



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI Nº 5414, DE 2026

Estabelece normas gerais de transparência, rastreabilidade, planejamento, avaliação, controle e responsabilidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.

AUTORIA: Senadora Soraya Thronicke (PSB/MS)



[Página da matéria](#)



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI Nº , DE 2026

Estabelece normas gerais de transparência, rastreabilidade, planejamento, avaliação, controle e responsabilidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Esta Lei estabelece normas gerais de transparência, rastreabilidade, planejamento, avaliação, controle e responsabilidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, aplicáveis à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, respeitadas a autonomia dos entes federativos, a direção única em cada esfera de governo e as competências previstas na legislação do SUS.

Parágrafo único. As obrigações previstas nesta Lei serão implementadas, sempre que tecnicamente possível, mediante integração e interoperabilidade dos sistemas de informação já existentes, vedada a exigência de duplicação de estruturas administrativas ou tecnológicas quando os sistemas utilizados pelo ente forem compatíveis com os padrões nacionais.

Art. 2º A gestão do SUS observará, além dos princípios previstos na legislação vigente, os princípios da transparência ativa, rastreabilidade dos recursos públicos, interoperabilidade dos sistemas de informação, gestão orientada por evidências, publicidade dos indicadores de desempenho, proteção de dados pessoais, controle social e cooperação interfederativa.

Parágrafo único. O não atingimento de meta ou indicador sanitário, isoladamente considerado, não caracteriza irregularidade administrativa, devendo a avaliação considerar as circunstâncias



epidemiológicas, demográficas, financeiras e operacionais, a disponibilidade de recursos, a capacidade instalada e a ocorrência de caso fortuito ou força maior.

CAPÍTULO II

DO PLANEJAMENTO, DA TRANSPARÊNCIA E DO CONTROLE SOCIAL

Art. 3º Sem prejuízo dos instrumentos de planejamento, monitoramento e prestação de contas previstos na legislação do SUS, o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde, o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior e o Relatório Anual de Gestão deverão permitir, na forma do regulamento, o acompanhamento das metas físicas, financeiras e sanitárias e sua correlação com os recursos aplicados.

§ 1º A União promoverá padrões nacionais de interoperabilidade que permitam o intercâmbio e o aproveitamento automatizado das informações previstas no caput.

§ 2º As informações de que trata este artigo serão disponibilizadas aos Conselhos de Saúde e ao público, observadas as hipóteses legais de restrição de acesso e a legislação de proteção de dados pessoais.

Art. 4º Os órgãos gestores do SUS disponibilizarão, em meio eletrônico de acesso público e em formato aberto, observadas as competências de cada ente:

I - o quantitativo de profissionais vinculados à rede própria e contratada, por categoria profissional, estabelecimento e carga horária, ressalvadas informações pessoais não necessárias à finalidade de transparência;

II - informações atualizadas sobre filas de espera para consultas especializadas, exames e cirurgias eletivas, com critérios de ordenação e estimativa de atendimento quando tecnicamente disponível;

III - informações relativas à disponibilidade e ao desabastecimento de medicamentos e insumos essenciais; e

IV - indicadores de capacidade instalada e de utilização dos serviços.



§ 1º A divulgação pública não conterá dados clínicos, prontuários ou elementos que permitam a identificação indevida de pacientes.

§ 2º Será assegurado ao usuário, por meio seguro, acesso individual às informações relativas à sua própria posição e situação na fila, quando aplicável.

§ 3º Regulamento estabelecerá periodicidade mínima de atualização das informações, segundo sua natureza, criticidade e viabilidade técnica, priorizada a atualização automatizada.

§ 4º A regulamentação deverá prever mecanismos que permitam o controle social pelos Conselhos de Saúde.

CAPÍTULO III

DA RASTREABILIDADE E DA INTEROPERABILIDADE

Art. 5º A União estabelecerá padrões nacionais de interoperabilidade, identificação e classificação das informações relativas às receitas, transferências e despesas em Ações e Serviços Públicos de Saúde - ASPS, observadas a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e as normas gerais de contabilidade pública.

§ 1º Os padrões deverão permitir, na medida tecnicamente possível, o acompanhamento da origem, transferência, destinação e aplicação dos recursos públicos destinados à saúde.

§ 2º A implementação priorizará a integração dos sistemas existentes e não exigirá a substituição de sistema estadual, distrital ou municipal que seja tecnicamente compatível com os padrões nacionais.

§ 3º Os padrões serão definidos observada a pactuação na Comissão Intergestores Tripartite – CIT, foro de negociação e pactuação entre gestores do SUS, nos termos do art. 14-A da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, ouvidos os órgãos centrais competentes de contabilidade e finanças públicas, sem prejuízo das competências legais dos Tribunais de Contas.

§ 4º A implementação observará padrões abertos e legíveis por máquina, de modo a permitir acesso automatizado, integridade, atualização



e reutilização das informações, nos termos da legislação de acesso à informação.

Art. 6º As informações relativas à execução dos recursos destinados às ASPS deverão possuir documentação orçamentária, contábil e financeira de suporte e trilha de auditoria apta a permitir, conforme o caso, a verificação:

I - da origem do recurso;

II - do ente transferidor e do ente destinatário;

III - do fundo ou unidade responsável;

IV - do beneficiário do pagamento ou transferência;

V - da finalidade da despesa; e

VI - do instrumento contratual, convenial ou congênere correspondente.

Parágrafo único. O disposto neste artigo não altera os critérios legais de apuração dos valores mínimos em saúde nem substitui os procedimentos de fiscalização, prestação de contas e controle previstos na legislação vigente.

CAPÍTULO IV DA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

Art. 7º O Ministério da Saúde estabelecerá conjunto nacional mínimo de indicadores para acompanhamento da efetividade, cobertura, acesso e qualidade dos serviços do SUS, observada a pactuação na Comissão Intergestores Tripartite – CIT, foro de negociação e pactuação entre gestores do SUS, nos termos do art. 14-A da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

I - cobertura e efetividade da atenção primária;

II - mortalidade evitável;

III - tempo de espera para consultas, exames e procedimentos;



IV - disponibilidade de medicamentos e insumos essenciais; e

V - utilização da capacidade instalada.

§ 1º Os resultados serão disponibilizados de forma pública, comparável, acessível e, sempre que possível, em formato aberto.

§ 2º A metodologia deverá considerar diferenças demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas, territoriais, assistenciais e de capacidade instalada entre os entes e regiões de saúde.

§ 3º Os indicadores terão finalidade de planejamento, monitoramento, avaliação e controle e não constituirão, isoladamente, fundamento para responsabilização pessoal do gestor.

CAPÍTULO V

DA RESPONSABILIDADE NA GESTÃO DO SUS

Art. 8º Constitui infração aos deveres de responsabilidade na gestão do SUS, sujeita à apuração e à responsabilização do agente nos termos da legislação aplicável, a prática, por ação ou omissão, no âmbito de suas atribuições, das seguintes condutas:

I - deixar de aplicar os recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde exigidos pela Constituição Federal e pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012;

II - inserir, alterar, omitir ou manipular dolosamente dados relativos à execução de recursos públicos, às filas de espera, aos estoques de medicamentos e insumos ou aos indicadores cuja prestação ou divulgação seja obrigatória;

III - impedir ou obstruir, sem fundamento legal, a fiscalização ou o acesso dos órgãos de controle às informações e documentos relativos à gestão do SUS;

IV - omitir deliberadamente informação cuja divulgação seja obrigatória nos termos desta Lei;

V - identificada, com base nos indicadores clínicos e epidemiológicos de que trata o art. 7º e nos instrumentos de planejamento do SUS, a necessidade de ampliação de serviços, deixar, por dolo ou erro



grosseiro e sem justificativa técnica idônea, de adotar, no âmbito de suas atribuições, medidas de planejamento e estruturação da rede própria necessárias ao atingimento das metas previstas no Plano de Saúde, quando a ampliação da capacidade própria for tecnicamente possível e financeiramente viável, recorrendo de forma injustificada e reiterada à contratação de serviços privados em detrimento da utilização ou expansão da capacidade instalada própria ociosa ou subutilizada, resguardada a participação complementar da iniciativa privada nos termos do art. 199, § 1º, da Constituição Federal e dos arts. 24 a 26 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

VI - deixar de adotar, por dolo ou erro grosseiro e sem justificativa técnica, providência inserida em sua esfera de competência diante de risco concreto, relevante e documentado de descontinuidade de serviço essencial ou de desabastecimento crítico de medicamento ou insumo indispensável; e

VII - utilizar conscientemente informação falsa ou materialmente adulterada para demonstrar o cumprimento de meta, obrigação de transparência ou requisito relativo à aplicação de recursos públicos em saúde.

§ 1º A apuração das condutas previstas neste artigo observará a competência efetiva do agente, o nexo entre sua conduta e a irregularidade, o elemento subjetivo exigido pela legislação aplicável e as circunstâncias concretas da gestão.

§ 2º Para fins do inciso V, a contratação de serviços privados não caracteriza, por si só, irregularidade, devendo ser demonstrados cumulativamente a existência de capacidade própria ociosa ou subutilizada ou a viabilidade técnica e financeira de sua estruturação ou expansão, a reiteração da contratação privada e a ausência de justificativa técnica idônea para a opção adotada.

§ 3º O mero descumprimento de meta ou indicador de desempenho não constitui, isoladamente, infração.

§ 4º Divergência técnica razoavelmente fundamentada quanto à escolha de estratégia de gestão ou de política pública não caracteriza, por si só, infração, sem prejuízo da responsabilização nos casos de dolo ou erro grosseiro, na forma da legislação aplicável.



Art. 9º A prática das condutas previstas no art. 8º sujeitará o responsável, conforme a natureza da conduta e os pressupostos de cada regime jurídico, às consequências administrativas, civis e penais previstas na legislação aplicável, sem prejuízo do dever de ressarcimento ao erário quando houver dano.

§ 1º A aplicação de sanção dependerá de processo instaurado pela autoridade competente, assegurados o devido processo legal, o contraditório e a ampla defesa.

§ 2º A responsabilização observará, conforme o regime jurídico aplicável, a gravidade da conduta, a extensão do dano, eventual benefício obtido, as circunstâncias concretas da gestão e a participação individual de cada agente.

§ 3º O disposto neste Capítulo não afasta a incidência, quando presentes seus respectivos pressupostos, da Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, da legislação penal, das normas de responsabilidade fiscal e financeira e dos regimes disciplinares aplicáveis.

Art. 10. Constatados indícios da prática das condutas previstas no art. 8º, os órgãos de controle interno ou externo adotarão as providências cabíveis no âmbito de suas competências e, quando presentes elementos indicativos de ilícito cuja apuração não lhes competir, encaminharão os autos ou as informações pertinentes ao órgão competente.

Parágrafo único. O encaminhamento previsto no caput não implica juízo definitivo de responsabilidade e deverá ser acompanhado dos elementos técnicos e documentais disponíveis.

CAPÍTULO VI

DA TRANSPARÊNCIA INTEGRADA DOS FUNDOS DE SAÚDE

Art. 11. A União disponibilizará ambiente nacional de acesso público destinado à consulta integrada das informações de execução financeira dos fundos de saúde, mediante aproveitamento, integração e interoperabilidade dos sistemas existentes.

§ 1º O ambiente de que trata o caput não substituirá os sistemas de gestão ou transparência dos demais entes e será alimentado, preferencialmente, por intercâmbio automatizado de dados.



§ 2º Serão disponibilizadas, no mínimo, observadas as restrições legais:

I - origem, valor, data e natureza das receitas;

II - transferências entre fundos de saúde;

III - pagamentos e transferências efetuados;

IV - identificação das pessoas jurídicas contratadas, conveniadas ou beneficiárias de pagamentos ou transferências, bem como das pessoas físicas quando a divulgação for juridicamente cabível e necessária à transparência da despesa pública;

V - objeto relacionado à despesa; e

VI - identificação do ente, do fundo e, quando aplicável, do instrumento jurídico relacionado.

§ 3º É vedada a divulgação pública de dados clínicos, prontuários e de dados pessoais de pacientes ou de outros dados pessoais cuja exposição não seja necessária à finalidade de transparência.

§ 4º Os entes que já disponham de sistemas compatíveis cumprirão as obrigações deste artigo mediante integração ou disponibilização padronizada dos dados, dispensada a criação de novo portal.

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 12. A implementação das obrigações tecnológicas previstas nesta Lei observará cronograma nacional progressivo, observada a pactuação na Comissão Intergestores Tripartite – CIT, foro de negociação e pactuação entre gestores do SUS, nos termos do art. 14-A da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, consideradas a capacidade técnica e operacional dos entes federativos e a necessidade de continuidade dos serviços.

§ 1º A União prestará cooperação técnica aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para adequação aos padrões nacionais.



§ 2º O cronograma poderá estabelecer etapas e requisitos diferenciados de implementação segundo a capacidade tecnológica dos entes, preservado o conteúdo mínimo das obrigações de transparência.

§ 3º A implementação integral das obrigações tecnológicas ocorrerá no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses contado da publicação do regulamento previsto nesta Lei.

Art. 13. O Poder Executivo federal regulamentará esta Lei no prazo de 180 (cento e oitenta) dias contado de sua publicação, observada, nas matérias de articulação interfederativa, a pactuação nas instâncias próprias do SUS.

Art. 14. Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial.

JUSTIFICAÇÃO

O Sistema Único de Saúde - SUS é organizado constitucionalmente como rede regionalizada e hierarquizada, sob a diretriz da descentralização e com direção única em cada esfera de governo. A legislação vigente já disciplina instrumentos de planejamento, prestação de contas, transparência, participação social e controle da aplicação dos recursos públicos em saúde.

A presente proposição não pretende substituir esses instrumentos nem criar estrutura administrativa paralela. Seu objetivo é estabelecer normas gerais destinadas a ampliar a transparência operacional, a rastreabilidade dos recursos, a interoperabilidade dos sistemas de informação e a responsabilidade na gestão, permitindo ao cidadão, aos Conselhos de Saúde e aos órgãos de controle acompanhar, de forma mais clara, a aplicação dos recursos e aspectos relevantes da prestação dos serviços.

A proposta prioriza o aproveitamento dos sistemas existentes e a adoção de padrões nacionais de interoperabilidade. Essa opção reduz duplicidades e custos de implantação e preserva a estrutura descentralizada do SUS, ao mesmo tempo em que favorece a consolidação e a comparabilidade das informações.



No campo assistencial, a proposição reforça a transparência das filas de espera, da disponibilidade de medicamentos e insumos, da força de trabalho e da capacidade instalada, com salvaguardas para a proteção de dados pessoais e para o acesso individual seguro do usuário às suas próprias informações.

No campo financeiro, o texto não altera os critérios de cálculo dos mínimos constitucionais nem substitui os mecanismos previstos na Lei Complementar nº 141, de 2012. Busca ampliar a rastreabilidade e a auditabilidade das informações, mediante padrões que permitam acompanhar a origem, a transferência, a destinação e a aplicação dos recursos.

A responsabilidade dos gestores e agentes públicos constitui eixo próprio da proposição. O texto descreve condutas sujeitas à apuração, exige individualização da participação do agente, preserva o devido processo legal e remete as consequências aos regimes sancionatórios já existentes, evitando a criação de sistema punitivo paralelo e mantendo a responsabilização efetiva quando presentes seus pressupostos legais.

Entre essas condutas, a proposição disciplina a hipótese em que, demonstrada por indicadores e instrumentos de planejamento a necessidade de ampliação dos serviços, o gestor, por dolo ou erro grosseiro e sem justificativa técnica idônea, deixa de planejar ou estruturar a rede própria, apesar da viabilidade técnica e financeira, e recorre reiteradamente à contratação privada em detrimento da capacidade pública ociosa ou subutilizada. A regra não proíbe nem desestimula a participação privada complementar: preserva expressamente o art. 199, § 1º, da Constituição Federal e a disciplina dos arts. 24 a 26 da Lei nº 8.080, de 1990, segundo a qual o SUS pode recorrer à iniciativa privada quando suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial.

A redação também impede responsabilização automática por resultados sanitários. O mero não atingimento de metas ou indicadores não constitui, isoladamente, infração, e a apuração deverá considerar as circunstâncias concretas da gestão, a competência efetiva do agente, o nexo causal e o elemento subjetivo exigido pela legislação aplicável.

Por fim, a implementação tecnológica será progressiva, com cooperação técnica da União e pactuação interfederativa na Comissão



Intergestores Tripartite – CIT, reconhecida pelo art. 14-A da Lei nº 8.080, de 1990, como foro de negociação e pactuação entre gestores quanto aos aspectos operacionais do SUS, de forma compatível com a estrutura descentralizada do Sistema e com as distintas capacidades operacionais dos entes federativos.

Busca-se, assim, aperfeiçoar a transparência, o planejamento, o controle e a responsabilidade na gestão do SUS, com mecanismos de rastreabilidade e prestação de contas que fortaleçam a capacidade pública e a adequada utilização da participação complementar da iniciativa privada.

Sala das Sessões,

Senadora **SORAYA THRONICKE**



LEGISLAÇÃO CITADA

- Constituição de 1988 - CON-1988-10-05 - 1988/88
<https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:constituicao:1988;1988>
 - art199_par1
- Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012 - LCP-141-2012-01-13 - 141/12
<https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei.complementar:2012;141>
- Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde (1990) - 8080/90
<https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1990;8080>
 - art14-1
- Lei nº 8.429, de 2 de Junho de 1992 - Lei da Improbidade Administrativa (1992) - 8429/92
<https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1992;8429>