



DEFASAGEM DA TABELA SUS E A CRISE FILANTRÓPICA: PROPOSTA DE GOVERNANÇA FEDERATIVA VIA INATSUS

ANDRESSA CRISTHIANE ADAMI HILGENBERG

RESUMO

O presente trabalho analisa os impactos da defasagem da Tabela SUS na sustentabilidade econômico-financeira dos hospitais filantrópicos e a omissão da União quanto à atualização periódica dos repasses. Considerando que essas entidades respondem por parcela significativa da oferta de serviços de média e alta complexidade no âmbito do Sistema Único de Saúde, a manutenção de valores desatualizados compromete a efetividade do direito à saúde e a continuidade da assistência pública. Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, natureza analítico-propositiva e técnica documental, fundamentada em análise normativa, dados públicos oficiais, experiências estaduais e internacionais, bem como jurisprudência constitucional. Identificou-se que os reajustes recentes foram pontuais, desproporcionais frente à inflação do setor e desprovidos de critérios técnicos permanentes, o que reforça o cenário de subfinanciamento estrutural. Ademais, observou-se a ausência de regulamentação eficaz da Lei nº 14.820/2024, bem como a inexistência de instrumento legal que assegure a atualização automática da Tabela com base em parâmetros econômicos objetivos. A pesquisa conclui que há omissão normativa específica da União, com consequências diretas para o pacto federativo e para a manutenção dos contratos com a rede filantrópica. Como resposta institucional, propõe-se a criação do Índice Nacional de Atualização da Tabela do Sistema Único de Saúde (INATSUS) – mecanismo legal vinculante, indexado a indicadores oficiais, como o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Subgrupo Saúde (IPCA-Saúde), calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e a Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH), aferida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – a ser regulamentado por lei ordinária federal e operacionalizado por instância técnica federativa permanente. O modelo visa garantir previsibilidade orçamentária, equilíbrio contratual, segurança jurídica e governança pública eficiente, contribuindo para a superação de medidas paliativas e assegurando a efetividade do direito à saúde no Brasil.

Palavras-chave: financiamento público; saúde hospitalar; equilíbrio federativo.

1 INTRODUÇÃO

A defasagem da Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizada como base de cálculo para o custeio de serviços hospitalares, configura um dos maiores entraves à sustentabilidade da rede assistencial pública e filantrópica no Brasil. Hospitais filantrópicos, responsáveis por mais da metade dos leitos do SUS e 70% das cirurgias complexas, enfrentam desequilíbrios crônicos devido a valores incompatíveis com os custos reais. Trata-se de uma crise estrutural agravada por omissão normativa da União na atualização periódica da remuneração.

A Lei nº 14.820/2024, que determina a revisão sistemática da Tabela SUS, representou avanço normativo. No entanto, sua implementação prática tem sido limitada e insuficiente.

As portarias posteriores do Ministério da Saúde limitaram-se a reajustes médios de 3,5%

em 2024 e repasses extraordinários, sem instituir critérios técnicos de reajuste regular, tampouco mecanismos institucionais de governança federativa para operacionalização da política pública. Assim, a omissão da União persiste, violando os princípios da legalidade, eficiência e continuidade dos serviços públicos.

Sob o ponto de vista jurídico, a ausência de um instrumento legal efetivo de atualização automática e proporcional da Tabela SUS fere a lógica do Estado de Direito e a estrutura federativa do SUS, comprometendo o equilíbrio intergovernamental e a responsabilidade compartilhada entre entes da Federação na execução da política de saúde.

Ademais, transfere-se ao Judiciário a responsabilidade de suprir a inércia administrativa, por meio de judicializações pontuais e decisões de impacto limitado, o que reforça a descoordenação institucional e o aumento de insegurança jurídica na gestão pública hospitalar. A ineficiência do modelo atual é agravada pela vigência da Emenda Constitucional nº 95/2016, que instituiu o novo regime fiscal e congelou os investimentos federais em saúde, educação e assistência por vinte anos. Ainda que a Emenda tenha sido atenuada pela aprovação da Lei Complementar nº 197/2024, persistem os desafios jurídicos e orçamentários quanto à vinculação de recursos e à atualização periódica de parâmetros remuneratórios.

Paralelamente, o Conselho Nacional de Saúde, instância máxima de controle social do SUS, expediu entre janeiro e abril de 2024 uma série de Recomendações (nº 001 a 007/2024) direcionadas ao Ministério da Saúde e ao Congresso Nacional, nas quais alerta para o risco sistêmico da manutenção da defasagem da Tabela SUS. Em tais manifestações, o CNS assevera que a ausência de correção dos valores compromete a universalidade, integralidade e equidade da assistência, especialmente em regiões com menor densidade de equipamentos próprios, que dependem quase exclusivamente de hospitais filantrópicos conveniados.

Diante desse cenário, o presente estudo parte da hipótese de que a inércia normativa e administrativa da União na efetivação da revisão periódica da Tabela SUS configura omissão institucional grave, juridicamente caracterizável e passível de controle de constitucionalidade.

O trabalho objetiva propor uma resposta estruturante a essa omissão por meio da criação de um mecanismo técnico e legal de atualização automática e contínua da Tabela SUS, denominado INATSUS – Índice Nacional de Atualização da Tabela SUS.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa aplicada, de abordagem qualitativa e natureza analítico-propositiva, com delineamento teórico-normativo, voltada à análise jurídico-administrativa da defasagem da Tabela SUS e seus impactos sobre a sustentabilidade dos hospitais filantrópicos no Brasil.

A investigação foi realizada com base em análise documental e normativa, sem recorte geográfico delimitado, abrangendo o cenário nacional e experiências internacionais selecionadas (Reino Unido, Canadá e Portugal), considerando sua relevância para o modelo federativo brasileiro.

A amostra compreendeu documentos oficiais, normas legais, jurisprudência, relatórios técnicos e dados públicos nacionais e internacionais. Os instrumentos incluíram: Constituição de 1988, EC nº 95/2016, LC nº 197/2023, Lei nº 14.820/2024, Portarias GM/MS nº 6.464 e 6.465/2024, Recomendações nº 001 a 007/2024 do CNS, Auditoria TCU nº 013.877/2021-0, além de SIGTAP, CNES, SIOPS, IPCA-Saúde (IBGE) e VCMH (ANS).

A análise foi conduzida por técnica documental com método dedutivo, culminando na proposição do INATSUS como resposta normativa estruturante.

O método adotado, por ser baseado em análise documental normativa, pode ser replicado para avaliação de outras políticas públicas de financiamento em saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela SUS, instituída como parâmetro oficial para o financiamento de procedimentos e serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde, apresenta defasagem crítica e persistente em relação aos custos reais incorridos pelos prestadores, especialmente pelas entidades filantrópicas. Embora a promulgação da Lei nº 14.820/2024 represente avanço normativo ao prever a revisão periódica dos valores, sua regulamentação permanece incipiente e ainda não resultou em recomposição estrutural da remuneração.

Em 2024, as Portarias GM/MS nº 6.464 e 6.465 instituíram repasses extraordinários de R\$ 2,9 bilhões e um reajuste médio de 3,5%, percentual significativamente inferior à inflação acumulada no setor. Dados do IBGE e da ANS revelam que, entre 2020 e 2023, os custos médico-hospitalares aumentaram mais de 30%, evidenciando a insuficiência do reajuste promovido (Brasil, 2024a; IBGE, 2023; ANS, 2023).

O gráfico comparativo entre IPCA-Saúde e o reajuste da Tabela SUS (2013–2024) evidencia que, enquanto os custos médico-hospitalares aumentaram mais de 85%, os valores da Tabela permaneceram praticamente congelados, com um único reajuste de 3,5% previsto para 2025.

Figura 1 – Inflação da saúde versus reajuste da Tabela SUS (2013–2024)



Fonte: IBGE (IPCA-Saúde), ANS (VCMH) e Portarias GM/MS nº 6.464 e 6.465/2024. Elaboração própria.

A discrepância se acentua quando se compara a evolução da VCMH no mesmo período, cuja variação acumulada ultrapassa 85%, frente à estagnação da Tabela SUS, como ilustrado na figura elaborada com base nos dados da ANS e do Ministério da Saúde.

Figura 2 – Comparativo entre VCMH acumulado e Reajuste da Tabela SUS (2013–2024)



Fonte: *Elaboração própria com base em dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2024) e Portarias GM/MS nº 6.464 e 6.465/2024.*

Segundo relatório técnico da Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos (CMB, 2023), a defasagem média nos procedimentos de média e alta complexidade supera 400%, comprometendo severamente a sustentabilidade econômica das entidades contratualizadas.

A Auditoria nº 013.877/2021-0, do Tribunal de Contas da União, reconheceu a insuficiência da Tabela SUS e recomendou critérios técnicos periódicos para sua atualização. Contudo, a ausência de norma que assegure correção automática mantém o desequilíbrio financeiro e a insegurança contratual (Tribunal de Contas da União, 2021).

Essa omissão reiterada da União tem sido objeto de manifestações formais do Conselho Nacional de Saúde ao longo de 2024, por meio das Recomendações nº 001 a 007, que alertaram para o risco iminente de desassistência em regiões cujo atendimento é prestado majoritariamente por hospitais filantrópicos (Conselho Nacional de Saúde, 2024). Nessas localidades, a ausência de recomposição tarifária aprofunda as desigualdades regionais e afronta os princípios da universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde.

A inexistência de regra jurídica que vincule a Tabela SUS a parâmetros econômicos objetivos evidencia uma deficiência estrutural na governança orçamentária federal.

Embora a LC nº 197/2023 tenha revisto o arcabouço fiscal, não previu mecanismos vinculantes de recomposição periódica da tabela de remuneração da saúde pública.

Essa lacuna normativa viola o princípio da boa administração pública, compromete a continuidade dos serviços essenciais e fere o pacto federativo, configurando hipótese típica de omissão estatal nos termos do artigo 103, §2º, da Constituição Federal (Brasil, 1988).

A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF), nas decisões proferidas na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 45 e na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 5595, reafirma que o dever de efetivação das políticas públicas essenciais não pode ser afastado por restrições fiscais, sob pena de afronta a direitos fundamentais (STF, 2004; 2020).

Sob uma perspectiva comparada, experiências internacionais demonstram a viabilidade de modelos legais de atualização automática dos valores em políticas públicas de saúde. O National Health Service (NHS), no Reino Unido, adota um sistema tarifário corrigido anualmente com base em índices oficiais de custos hospitalares; no Canadá, os contratos com prestadores são ajustados com base nos custos regionais efetivos; e, em Portugal, a tabela de preços do Serviço Nacional de Saúde é revisada periodicamente por normas técnicas específicas (Reino Unido, 2023; Canadá, 2023; Portugal, 2023).

A ausência de mecanismo similar no Brasil evidencia fragilidade institucional e eleva o risco de judicialização da política orçamentária em saúde.

Diante desse cenário, propõe-se a criação do Índice Nacional de Atualização da Tabela SUS (INATSUS), concebido como um mecanismo legal, técnico e federativo de correção periódica e automática da remuneração dos procedimentos hospitalares.

A ser instituído por lei ordinária federal, o índice operaria com base em indicadores públicos objetivos, como o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Subgrupo Saúde (IPCA-Saúde), apurado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e a Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH), calculada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), aplicados em média ponderada.

A título exemplificativo, considere-se o procedimento de hemodiálise, cujo valor está fixado em R\$ 194,20 desde 2019. Aplicando-se uma média ponderada de 60% da variação da VCMH (78,5%) e 40% da variação do IPCA-Saúde (65,2%), obtém-se um reajuste aproximado de 72,5%. O valor corrigido seria de R\$ 334,99, assegurando maior aderência aos custos reais,

estabilidade contratual e previsibilidade orçamentária. Esse modelo visa substituir políticas paliativas por uma sistemática normativa sólida de recomposição tarifária, fortalecendo o pacto federativo e mitigando distorções regionais.

A proposta dialoga com experiências exitosas no âmbito estadual, como a Tabela Paulista, instituída pela Resolução SS nº 198, de 29 de dezembro de 2023, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que criou critérios próprios de complementação financeira aos estabelecimentos conveniados ao SUS paulista (São Paulo, 2023). Essa política de valorização local dos prestadores de serviços tem-se mostrado eficaz na manutenção da assistência e poderia ser nacionalizada mediante formalização legal do INATSUS, com base no princípio da cooperação federativa.

A adoção do índice em âmbito nacional, sob governança tripartite e paritária entre União, entes subnacionais e rede contratualizada, promoveria coesão institucional, justiça distributiva e segurança jurídica. Isso conferiria maior estabilidade técnica ao financiamento da saúde pública e reduziria o passivo litigioso oriundo da omissão estatal reiterada.

Apesar da robustez analítica e da fundamentação jurídica e normativa apresentadas, reconhece-se, como limitação metodológica, a ausência de validação empírica da proposta junto aos gestores hospitalares e técnicos do Ministério da Saúde, bem como a não aplicação simulada do INATSUS sobre bases reais de dados financeiros extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) ou de contratos firmados com a rede filantrópica.

A análise propositiva, embora baseada em parâmetros oficiais e experiências internacionais relevantes, exige complementações futuras com vistas a testar sua viabilidade prática e técnica em contextos orçamentários concretos.

Essa limitação, no entanto, não compromete a aplicabilidade da proposta, mas reforça a necessidade de sua evolução em estágios posteriores de pesquisa aplicada e institucional.

4 CONCLUSÃO

O presente artigo investigou os impactos da defasagem da Tabela SUS sobre a sustentabilidade dos hospitais filantrópicos. Demonstrou-se que, mesmo após a promulgação da Lei nº 14.820/2024, o subfinanciamento persiste devido à ausência de regulamentação eficaz e de mecanismos legais de atualização periódica dos valores pagos.

A análise dos dados oficiais revelou que os reajustes recentes foram insuficientes diante da inflação acumulada do setor saúde. Essa insuficiência compromete a continuidade dos serviços, viola princípios constitucionais e amplia desigualdades regionais.

O estudo também identificou omissão normativa da União, com respaldo em jurisprudência do STF que reconhece o dever estatal de garantir políticas públicas essenciais. Essa inércia afeta diretamente a efetividade do direito à saúde.

Como resposta a esse cenário, o artigo propôs a criação do INATSUS – Índice Nacional de Atualização da Tabela SUS. Trata-se de uma proposta normativa inédita, desenvolvida neste artigo como contribuição concreta à política pública de financiamento do SUS. A medida busca assegurar previsibilidade, estabilidade contratual e justiça distributiva.

A proposta encontra respaldo em modelos internacionais e iniciativas estaduais bem-sucedidas. Ainda assim, apresenta limitações. Trata-se de proposta teórica, que requer validação empírica e análise técnico-orçamentária para sua efetiva implementação.

Recomenda-se que estudos futuros aprofundem comparações internacionais, testem cenários com dados reais do SIOPS e CNES e proponham modelos de governança tripartite viáveis para operacionalização do índice.

A pesquisa reforça que superar a defasagem da Tabela SUS exige soluções estruturais, jurídicas e cooperativas. O fortalecimento do pacto federativo e da governança no financiamento da saúde é essencial à garantia do direito fundamental à saúde no Brasil.

A urgência de uma resposta legislativa robusta e a existência de parâmetros técnicos já

disponíveis demonstram que o INATSUS é uma proposta exequível, legítima e compatível com a realidade federativa brasileira. Sua instituição representa um passo necessário, viável e inadiável para restaurar a eficiência, a justiça e a sustentabilidade no financiamento da saúde pública nacional.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH)*. Disponível em: <https://www.gov.br/ans>. Acesso em: 10 maio 2025.

BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. *Curso de Direito Administrativo*. 34. ed. São Paulo: Malheiros, 2017.

BINENBOJM, Gustavo. *Uma teoria do direito administrativo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2020.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988.

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016*. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 dez. 2016.

BRASIL. *Lei Complementar nº 197, de 31 de agosto de 2023*. Institui o novo arcabouço fiscal para a sustentabilidade da dívida pública. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 set. 2023.

BRASIL. *Lei nº 14.820, de 16 de janeiro de 2024*. Dispõe sobre a revisão periódica da Tabela SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 6.464, de 3 de maio de 2024*. Estabelece o repasse de recursos federais adicionais a hospitais filantrópicos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 6.465, de 3 de maio de 2024*. Define reajuste médio de 3,5% em procedimentos da Tabela SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos (SIGTAP)*. Disponível em: <https://sigtap.datasus.gov.br>. Acesso em: 9 maio 2025.

CANADÁ. Health Canada. *National Health Expenditure Trends 2023*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information, 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Recomendações nº 001 a 007/2024 ao Ministério da Saúde*. Brasília: CNS, 2024. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br>. Acesso em: 10 maio 2025.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. *Direito Administrativo*. 35. ed. São Paulo: Atlas, 2022.
INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *IPCA Saúde – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Subgrupo Saúde*. Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 maio 2025.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília: OPAS, 2011.

OLIVEIRA, Maria Helena Machado de. *Gestão pública e saúde: o desafio da eficiência no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS*. 3. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. *Resolução SESA nº 254, de 29 de novembro de 2021*. Estabelece incentivos financeiros à alta complexidade. Diário Oficial do Estado do Paraná, Curitiba, PR, 1 dez. 2021.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. *Tabela de preços e tarifas do SNS 2023*. Lisboa, 2023.

REINO UNIDO. National Health Service. *NHS tariff and pricing system 2023*. Londres: Department of Health and Social Care, 2023.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. *Resolução SS nº 60, de 29 de abril de 2022*. Institui a Tabela Paulista de procedimentos. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, 30 abr. 2022.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. *Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental – ADPF 45*. Rel. Min. Celso de Mello. Julgado em 29 abr. 2004. Diário da Justiça, Brasília, DF, 20 maio 2004.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. *Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADI 5595*. Rel. Min. Marco Aurélio. Julgado em 28 out. 2020. Diário da Justiça, Brasília, DF, 4 nov. 2020.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. *Relatório de Auditoria Operacional nº 013.877/2021-0: Avaliação do subfinanciamento no SUS*. Brasília: TCU, 2021. Disponível em: <https://www.tcu.gov.br>. Acesso em: 10 maio 2025