

RECURSO EXTRAORDINÁRIO 1.612.904 DISTRITO FEDERAL

RELATOR	: MIN. GILMAR MENDES
RECTE.(S)	: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE JUIZ DE FORA
ADV.(A/S)	: WILLIAM ARIEL ARCANJO LINS
RECDO.(A/S)	: UNIÃO
PROC.(A/S)(ES)	: ADVOGADO-GERAL DA UNIÃO

M A N I F E S T A Ç Ã O

O SENHOR MINISTRO GILMAR MENDES (RELATOR): Trata-se de recurso extraordinário interposto pela Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora contra acórdão do Superior Tribunal de Justiça que, ao dar parcial provimento ao recurso especial, anulou os atos decisórios praticados na ação de origem por reconhecer a necessidade de litisconsórcio passivo necessário entre a União e o ente federativo contratante. A controvérsia de fundo versa sobre o alegado desequilíbrio econômico-financeiro de convênios firmados entre entidades privadas e o Poder Público para a prestação complementar de serviços de saúde. Eis a ementa do acórdão impugnado:

“PROCESSO CIVIL E ADMINISTRATIVO. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. DESEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO. CONTRATOS DE CONVÊNIO FIRMADOS POR ENTIDADES PRIVADAS DE SAÚDE E O SETOR PÚBLICO. LITISCONSÓRCIO PASSIVO NECESSÁRIO DA UNIÃO E DO ENTE FEDERATIVO. PRECEDENTES. VIOLAÇÃO DO ART. 114 DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. ANULAÇÃO DOS ATOS DECISÓRIOS. RETORNO À ORIGEM. AGRAVO INTERNO PROVIDO. AGRAVO CONHECIDO PARA DAR PARCIAL PROVIMENTO AO RECURSO ESPECIAL. 1. As duas Turmas que compõem a Primeira Seção desta Corte pacificaram o entendimento de que, em demandas que discutem o desequilíbrio econômico-financeiro em contratos de convênio firmados por entidades privadas de saúde e o setor público, há necessidade de formação de litisconsórcio passivo necessário

entre a União e o ente federativo contratante (estado, município ou Distrito Federal). Precedentes. 2. Configurado o litisconsórcio passivo necessário, impõe-se a citação do ente federado responsável pela celebração do negócio jurídico, na forma do art. 115, parágrafo único, do Código de Processo Civil. Como consectário lógico, de rigor a anulação de todos os atos decisórios até então proferidos, com a devolução dos autos ao juízo de origem. 3. Agravo interno provido. Agravo conhecido para dar parcial provimento ao recurso especial. Demais teses prejudicadas.

No recurso extraordinário da Santa Casa de Misericórdia, interposto com fundamento no art. 102, III, *a*, da Constituição Federal, aponta-se violação aos arts. 5º. § 1º; 6º; 37; 150, II; 196; 197, 198 e 199 do texto constitucional, bem como o descumprimento do que decidido no julgamento dos Temas 793 e 1234.

Sustenta-se que o Supremo Tribunal Federal estabeleceu a responsabilidade solidária dos entes públicos nas demandas prestacionais na área de saúde, permitindo o ajuizamento da ação contra qualquer um dos entes federados, a critério do autor.

Assim, alega que nada impede que a União figure de forma isolada no polo passivo da demanda, ainda que o pedido formulado pela parte autora na exordial tenha como consentâneo direto o pagamento de eventuais valores a ela devidos pelos entes subnacionais, em decorrência do reconhecimento do direito em litígio, sendo possível à União Federal proceder ao encontro de contas por meio do Fundo Nacional de Saúde.

Defende-se, ademais, que a controvérsia diz respeito à revisão dos valores constantes da “Tabela de Procedimentos ambulatoriais e hospitalares do Sistema Público de Saúde - SUS”, fixada pela União, que é atualmente utilizada como critério de remuneração dos serviços prestados pelos hospitais e parceiros privados, motivo pelo qual os entes subnacionais não se enquadrariam como litisconsortes passivos

necessários.

Perquire-se, assim, pelo equilíbrio econômico-financeiro do convênio/contrato e, por via de consequência, da própria tabela do SUS, a qual seria discrepante dos valores cobrados das operadoras de saúde quando procedem ao ressarcimento ao ente nacional.

Nesse sentido, invoca o princípio da igualdade, para alegar que o Ministério da Saúde não pode aplicar leis e atos normativos diversos para o pagamento de procedimentos iguais, tendo em vista que o Poder Público recebe pelos mesmos procedimentos realizados pelos planos de saúde valores estabelecidos pela tabela TUNEP ou IVR.

Ao final, menciona a existência de demandas ajuizadas por entes municipais em face da União para postular a revisão dos valores constantes da Tabela SUS, objetivando restabelecer o equilíbrio econômico-financeiro da relação jurídica estabelecida entre eles, o que reforça a impossibilidade da presença dos entes subnacionais no feito como litisconsortes passivos.

Requer, assim, o provimento do recurso extraordinário para que seja reformado o acórdão recorrido, concluindo-se pela desnecessidade de formação de litisconsórcio passivo necessário entre a União e os entes subnacionais contratantes da autora.

Em contrarrazões, a União alega, inicialmente, a inadmissibilidade do recurso pela aplicação do Tema 1133 da repercussão geral e pela aplicação das Súmulas 279, 282 e 284 do STF ao caso dos autos.

No mérito, a União sustenta que não há exclusividade do Ministério da Saúde em fixar, de forma taxativa, os valores que são pagos pelo SUS na prestação de serviços em caráter complementar, mas tão somente estabelecer referenciais mínimos (piso), que podem ser complementados pelos gestores estaduais e municipais ao realizar contratos com particulares, nos termos da Norma Operacional Básica 1/1996, publicizada na Portaria 2203/1996, bem como da Portaria de Consolidação 6/2017, do Ministério da Saúde.

Assim, argumenta que, em atenção ao princípio da descentralização

dos serviços em saúde e da gestão tripartite, os Estados e Municípios podem complementar os valores transferidos pela União com recursos próprios.

Aduz que demandar da União o reajuste dos valores mínimos previstos na Tabela SUS a que os convênios estabelecidos pelos entes estaduais e municipais estão necessariamente vinculados configuraria, em última análise, a repactuação de maneira transversa, burlando a estrutura de funcionamento do SUS e as dinâmicas de repasse fundo a fundo para o financiamento dos serviços de saúde.

Pugna pela não aplicação do Tema 793 ao caso dos autos, tendo em vista não envolver a controvérsia o fornecimento de medicamentos ou procedimentos na área de saúde, mas sim matéria de índole contratual-administrativa.

Assegura que sua presença no feito se faz relevante em razão da sua competência enquanto órgão de Direção Nacional do SUS que tem a responsabilidade sobre a atualização da Tabela do SUS, ao passo que os Estados e Municípios devem responder pelo reequilíbrio do aspecto econômico-financeiro da avença.

Pugna, ao final, pela negativa de seguimento ao recurso extraordinário.

É o relatório.

Decido.

A presente controvérsia diz respeito à definição da legitimidade da União e dos entes subnacionais para figurar no polo passivo de ações nas quais entidades privadas prestadoras de serviços de saúde, em caráter complementar ao SUS, pleiteiam o reajuste da Tabela SUS, mediante sua equiparação aos valores da TUNEP/IVR, bem como o ressarcimento das diferenças que entendem devidas relativamente aos cinco anos anteriores ao ajuizamento da demanda.

Subjacente à aparente discussão de natureza contratual, encontra-se, contudo, questão de maior envergadura: saber se o Poder Judiciário pode impor à União a adoção de determinado parâmetro para a fixação dos

valores da Tabela SUS, com fundamento no princípio da isonomia e na necessidade de recomposição do equilíbrio econômico-financeiro dos contratos e convênios celebrados pelos entes subnacionais com entidades privadas para a prestação complementar de serviços de saúde.

Admitida essa possibilidade, surge questão subsequente e igualmente relevante: definir a quem compete suportar os respectivos encargos financeiros decorrentes dessa decisão. Discute-se, de um lado, se caberia à União arcar, inclusive retroativamente, com as diferenças decorrentes da revisão da Tabela SUS; de outro, se a responsabilidade deveria recair sobre Estados e Municípios, na condição de partes contratantes, hipótese em que se coloca a necessidade de sua integração ao polo passivo das demandas.

É justamente nesse ponto que a controvérsia revela a existência de um conflito federativo que não pode ser ignorado. Há informações nos autos acerca de ações propostas por Municípios com o objetivo de obter o reajuste da Tabela SUS como valor mínimo para a remuneração dos serviços de saúde prestados em caráter complementar (eDOC 101, p. 31), bem como manifestação do Colégio Nacional de Procuradores-Gerais dos Estados e do Distrito Federal em sentido convergente (eDOC 101, p. 29).

Também identifiquei a formulação do Parecer Referencial nº 00007/2026/CONJUR-MS/CGU/AGU que concluiu pela ausência de amparo constitucional e legal dos requerimentos administrativos formulados por entes subnacionais, com vistas à obtenção do equilíbrio econômico financeiro de seus contratos e convênios mediante equiparação da Tabela SUS à TUNEP/IVR.

Esse, aliás, constitui um dos principais argumentos utilizados pela parte autora para sustentar a exclusão do ente federativo contratante do polo passivo da ação: Estados e Municípios teriam interesse coincidente com o dos prestadores privados na majoração da Tabela SUS para equivalê-la à TUNEP/IVR, na medida em que o reajuste também repercutiria sobre os valores transferidos pela União fundo a fundo, para o financiamento das ações e serviços de saúde.

A discussão acerca da legitimidade passiva, portanto, encobre questão mais complexa: definir qual esfera da Federação deverá suportar os efeitos financeiros de eventual revisão judicial da política nacional de remuneração dos serviços prestados ao SUS.

Não se trata, portanto, apenas de identificar o devedor de determinada obrigação contratual, mas de estabelecer, por decisão judicial, a distribuição de encargos financeiros entre União, Estados e Municípios no âmbito de política pública nacional de saúde, estruturada a partir de um modelo de federalismo cooperativo e descentralizado.

Não ignoro que controvérsia semelhante já foi submetida a escrutínio pela Presidência desta Corte, na gestão do Ministro Luiz Fux, no julgamento do ARE 1.301.749 (Tema 1.133), ocasião em que, por maioria de votos, reputou-se infraconstitucional a discussão relativa à preservação do equilíbrio econômico-financeiro dos contratos e convênios firmados com hospitais particulares mediante equiparação da Tabela SUS à TUNEP, bem como aquela referente à legitimidade para integrar o polo passivo dessas demandas.

Há, ademais, uma peculiaridade na formação desse precedente que recomenda especial reflexão. A conclusão pela natureza infraconstitucional da controvérsia foi alcançada por maioria absoluta e, por força do art. 324, § 2º, do RISTF, passou a produzir os mesmos efeitos processuais da ausência de repercussão geral, obstando na origem o processamento de recursos extraordinários sobre a matéria.

A sistemática merece ser considerada à luz do art. 102, § 3º, da Constituição, que exige manifestação de dois terços dos membros do Tribunal para a recusa do recurso extraordinário por ausência de repercussão geral. Embora esta Corte, a partir do RE 584.608, tenha estendido os efeitos da ausência de repercussão geral às hipóteses em que reconhecida a natureza infraconstitucional da controvérsia, a experiência decorrente da aplicação desse regime recomenda reflexão sobre a equivalência de efeitos entre as duas situações, especialmente quando alterações normativas ou jurisprudenciais posteriores revelam questões

constitucionais não consideradas na formação do precedente, como ocorre no caso em questão.

Naquela oportunidade, a matéria foi reputada infraconstitucional por 7 (sete) votos a 3 (três), tendo sido firmada a seguinte tese:

"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." (ARE 1301749 RG, Relator(a): MINISTRO PRESIDENTE, Tribunal Pleno, DJe 13.04.2021)

Em razão desse precedente o recurso extraordinário interposto pela União foi inadmitido na origem e a questão somente chegou novamente a esta Corte em virtude de decisão do Superior Tribunal de Justiça que reconheceu a necessidade de submetê-la ao Supremo Tribunal Federal diante das peculiaridades processuais supervenientemente evidenciadas.

Assim, entendo que o presente caso evidencia a conveniência de que o Tribunal volte a examinar as premissas daquele precedente, consideradas tanto a intensidade dos efeitos obstativos que lhe foram atribuídos quanto as novas questões constitucionais reveladas pelo desenvolvimento posterior da controvérsia.

Explico.

A evolução normativa e jurisprudencial verificada desde o julgamento daquele precedente, somada à dimensão sistêmica que a multiplicação dessas demandas passou a revelar, evidencia que a controvérsia não se esgota na interpretação da Lei 8.080/1990, nem na

aferição, à luz das circunstâncias de determinado contrato, da existência de desequilíbrio econômico-financeiro do contrato ou do convênio entabulado.

O que se coloca, atualmente, é questão mais ampla, relacionada à estrutura constitucional de financiamento do SUS, à distribuição de encargos entre os entes federativos e aos limites da intervenção judicial na conformação econômica de política pública nacional.

Essa necessidade de revisitação evidencia-se, em primeiro lugar, à luz do próprio regime normativo que disciplina a remuneração dos serviços prestados em caráter complementar ao SUS.

Com efeito, a decisão recorrida parece não ter se limitado a reconhecer eventual insuficiência dos valores constantes da Tabela SUS ou a determinar sua atualização. Ao adotar a TUNEP/IVR como parâmetro para a remuneração dos prestadores privados de assistência complementar, o Tribunal de origem parece afastar, em seus efeitos concretos, todo um regime normativo instituído pelo legislador e desenvolvido pela Administração para disciplinar a definição, a revisão e a complementação desses valores, conforme passo a demonstrar.

O art. 26, caput, da Lei 8.080/1990 atribui à direção nacional do SUS a competência para estabelecer os critérios e valores de remuneração dos serviços e os parâmetros de cobertura assistencial, mediante aprovação do Conselho Nacional de Saúde; seu § 1º determina que a fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e pagamento seja fundamentada em demonstrativo econômico-financeiro; e o § 2º, ao mesmo tempo em que assegura a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro dos contratos, submete os serviços contratados às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do SUS.

A disciplina da remuneração dos serviços deve ser considerada, ainda, no contexto mais amplo do financiamento interfederativo do SUS. Nesse sentido, o art. 35 da Lei 8.080/1990 estabelece critérios para a definição dos valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, levando em consideração, entre outros fatores, o perfil

demográfico e epidemiológico, as características da rede e seu desempenho técnico, econômico e financeiro.

A controvérsia não se reduz, assim, à escolha entre duas tabelas de preços, pois a substituição judicial do parâmetro remuneratório projeta efeitos sobre uma estrutura normativa mais ampla de definição e financiamento das ações e serviços de saúde.

Essa conclusão é reforçada pela regulamentação administrativa da matéria, já que, historicamente, a Portaria GM/MS 1.606/2001 estabeleceu que Estados, Distrito Federal e Municípios que adotassem tabela diferenciada para a remuneração dos serviços assistenciais deveriam suportar a respectiva complementação com recursos próprios, vedada, naquele regime, a utilização de recursos federais para essa finalidade.

No regime atualmente explicitado pela Portaria GM/MS 12.116/2026, que alterou a Portaria de Consolidação GM/MS 6/2017, admite-se que os entes subnacionais adotem remuneração superior à Tabela SUS com recursos federais, estaduais ou municipais, observados critérios técnicos, motivação administrativa e os instrumentos de planejamento e pactuação do SUS.

O art. 1139-G ressalva, contudo, que a adoção de remuneração diferenciada constitui decisão do ente federado e não implica obrigação de complementação financeira adicional pela União, nem direito subjetivo à ampliação dos limites financeiros federais. Nessa toada, o art. 1139-C diz expressamente que a Tabela SUS constitui instrumento nacional de referência, sem configurar limite máximo para a remuneração dos serviços contratados ou conveniados pelos gestores do SUS.

A superveniência da Lei 14.820/2024 confere densidade a esse regime normativo. Ao acrescentar o § 5º ao art. 26 da Lei 8.080/1990, o legislador enfrentou precisamente o problema que fundamenta as pretensões deduzidas nessas demandas – a necessidade de preservação do valor real da remuneração e do equilíbrio econômico-financeiro da prestação dos serviços – e estabeleceu mecanismo específico de revisão periódica: a definição anual dos valores pelo Ministério da Saúde,

mediante ponderação entre qualidade da assistência, equilíbrio econômico-financeiro e disponibilidade orçamentária e financeira.

Mesmo diante desse problema, não adotou a TUNEP/IVR como parâmetro de recomposição, mas reafirmou a competência administrativa do Ministério da Saúde para a definição dos valores segundo critérios próprios do sistema.

Assim, a adoção judicial da TUNEP/IVR assume especial relevo nesse contexto porque esse parâmetro não foi concebido normativamente para remunerar os prestadores privados que atuam complementarmente ao SUS. Sua finalidade originária situa-se em relação jurídica distinta: o ressarcimento devido pelas operadoras de planos privados quando seus beneficiários são atendidos pelo sistema público.

Ao determinar que esse parâmetro seja empregado no sentido inverso – para definir quanto o SUS deve pagar aos prestadores privados –, promove-se a transposição judicial de um critério concebido para disciplinar a relação “operadora de plano de saúde → SUS” para relação substancialmente diversa, “SUS → prestador privado de assistência complementar”.

Não se está, portanto, apenas atualizando monetariamente um valor administrativo, mas elegendo, por decisão judicial e com fundamento constitucional, critério remuneratório que o legislador não estabeleceu para essa relação jurídica.

É sob essa perspectiva que a controvérsia assume relevância também à luz do art. 97 da Constituição e da Súmula Vinculante 10. A questão não consiste apenas no afastamento dos valores constantes da Tabela SUS, mas no possível esvaziamento do regime normativo que atribui competências, estabelece critérios para a fixação e revisão da remuneração e disciplina a repartição dos respectivos encargos financeiros.

Cumprir examinar, portanto, se, ao deixar de aplicar esse conjunto normativo e substituí-lo por critério concebido para relação jurídica diversa, o órgão fracionário não produz resultado equivalente ao

afastamento da incidência de lei e atos normativos do Poder Público por fundamento constitucional, sem observância da cláusula de reserva de plenário.

A dimensão constitucional do problema é ainda reforçada pelo impacto orçamentário da tese discutida nos autos. Segundo as informações apresentadas pela União, estima-se impacto anual da ordem de R\$ 24 bilhões sobre o orçamento do Ministério da Saúde, com repercussões significativas para as contas públicas e para a capacidade estatal de financiamento das políticas públicas de saúde.

A alteração judicial dos parâmetros de remuneração dos serviços hospitalares, portanto, não projeta efeitos apenas sobre a União, os entes federativos contratantes ou os prestadores que figuram formalmente nas demandas. Representa modificação substancial dos custos de uma política pública de alcance nacional, com potencial repercussão sobre os mecanismos de financiamento e sobre a própria sustentabilidade do Sistema Único de Saúde.

Os efeitos econômicos da controvérsia também se evidencia sob outra perspectiva. A matéria figura, ao lado das discussões relacionadas ao setor sucroalcooleiro, entre aquelas de maior expressão econômica na expedição de precatórios contra a União.

Embora as demandas sejam ajuizadas, em grande medida, por Santas Casas de Misericórdia e hospitais filantrópicos – instituições que desempenham papel essencial no funcionamento do SUS –, um simples manuseio desses processos demonstra que parcela relevante dos créditos reconhecidos nessas ações foi posteriormente cedida, com expressivos deságios, a instituições do mercado financeiro, e não permanecem mais na titularidade das entidades hospitalares originalmente beneficiárias.

Sublinho que, quanto a esse ponto, as investigações relacionadas ao Banco Master trouxeram à tona preocupações relevantes acerca da utilização de créditos judiciais como suporte para operações de captação de recursos no mercado financeiro. Segundo os elementos amplamente divulgados, a instituição teria adquirido créditos judiciais por valores

significativamente inferiores ao seu valor de face, valendo-se desses ativos para conferir lastro à emissão de certificados de depósito bancário (CDBs) e, ao mesmo tempo, demonstrar solidez patrimonial de seu balanço contábil às instituições regulatórias.

Foi nesse contexto que o Ministro Edson Fachin, Presidente desta Suprema Corte, em atenção às ponderações por mim formuladas nos Ofícios 008/2026/GMGM e 009/2026/GMGM, determinou à Corregedoria Nacional de Justiça a ampliação dos trabalhos de fiscalização relacionados a tais precatórios, com o objetivo de identificar eventuais expedições anteriores ao trânsito em julgado, inconsistências de valores e outros indícios de desconformidade, observados o devido processo legal e as particularidades de cada caso (Ofício 688/2026/GP).

Há, ainda, outro aspecto que merece especial atenção. Em informações encaminhadas pelo Superior Tribunal de Justiça – que reconheceu a relevância da controvérsia e submeteu a matéria à sistemática dos recursos repetitivos no Tema 1.305, de relatoria da Ministra Regina Helena Costa –, o Presidente daquela Corte, Ministro Luis Felipe Salomão, apresentou levantamento extraído do Painel do Banco Nacional de Precedentes do Conselho Nacional de Justiça (Ofício-e STJ/GP nº 1561/2026).

Segundo o levantamento de dados efetuado, existem, em âmbito nacional, 343 processos vinculados ao referido tema, dos quais 225 se encontram distribuídos perante o Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Em outras palavras, aproximadamente 65% dos processos formalmente vinculados ao repetitivo concentram-se em uma única Região da Justiça Federal.

O dado assume especial significado quando confrontado com a divergência jurisprudencial existente entre os Tribunais Regionais Federais. O próprio acórdão de afetação do Tema 1.305 registra que o TRF da 1ª Região adota orientação amplamente favorável à revisão da Tabela SUS e à sua equiparação aos valores da TUNEP/IVR, enquanto os TRFs da 3ª e da 4ª Regiões apresentam precedentes em sentido contrário e o

TRF da 5ª Região possui jurisprudência internamente divergente. Não há informações suficientes sobre os demais tribunais regionais. Tem-se, portanto, expressiva concentração das demandas precisamente no Tribunal cuja orientação se mostra mais favorável à pretensão deduzida pelos prestadores privados.

A recorrente apresenta, ademais, dado ainda mais abrangente: segundo pesquisa por ela mesma realizada em 7.8.2024, haveria 4.071 processos em curso no âmbito da 1ª Região envolvendo a matéria de fundo discutida nestes autos (eDOC 101, p. 5). O número, embora corresponda a universo mais amplo do que aquele dos processos formalmente vinculados ao Tema 1.305, mostra-se compatível com informação institucional divulgada pelo próprio TRF1, segundo a qual as controvérsias relacionadas ao reajuste da Tabela SUS constituem o principal gargalo de produtividade naquela Corte¹.

Embora a concentração territorial das demandas, isoladamente considerada, não permita concluir pela existência de escolha artificial de jurisdição, a conjugação entre o elevado número de processos em determinada Região, a existência de orientação jurisprudencial local mais favorável à pretensão e a expressiva repercussão econômica das condenações recomenda especial atenção aos elementos de conexão territorial e aos eventuais incentivos à concentração estratégica de demandas.

A questão assume particular relevância quando se considera que decisões proferidas em demandas individuais podem produzir efeitos que transcendem os interesses das partes e repercutem sobre política pública de alcance nacional.

A relevância constitucional dessa discussão torna-se mais evidente quando considerada à luz da racionalidade que orientou o julgamento do Tema 1.234 da repercussão geral. Naquela oportunidade, esta Corte estabeleceu balizas destinadas a evitar que a atuação jurisdicional,

¹ <<https://www.trf1.jus.br/trf1/noticias/curso-reflexoes-sobre-a-judicializacao-do-direito-a-saude-e-finalizado-com-palestras-de-magistrados-do-trf1>>. Acesso em 6.10.2026.

embora voltada à concretização do direito fundamental à saúde, resulte na substituição do administrador na formulação e execução das políticas públicas sanitárias.

Foi precisamente a preocupação com os efeitos sistêmicos, financeiros e organizacionais das decisões judiciais que levou o Tribunal a disciplinar a forma de cumprimento das ordens de fornecimento de medicamentos, estabelecendo, nas hipóteses de aquisição determinada judicialmente, que a operacionalização seja realizada pela serventia judicial, mediante pagamento direto ao fornecedor e observância do Preço Máximo de Venda ao Governo – PMVG.

A mesma preocupação institucional se apresenta na controvérsia ora examinada: cumpre definir em que medida o Poder Judiciário pode interferir nos critérios administrativos e econômico-financeiros que estruturam a política nacional de remuneração dos serviços prestados ao SUS, inclusive mediante a substituição do parâmetro estabelecido pelos órgãos gestores pela TUNEP/IVR.

A conjugação desses elementos – magnitude econômica, repercussão orçamentária, impacto sobre política pública nacional, conflito quanto à distribuição federativa dos encargos, multiplicidade de demandas, divergência entre os Tribunais Regionais Federais e concentração extraordinária dos processos em jurisdição cuja orientação é mais favorável à tese dos autores – evidencia que a controvérsia ultrapassa, em muito, os limites subjetivos das relações contratuais submetidas a julgamento.

Esse quadro evidencia a insuficiência das premissas que conduziram esta Corte, no julgamento do Tema 1.133, a reputar infraconstitucional a controvérsia. Naquela oportunidade, entendeu-se que a definição da legitimidade passiva dependeria essencialmente da interpretação da Lei 8.080/1990 e que a discussão sobre o equilíbrio econômico-financeiro dos ajustes demandaria exame da legislação infraconstitucional e do conjunto fático-probatório dos autos.

Como demonstrado, o desenvolvimento posterior da matéria

revelou, contudo, questões que transcendem esses aspectos. A definição dos entes responsáveis pelos efeitos financeiros das condenações relaciona-se ao modelo constitucional de financiamento do SUS, enquanto a própria possibilidade de substituição judicial dos critérios nacionais de remuneração suscita discussão sobre os limites da intervenção jurisdicional em política pública e, nos termos já expostos, sobre a incidência do art. 97 da Constituição.

Assim, a proposta de revisitação da tese firmada no Tema 1.133-RG não decorre de mera requalificação jurídica da controvérsia apreciada em 2021. Entendo que a evolução normativa e jurisprudencial ocorrida desde então, aliada à experiência decorrente da multiplicação dessas demandas, evidenciou aspectos de natureza constitucional que não foram integralmente considerados na formação daquele precedente.

Ante o exposto, manifesto-me pela existência de matéria constitucional e de repercussão geral das controvérsias referentes: I) aos limites da revisão judicial da Tabela SUS mediante equiparação à TUNEP/IVR; II) à repartição, entre os entes federativos, dos encargos financeiros decorrentes dessa revisão; III) à definição dos entes que devem integrar o polo passivo das demandas; e IV) à observância da cláusula de reserva de plenário quando a equiparação implicar o afastamento do regime normativo de remuneração dos serviços prestados em caráter complementar ao SUS.