

PROTOCOLO Nº: 477800/23
ORIGEM: COORDENADORIA DE GESTÃO MUNICIPAL
INTERESSADO: COORDENADORIA DE GESTÃO MUNICIPAL, TRIBUNAL DE
CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ
ASSUNTO: CONSULTA
PARECER: 273/23

Consulta. Fundação municipal de saúde. Prestação de serviços de média e alta complexidade. Direito à saúde. Competência material comum. Expansão das políticas de saúde pelo Município. Possibilidade. Necessidade de manutenção do equilíbrio orçamentário e fiscal. Acórdão nº 3093/20 – Tribunal Pleno, desta Corte. Precedente com força normativa. Impossibilidade de desvinculação do orçamento da fundação pública. Contabilização dos gastos como despesa com pessoal. Parecer ministerial pelo conhecimento e oferecimento de resposta.

Trata-se de Consulta formulada pelo Presidente deste Tribunal de Contas, Conselheiro Fernando Augusto Mello Guimarães, a partir de provocação da Coordenadoria de Gestão Municipal (peça 2), por meio da qual indaga (peça 3):

- a) As despesas com a folha de pagamento de fundações de saúde municipais que atendam serviços de saúde de média e alta complexidade devem ser excluídas do cômputo dos índices de pessoal do município?
- b) No caso de resposta positiva à questão anterior, quais cargos da folha de pagamento devem ser excluídos do cálculo, somente os ligados à área de saúde de média e alta complexidade ou os cargos administrativos e de gestão também devem ser excluídos?
- c) Ainda no caso de resposta positiva, é necessário para a exclusão do cálculo que tais cargos não sejam inerentes às categorias funcionais abrangidas pelo respectivo plano de cargos e salários do quadro de pessoal do próprio município, nos termos da Instrução Normativa nº 174/2022?

O relator, Conselheiro Fábio de Souza Camargo, determinou a remessa dos autos para a Escola de Gestão Pública para manifestação (Despacho nº 1031/23, peça 5).

A Supervisão de Jurisprudência e Biblioteca (Informação nº 109/23, peça 7) apresentou os julgados com força normativa que tangenciam o tema da consulta.

A Coordenadoria de Gestão Municipal (Instrução nº 3981/23, peça 10) apontou, inicialmente, que “o próprio §1º do artigo 18 da LRF se preocupou em impedir que por meio de contratos de terceirização de mão de obra o ente da Federação se furte ao cumprimento dos limites de despesas com pessoal estabelecidos nos seus artigos 22 e 23.” Nesse panorama, aduz a unidade técnica que “naquelas terceirizações em que se objetiva a pura e simples substituição de mão de obra de servidores e empregados públicos em detrimento de admissão via concurso público, o ente da Federação deve necessariamente efetuar a devida contabilização nos termos da Lei de Responsabilidade Fiscal”.

A CGM denota que tal raciocínio é reforçado pela Instrução Normativa nº 174/22, desta Corte, cujo art. 3º, parágrafo único, estabelece que “na aferição do limite disposto neste artigo será somada a despesa com mão de obra terceirizada ou a esta equiparada, que se refira à contratação de forma indireta empregada em atividade-fim da instituição ou inerente a categorias funcionais abrangidas pelo respectivo plano de cargos e salários do quadro de pessoal, a serem contabilizadas no grupo de natureza “Outras Despesas de Pessoal.”

Prossegue o instrutivo assentando que “a jurisprudência deste Tribunal de Contas exclui do índice de pessoal as despesas com a terceirização de serviços de média e alta complexidade, além dos plantões noturnos e em finais de semana, desde que os profissionais contratados não estejam abrangidos pelo quadro funcional do município”. Nessa esteira, aponta que “ao contemplar em seu quadro funcional profissionais necessários à prestação dos serviços de média e alta complexidade (a princípio não inseridos dentro de sua competência constitucional), o próprio ente da Federação relativiza o seu caráter meramente complementar e atrai para si o dever de observar, também nessa hipótese, os limites legais de despesas com pessoal”.

De acordo com a CGM, o mesmo entendimento deve ser aplicado à situação das fundações municipais de saúde, como se nota do seguinte excerto:

Não se trata de contratação de entidade voltada à prestação de serviços de saúde de caráter acessório, instrumental ou complementar às competências constitucionais do município, mas sim de criação de fundação pública destinada a executar atividades contínuas de interesse da municipalidade, tanto é assim que os profissionais contratados passam a integrar a folha de pagamento do ente.

Não faz sentido excluir do cômputo dos índices de pessoal do município as despesas com folha de pagamento para atendimento de serviços de saúde de média e alta complexidade simplesmente pelo fato de terem sido transferidas para a folha de pagamento da fundação pública haja vista que, segundo o entendimento do próprio Tribunal, compreendem o mesmo orçamento público.

Em sua conclusão, opina pelo oferecimento da seguinte resposta ao primeiro questionamento formulado: “Quando as despesas com os profissionais necessários à prestação dos serviços de média e alta complexidade estiverem

contempladas na própria folha de pagamento das fundações públicas não é possível a sua exclusão do cômputo dos índices de pessoal do município”. O oferecimento de resposta às demais questões restou prejudicado.

É o breve relato.

Preliminarmente, verifica-se que os requisitos de admissibilidade, previstos no art. 311 do Regimento Interno da Corte, foram satisfeitos por esta consulta: (i) o consulente é autoridade legítima; (ii) a dúvida foi formulada mediante quesitos objetivos e em tese; (iii) o questionamento versa sobre matéria inserida no âmbito de competência interpretativa do Tribunal de Contas.

Ainda preliminarmente, esclareça-se que tramitam nesta Corte as Consultas nº 295714/16, 564948/17, 292848/20 e 329249/21, que abordam o tema central deste feito, qual seja, a contabilização, como despesa de pessoal, dos gastos com serviços de saúde de média e alta complexidade prestados por Municípios e entidades da administração indireta. Assim, para assegurar a formação de jurisprudência coerente e íntegra, recomenda-se o apensamento dos processos para que seja prolatada decisão única, consoante previsão do art. 364 do Regimento Interno.

Seguindo a linha interpretativa adotada pelo *Parquet* em tais processos, entende-se que a natureza do serviço de saúde (de baixa, média ou alta complexidade) não pode ser adotada como critério para a contabilização dos referidos gastos como despesa com pessoal. Em verdade, a análise da legislação aplicável à espécie conduz ao raciocínio de que, dada a unidade e organicidade do SUS, os entes federativos deverão agir de maneira articulada e coordenada para a implementação das políticas de saúde, sendo inviável a restrição, *a priori*, da competência de cada um deles nessa matéria. Essa é a base da chamada gestão tripartite do Sistema Único de Saúde.

Veja-se que o art. 198 da Constituição, ao consagrar a existência de um sistema público de saúde, buscou privilegiar dentre suas diretrizes a descentralização das ações e serviços públicos, atribuindo direção única em cada esfera de governo. Ademais, o art. 23, II, da Constituição, estabelece como competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”.

Conclui-se, portanto, que o acesso aos bens e serviços inerentes à saúde pública se operacionaliza mediante a ação integrada e conjunta dos diversos agentes que integram o SUS, o que conforma verdadeiro exemplo de federalismo cooperativo. Em outras palavras, a existência de competência constitucional comum impõe à União, Estados, Distrito Federal e Municípios a atuação conjunta e coordenada para que o direito seja tutelado de maneira adequada.

A Lei nº 8.080/1990, por sua vez, ao disciplinar o direito constitucional à saúde, estabeleceu como princípio a “ênfase na descentralização dos serviços para os municípios” (art. 7º, IX, “a”), definindo como atribuição comum à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a promoção da articulação da política e dos respectivos planos de saúde (art. 15, XVIII). Ao mesmo tempo, releva notar que à direção estadual compete “promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde” (art. 17, I), enquanto a efetiva execução dos serviços públicos de saúde se insere na competência da direção municipal (art. 18, I).

Ao lado dessa disciplina legal de ordem geral, que indica um movimento no sentido de privilegiar a atuação local no âmbito da saúde, cumpre ainda salientar que, conforme o art. 36, § 1º da mesma legislação, “a base das atividades e programação de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS)” é estipulada nos planos de saúde, sendo vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações que não estejam neles previstas (§ 2º).

Não por outra razão, o Supremo Tribunal Federal já assentou a tese de que, sendo o direito à saúde alcançado por uma prestação estatal (em gênero), há responsabilidade solidária dos entes federados, que poderão ser demandados isolada ou conjuntamente para o seu cumprimento:

RECURSO EXTRAORDINÁRIO. CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. DIREITO À SAÚDE. TRATAMENTO MÉDICO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS. REPERCUSSÃO GERAL RECONHECIDA. REAFIRMAÇÃO DE JURISPRUDÊNCIA.

O tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente.

(STF, Plenário, RE 855178, Rel. Min. Luiz Fux, DJe 16/03/2015)

Ainda, ao julgar a ADI 6343, o entendimento da Suprema Corte foi reforçado, como se extrai do seguinte excerto da ementa do julgado:

2. A gravidade da emergência causada pela pandemia do coronavírus (COVID-19) exige das autoridades brasileiras, em todos os níveis de governo, a efetivação concreta da proteção à saúde pública, com a adoção de todas as medidas possíveis e tecnicamente sustentáveis para o apoio e manutenção das atividades do Sistema Único de Saúde.

3. A União tem papel central, primordial e imprescindível de coordenação em uma pandemia internacional nos moldes que a própria Constituição estabeleceu no SUS.

4. Em relação à saúde e assistência pública, a Constituição Federal consagra a existência de **competência administrativa comum entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios** (art. 23, II e IX, da CF), bem como prevê competência concorrente entre União e Estados/Distrito Federal para legislar sobre proteção e defesa da saúde (art. 24, XII, da

CF); permitindo aos Municípios suplementar a legislação federal e a estadual no que couber, desde que haja interesse local (art. 30, II, da CF); e prescrevendo ainda a descentralização político-administrativa do Sistema de Saúde (art. 198, CF, e art. 7º da Lei 8.080/1990), com a consequente descentralização da execução de serviços, inclusive no que diz respeito às atividades de vigilância sanitária e epidemiológica (art. 6º, I, da Lei 8.080/1990).

5. Não compete, portanto, ao Poder Executivo federal afastar, unilateralmente, as decisões dos governos estaduais, distrital e municipais que, no exercício de suas competências constitucionais, adotaram ou venham a adotar, no âmbito de seus respectivos territórios, importantes medidas restritivas como a imposição de distanciamento ou isolamento social, quarentena, suspensão de atividades de ensino, restrições de comércio, atividades culturais e à circulação de pessoas, entre outros mecanismos reconhecidamente eficazes para a redução do número de infectados e de óbitos, como demonstram a recomendação da OMS (Organização Mundial de Saúde) e vários estudos técnicos científicos, como por exemplo, os estudos realizados pelo Imperial College of London, a partir de modelos matemáticos (The Global Impact of COVID19 and Strategies for Mitigation and Suppression, vários autores; Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand, vários autores).

(STF, Plenário, ADI 6.343, Rel. para Acórdão Min. Alexandre de Moraes, DJe 30/04/2020)

Com efeito, ainda que a atuação municipal adote como partida procedimentos mais básicos e universais, já se demonstrou que tal competência não é genericamente estabelecida em lei (dado que a Constituição incumbiu ao Estado, enquanto gênero, abrangendo também os Municípios, a obrigação de prover o direito à saúde). E, por outro lado, a prestação de ações e serviços que inicialmente não eram efetivados no Município pressupõe a autorização no respectivo plano de saúde (que, assim, contempla competências mais abrangentes que a atenção básica) e compatibilidade com a programação anual orçamentária.

Nesse contexto jurídico-normativo, seria impossível a definição de competências estanques e pré-determinadas a serem exercidas por realidades municipais tão díspares, de sorte que reduzir a atuação municipal à atenção básica constituiria generalização incompatível com a organização tripartite do SUS e com o federalismo cooperativo que se impõe sobre a matéria.

Ora, em um país de dimensões continentais como o Brasil, a definição genérica de um conteúdo mínimo a ser prestado por realidades municipais tão distintas seria prejudicial à população, de modo que reduzir a atuação municipal à atenção básica constitui generalização incompatível com a organização do SUS e com a ordem constitucional.

Repita-se: a assunção de obrigações excedentes à atenção básica pressupõe planejamento específico do Município e integração com as demais esferas, o que não autoriza, de maneira alguma, a conclusão de que

nessa hipótese a prestação exorbita sua competência. Trata-se, em verdade, de legítimo exercício de competência material comum outorgada pela Constituição aos entes federativos.

Apenas ilustrativamente, seria absurdo cogitar que municípios de grande porte, como capitais e outros pujantes centros urbanos, estivessem legalmente circunscritos a apenas gerir a atenção básica do SUS, e que as respectivas políticas municipais abrangendo serviços de média e alta complexidade seriam mero exercício de poder discricionário. Em suma, municípios com capacidades distintas não devem ser artificialmente equiparados, como se a todos eles fossem concedidos os mesmos deveres legais no âmbito da saúde.

Nesse passo, **ao assumir a execução (ainda que por meio de fundação, de direito público ou privado) de quaisquer serviços que extrapolem a atenção básica à saúde, o Município nada mais faz que cumprir o dever constitucional que compartilha com Estado e União**, alinhado que está com todo o arcabouço normativo que ampara as políticas públicas no âmbito do Sistema Único de Saúde – inclusive, na esfera municipal, a fixação de diretriz específica em seu Plano de Saúde.

Tal assunção não se caracteriza como extraordinária, muito menos situação de atuação “complementar” do Município – a qual pressupõe, nos termos do art. 24 da Lei nº 8.080/1990, insuficiência no oferecimento de cobertura assistencial à população.¹ Trata-se, com efeito, de reconhecimento da capacidade para a incorporação do serviço, inclusive com o recebimento de incentivos financeiros por parte da União e do Estado. **Por inexistir qualquer nota de excepcionalidade nesse movimento, os gastos com a sua prestação deverão ser contabilizados de acordo com a LRF, nos termos previstos em seu art. 18.**²

Por tais considerações é que o Ministério Público de Contas conclui que inexistente fundamento para excepcionar a regra do art. 18 da Lei de Responsabilidade Fiscal. Tal dispositivo, por constituir relevante mecanismo de racionalização e planejamento das ações do Poder Público, que em regra demandam a mobilização de pessoal, deve ser reforçado para garantir que a

¹ Lei nº 8.080/1990: Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

² Lei Complementar nº 101/2000: Art. 18. Para os efeitos desta Lei Complementar, entende-se como despesa total com pessoal: o somatório dos gastos do ente da Federação com os ativos, os inativos e os pensionistas, relativos a mandatos eletivos, cargos, funções ou empregos, civis, militares e de membros de Poder, com quaisquer espécies remuneratórias, tais como vencimentos e vantagens, fixas e variáveis, subsídios, proventos da aposentadoria, reformas e pensões, inclusive adicionais, gratificações, horas extras e vantagens pessoais de qualquer natureza, bem como encargos sociais e contribuições recolhidas pelo ente às entidades de previdência. § 1º Os valores dos contratos de terceirização de mão-de-obra que se referem à substituição de servidores e empregados públicos serão contabilizados como "Outras Despesas de Pessoal".

eventual expansão das políticas públicas de saúde observe o necessário equilíbrio orçamentário e fiscal.

Nessa linha, aliás, essa Corte já decidiu, na Consulta nº 742908/19 (**Acórdão nº 3093/20 – Tribunal Pleno, com força normativa**), que “as fundações municipais integram a Administração Pública Indireta e devem obediência às regras dos arts. 18, 19 e 20 da lei de responsabilidade fiscal, de modo que inexistente possibilidade legal de desvincular o orçamento de fundação pública da prestação de contas do município visando reduzir o índice de despesas com pessoal”.

Isso posto, o Ministério Público de Contas opina pelo conhecimento da consulta, e, no mérito, pelo oferecimento da seguinte resposta ao primeiro questionamento: *os gastos com a folha de pagamento de fundações municipais que prestem serviços de saúde de média e alta complexidade deverão compor o índice de despesa com pessoal, nos termos dos artigos 18 e 20 da Lei de Responsabilidade Fiscal.*

Assim, o oferecimento de resposta à demais questões formuladas resta prejudicada.

Curitiba, data da assinatura digital.

Assinatura Digital

VALÉRIA BORBA
Procuradora-Geral do Ministério Público de Contas