

Of. 075/2026

Ponta Grossa, 08 de junho de 2026.

Ao Excelentíssimo Senhor

Carlos Massa Ratinho Junior

Governador do Estado do Paraná

Assunto: Pleito de urgência para implementação da Tabela SUS Paraná como instrumento de fortalecimento das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos – Manifestação conjunta da AMPG e ACIPG.

Excelentíssimo Senhor,

A Associação Médica de Ponta Grossa – AMPG, legítima representante do corpo clínico regional, e a Associação Comercial, Industrial e Empresarial de Ponta Grossa – ACIPG, instituição comprometida com o desenvolvimento econômico e social dos Campos Gerais, dirigem-se respeitosamente a Vossas Excelências para apresentar o presente apelo em defesa da sustentabilidade financeira dos hospitais filantrópicos e beneficentes que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Paraná.

As instituições filantrópicas representam um dos principais pilares da assistência hospitalar paranaense, sendo responsáveis por mais da metade dos atendimentos hospitalares de média complexidade e por parcela significativa dos procedimentos de alta complexidade realizados pelo SUS. Entretanto, a persistente defasagem dos valores praticados pela Tabela SIGTAP do Ministério da Saúde, sem recomposição compatível com os custos assistenciais e a inflação médica acumulada, tem gerado graves desequilíbrios financeiros.

Atualmente, inúmeros procedimentos são executados com remuneração substancialmente inferior ao seu custo real, ocasionando déficits operacionais contínuos. Como consequência, hospitais de



referência em diversas regiões do Paraná enfrentam dificuldades crescentes para manter suas atividades, comprometendo investimentos, ampliação de serviços e, sobretudo, a continuidade do atendimento à população.

A situação afeta diretamente serviços essenciais, como hemodiálise, terapia intensiva, cirurgias de alta complexidade e tratamentos oncológicos, cujos custos operacionais superam significativamente os valores repassados pelo sistema federal. Soma-se a isso o elevado custo de materiais e órteses, próteses e materiais especiais (OPME), indispensáveis para a realização de inúmeros procedimentos cirúrgicos.

Em Ponta Grossa e nos Campos Gerais, os reflexos dessa realidade são evidentes. Projetos estruturantes, como a ampliação da capacidade hospitalar da Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa, dependem diretamente da criação de mecanismos que garantam sustentabilidade financeira às instituições responsáveis pelo atendimento do SUS.

Diante desse cenário, propomos a implantação da Tabela SUS Paraná, inspirada no modelo adotado com êxito pelo Estado de São Paulo, que instituiu sistema de complementação financeira para procedimentos hospitalares, ambulatoriais e materiais especiais, por meio de recursos estaduais destinados ao fortalecimento da rede assistencial conveniada ao SUS.

Trata-se de medida juridicamente viável, alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde e respaldada por entendimentos dos órgãos de controle, permitindo ao Estado complementar os valores pagos pela União e assegurar maior equilíbrio econômico-financeiro às instituições contratualizadas.

A implementação da Tabela SUS Paraná representa uma ação estratégica para preservar a capacidade operacional dos hospitais filantrópicos, ampliar a oferta de serviços, reduzir filas de espera e garantir atendimento digno e seguro à população paranaense.

Dessa forma, a AMPG e a ACIPG vêm respeitosamente solicitar o apoio do Governo do Estado e da Assembleia Legislativa do Paraná para a análise, acolhimento e célere tramitação do Anteprojeto de Lei anexo, entendendo que a matéria possui caráter urgente e relevante interesse público.



Certos da sensibilidade e do compromisso de Vossas Excelências com a saúde dos paranaenses, renovamos nossos votos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,



Leonardo Puppi Bernardi

Presidente ACIPG



Mário Rodrigues Montemór Netto

Presidente AMPG



ANEXO:

O Paradigma da Tabela SUS Paulista como Solução para o Colapso das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos no Paraná: Proposta de Implementação e Carta de Apelo ao Governo do Estado e à Assembleia Legislativa

A Asfixia Financeira e o Colapso Estrutural da Rede Filantrópica do SUS

A rede de saúde suplementar e filantrópica que atende ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil enfrenta a crise financeira mais severa de sua história.² O subfinanciamento crônico decorre diretamente da defasagem histórica da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (SIGTAP) do Ministério da Saúde.² Estima-se que os repasses federais cubram, em média, apenas 60% dos custos reais dos procedimentos executados pelos hospitais beneficentes e pelas Santas Casas de Misericórdia.² Esse desequilíbrio atuarial acumulou um passivo de grandes proporções, forçando o fechamento de mais de 500 hospitais filantrópicos nos últimos cinco anos em escala nacional.³

No Estado do Paraná, o cenário de insolvência reflete a tendência nacional e gera grave preocupação para a sustentabilidade do atendimento médico de média e alta complexidade.⁴ Na última década, cerca de 150 hospitais de pequeno e médio porte encerraram suas atividades em solo paranaense, penalizados pelo estrangulamento do fluxo de caixa e pelo represamento de glosas administrativas.⁵ Um mapeamento financeiro realizado pela Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Beneficentes do Estado do Paraná (Femipa) evidenciou que, das 59 instituições afiliadas, 38 somavam um endividamento consolidado de aproximadamente R\$ 1 bilhão.⁴

Essa crise sistêmica provoca uma redução drástica na capacidade de oferta de serviços essenciais, resultando no bloqueio de leitos e no atraso de cirurgias eletivas.⁴ Hospitais de grande importância regional operam constantemente no limite da falência.⁴ Na região dos Campos Gerais, a situação atinge níveis críticos de vulnerabilidade assistencial.² O Hospital do Coração Bom Jesus (HCorBJ) e a Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa atendem a uma população de mais de 1 milhão de habitantes dividida entre as 3ª, 4ª e 21ª Regionais de Saúde.² Com o subfinanciamento, a região apresenta uma taxa de apenas 1,5 leito hospitalar por mil habitantes, índice muito inferior ao parâmetro mínimo de 3,5 leitos recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).⁷

Indicador Macroeconômico e Assistencial			Dado de Referência (Brasil / Paraná)	Fonte de Dados
Defasagem	Média	de	Cobre apenas 60% do custo	HCorBJ ²



Cobertura da Tabela SIGTAP	real dos procedimentos. ²	
Endividamento Nacional Consolidado do Setor	Evolução de R\$ 1,5 bilhão (2005) para R\$ 21 bilhões. ⁴	CMB ⁴
Hospitais Filantrópicos Encerrados (Nacional)	Mais de 500 instituições nos últimos 5 anos. ³	CNN Brasil ³
Hospitais Encerrados no Paraná (Última Década)	Cerca de 150 estabelecimentos de pequeno/médio porte. ⁵	Sindipar ⁵
Endividamento Mapeado de Afiliados Femipa	R\$ 1 bilhão distribuído em 38 de 59 hospitais. ⁴	Femipa ⁴
Relação de Leitos nos Campos Gerais (Paraná)	1,5 leito por 1.000 hab. (OMS recomenda mínimo de 3,5). ⁷	Santa Casa de Ponta Grossa ⁷

Para tentar atenuar o déficit mensal acumulado pela defasagem da tabela, os hospitais paranaenses recorrem a estratégias emergenciais paliativas.⁸ A Santa Casa de Ponta Grossa, por exemplo, articulou a campanha de mobilização social "Sabores que Abraçam", em parceria com estabelecimentos gastronômicos locais, visando arrecadar recursos adicionais para o custeio do serviço de oncologia.⁸ No entanto, ações comunitárias e donativos não suprem a ausência de uma política de Estado sustentável que remunere a produção hospitalar com base em custos reais de operação.⁸

A Sistemática da Tabela SUS Paulista como Alternativa Regulatória

Diante da falência iminente dos hospitais filantrópicos — que respondem por cerca de 50% dos atendimentos de média e alta complexidade —, o governo do Estado de São Paulo estruturou uma alternativa regulatória por meio do aporte sistemático de recursos do Tesouro Estadual para complementar o faturamento dos procedimentos. Esse modelo, conhecido como Tabela SUS Paulista, rompeu com a lógica das subvenções fixas e desvinculadas da produtividade, passando a adotar uma remuneração baseada na produção efetiva de serviços de saúde.

Na prática, o estado de São Paulo atua como um cofinanciador ativo da tabela federal, multiplicando o repasse em até 5 vezes (um acréscimo de até 400% sobre o valor da tabela SIGTAP) para mais de 5.000 procedimentos cirúrgicos, ambulatoriais e de alta complexidade. Essa política de incentivo financeiro



direto permitiu que os estabelecimentos de saúde equilibrassem suas contas, ampliassem o volume de exames de apoio diagnóstico e reduzissem significativamente as filas de espera para cirurgias eletivas.⁶

O Arcabouço Normativo da Tabela SUS Paulista

O sucesso da iniciativa paulista está fundamentado em um conjunto integrado de atos normativos e leis de suporte que conferem estabilidade fiscal e jurídica ao programa:

Diploma Normativo	Data de Edição	Função Regulatória e Impacto
Lei Estadual nº 17.461/2021	2021	Legislação de suporte para auxílio financeiro e contratualização de entidades sem fins lucrativos.
Decreto Estadual nº 67.905	28 de agosto de 2023	Altera o programa "Mais Santas Casas" (Decreto nº 66.374/2021) e institui a Tabela SUS Paulista.
Resolução SS nº 198	29 de dezembro de 2023	Detalha as normas técnicas e divide o programa em eixos: Hospitalar, Ambulatorial e OPME.
Decreto Estadual nº 70.643	25 de maio de 2026	Institui o Programa SUS Paulista Municipal, estendendo o complemento aos hospitais sob gestão municipal.

A divisão estruturada do programa pela Resolução SS nº 198/2023 permitiu segmentar os incentivos em três eixos prioritários: o Bloco Hospitalar, voltado ao custeio de internações e cirurgias de grande porte; o Bloco Ambulatorial, destinado a consultas especializadas e exames complementares; e o Bloco de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), que reduziu as glosas e viabilizou a aquisição de



insumos de alto custo. A expansão promovida pelo Decreto Estadual nº 70.643/2026 consolidou o modelo ao municipalizar o repasse complementar, garantindo isonomia tarifária aos hospitais sob gestão direta dos municípios.

Evidências Setoriais do Déficit Operacional: O Caso da Nefrologia, Terapia Intensiva e OPME

A necessidade urgente de uma política pública paranaense baseia-se na demonstração matemática de inviabilidade das operações de alta complexidade sob a tabela federal atual, conforme evidenciado pelas entidades representativas do setor beneficente e filantrópico ¹:

1. Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva

Estudos conduzidos pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) e pela Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante (ABCDT) identificaram um custo operacional médio real de aproximadamente R\$ 343,00 por sessão de hemodiálise.¹ Em contraste, a remuneração federal histórica fixava-se em apenas R\$ 240,97 por sessão, configurando um déficit operacional imediato superior a 38% por procedimento.¹ Mesmo com as atualizações da tabela federal em 2026, os créditos complementares continuam sendo incapazes de cobrir os custos operacionais básicos de manutenção das clínicas de diálise e terapia de substituição renal.¹

2. Terapia Intensiva (UTI)

A manutenção de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) impõe a disponibilidade permanente de tecnologia, equipes médicas e multiprofissionais especializadas, além do uso de insumos farmacêuticos de alto custo.¹ Levantamentos de custos hospitalares nacionais indicam que a diária operacional de um leito de UTI varia entre R\$ 2.000,00 e R\$ 4.000,00, valores imensamente superiores ao teto de remuneração regulado e praticado historicamente pelo SUS federal.¹

3. Incorporação Tecnológica e OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais)

A defasagem de faturamento atinge níveis alarmantes nas especialidades com intensa incorporação de insumos importados e tecnológicos, a exemplo da cardiologia intervencionista, neurocirurgia, cirurgia vascular, oncologia e ortopedia.¹ Dispositivos especializados como:

- Stents coronarianos;
- Endopróteses vasculares;
- Válvulas cardíacas;
- Implantes ortopédicos e sistemas de fixação vertebral;
- Dispositivos de infusão oncológica e cateteres de quimioterapia.¹



Estes itens representam a maior fatia do custo cirúrgico suportado pelas instituições.¹ Como os preços de mercado de OPME evoluem em ritmo inflacionário muito superior aos reajustes do Ministério da Saúde, os hospitais acumulam prejuízos a cada cirurgia de alta complexidade realizada, inviabilizando financeiramente o equilíbrio das contas.¹

Limitações do Modelo Vigente no Paraná e a Insuficiência de Medidas Temporárias

O Estado do Paraná dispõe, desde 2011, do Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS Paraná (HOSPSUS).⁹ O HOSPSUS representou um avanço ao fornecer auxílio financeiro regular de custeio a hospitais de referência regional e macrorregional, estruturados como retaguarda das redes prioritárias de atenção.¹⁰

No entanto, as premissas de cálculo e os limites do HOSPSUS evidenciam uma incapacidade estrutural para neutralizar o déficit causado pela defasagem da tabela SIGTAP¹⁰:

- **Remuneração Baseada em Capacidade Instalada e Não em Produção:** O repasse do HOSPSUS é atrelado ao número de leitos gerais e de UTI ofertados, associado ao cumprimento de metas de gestão monitoradas regionalmente.¹⁰ Esse arranjo não repara o prejuízo direto gerado a cada procedimento ou exame especializado realizado, mantendo os hospitais sob constante pressão de caixa à medida que aumentam o volume de sua produção assistencial.
- **Caráter Estático dos Incentivos:** Embora a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Sesa) realize realocações pontuais — a exemplo do incentivo fixo de R\$ 200 mil mensais destinado exclusivamente a maternidades de alto risco —, essas medidas são fragmentadas e não cobrem o espectro universal de cirurgias eletivas, cardiologia e oncologia.¹³
- **Inconsistência Temporal de Benefícios Indiretos:** A isenção de ICMS sobre a energia elétrica de hospitais que atendem pelo SUS possui prazo de expiração fixado em regulamento para abril de 2026.¹⁴ Tais benefícios temporários não substituem a necessidade de um fluxo contínuo e estruturado de receita operacional associado à produtividade das instituições.¹⁴

A ausência de uma complementação tarifária direta por procedimento estimula um círculo vicioso: na tentativa de mitigar prejuízos operacionais, os hospitais filantrópicos tendem a contrair sua oferta assistencial, o que reduz o número de leitos ativos e gera o aumento progressivo das filas de espera.⁴

Ademais, este estrangulamento operacional impede investimentos físicos fundamentais. O projeto de expansão regional da Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa — que planeja a construção de uma nova torre hospitalar para acrescentar 60 leitos (gerando 8.760 novas internações SUS ao ano), 4 salas cirúrgicas de alta tecnologia (permitindo mais 1.920 cirurgias ao ano) e um heliponto para resgate aeromédico rápido — depende diretamente do reequilíbrio econômico dos serviços para se tornar sustentável e exequível.⁷

Amparo Jurídico e Viabilidade Regulatória no Contexto Federativo

A criação de uma tabela estadual suplementar de remuneração para serviços de saúde prestados no âmbito do SUS é dotada de plena segurança jurídica, sustentando-se nas legislações federal, estadual e na pacífica jurisprudência de controle de contas públicas.

1. Legislação Sanitária Nacional e Federal

O arranjo normativo que rege o SUS assegura aos estados-membros a competência para formular e gerir políticas de financiamento complementares com recursos próprios. A Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde, nos artigos 1.140 a 1.142, estabelece que os estados, o Distrito Federal e os municípios têm autonomia para adotar tabelas de remuneração diferenciadas das federais para serviços assistenciais sob sua regulação, desde que empreguem estritamente recursos do próprio Tesouro estadual ou municipal para arcar com a complementação. A legislação veda unicamente o uso de transferências federais do teto MAC para custear qualquer valor acima dos limites fixados na tabela nacional.

Ademais, a Lei Federal nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), em consonância com as regras constitucionais, prevê a participação complementar da iniciativa privada sem fins lucrativos na rede de saúde, conferindo-lhes preferência de contratação.¹⁵

2. O Código de Saúde do Paraná e a Lei Estadual de Licitações

No âmbito do Estado do Paraná, o arcabouço normativo oferece todos os instrumentos legais necessários para a sustentação e implementação da Tabela SUS Paraná:

- **Código de Saúde do Estado do Paraná (Lei nº 13.331/2001):** Os artigos 14 e 15 da lei determinam que os serviços de saúde privados, filantrópicos ou lucrativos, participam do sistema de forma complementar mediante contrato ou convênio, prevendo expressamente que os critérios e valores de remuneração devem ser pactuados em observância às normas de funcionamento e às condições locais de cobertura assistencial.¹⁷
- **Lei Estadual de Licitações, Contratos e Convênios (Lei nº 15.608/2007):** Este diploma legal, recentemente atualizado pela Lei Estadual nº 22.964/2025, regulamenta o rito de celebração de convênios, parcerias e termos de credenciamento entre a Secretaria de Estado da Saúde (Sesa) e as entidades filantrópicas sem fins lucrativos, viabilizando o instrumento da contratualização de metas qualitativas e quantitativas com repasses financeiros diferenciados.¹⁸
- **Orçamento e Fundo Estadual de Saúde (FUNSAÚDE):** O Fundo Estadual de Saúde do Paraná dispõe das ferramentas operacionais para processar os repasses complementares fundo a fundo ou por execução direta de despesas descentralizadas, o que resguarda a legalidade e a transparência contábil da medida.²¹



3. Entendimento Vinculativo do Tribunal de Contas do Estado (TCE-PR)

A viabilidade jurídica de tabelas complementares locais foi definitivamente chancelada pelo Tribunal de Contas do Estado do Paraná.²⁴ Em consulta de caráter vinculativo formulada por prestadores e consórcios públicos de saúde, a Corte de Contas assentou que é lícita a elaboração de tabelas com valores diferenciados para a remuneração de serviços assistenciais públicos de saúde.²⁴

O Tribunal consolidou o entendimento de que a tabela SIGTAP nacional deve ser considerada uma referência de piso mínimo, sendo legítima a instituição de incentivo complementar pelo ente subnacional, desde que os recursos financeiros utilizados advenham do Tesouro do respectivo ente e estejam devidamente previstos em sua dotação orçamentária.²⁴

4. Legalidade das Adequações Propostas (Capacidade Mínima e Ajuste Semestral)

A proposição de fixar em 40% a capacidade mínima do SUS para habilitação no programa estadual (Art. 5º, III) é juridicamente viável e amplia a inclusão de prestadores altamente especializados. A Lei Complementar Federal nº 187/2021 (Lei do CEBAS) prevê que entidades de saúde podem obter e manter sua certificação beneficente mediante critérios alternativos de gratuidade ou serviços específicos quando não atingem os 60% regulares, o que confere plena legalidade à participação de tais instituições na Tabela SUS Paraná.

Adicionalmente, a estipulação de reavaliações e ajustes contratuais a cada 6 meses (Art. 6º, § 2º) respeita integralmente as vedações do Plano Real. A Lei Federal nº 10.192/2001 proíbe reajustes de preços baseados em índices inflacionários com periodicidade inferior a um ano. Todavia, a jurisprudência administrativa e o modelo paulista consolidam que a revisão semestral de metas assistenciais, limites orçamentários de faturamento e compensações físicas de procedimentos não se confunde com reajuste monetário de preços, sendo plenamente lícita a readequação periódica dos parâmetros de execução para evitar o subfinanciamento operacional.

Proposta de Intervenção: Carta de Apelo Político e Anteprojeto de Lei

Com o propósito de viabilizar a transposição do modelo regulatório paulista para o contexto paranaense, apresenta-se a seguir a estrutura de uma Carta de Apelo conjunta, subscrita de forma unificada pela **Associação Médica de Ponta Grossa (AMPG)** e pela **Associação Comercial, Industrial e Empresarial de Ponta Grossa (ACIPG)**, cuja sede integrada (Casa do Empresário) simboliza a união das forças técnicas e econômicas de nossa região. A proposta é acompanhada da minuta técnica do Anteprojeto de Lei que institui a Tabela SUS Paraná.



Pela ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE PONTA GROSSA (AMPG):

Dr. Mário Rodrigues Montemor Netto

Presidente da AMPG

Dra. Morgana Cláudia Aparecida Bérghamo Ortolan

Vice-Presidente da AMPG.

Dr. Francisco Pereira de Barros Neto

Diretor da AMPG.

Dr. Antônio Alcides Klug Jr.

Diretor da AMPG.

Dr. Joelson José Gulin

Diretor da AMPG.

Wagner Gil Denck Gestor

Gestor da AMPG.

Pela ASSOCIAÇÃO COMERCIAL, INDUSTRIAL E EMPRESARIAL DE PONTA GROSSA (ACIPG):

Leonardo Puppi Bernardi

Presidente da ACIPG

Rafael Issa Rickli

Vice-Presidente da ACIPG

Dr. Mário Rodrigues Montemor Netto

Diretor de Saúde da ACIPG

Edilson Gorte

Diretor de Políticas Públicas da ACIPG

Nelson Ari Canabarro



Diretor de Captação de Recursos

Wilson Souza De Oliveira

Diretor de Assuntos Comunitários e Governamentais

Anteprojeto de Lei: Instituição do Programa Tabela SUS Paraná

PROJETO DE LEI Nº ____ / 2026

Institui o Programa de Complementação Tarifária da Saúde Filantrópica – Tabela SUS Paraná, dispõe sobre as diretrizes de contratualização de serviços assistenciais, autoriza a complementação financeira de procedimentos do SUS com recursos do Tesouro Estadual e dá outras providências.

A ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ DECRETA:

Art. 1º Fica instituído, no âmbito do Estado do Paraná, o **Programa Tabela SUS Paraná**, com a finalidade de corrigir o subfinanciamento crônico e restabelecer a sustentabilidade econômico-financeira dos hospitais filantrópicos, Santas Casas de Misericórdia e hospitais beneficentes sem fins lucrativos contratualizados que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS).⁴

Art. 2º O Programa consistirá na concessão de aporte financeiro complementar, de forma regular e automática, pago adicionalmente aos valores previstos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (SIGTAP) do Ministério da Saúde.

Art. 3º A complementação financeira estabelecida por esta Lei será custeada estritamente com recursos do Tesouro do Estado do Paraná, consignados ao Fundo Estadual de Saúde (FUNSAÚDE/PR), observados os limites orçamentários aprovados.²¹ *Parágrafo único.* Fica expressamente vedada a utilização de recursos oriundos de transferências federais para o pagamento dos acréscimos tarifários previstos neste Programa, em conformidade com as regras sanitárias nacionais.

Art. 4º Os valores da Tabela SUS Paraná serão definidos pela Secretaria de Estado da Saúde (Sesa), mediante a aplicação de um fator multiplicador de até 5,0 (cinco inteiros) sobre o valor nominal estabelecido pela tabela federal, considerando os seguintes macroeixos de atuação: I – Bloco Hospitalar: destinado à complementação de cirurgias eletivas, internações clínicas, diárias de terapia intensiva e procedimentos de urgência e emergência ¹; II – Bloco Ambulatorial: voltado a consultas médicas especializadas, sessões de terapia renal substitutiva/hemodiálise, exames diagnósticos de apoio e terapias complexas ¹; III – Bloco de OPME: focado na recomposição de custos de órteses, próteses e materiais



especiais utilizados nos procedimentos regulados, com ênfase em dispositivos cardiológicos, vasculares, neurológicos, oncológicos e ortopédicos.¹

Art. 5º Para a habilitação e recebimento dos recursos complementares da Tabela SUS Paraná, as instituições hospitalares deverão preencher, de forma cumulativa, os seguintes requisitos: I – Ser associação privada sem fins lucrativos ou fundação beneficente de assistência social portadora do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS)¹⁴; II – Estar regularmente contratualizada junto ao gestor estadual ou municipal do SUS, com metas qualitativas e quantitativas formalizadas em termo de convênio ou contrato de prestação de serviços, nos termos da Lei Estadual nº 15.608/2007²⁰; III – Disponibilizar, no mínimo, 40% (quarenta por cento) de sua capacidade instalada ativa para o atendimento de usuários regulados pelo SUS, resguardadas as alternativas legais de certificação beneficente de saúde previstas na Lei Complementar Federal nº 187/2021; IV – Submeter-se ao monitoramento e avaliação sistemática de suas metas assistenciais por comissões técnicas designadas pelo órgão gestor da saúde.

Art. 6º A regulamentação técnica contendo a listagem detalhada de procedimentos cobertos, os fatores multiplicadores aplicáveis a cada especialidade e os fluxos de faturamento e auditoria da produção será expedida por meio de Resolução do Secretário de Estado da Saúde, com prévia aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR).³¹

§ 1º Os repasses estaduais de complementação previstos no caput serão processados de acordo com a produção de serviços efetivamente registrada pelas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (APAC) homologadas.¹

§ 2º Os limites financeiros de faturamento e as metas físicas e qualitativas contratualizadas de cada estabelecimento serão objeto de reavaliação técnica, revisão e ajuste operacional periódico a cada 6 (seis) meses por parte do gestor do respectivo contrato ou convênio, com vistas a resguardar a eficiência e a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro.

§ 3º O reajuste ordinário dos valores de referência da Tabela SUS Paraná ocorrerá anualmente, respeitado o interregno mínimo de 12 (doze) meses exigido pela Lei Federal nº 10.192/2001 e em consonância com o princípio de revisão anual estabelecido pela Lei Federal nº 14.820/2024.

Art. 7º As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão à conta de dotações orçamentárias próprias da Secretaria de Estado da Saúde e do Fundo Estadual de Saúde (FUNSAÚDE/PR), que deverão ser atualizadas nas leis orçamentárias anuais subsequentes.²¹

Art. 8º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Conclusões e Direcionamentos para a Sustentabilidade Assistencial

O agravamento da crise financeira das Santas Casas e hospitais filantrópicos no Paraná demonstra que a sustentabilidade da saúde pública estadual não pode depender de ações financeiras temporárias ou de campanhas emergenciais de captação de recursos.⁴ O subfinanciamento decorre de um desequilíbrio macroeconômico de origem federal, mas cujos efeitos deletérios — fechamento de leitos, desativação de hospitais e alongamento de filas cirúrgicas — recaem diretamente sobre a população do Paraná e pressionam a infraestrutura dos municípios.⁴

O modelo regulatório da Tabela SUS Paulista, ao instituir uma complementação tarifária sistemática com recursos do Tesouro local, estabelece o único instrumento capaz de realinhar as receitas hospitalares aos custos reais de prestação dos serviços.⁶ A proposta do SUS Paraná não representa uma substituição dos mecanismos estaduais de fomento vigentes, mas sim uma evolução necessária e estruturante do financiamento da rede.¹ Ela garante a segurança financeira para que as entidades executem projetos robustos de expansão física, como o novo complexo da Santa Casa de Ponta Grossa, eliminando vazios assistenciais históricos nos Campos Gerais.⁷

Recomenda-se que as instituições representativas, lideradas de forma inédita e sinérgica pela AMPG e ACIPG no cenário de Ponta Grossa, atuem de forma coordenada para converter a minuta de proposição legislativa apresentada em política de Estado. O alinhamento entre as prerrogativas do Código de Saúde do Paraná e a flexibilidade financeira do FUNSAÚDE garante a viabilidade jurídica imediata da Tabela SUS Paraná, configurando o passo mais decisivo para a preservação do direito constitucional à saúde em território paranaense.¹⁵

Referências citadas

1. Carta Tabela SUS Paraná.pdf
2. Chega de Silêncio - Hospital do Coração Bom Jesus, <https://hcorbj.com.br/noticias/chega-de-silencio>
3. Crise financeira impacta funcionamento das Santas Casas no Brasil | CNN SÁBADO, <https://www.youtube.com/watch?v=eiQFb8hjzUw>
4. Dívidas ameaçam funcionamento de Santas Casas e hospitais filantrópicos - CMB, <https://cmb.org.br/dividas-ameacam-funcionamento-de-santas-casas-e-hospitais-filantropicos/>
5. Cerca de 150 hospitais fecharam as portas no Paraná na última década, <https://www.bemparana.com.br/noticias/parana/cerca-de-150-hospitais-fecharam-as-portas-no-parana-na-ultima-decada/>
6. Contra filas, governo de SP cria Tabela SUS própria, com pagamento de até 5 vezes o valor federal - Biored Brasil, <https://www.bioredbrasil.com.br/contra-filas-governo-de-sp-cria-tabela-sus-propria-com-pagamento-de-ate-5-vezes-o-valor-federal/>
7. Região de PG tem déficit de leitos hospitalares, diz Santa Casa ..., <https://dcmais.com.br/ponta->

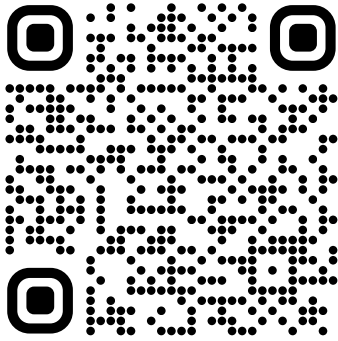


- [grossa/regiao-de-pg-tem-deficit-de-leitos-hospitalares-diz-santa-casa/](#)
8. Santa Casa de Ponta Grossa e SEHG lançam Projeto Sabores que Abraçam em prol da oncologia, <https://santacasapg.com/santa-casa-de-ponta-grossa-e-sehg-lancam-projeto-sabores-que-abracam-em-prol-da-oncologia/>
 9. HOSPSUS | Secretaria da Saúde, <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/HOSPSUS>
 10. Programa HospSUS como política de estado é uma necessidade para a saúde pública do Paraná - Hospital Angelina Caron, <https://hospitalangelinacaron.org.br/programa-hospsus-como-politica-de-estado-e-uma-necessidade-para-a-saude-publica-do-parana/>
 11. Hospsus | FEMIPA - Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Beneficentes do Estado do Paraná, <http://www.femipa.org.br/programas/hospsus/>
 12. Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde do Paraná - HOSPSUS, https://conselho.saude.pr.gov.br/sites/ces/arquivos_restritos/files/migrados/File/Apresentacao_HO_SPSUS_CES.pdf
 13. Governo do Paraná amplia apoio financeiro a maternidades de alto risco, <https://www.parana.pr.gov.br/aen/Noticia/Governo-do-Parana-amplia-apoio-financeiro-maternidades-de-alto-risco>
 14. Isenção de ICMS para energia de hospitais do SUS e remédios de hipertensão entra em vigor | Secretaria da Fazenda, <https://www.fazenda.pr.gov.br/Noticia/Isencao-de-ICMS-para-energia-de-hospitais-do-SUS-e-remedios-de-hipertensao-entra-em-vigor>
 15. Resolução SESA Nº 441 DE 30/04/2021 - Estadual - Paraná - LegisWeb, <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=413728>
 16. Legislação Sanitária - MPPR, <https://site.mppr.mp.br/saude/Pagina/Legislacao-Sanitaria>
 17. Lei Nº 13331 DE 23/11/2001 - Estadual - Paraná - LegisWeb, <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?legislacao=359960>
 18. Lei Nº 18777 DE 11/05/2016 - Estadual - Paraná - LegisWeb, <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=320438>
 19. Exibir Ato - Sistema Legislação, <https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/exibirAto.do?action=iniciarProcesso&codAto=380720&codItemAto=2413394>
 20. Lei Nº 15608 DE 16/08/2007 - Estadual - Paraná - LegisWeb, <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=323836>
 21. projeto de lei 224/2024, <https://storage.assembleia.pr.leg.br/orcamentos/eVbv2iCiPpbFiByVgBn5vctwmLdEH9WPVZNSoOS.pdf>
 22. RESOLUÇÃO SESA nº 418/2018 - Secretaria de Saúde do Paraná,

- https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/418_18.pdf
23. RESOLUÇÃO SESA nº 1083/2017 - Secretaria de Saúde do Paraná,
https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/1083_17.pdf
24. revista digital do tcepr, <https://revista.tce.pr.gov.br/wp-content/uploads/2025/08/REVISTA-DIGITAL-48-N48-2025.pdf>
25. Anahp Apoia - 18º Seminário Femipa acontecerá em março de 2026,
<https://www.anahp.com.br/noticias/anahp-apoia-18o-seminario-femipa-acontecera-em-marco-de-2026/>
26. Pessoa Jurídica - Portal da Transparência do Governo Federal,
<https://portaldatransparencia.gov.br/busca/pessoa-juridica/80238926000159>
27. Contratualização — Ministério da Saúde - Portal Gov.br, <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-hospitalar/contratualizacao>
28. FUNDAMENTOS PARA A CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE Texto Base
Introdução A Política Nacional de Regulação do Sist,
https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/22_texto_base_contratos_1.pdf
29. CIB/PR - Comissão Intergestores Bipartite do Paraná | Secretaria da Saúde,
<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/CIBPR-Comissao-Intergestores-Bipartite-do-Parana>
30. Exibir Ato - Sistema Legislação,
<https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/exibirAto.do?action=iniciarProcesso&codAto=58267&codItemAto=449488>
31. O caso em tela, já foi tema de análise desta Promotoria por meio do Procedimento Administrativo nº - MPPR,
https://site.mppr.mp.br/sites/hotsites/arquivos_restritos/files/migrados/File/notas_tecnicas/2019/N_T_1_2019-segunda_edicao_14_8_2019.pdf



Relatório de auditoria e validação de assinaturas eletrônicas



URL pública de verificação de integridade e autenticidade
<https://valida.ae/fdc16e1c0f719f421df14bb796fa97e3827e7af35a4c4bcc>

Assinaturas concluídas: 2 de 2

Assinaturas eletrônicas realizadas em conformidade com a Lei nº 14.063/2020 e Regulamento (UE) nº 910/2014 (eIDAS)



Como auditar e validar este documento

Você está visualizando uma via para impressão do documento, ela possui os dados de auditoria, porém ela pode ser alterada. Para conferir a integridade do documento e das assinaturas, acesse a URL pública de validação ou escaneie o QRCode ao lado.

090199a5c522f4f662ff3b54dc7
b1f557126f7020ec5a3eeac3492
b6cb4d6309 Hash SHA256 do original

Assinaturas presentes no documento

Leonardo Puppi Bernardi
027.992.859-96
Signatário

Mário Rodrigues Montemor Netto
017.681.189-30
Signatário

Trilha de auditoria

09/06/2026 10:08	Gláucia Daieny Padilha - ACIPG (glucia@acipg.org.br, CPF 066.957.159-80) criou o documento
	Hash SHA256 do arquivo: 090199a5c522f4f662ff3b54dc7b1f557126f7020ec5a3eeac3492b6cb4d6309
09/06/2026 10:08	Gláucia Daieny Padilha - ACIPG (glucia@acipg.org.br, CPF 066.957.159-80) visualizou o documento
	Endereço de IP: 177.36.181.34 Porta: 6325
09/06/2026 10:25	Mário Rodrigues Montemor Netto (montemornetto@gmail.com, CPF 017.681.189-30) visualizou o documento
	Endereço de IP: 179.247.173.108 Porta: 45793
09/06/2026 10:25	Mário Rodrigues Montemor Netto (montemornetto@gmail.com, CPF 017.681.189-30) assinou o documento
	Endereço de IP: 179.247.173.108 Porta: 45793 SO: Windows 10.0 Navegador: Chrome/149.0.0.0 Arquitetura: x64 Render engine: Gecko Tipo de geolocalização: IP Precisão: 5km+ Latitude e longitude: -25.0907, -50.1653
09/06/2026 10:43	Leonardo Puppi Bernardi (leopupber@gmail.com, CPF 027.992.859-96) visualizou o documento
	Endereço de IP: 200.192.98.152 Porta: 53654
09/06/2026 10:43	Leonardo Puppi Bernardi (leopupber@gmail.com, CPF 027.992.859-96) assinou o documento
	Endereço de IP: 200.192.98.152 Porta: 53654 SO: AndroidOS 10 Navegador: Chrome/149.0.0.0 Arquitetura: ARM Render engine: Gecko Tipo de geolocalização: IP Precisão: 5km+ Latitude e longitude: -25.1441, -50.0738