 31 de dezembro de 2020). Conforme apresentado na nota explicativa 1, esse evento ou condição, juntamente com outros assuntos descritos na nota explicativa 1, indicam a existência de inerteza relevante que pode levantar dúvida significativa quanto à capacidade de continuidade operacional da Imrandade. Nossa conclusão não contém ressalva relacionada a esse assunto. **Outros assuntos:** Demonstrações contábeis do exercício anterior examinadas por outro auditor independente: O exame das demonstrações contábeis referentes ao exercício findo em 31 de dezembro de 2020, preparadas originalmente antes dos ajustes decorrentes descritos na nota explicativa 2.2, foi conduzido sob a responsabilidade de outro auditor independente que emitiu relatório de auditoria sem modificações com data de 14 de abril de 2021. Como parte dos nossos exames das demonstrações contábeis de 2021, examinamos também os ajustes descritos na nota explicativa 2.2, que foram efetuados para alterar os valores correspondentes

Fonte: PAOLILLO, CARDENUTO, SILVEIRA, ROVERI, SIMÕES (2022).