

.....

# Programa Agora Tem Especialistas

desafios para o direito universal à saúde no Brasil

Nota Técnica

.....



© 2025 – GPDES - Grupo de Pesquisa e Documentação sobre Empresariamento da Saúde

Disponível em: [www.gpdes.com.br](http://www.gpdes.com.br)

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citadas a fonte e a autoria.

Data da publicação: novembro/2025

#### Organização

Lígia Bahia, Leonardo Mattos, Lucas Andrietta e Gabriel Grabois

#### Autores

Artur Monte Cardoso, Danielle Conte Alves Riani Costa, Frederico Haddad, Jessica Pronestino de Lima Moreira, Leonardo Mattos, Ligia Bahia, Lucas Andrietta, Mário Scheffer e Milton Santos.

#### Observatório da Desprivatização da Saúde

<https://observatorio.gpdes.com.br/>

#### Financiamento e Apoio

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, através do projeto "Observatório da Desprivatização do Sistema de Saúde Brasileiro", nº de processo 445648/2023-6.

#### Grupo de Pesquisa e Documentação sobre Empresariamento da Saúde - GPDES

Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro - IESC/UFRJ

Endereço: Avenida Horácio Macedo, s/n - Próximo a Prefeitura Universitária da UFRJ

Ilha do Fundão – Cidade Universitária - CEP 21941-598, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

DGP/Lattes: <https://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/1315420678127698>

#### Dados internacionais de catalogação na publicação (CIP)

**B151p** Programa Agora Tem Especialistas: desafios para o direito universal à saúde no Brasil / Ligia Bahia, Leonardo Mattos, Lucas Andrietta, Gabriel Grabois (orgs.). – Rio de Janeiro: GPDES/IESC/UFRJ, 2025.

48 p. ; il. ; PDF

##### Bibliografia.

Lista de descritores em Ciências da Saúde em ordem alfabética.

1. Cobertura de Serviços de Saúde. 2. Tabela de remuneração de serviços. 3. Financiamento da assistência à saúde. I. Bahia, Ligia.

CDD 362.110981

#### Índice para catálogo sistemático:

- 1. Cobertura de serviços de saúde – Brasil – 362.110981**
- 2. Financiamento da assistência à saúde – Brasil – 362.110981**
- 3. Remuneração de serviços de saúde – Brasil – 362.110981**

**Gabrielle Ribeiro - Bibliotecária – CRB-7/0092/25**

# Sumário

• • • • •

Introdução .....	4
1. Hospitais no Brasil: classificação de complexidade estrutural e avaliação dos credenciados .....	8
2. Tabela de Remuneração e características das primeiras propostas de adesão .....	14
3. Médicos Especialistas .....	22
4. Orçamento do Ministério da Saúde: perspectivas para ampliação das despesas com serviços de atenção especializada .....	26
5. O Componente Financeiro do PATE .....	34
Referências Bibliográficas .....	41
Lista de Descritores em Ciências da Saúde em ordem alfabética . . .	42
Sobre os Autores .....	43

## Introdução

• • • • •

A presente Nota Técnica consiste no relato e monitoramento das primeiras medidas e realizações do programa do Governo Federal Agora Tem Especialistas (PATE), lançado em maio de 2025, com o propósito de ampliar o acesso da população a consultas, exames e cirurgias que integram a atenção especializada do Sistema Único de Saúde (SUS).

O que se pretende é o acompanhamento intencional e sistemático, num primeiro momento, para verificar o teor e a extensão das atividades anunciadas e planejadas.

Para isso, o PATE requer estudos que contemplem duas dimensões.

A primeira, referente à factibilidade das ações previstas em relação à adesão, preços e perspectivas de capilarização territorial, remete a questionamentos sobre como está e para onde rumá o sistema de saúde no Brasil.

A segunda, menos premente, corresponde a interrogações sobre cidadania, direitos sociais e democracia em países periféricos que convivem com desigualdades estruturais.

Acompanham frequentemente o debate, desde que o programa foi lançado, argumentos correspondentes à natureza tática e estratégica do PATE, mas também vê-se o uso do substantivo privatização e do adjetivo privatizado, que tendem a confundir previsões e intenções de análises mais bem fundamentadas.

É nesse sentido, o das reflexões e avaliações voltadas à apreensão de movimentos conjunturais que a presente Nota Técnica busca identificar, ainda que provisoriamente, características do PATE que permitam acompanhar e refletir sobre mudanças e impasses em sua implementação.

O esforço exploratório até aqui realizado tem por objetivo organizar quatro ordens de categoriais analíticas sobre o PATE: a) reorganização da oferta e ampliação de coberturas; b) uso de dívidas e créditos financeiros, como estímulo à oferta de cuidados e serviços de saúde; c) variações nos preços de remuneração dos procedimentos especializados; e d) alterações nos orçamentos públicos e fundo de investimento (Fundo de Investimento em Infraestrutura Social -FIIS).

O exercício é, por natureza, fragmentado, pois utiliza abordagens e fontes distintas para coletar informações e buscar responder perguntas em categorias, cada uma delas com finalidade e intencionalidade específicas.

Esboçar uma linha de base, constituída por quatro pilares, que facilite futuramente a agregação e desagregação de informações quantitativas e documentais sobre o PATE, é o fio condutor desta Nota Técnica

Orientam a escolha dos eixos os estudos anteriores do Grupo de Pesquisa e

Documentação sobre o Empresariamento da Saúde (GPDES - IESC/UFRJ) e do Grupo de Pesquisa sobre Planos de Saúde e Interações Público-Privadas (GEPS - USP), que reuniram evidências sobre a privatização do sistema de saúde e a ampliação do componente privado da assistência à saúde, no que se refere à oferta e uso de recursos financeiros, físicos e humanos.

Dentre as constatações, a estratificação contraposta à universalização foi um processo movido por políticas públicas e iniciativas privadas, que naturalizou apoios e subsídios públicos à privatização e condenou à impossibilidade o direito constitucional à saúde.

Variações na segmentação da demanda e composição do financiamento, discretas e pouco significativas atestariam a preservação de um modelo híbrido público-privado tradicional.

Por exemplo, entre 2013 e 2019 não houve diferença significativa no tamanho da população coberta por plano de saúde médico ou odontológico; assim como a maior oscilação da participação dos gastos públicos no PIB, de 44,6% em 2011, e a menor, de 39,7% em 2018, não sinalizaram alterações bruscas no sistema de saúde.

Já outros indicadores e comparações evidenciam movimentações. Entre 2012 e 2022 o gasto total com saúde pública e privada no Brasil saltou 25,5%, de R\$321,9 bilhões para R\$403,8 bilhões. No mesmo período as receitas de operadoras de planos privados cresceram 38%, chegando a 231,7 bilhões em 2022,<sup>1</sup> expansão muito superior à da base de seus clientes, que aumentou apenas 5% (de 47,8 milhões de pessoas em 2012 para 50,4 milhões em 2022).<sup>2</sup>

Transferência de recursos públicos para o setor privado, o gasto tributário com saúde em relação ao PIB também aumentou, em termos absolutos, de R\$24,22 bilhões em 2008 para R\$63,6 bilhões em 2022<sup>1</sup> e em relação ao PIB, de 0,33% para 0,61% no período.<sup>3</sup>

A definição sobre os papéis do público e do privado no Brasil variam de acordo com quem os enuncia. Expressões como “SUS dependentes” ou “planos desoneram, desafogam o SUS” entraram para o vocabulário de profissionais de saúde, gestores e movimentos sociais.

A par da conotação de uma segmentação inevitável, também são frequentes declarações sobre a grandiosidade do público, a exemplo de “todos usam o SUS” “SUS é o maior sistema público do mundo”.

Independentemente das ênfases, é reconhecida a existência de instituições e

<sup>1</sup> Valores em R\$ de 2022 deflacionados pelo IPCA.

<sup>2</sup> Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde/ SIOPS e ANS/ Tabnet).

<sup>3</sup> Receita Federal/Demonstrativo de Gasto Tributário).

estabelecimentos de saúde públicos e privados e um sistema de saúde com acesso diferenciado (por exemplo, tempos de espera menores ou até mesmo sem espera).

Sistemas de saúde com dois níveis (*tiered systems*), por sua própria natureza, são segmentados, tendem à fragmentação e enfrentam diversos problemas que decorrem das características públicas e privadas das atividades de saúde e suas interações, entre as quais a sobrecarga de custos para o sistema público, a duplicação de serviços e gastos, além de custos administrativos mais altos e falta de coordenação.

Países com sistemas universais já demonstraram que a integração ou articulação público-privada, desde que acompanhada de um conjunto único de normas regulatórias para todos os participantes, padronizando um campo comum de atuação, podem levar ao aumento de eficiência, efetividade, equidade e sustentabilidade do sistema de saúde.

No Brasil, em outra direção, os debates mesmo em fóruns públicos tenderam a contornar as dificuldades das tensões subjacentes à coexistência público e privado e priorizaram pautas que reafirmam a separação dos dois setores.

Mais recentemente o tema da integração entrou para a agenda da saúde, por demanda de entidades privadas e pela porta dos fundos: integração dos dados.

O PATE convoca o privado para outra pauta: ampliar o acesso ao público, deslocando os termos pretéritos de carências do sistema público e de pressões para diminuição de coberturas e aumento de preços no setor privado.

Resta saber como serão as respostas de agentes públicos e privados ao convite governamental.

As primeiras manifestações de pesquisadores e técnicos ficaram entre o ceticismo, o silêncio respeitoso e críticas sobre o caráter privatizante do PATE.

Alternativamente, grupos de pesquisas sobre relações entre público e privado se dispuseram a investigar e produzir conhecimentos *pari passu* à implementação do programa.

A pergunta sobre a adesão do setor privado ao PATE exige conhecer o grau e a qualidade da estrutura e processo de empresariamento no Brasil.

Sem pretender apresentar conclusões, pelo contrário, nos dispomos a trilhar o caminho da investigação.

É preciso compreender as mudanças no setor privado que podem impedir ou mitigar a adesão de estabelecimentos e operadoras de planos de saúde ao PATE.

O PATE é oportuno e tem potencial para erguer um novo patamar para interações entre o público e o privado.

Contudo, a expansão do volume de transferências de recursos financeiros para o setor privado assistencial e para operadoras de planos de saúde, tem sido acompanhada pela reestruturação patrimonial e societária dos grupos empresariais setoriais.

É plausível supor, tendo a cautela de afastar correlações lineares, que a intensificação do uso do fundo público pelo setor privado tenha, entre outros catalisadores, estimulado a financeirização e a conglomeração empresarial na saúde.

Até recentemente, grupos empresariais cresceram por meio da integração horizontal – por exemplo, a fusão de duas empresas de planos de saúde.

Na última década, porém, a integração vertical tornou-se comum, um grupo hospitalar adquiriu uma seguradora, empresas hospitalares passaram a controlar outros hospitais, organizações sociais, laboratórios de análises clínicas e faculdades de graduação de profissões de saúde.

O potencial de lucros atraiu novos participantes corporativos, os fundos de investimento. São negócios que utilizam parte do seu próprio capital (geralmente cerca de 2% do total investido), dinheiro de investidores (cerca de 18% do total) e dinheiro emprestado de bancos ou outras instituições financeiras (cerca de 80%) para adquirir empresas não financeiras, como cadeias de restaurantes, hospitais, empresas de planos de saúde.

Ao contrário das empresas tradicionais de saúde com fins lucrativos, que planejam permanecer em operação a longo prazo, as empresas de **private equity** objetivam devolver o capital de seus investidores (com lucros substanciais), geralmente em até 5 anos, após a venda das empresas adquiridas.

Esse horizonte temporal de curto prazo e as estruturas de propriedade opacas das empresas de **private equity**, bem como a isenção da maioria dos requisitos de divulgação (e de algumas regulamentações) aplicadas às empresas de capital aberto, protegem o **private equity** do risco reputacional que, de certa forma, teria como propósito inibir comportamentos inadequados de outras empresas com fins lucrativos.

A presente Nota Técnica considera que PATE pretende a adesão de um setor privado e empresarial que vem adquirindo novas feições no país.

Para os estudos preliminares a seguir, realizamos revisão de literatura e utilizamos múltiplas fontes nacionais de dados, incluindo as Contas Nacionais de Saúde, pesquisas populacionais nacionais e orçamentos. Além disso, utilizamos relatórios financeiros corporativos, reportagens da mídia e dados de grupos de pesquisa sobre políticas de saúde. Enfatizamos os resultados de meta-análises ou revisões de fontes autorizadas, quando disponíveis.

# 1. Hospitais no Brasil: classificação de complexidade estrutural e avaliação dos credenciados

• •

O PATE apresenta como objetivo a ampliação da capacidade de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da utilização da estrutura dos setores privado e filantrópico. Para estimular a adesão, foram oferecidos incentivos fiscais a hospitais e operadoras de planos de saúde, mediante a prestação de serviços de saúde aos usuários do sistema público.

A intenção de ampliar a rede é importante, no entanto, ao compartilhar a responsabilidade do cuidado com o setor privado e filantrópico, impõe a necessidade de avaliar se os hospitais que aderem ao programa dispõem de infraestrutura mínima capaz de garantir atendimento de qualidade.

Esta seção tem o objetivo de identificar se as redes existentes e habilitadas ao programa oferecem uma estrutura mínima para atendimento especializado hospitalar que possibilitem cumprir o objetivo do programa de ampliar a capacidade de acesso a cuidados especializados.

## Metodologia

Foi realizado um estudo da oferta hospitalar em todo o território nacional, a partir dos micrdados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), disponibilizados pelo DATASUS em junho de 2025. Foram utilizados os bancos referentes a Estabelecimentos (ST), Equipamentos (EQ) e Leitos (LT), obtidos por meio do pacote Microdatasus, no software R (SALDANHA, 2019), e integrados pelo código CNES.

As informações sobre a adesão dos hospitais ao PATE foram obtidas diretamente junto ao Ministério da Saúde e incluíram os hospitais habilitados até setembro de 2025. Foram disponibilizadas duas matrizes de oferta de crédito financeiro, no nível do procedimento habilitado: uma referente à oferta de cuidado em saúde (OCI), que contempla consultas e exames, e outra correspondente à oferta cirúrgica. Os bancos foram unificados pelo código CNES e agregados no nível hospitalar.

As análises foram conduzidas nos softwares Microsoft Excel 2021, IBM SPSS Statistics 29.0 e GraphPad Prism 10, e os mapas foram elaborados no QGIS 3.40.10.

## Classificação de complexidade estrutural dos hospitais

Conforme o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (2022), a estrutura física, os serviços críticos (como urgência/emergência e centro cirúrgico), os equipamentos de apoio ao diagnóstico e apoio logístico de materiais e suprimentos compõem elementos essenciais para a caracterização do grau de complexidade de uma organização hospitalar.

Com base nesse referencial, foi desenvolvida uma classificação de complexidade estrutural destinada a orientar a seleção de hospitais participantes do PATE.

Foram definidos dois níveis de complexidade:

**Maior estrutura:** instituições que dispõem de seis serviços considerados indispensáveis: Urgência/Emergência, Centro Cirúrgico, Leitos de UTI, Tomógrafo Computadorizado, Ressonância Magnética e Farmácia Hospitalar.

**Menor estrutura:** instituições que oferecem, no mínimo, quatro dos serviços indispensáveis: Centro Cirúrgico, Leitos de UTI, Tomógrafo Computadorizado e Farmácia Hospitalar.

## Resultados Preliminares

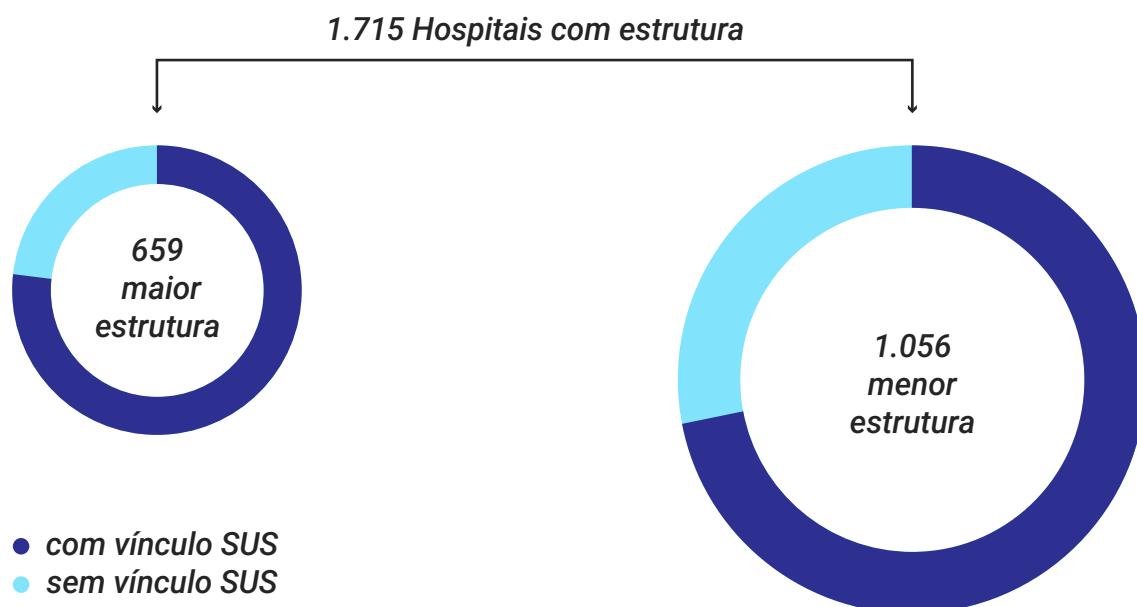
### **Classificação da complexidade estrutural dos hospitais**

De acordo com dados do CNES, o Brasil apresenta 7.713 estabelecimentos de saúde com leitos hospitalares, 8,5% desses com maior estrutura, 13,7% com menor estrutura e a grande maioria, 77,8%, sem os critérios estruturais definidos nesta nota, ou seja, que não apresentam, ao menos, os quatro serviços considerados indispensáveis: Centro Cirúrgico, Leitos de UTI, Tomógrafo Computadorizado e Farmácia Hospitalar.

A análise identificou 1.715 hospitais no Brasil com estrutura (22%). Aplicando o critério mais restritivo, que demanda maior complexidade estrutural, observou-se que apenas 659 hospitais atendem a esses parâmetros, dos quais 72% possuem vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS). Quando adotado o critério menos rigoroso, que contempla estabelecimentos com menor nível de estrutura, o número de hospitais elegíveis aumenta para 1.056, sendo 77% vinculados ao SUS (Figura 1.1).

Em relação à natureza jurídica, foi observado que, entre os hospitais de maior estrutura, apenas 20% são públicos, 40% privados e 40% filantrópicos. Entre aqueles de menor estrutura, 39% são públicos e 33%, filantrópicos.

**Figura 1.1 - Classificação da Complexidade Estrutural dos Hospitais no Brasil, segundo vínculo com o SUS. Brasil, 2025.**



Nota: **Maior estrutura** são os que apresentam seis itens indispensáveis: Urgência e Emergência, Centro Cirúrgico, Leitos de UTI, Tomógrafo Computadorizado, Ressonância Magnética e Farmácia Hospitalar.

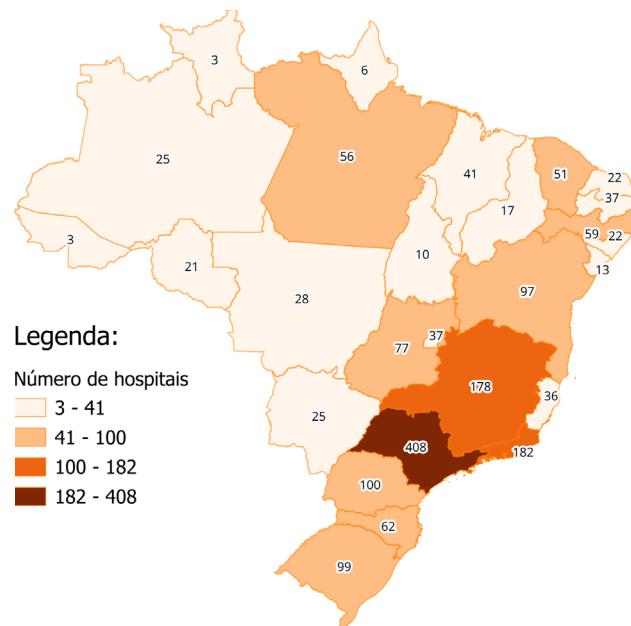
**Menor estrutura** são os que apresentam quatro serviços indispensáveis: Centro Cirúrgico, Leitos de UTI, Tomógrafo Computadorizado e Farmácia Hospitalar

Fonte: Elaboração própria com informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, DATASUS

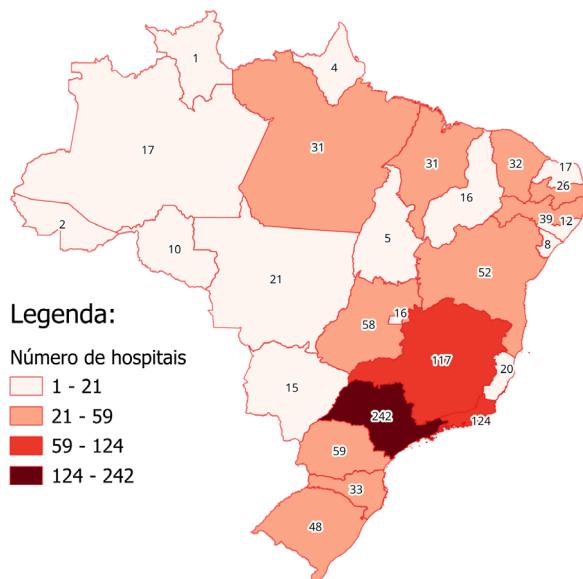
A Figura 1.2 apresenta os mapas com a frequência absoluta dos hospitais com estrutura no Brasil (2A), e estratificado em maior (2B) e menor complexidade (2C), por Unidades da Federação.

Observa-se uma concentração expressiva de hospitais estruturados nas regiões Sudeste e Sul, especialmente nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Paraná e Rio de Janeiro. Essa concentração é consistente tanto para os hospitais com maior complexidade estrutural (n=659) quanto para os de menor estrutura (n=1.056), evidenciando que os territórios mais desenvolvidos economicamente concentram também maior capacidade instalada e infraestrutura hospitalar. Em contrapartida, as regiões Norte e Nordeste apresentam menor quantidade de hospitais com estrutura.

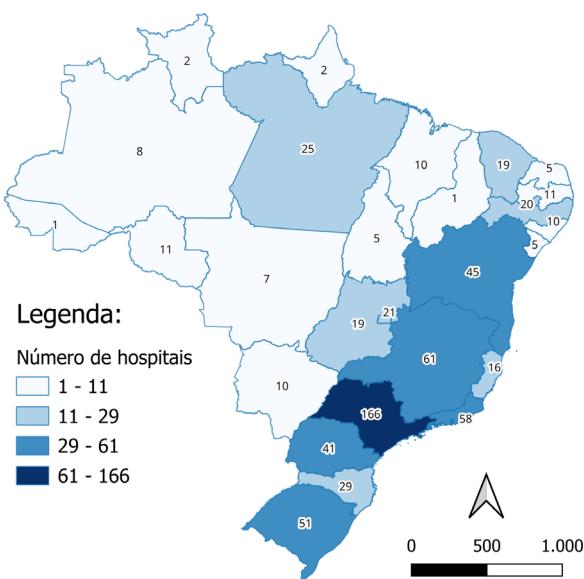
**Figura 1.2 - Distribuição dos hospitais com estrutura por Unidade da Federação (1.2A), segundo os critérios de maior estrutura (1.2B) e menor estrutura (1.2C). Brasil, 2025.**



**1.2A: Hospitais com estrutura (n=1.715)**



**1.2B: Maior estrutura (n=659)**



**1.2C: Menor estrutura (n=1.056)**

**Nota:** Maior estrutura são os que apresentam seis itens indispensáveis: Urgência e Emergência, Centro Cirúrgico, Leitos de UTI, Tomógrafo Computadorizado, Ressonânci Magnética e Farmácia Hospitalar

Menor estrutura são os que apresentam quatro serviços indispensáveis: Centro Cirúrgico, Leitos de UTI, Tomógrafo Computadorizado e Farmácia Hospitalar

Fonte: Elaboração própria com informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, DATASUS

## Adesão dos Hospitais ao Programa

Até setembro de 2025, 59 hospitais haviam aderido ao PATE, conforme informações do Ministério da Saúde. Dentre esses estabelecimentos, 30% (18) foram habilitados para a realização de procedimentos de OCI e Cirurgia, 54% (32) exclusivamente para cirurgias, e 16% (9) apenas para procedimentos OCI. Observou-se que, entre os hospitais habilitados para ambos os tipos de procedimento, predomina a natureza filantrópica, representando aproximadamente 70% do total. Já entre aqueles habilitados exclusivamente para OCI, destaca-se a predominância de estabelecimentos privados (56%).

Para a avaliação da complexidade estrutural das unidades participantes do PATE, consideraram-se apenas esses 40 hospitais que realizam cirurgias além das oftalmológicas, uma vez que os procedimentos do aparelho da visão possuem caráter predominantemente ambulatorial, não demandando o mesmo nível de estrutura hospitalar. Entre os 40 hospitais analisados, a maioria (55%) apresentou estrutura compatível com os critérios estabelecidos, sendo 22% classificados como de maior complexidade estrutural.

A Tabela 1.1 apresenta a distribuição da adesão dos hospitais ao PATE por Unidade da Federação (UF), até setembro de 2025.

Observa-se que a adesão ainda é incipiente e concentrada em apenas 14 UFs. Destacam-se Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Paraná, que concentram o maior número de hospitais habilitados.

A proporção de hospitais com estrutura compatível à complexidade requerida varia amplamente entre os estados. Enquanto Ceará, Pará, Paraíba e Rio Grande do Sul apresentam 80% a 100% de unidades estruturadas, outros estados, como Acre, Bahia e Rio Grande do Norte, não possuem nenhum hospital com estrutura mínima.

**Tabela 1.1 - Distribuição dos hospitais habilitados no Programa Agora Tem Especialistas (PATE) e proporção com estrutura compatível, por Unidade da Federação. Brasil, setembro de 2025.**

UF	Número de hospitais habilitados até setembro de 2025	Com estrutura (%)
AC	1	0%
BA	1	0%
CE	1	100%
MG	7	43%
PA	1	100%
PB	2	100%
PE	3	67%
PR	4	25%
RJ	2	50%
RN	1	0%
RS	10	80%
SC	3	33%
SE	1	0%
SP	3	67%

Fonte: Elaboração própria com informações do Ministério da Saúde.

O estudo aponta que a adesão dos hospitais ao PATE ainda se encontra em estágio inicial e reflete a distribuição heterogênea da rede hospitalar no Brasil, fortemente concentrada nas regiões litorâneas, especialmente no Sul e Sudeste.

Dessa forma, observa-se que o programa poderá ampliar o acesso dos usuários do SUS aos serviços especializados, mas não necessariamente por meio do aumento da oferta, e sim pelo aumento da cobertura, uma vez que as desigualdades estruturais da rede hospitalar persistem no território nacional.

## 2. Tabela de Remuneração e características das primeiras propostas de adesão

• •

O PATE definiu, através do Anexo da Portaria SAES/MS nº 2.985 (27 de junho de 2025), os valores percentuais de complementação em relação à Tabela SUS de todos os procedimentos realizados e remunerados no âmbito do programa.

Os valores pagos por procedimento são um elemento relevante para analisar o PATE, uma vez que determinam a sua capacidade real de mobilizar recursos assistenciais e ampliar a oferta de serviços para usuários do SUS.

Neste caso específico, a divulgação da tabela de valores influencia a disposição de prestadores de serviços privados em aderir ao programa. Ademais, os valores definidos pelo Ministério da Saúde servem como parâmetros importantes para o conteúdo das propostas apresentadas, o tipo e a quantidade de procedimentos ofertados. O valor final estimado em cada uma das propostas é, inclusive, critério para a aprovação, devendo cada contrato necessariamente ultrapassar R\$ 100 mil mensais em procedimentos.

Convém ainda registrar que a complementação dos valores pagos pela Tabela SUS não é uma novidade introduzida pelo programa, mas acompanha outras experiências prévias de pagamento por serviços de saúde pelo setor público. Neste sentido, o alcance do arranjo proposto no âmbito do PATE dependerá da concorrência direta com outras iniciativas de complementação por entes subnacionais e também com os valores praticados no setor privado.

Dessa forma, a discussão sobre os preços pagos por procedimento contribui para a análise do programa, na medida em que está relacionada com sua capacidade de mobilizar recursos assistenciais, direcionar a oferta para áreas prioritárias e alterar padrões de desigualdade regional.

### Comparativo entre tabelas de preços

Nesta seção, apresentamos uma análise descritiva da tabela do PATE, as diferenças em valores de complementação por UF e um comparativo com a Tabela SUS Paulista (TSP). A seguir, fazemos um levantamento preliminar das propostas apresentadas ao programa até setembro/2025.

**Tabela 2.1 - Comparativo dos valores de complemento: PATE (teto federal e para São Paulo) e TSP**

	PATE	PATE-SP	TSP*
Total de procedimentos	1.279	1.279	2.483
Total de correspondências entre as tabelas	1.126	1.108	-
Inconsistências entre valores da tabela SUS	8	8	-
Complemento percentual médio	255%	235%	166%
Complemento percentual médio (ponderado pelo valor)	259%	242%	188%
Complemento do PATE maior que da TSP (n)	804	706	322/420
Complemento do PATE maior que da TSP (%)	71%	63%	29%/37%

\* Tabela SUS Paulista (TSP). Valores para fevereiro/2025.

Fonte: Elaboração própria. Anexo da Portaria SAES/MS nº 2.985 (27 de junho de 2025). Tabela SUS Paulista, disponível em <<https://saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/homepage/outros-destaques/tabela-sus-paulista>>.

Os dados agregados da tabela de procedimentos do PATE mostram que o programa está direcionado para um grupo selecionado de 1.279 procedimentos que constam da Tabela SUS, conjunto que representa aproximadamente a metade dos procedimentos presentes na Tabela SUS Paulista.

Para este conjunto, os valores médios de complementação do PATE (255%) superam a TSP (166%) em quase 90 pontos percentuais. A vantagem se mantém se considerado apenas os tetos diferenciados do PATE para o estado de São Paulo. No total, o teto federal do PATE supera os valores de complementação da TSP em 71% dos procedimentos listados, ou 63% considerando o teto para São Paulo.

Não há diferenças significativas entre a média simples e a média ponderada pelo valor do procedimento. Considerando que a tabela inclui procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos, com uma grande variação de valores unitários, o comparativo entre as médias indica uma distribuição uniforme dos percentuais de complementação entre os itens da tabela.

**Tabela 2.2 - Comparativo dos valores de complemento do PATE por UF**

UF	Procedimentos abaixo do teto federal (n)	Procedimentos abaixo do teto federal (%)	Diferença máxima entre o teto estadual e o federal	Valor médio perdido por procedimento
AC	0	0%	0%	0
AL	53	4%	216%	R\$ 34,32
AP	0	0%	0%	R\$ 0,00
AM	51	4%	289%	R\$ 38,33
BA	18	1%	230%	R\$ 22,38
CE	278	22%	269%	R\$ 379,93
DF	31	2%	231%	R\$ 5,82
ES	290	23%	250%	R\$ 515,21
GO	271	21%	268%	R\$ 354,85
MA	100	8%	300%	R\$ 125,67
MT	105	8%	279%	R\$ 59,04
MS	0	0%	0%	R\$ 0,00
MG	263	21%	250%	R\$ 414,77
PA	204	16%	267%	R\$ 613,96
PB	206	16%	237%	R\$ 409,51
PR	104	8%	280%	R\$ 99,86
PE	107	8%	264%	R\$ 73,16
PI	101	8%	282%	R\$ 129,41
RJ	190	15%	294%	R\$ 239,03
RN	79	6%	284%	R\$ 68,84
RS	119	9%	233%	R\$ 208,96
RO	313	24%	253%	R\$ 115,51
RR	0	0%	0%	R\$ 0,00
SC	408	32%	283%	R\$ 1.061,62
SP	205	16%	229%	R\$ 390,62
SE	0	0%	0%	R\$ 0,00
TO	136	11%	287%	R\$ 223,21

Fonte: Elaboração própria com informações do Anexo da Portaria SAES/MS nº 2.985 (27 de junho de 2025).

As diferenças entre valores de complementação entre as UFs se mostraram bastante significativas. A análise do programa pode aprofundar a compreensão dessas diferenças e suas consequências, seja para compreender as razões que fundamentaram essas escolhas quanto a sua influência para o cumprimento dos objetivos anunciados de ampliação da oferta em termos regionais.

Os dados mostram que o número de procedimentos abaixo do teto pode ser significativo. Em Santa Catarina, por exemplo, são 408 procedimentos abaixo do teto

federal, que representam cerca de um terço dos procedimentos incluídos no programa. As diferenças no valor do complemento também são significativas, podendo atingir faixas entre 200 e 300 pontos percentuais em comparação ao teto federal.

### Características das primeiras propostas aprovadas

Passamos agora a analisar as características das propostas aprovadas pelo MS. Até setembro de 2025, o ministério havia aprovado um total de 59 propostas. Os dados foram organizados separadamente para procedimentos ambulatoriais, agrupados pelo conceito de Oferta de Cuidados Integrados (OCI), e cirurgias. Porém, representam um mesmo universo de propostas que podem incluir ambas as modalidades ou apenas uma delas. São no total, 51 entidades proponentes.

**Tabela 2.3 - Características das propostas aprovadas pelo PATE até setembro/2025**

Matriz de oferta	OCI	Cirurgias	Total
Registros	133	1.192	1.325
Propostas	27	50	59
Instituições	25	42	51
Tipos de procedimentos	29	526	555
Quantidade de atendimentos (por mês)	26.691	16.884	43.575
Valor total (por mês)*	R\$ 4.160.760,00	R\$ 40.443.068,31	R\$ 44.603.828,31
Valor médio	R\$ 155,89	R\$ 2.395,35	R\$ 1.023,61

\*Valores se referem à despesa com a complementação.

Fonte: Elaboração própria com informações do Ministério da Saúde.

A distribuição dos procedimentos é bastante heterogênea. Entre os OCI, verifica-se um conjunto pouco diversificado, apenas 29 tipos de procedimentos, e mais numeroso (26.691 atendimentos mensais). As propostas de cirurgias são menos numerosas e mais dispersas, totalizando 16.884 atendimentos mensais em mais de 520 tipos diferentes de procedimentos.

A participação de cada modalidade no valor total das propostas é bastante diferente. As cirurgias totalizam quase 10 vezes o valor dos OCI, representando mais de 90% do valor final das propostas. A diferença se expressa também no valor médio por atendimento, que é de R\$155,89 para procedimentos ambulatoriais e R\$2.395,35 para os cirúrgicos.

## Características de entidades proponentes

O conjunto das propostas ainda é pequeno para uma análise mais sólida sobre o alcance do programa. Por ora, é possível ter apenas uma visão preliminar sobre a diversidade das propostas em termos das características das entidades proponentes, do volume da oferta e de sua distribuição geográfica. A tabela abaixo apresenta as 10 entidades com propostas de maior valor total e ilustra as diferenças significativas entre os valores, a quantidade de atendimentos e o valor médio de procedimentos.

**Tabela 2.4 - Entidades com propostas de maior valor total mensal**

Entidade	Município/UF	Valor total (por mês)	Qtde. de atendimentos (por mês)	Valor médio
Fundação Educacional Alto Médio São Francisco	Montes Claros-MG	R\$ 8.140.833,20	344.535	R\$ 23,63
Fundacao De Assistencia Integral À Saúde - Fais	Belo Horizonte-MG	R\$ 5.192.888,16	1.670.338	R\$ 3,11
Associacao Hospitalar Vila Nova	Guaíba-RS	R\$ 4.974.816,52	542.979	R\$ 9,16
Instituto Maria Schmitt de Desenvolvimento de Ensino, Assistência Social e Saúde do Cidadão	Timbé Do Sul - SC	R\$ 2.979.760,82	573.153	R\$ 5,20
Hospital de Olhos Cro Ltda	Guarulhos- SP	R\$ 2.028.862,95	37.812	R\$ 53,66
Associacao Hospital Centenário de Pau Dos Ferros	Pau Dos Ferros - RN	R\$ 1.632.874,72	75.103	R\$ 21,74
Hospital Antonio Targino Ltda.	Campina Grande - PB	R\$ 1.573.487,60	319.949	R\$ 4,92
Irmandade da Santa Casa de Misericordia de Valinhos	Valinhos - SP	R\$ 1.511.042,70	218.609	R\$ 6,91
Associacao de Caridade Santa Casa de Rio Grande	Rio Grande - RS	R\$ 1.452.847,90	190.533	R\$ 7,63
Ocular Clínica e Day Hospital Ltda	Gandu - BA	R\$ 1.068.690,68	34.751	R\$ 30,75

Fonte: Elaboração própria com informações do Ministério da Saúde.

## Características dos procedimentos ofertados

As características das propostas revelam grandes diferenças entre a quantidade de atendimentos e os valores totais e médios entre os grupos de procedimentos. A tabela abaixo apresenta os valores agregados por grupos de procedimentos, para OCI e Cirurgias, destacando abaixo os procedimentos individuais com maior valor total mensal.

**Tabela 2.5 - Características por grupo de procedimento e procedimentos de maior valor total**

OCI				
Por grupo	Qtde. de propostas	Atend. por mês	Valor Total* (R\$ mil)	Valor Médio
Oftalmologia	32	7.903	R\$ 1.382	R\$ 174,84
Ortopedia	27	4.604	R\$ 936	R\$ 203,23
Cardiologia	31	4.112	R\$ 751	R\$ 182,68
Oncologia	24	2.587	R\$ 614	R\$ 237,46
Otorrinolaringologia	17	3.342	R\$ 478	R\$ 142,98
<b>TOTAL</b>	<b>131</b>	<b>22.548</b>	<b>R\$ 4.161</b>	<b>R\$ 184,53</b>
Procedimentos (maior valor total)	Qtde. de propostas	Atend. por mês	Valor Total* (R\$ mil)	Valor Médio
OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA - A PARTIR DE 9 ANOS	10	5.319	R\$ 851	R\$ 160,00
OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA C/ RADIOLOGIA E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	5	1.188	R\$ 428	R\$ 360,00
OCI AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA	10	2.095	R\$ 419	R\$ 200,00
OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA - 0 A 8 ANOS	7	1.34	R\$ 268	R\$ 200,00
OCI AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO	10	1.755	R\$ 228	R\$ 130,00

Cirurgias				
Por grupo	Qtde. de propostas	Atend. por mês	Valor Total* (R\$ mil)	Valor Médio
Aparelho da visão	174	8.713	R\$ 8.597	R\$ 986,72
Aparelho circulatório	103	773	R\$ 7.753	R\$ 10.030,37
Aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	179	1.78	R\$ 5.791	R\$ 3.253,39
Oncologia	146	534	R\$ 5.623	R\$ 10.530,14
Aparelho geniturinário	197	2.739	R\$ 5.163	R\$ 1.884,89
Sistema osteomuscular	200	1.016	R\$ 4.225	R\$ 4.158,22
Sistema nervoso central e periférico	49	348	R\$ 2.197	R\$ 6.313,52
Vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	61	375	R\$ 566	R\$ 1.508,77
Pele, tecido subcutâneo e mucosa	23	361	R\$ 305	R\$ 844,28
Torácica	31	52	R\$ 128	R\$ 2.467,72
Mama	9	28	R\$ 46	R\$ 1.652,19
Glândulas endócrinas	2	10	R\$ 24	R\$ 2.438,28
Bucomaxilofacial	4	35	R\$ 21	R\$ 608,23
Cirurgia reparadora	2	3	R\$ 3	R\$ 932,08
Outras cirurgias	10	117	R\$ 0	R\$ 0,00
<b>TOTAL</b>	<b>1190</b>	<b>16.884</b>	<b>R\$ 40.443</b>	<b>R\$ 2.395,35</b>

Procedimentos (maior valor total)	Qtde. de propostas	Atend. por mês	Valor Total* (R\$ mil)	Valor Médio
FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	20	2759	R\$ 2.129	R\$ 771,60
VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER	10	208	R\$ 1.956	R\$ 9.403,68
VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	10	215	R\$ 1.799	R\$ 8.366,24

Fonte: Elaboração própria com informações do Ministério da Saúde.

Os dados sugerem uma concentração elevada dos atendimentos propostos num conjunto reduzido de procedimentos. Os procedimentos oftalmológicos predominam, representando mais de um terço do total de atendimentos ambulatoriais e mais da metade dos atendimentos cirúrgicos.

## Considerações parciais

As propostas aprovadas pelo MS até setembro de 2025 são ainda incipientes e não autorizam conclusões contundentes acerca do futuro do programa. De qualquer modo, algumas das características das informações disponíveis permitem a formulação de algumas hipóteses e identificar pontos de atenção relativos ao alinhamento entre seus objetivos iniciais e seus resultados efetivos.

Notadamente, o conteúdo das primeiras propostas sugere que a oferta por prestadores privados não necessariamente contemplará um conjunto abrangente de procedimentos listados no rol definido pelo programa, mas pode concentrar atendimentos num conjunto mais restrito de procedimentos, seja ambulatoriais ou cirúrgicos. Deve-se acompanhar as próximas rodadas de propostas para compreender os fatores que condicionam o perfil da oferta, sejam eles relacionados à existência e disponibilidade de recursos assistenciais, sejam relacionados aos preços pagos por procedimento.

A centralidade da questão dos preços não deve ser ignorada. Ela tangencia discussões sobre problemas estruturais no sistema público, como o recorrente tema da atualização da Tabela SUS. Da mesma forma, a ideia de que o sucesso do PATE dependerá da criação de condições atrativas para o setor privado é cada vez mais presente. A ausência das maiores empresas da saúde privada da primeira rodada de propostas é um fato relevante, utilizado como fundamento para especular<sup>4</sup> sobre a intenção de modificar a tabela de remuneração apresentada no início do programa, aumentando os percentuais de reembolso para garantir a adesão de hospitais e operadoras de planos de saúde.

---

<sup>4</sup> Ministério da Saúde quer aumentar tabela para atrair planos ao Agora tem Especialistas. Jota 30/10/2025. Disponível em: <<https://www.jota.info/opiniao-e-analise/colunas/coluna-ligia-formenti/ministerio-da-saude-quer-aumentar-tabela-para-atrair-planos-ao-agora-tem-especialistas>>.

### 3. Médicos Especialistas

• • • • • • • • • • •

Uma das 10 estratégias<sup>5</sup> anunciadas do PATE é “garantir a formação de profissionais e, assim, disponibilizar mais especialistas na rede”.

Em agosto de 2025 o Ministério da Saúde (MS) divulgou<sup>6</sup> ter selecionado, no âmbito do PATE, 501 médicos especialistas em cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, anestesiologia, otorrinolaringologia, dentre outros.

Remunerados por meio de bolsa-formação de até R\$ 20 mil, os médicos passariam por cursos de aprimoramento, com mentoria da EBSERH e de hospitais do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS)

Os médicos seriam destinados a 212 municípios que, segundo o MS, integram regiões com número de especialistas abaixo da média nacional, de 184 especialistas por 100 mil habitantes. O critério foi baseado no estudo Demografia Médica no Brasil.

Não há ainda dados públicos disponíveis sobre a adesão, a permanência e a atuação, nos municípios, dos médicos especialistas selecionados pelo PATE.

Em setembro de 2025, o MS<sup>7</sup>, também como ação do PATE, abriu inscrições para instituições interessadas em ampliar vagas de Residência Médica (RM). A intenção era financiar 3 mil novas bolsas de RM. Seriam priorizados programas de RM em anestesiologia, radiologia, cirurgia oncológica, entre outras especialidades. Para a distribuição das bolsas, seriam priorizados os estados da Amazônia Legal (Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima, Mato Grosso, Maranhão e Tocantins).

Ainda não é possível avaliar a expansão pretendida da oferta de RM, devido ao tempo necessário para credenciamento de instituições, ativação das novas bolsas e

<sup>5</sup> Agora Tem Especialistas. Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/agora-tem-especialistas>>. Acesso em 07/11/2025.

<sup>6</sup> Ministério da Saúde seleciona 501 médicos especialistas para atuarem no interior do país e regiões onde há falta de profissionais. Ministério da Saúde, 25/08/2025. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/agosto/ministerio-da-saude-seleciona-501-medicos-especialistas-para-atuarem-no-interior-do-pais-e-regioes-onde-ha-falta-de-profissionais>>. Acesso em 07/11/2025.

<sup>7</sup> Saúde abre inscrições para formar 4 mil especialistas em áreas prioritárias para o SUS. Agência Gov, 18/09/2025. Disponível em: <<https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202509/ministerio-da-saude-abre-inscricoes-para-formar-4-mil-profissionais-especialistas-em-areas-prioritarias-para-o-sus>>. Acesso em 07/11/2025.

formação dos médicos, que demora de dois a cinco anos, a depender da especialidade cursada. Além disso, embora expressivo, o aumento de três mil bolsas de RM não é suficiente para acompanhar a acelerada expansão da graduação médica, que chega em 2025 com mais de 50 mil vagas anuais ofertadas.

### Oferta, desigualdade regional e concentração no setor privado

O Brasil contava em 2024 com cerca de 360 mil médicos especialistas, o que corresponde a 68% do total de médicos. Os demais profissionais são generalistas, não possuem especialidade. Entre os especialistas, 64% deles concluíram Residência Médica e 36% obtiveram o título por meio de uma Sociedade de Especialidade Médica. Dentre as 55 especialidades

Entre as 55 especialidades regulamentadas no Brasil, sete delas concentram 54% do total de médicos especialistas: Clínica Médica Pediatria, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Anestesiologia, Cardiologia, e Ortopedia e Traumatologia. Num segundo bloco, há oito especialidades que concentram, juntas, 20% dos especialistas: Medicina do Trabalho, Oftalmologia, Medicina de Família e Comunidade, Radiologia e Diagnóstico Por Imagem, Psiquiatria, Dermatologia e Medicina Intensiva. As 20 especialidades com menor número de médicos somam, juntas, menos de 5% dos especialistas. Seis especialidades têm menos de 1.000 médicos titulados cada uma.

Não há, no Brasil, escassez generalizada em especialidades ligadas a problemas de saúde mais frequentes, embora gestores públicos tenham registrado dificuldade de contratar especialistas em Medicina Intensiva, Psiquiatria, Anestesiologia, Patologia e outras ligadas ao tratamento do câncer e do trauma.

A ausência ou insuficiência de especialistas no SUS pode ser explicada, dentre outros fatores, pelos valores pagos para procedimentos médicos, mas também pela desigualdade na oferta.

A distribuição de médicos especialistas (de todas as especialidades somadas) no território nacional é extremamente irregular. O Distrito Federal tem a maior concentração de médicos especialistas (480,13 por 100 mil habitantes), seguido por Rio de Janeiro (254,44), São Paulo (252,78) e Rio Grande do Sul (241,92). Já Maranhão (70,58), Pará (75,47) e Amazonas (88,29), apresentaram as menores densidades.

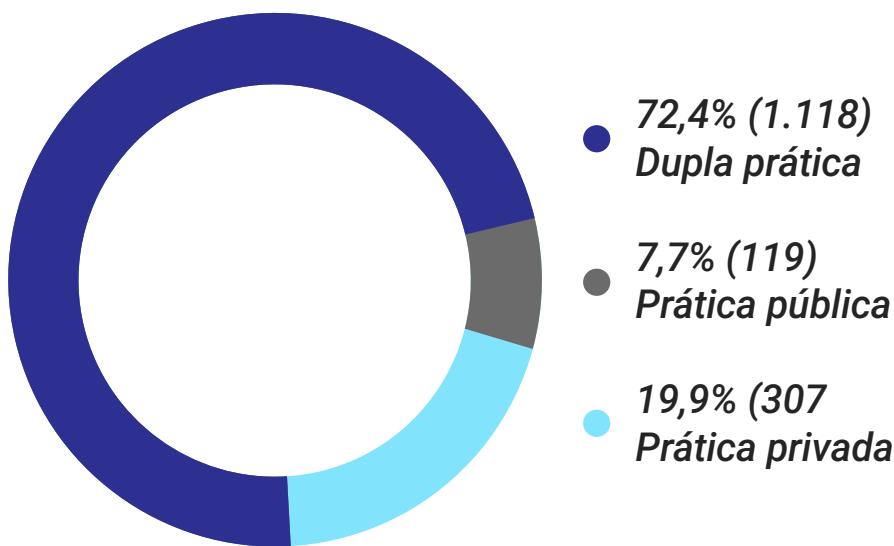
**Tabela 3.1 - Médicos especialistas, população, e razão de médicos especialistas por 1000.00 habitantes, segundo unidade da Federação em 2024 - Brasil, 2025**

UF	População	Especialistas	Razão
Distrito Federal	2.817.381	13.527	480,13
Rio de Janeiro	16.055.174	40.851	254,44
São Paulo	44.411.238	112.262	252,78
Rio Grande do Sul	10.882.965	26.327	241,91
Espírito Santo	3.833.712	9.075	236,72
Santa Catarina	7.610.361	16.986	223,20
Minas Gerais	20.539.989	42.804	208,39
Paraná	11.444.380	22.775	199,01
Mato Grosso do Sul	2.757.013	5.216	189,19
Goiás	7.056.495	12.283	174,07
Sergipe	2.210.004	3.52	159,28
Paraíba	3.974.687	6.187	155,66
Rio Grande do Norte	3.302.729	4.733	143,31
Pernambuco	9.058.931	12.978	143,26
Mato Grosso	3.658.649	5.193	141,94
Tocantins	1.511.460	2.13	140,92
Rondônia	1.581.196	2.146	135,72
Ceará	8.794.957	11.353	129,09
Alagoas	3.127.683	4.017	128,43
Roraima	636.707	784	123,13
Bahia	14.141.626	17.128	121,12
Piauí	3.271.199	3.777	115,46
Amapá	733.759	721	98,26
Acre	830.018	745	89,76
Amazonas	3.941.613	3.48	88,29
Pará	8.120.131	6.128	75,47
Maranhão	6.776.699	4.783	70,58

Fonte: SCHEFFER (2025).

A desigualdade regional soma-se à desigualdade entre público e privado. O caso dos cirurgiões é emblemático. Inquérito nacional com cirurgiões gerais, revelou que predomina entre esses especialistas a dupla prática pública e privada (72,4%) (SCHEFFER, 2025). Apenas 7,7% dos cirurgiões atuam, exclusivamente, no setor público ou no atendimento a pacientes do SUS; enquanto 19,9% atuam somente no setor privado ou atendem, exclusivamente, clientela de planos de saúde e particulares (Figura 3.1).

**Figura 3.1 - Médicos cirurgiões participantes do inquérito segundo prática pública, privada ou dupla prática | Brasil, 2025**



Fonte: SCHEFFER (2025).

Os dados do inquérito com cirurgiões corroboram achados de outro estudo da Demografia Médica no Brasil 2025 (SCHEFFER, 2025) a respeito da produção assistencial cirúrgica: quem tem plano de saúde consegue realizar muito mais cirurgias do que quem usa apenas o SUS, proporcionalmente ao tamanho das populações cobertas. No caso da appendicectomia, por exemplo, a chance de ser submetido ao procedimento é 34,4% maior entre pacientes vinculados a planos de saúde. Essa diferença é ainda mais acentuada nas colecistectomias (58,7%) e chega a 86,6% nas correções de hérnia. A via de acesso cirúrgico agrava as discrepâncias. Enquanto 76% de pacientes de planos de saúde podem ser submetidos a uma appendicectomia por videolaparoscopia, no caso de pacientes do SUS esse contingente é de somente 11,3%.

O PATE, portanto, deveria intensificar ações mais abrangentes e efetivas que possam promover o deslocamento para o SUS de especialistas hoje mais concentrados no

setor privado, a redução das desigualdade regionais e locais na oferta e formação de especialistas e a diminuição da defasagem de vagas de Residência Médica em relação às vagas de graduação.

## 4. Orçamento do Ministério da Saúde: perspectivas para ampliação das despesas com serviços de atenção especializada

• •

As despesas com ações e serviços públicos de saúde dos últimos cinco anos são marcadas (i) pelas despesas com enfrentamento da pandemia de COVID-19 em 2020 e 2021, (ii) pela redução no ano de 2022, especialmente devida à redução dos gastos federais, e (iii) pela recomposição do orçamento federal em 2023 e especialmente em 2024. Portanto, o espaço para a ampliação de despesas orçamentárias com atenção especializada reside neste último contexto de recomposição, em que o gasto federal em 2023 foi R\$22 bilhões maior que em 2022 e em que o gasto de 2024 foi R\$49 bilhões maior que em 2022. Os dados podem ser observados na Tabela 1 a seguir:

**Tabela 4.1 - Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) no Brasil, segundo esferas de governo – 2019-2024, em milhões de R\$ (deflator: IPCA de 31/12/2024)**

Nível de governo	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Despesa com ASPS em R\$ milhões						
Governo Federal	163.19	205.57	207.772	166.548	188.499	215.92
Estados e DF	102.78	104	115.166	126.286	126.936	138.67
Municípios	122.273	123.564	135.251	151.066	161.774	164.285
<b>Total</b>	<b>388.243</b>	<b>433.134</b>	<b>458.188</b>	<b>443.9</b>	<b>477.209</b>	<b>518.876</b>
Percentual do total						
Governo Federal	42%	47%	45%	38%	40%	42%
Estados e DF	26%	24%	25%	28%	27%	27%
Municípios	31%	29%	30%	34%	34%	32%
Variação frente ao ano anterior (R\$ milhões)						
Governo Federal	42.38	42.38	2.201	-41.224	21.951	27.422
Estados e DF	1.836	1.22	11.166	11.12	650	11.734
Municípios	4.425	1.291	11.687	15.815	10.708	2.511
<b>Total</b>	<b>6.814</b>	<b>44.891</b>	<b>25.054</b>	<b>-14.289</b>	<b>33.309</b>	<b>41.667</b>
Variação frente ao ano anterior (% do ano anterior)						
Governo Federal	26%	26%	1%	-20%	13%	15%
Estados e DF	2%	1%	11%	10%	1%	9%
Municípios	4%	1%	9%	12%	7%	2%
<b>Total</b>	<b>2%</b>	<b>12%</b>	<b>6%</b>	<b>-3%</b>	<b>8%</b>	<b>9%</b>

Fonte: Elaboração própria com dados dos Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária, SIOPS e IBGE.

No âmbito do Programa Agora Tem Especialistas (PATE), os recursos utilizados desde os programas originários – Programa Nacional de Redução de Filas (PNRF, 2023-2024) e o Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE, 2024-2025) – sempre tiveram como fonte recursos da Ação 8585 - “Atenção à Saúde da População para procedimentos em Média e Alta Complexidade”, alocada dentro do Programa 5118 – “Atenção Especializada à Saúde”. Isso é o que está estabelecido nas normas infralegais que apresentam previsão de despesas associadas desde 2023:

- Portaria GM/MS N° 90, de 3 de fevereiro de 2023;
- Portaria GM/MS nº 2.336, de 12 de dezembro de 2023;
- Portaria GM/MS N° 3.492, de 8 de abril de 2024;
- Portaria GM/MS N° 6.494, de 31 de dezembro de 2024;

- Portaria GM/MS Nº 6.636, DE 19 de fevereiro de 2025;
- Portaria GM/MS nº 7.242, de 16 de junho de 2025;
- PORTARIA GM/MS Nº 8.265, DE 26 DE SETEMBRO DE 2025; e
- Portaria GM/MS nº 8.279, de 30 de setembro de 2025.

Os componentes que representam a novidade do Programa em termos de financiamento, o componente de Créditos Financeiros e o componente de Ressarcimento ao SUS, representam a adição de recursos para financiamento de serviços. Estes possuem lógicas de funcionamento e restrições próprias do programa, conforme previsto na Lei 15.233 de 7 de outubro de 2025.

Nesta seção, buscamos analisar o potencial espaço orçamentário para a ampliação de despesas com recursos orçamentários para o Programa Agora Tem Especialistas (PATE).

Para isso, apresentamos um levantamento de dados orçamentários disponíveis nos documentos anexos aos Projetos de Lei Orçamentária (PLO) e às Leis Orçamentárias Anuais (LOA).

Os documentos consultados foram os seguintes:

- Projeto de Lei Orçamentária, Orçamento da União para o Exercício em questão, Volume IV, Tomo I, “Detalhamento das Ações” de órgãos do Poder Executivo, Órgão “36000 – Ministério da Saúde”;
- Lei Orçamentária Anual, Volume IV, “Detalhamento das Ações” de órgãos do Poder Executivo, Órgão “36000 – Ministério da Saúde”;
- Painel do Orçamento Federal no SIOP<sup>8</sup>;
- Anos dos documentos: PLO de 2021 a 2026 e LOA de 2021 a 2025.

Os dados disponíveis estão apresentados em 4 perfis:

1. Orçamento do Projeto de Lei Orçamentária (PLO);
2. Orçamento da Lei Orçamentária Anual (LOA);
3. Orçamento da Lei mais créditos;
4. Recurso efetivamente empenhado no exercício.

Foram selecionados os dados:

- Total do Ministério da Saúde;

<sup>8</sup> Painel do Orçamento Federal - Módulo Consulta Livre. Disponível em <[https://www1.siop.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao\\_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40p-qlk04&anonymous=true?lang=en-US&opendocqs=>](https://www1.siop.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40p-qlk04&anonymous=true?lang=en-US&opendocqs=>)

- Programa “5118 – Atenção Especializada à Saúde” (em anos anteriores, também poderia ser identificado como 5018);
- Ação “8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade”.

Os valores monetários serão corrigidos pelo IPCA do IBGE para R\$ de 2024 para os valores já empenhados e para R\$ de 2025 para os valores previstos na PLO e na LOA, utilizando para tanto a estimativa da inflação para 2025 na Pesquisa FOCUS do Banco Central do Brasil.

## Resultados

Os dados mostram que o atual governo foi capaz de realizar uma recomposição relevante do orçamento público executado pelo Ministério da Saúde. Após os anos de 2020 e 2021, em que houve uma ampliação devida aos esforços relativos de enfrentamento à pandemia de COVID-19, o orçamento previsto de 2022 foi marcado pela diminuição: menos R\$ 4,3 bilhões (em termos reais) no previsto na PLOA e menos R\$ 55,8 bilhões (em termos reais) no empenhado. O ano seguinte assiste a uma redução de R\$ 4,3 bilhões na PLOA (previsão do último ano do governo anterior), mas acaba com uma ampliação de R\$23,5 bilhões no empenhado. De 2023 para 2024, ocorreu a maior ampliação: ampliação prevista de R\$68,7 bilhões e ampliação realizada no empenho de R\$30,1 bilhões.

**Tabela 4.2 - Despesas do Ministério da Saúde e dos programas 5018 (2019-2023) e 5118 (2023-2026), em bilhões de reais (R\$ de 31/12/2025, deflacionado pelo IPCA).**

		2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Projeto de Lei	Programa 5018 – At. Especial. À Saúde	-	75,0	74,2	69,9	70,6	90,4	89,4
Projeto de Lei	<b>Ministério da Saúde – Total</b>	166,6	161,2	157,9	155,4	151,2	219,8	219,8
Dotação Inicial	Programa 5018 – At. Especial. À Saúde	-	84,1	84,6	83,3	90,1	103,0	107,8
Dotação Inicial	<b>Ministério da Saúde – Total</b>	178,7	179,2	178,4	181,0	198,3	241,3	245,4
Dotação Atual	Programa 5018 – At. Especial. À Saúde	-	169,8	131,4	79,8	96,6	107,7	103,3
Dotação Atual	<b>Ministério da Saúde – Total</b>	185,2	261,5	253,2	188,9	212,3	243,0	246,8
Empenhado	Programa 5018 – At. Especial. À Saúde	-	138,9	128,7	79,6	96,2	107,0	87,0
Empenhado	<b>Ministério da Saúde – Total</b>	183,6	229,7	244,0	188,2	211,7	241,8	202,6

Fonte: elaboração do autor com dados do Painel do Orçamento Federal.

Também nos recursos destinados à Atenção Especializada, por meio do programa número 5015 (até 2023) e 5118 (a partir de 2024). Contudo, a proporção varia ao longo do tempo, fazendo mudar o percentual do orçamento do ministério dedicado aos programas. Nos valores empenhados, os dados de 2024 não chegam nem próximos àqueles dos dois anos da pandemia, enquanto pela ótica do projeto de lei o ano de 2024 seja o verdadeiro ano de ampliação (R\$19,8 bilhões). Os anos seguintes são anos de pequenos ajustes.

A análise do espaço para ampliação passa por analisar os dados da Ação 8585, onde foram alocadas as despesas desde 2023 para o PNRF, o PMAE e agora o PATE. Neste caso, como pode ser visto na Tabela 4.3, houve um movimento de ampliação de recursos na recomposição de 2024, ainda que o percentual da Ação 8585 sobre o total do programa 5018/5118 tenha caído com relação ao período 2019-2022.

**Tabela 4.3 - Recursos previstos e despendidos – Ministério da Saúde - Ação 8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade – em bilhões de reais (R\$ de 31/12/2025, deflacionado pelo IPCA).**

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
<b>Projeto de Lei</b>	71,6	69,5	69,1	65,1	66,3	80,0	81,4	80,8
<b>Dotação Inicial</b>	71,6	70,1	69,1	69,9	74,0	80,0	81,4	-
<b>Dotação Atual</b>	72,4	70,2	87,2	67,7	75,3	83,4	82,2	-
<b>Empenhado</b>	72,4	70,1	86,9	67,7	75,3	83,4	74,1	-
<b>Liquidado</b>	71,7	69,1	84,4	66,1	72,3	78,7	66,6	-
<b>Pago</b>	71,6	69,0	84,2	66,1	72,2	78,6	66,5	-

Fonte: elaboração do autor com dados do Painel do Orçamento Federal.

A seguir, a Tabela 4.4 detalha os principais planos orçamentários destacados como fonte, dentro da Ação 8585, para financiamento dos componentes ambulatorial e cirúrgico do PATE.

**Tabela 4. Despesas previstas em Lei e empenhadas - Ministério da Saúde - Ação 8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade (2019-2026), em milhões de reais (R\$ de 31/12/2025, deflacionado pelo IPCA)**

Projeto de Lei (PLOA)								
Plano Orçamentário	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
0000 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade - Despesas Diversas	62,9	61,0	60,6	55,2	57,8	66,1	64,5	64,6
0005 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação-FAEC	7,2	6,9	6,8	6,2	7,0	9,6	13,1	13,0
000J - Ampliação de dotações conforme disposto nos artigos 15 e 17 da LC nº 201, de 2023	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Subtotal</i>	70,0	67,9	67,4	61,3	64,8	75,7	77,6	77,6
Demais programas orçamentários	1,6	1,6	1,7	3,7	1,5	4,3	3,8	3,2
<b>Total com recursos da Ação 8585 no Ministério da Saúde</b>	<b>71,6</b>	<b>69,5</b>	<b>69,1</b>	<b>65,1</b>	<b>66,3</b>	<b>80,0</b>	<b>81,4</b>	<b>80,8</b>

Plano Orçamentário	Recursos Empenhados							
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025*	2026
0000 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade - Despesas Diversas	63,0	61,5	60,5	57,5	60,6	68,2	63,4	-
0005 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação-FAEC	7,9	7,0	6,7	7,9	9,9	11,4	8,3	0
000J - Ampliação de dotações conforme disposto nos artigos 15 e 17 da LC nº 201, de 2023	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	-
<i>Subtotal</i>	70,9	68,5	67,2	65,4	71,9	79,6	71,8	-
Demais programas orçamentários	1,5	1,6	19,8	2,4	3,5	3,8	2,3	-
<b>Total com recursos da Ação 8585 no Ministério da Saúde</b>	<b>72,4</b>	<b>70,1</b>	<b>86,9</b>	<b>67,7</b>	<b>75,3</b>	<b>83,4</b>	<b>74,1</b>	<b>-</b>

\*2025: valores até o presente. Fonte: elaboração do autor com dados do Painel do Orçamento Federal.

A Tabela 4.4 mostra claramente o crescimento dos recursos disponíveis para os programas orçamentários utilizados para as despesas do PATE. Somados os três programas já utilizados pelo PNRF, pelo PMAE a atualmente pelo PATE, foram R\$ previstos no PLOA R\$ 61,3 bilhões em 2022, R\$ 64,8 bilhões em 2023, R\$ 75,7 bilhões em 2024, R\$ 77,6 bilhões em 2025 e R\$ 77,6 bilhões em 2026. Note-se como o maior esforço de recomposição foi feito em 2024 (mais R\$ 10,9 bilhões), desacelerando em 2025 (mais R\$ 1,9 bilhões) e estagnando em 2026.

Esta tabela ainda mostra, pela ótica do Empenho, que normalmente o recurso empenhado supera o previsto em lei por um coeficiente que varia ao longo dos anos. Nos anos em questão, o maior fator é de 2023 (1,11). Pelo fato de ainda não haver concluído o ano de 2025, não podemos fazer uma comparação deste ano. Uma informação relevante, contudo, é a de que há uma desaceleração do empenhado em um ano e o previsto no PLOA do ano seguinte: em 2023, foram empenhados R\$ 71,9 bilhões e previstos R\$ 75,7 bilhões em 2024; em 2024, foram empenhados R\$ 79,6 bilhões e foram previstos R\$ 77,6 bilhões. Essa sequência sugere que não haverá – ao menos em previsão – maiores recursos para o programa além do volume já estabelecido para ele em 2025. Normalmente ampliações dependem da variação da arrecadação e da capacidade do governo dispor desses recursos para orientá-los segundo suas prioridades.

## Direções futuras

A despeito da recomposição de orçamento ocorrida em 2023 e sobretudo em 2024, o ritmo de crescimento das despesas do Ministério da Saúde e destas com atenção especializada arrefeceu a partir de 2025. O percentual dedicado a esta esfera dentro do orçamento diminui e o seu crescimento ao longo do triênio é menos do que proporcional ao crescimento do total. Isso tem permitido conciliar muitas outras despesas, mas sugere que o espaço dedicado ao PATE permaneça no patamar dos bilhões de reais, como está desde 2024. Embora o Programa realize a possibilidade de diferentes modalidades de pagamento e de prestação de serviços, servindo como um projeto potencial no sentido da desprivatização do sistema, ela não consegue ainda, no patamar atual de financiamento, servir para modificar a balança da privatização do sistema de saúde no campo da atenção especializada.

Esta nota tem a limitação de analisar os dados antes do término do ano de 2025, o que permitiria verificar a mudança da tendência com a implementação do PATE desde maio, e antes da aprovação da LOA 2026, que vai concretizar e talvez confirmar a orientação do orçamento previsto, eventualmente demonstrando novas tendências para o ano eleitoral de 2026, considerando a prioridade que o programa adquiriu na comunicação oficial do Ministério e do Governo Federal.

## 5. O Componente Financeiro do PATE

• • • • • • • • • • • • • • • • • • •

Entre as estratégias adotadas pelo PATE, uma das novidades do ponto de vista institucional diz respeito à criação de arranjos jurídicos voltados a combinar e vincular processos de reestruturação e quitação de dívidas de instituições de saúde – de diferentes naturezas jurídicas e áreas de atuação – à expansão da produção de serviços de saúde em especialidades consideradas prioritárias para o SUS. Trata-se do componente financeiro do PATE. A seguir, são brevemente discutidos: (i) o contexto em que essa inovação foi desenhada; (ii) as regras gerais de funcionamento dos dois subcomponentes; e (iii) os desafios e as dimensões relevantes a serem monitoradas no âmbito do projeto.

A iniciativa se insere num contexto que transcende o setor saúde, em que a União busca recompor sua base fiscal e aumentar suas capacidades de arrecadação e execução de dívidas, garantindo receitas para financiar, de forma sustentável, a expansão das políticas sociais. O diagnóstico, mais ou menos explícito, é o de que houve um processo pretérito de deterioração dessas capacidades estatais. Podem ser mencionadas entre as raízes desse processo, da parte do Estado, iniciativas pretéritas de criação de benefícios fiscais pouco criteriosos e não monitorados, elevando sensivelmente os gastos tributários da União; bem como, do lado dos contribuintes, práticas cada vez mais sistemáticas e sofisticadas de planejamento tributário, elisão fiscal e “advocacia de guerrilha”, nas esferas administrativa e judicial, utilizadas por algumas organizações para se esquivar, adiar ou inadimplir o cumprimento de obrigações tributárias e financeiras com o Estado.

Para enfrentar a questão, duas abordagens complementares vêm sendo adotadas. De um lado, iniciativas como o combate a privilégios tributários, o projeto do devedor contumaz e o fortalecimento da atividade fiscalizatória da Receita Federal do Brasil (RFB) buscam incrementar o poder coercitivo do Estado e desestimular comportamentos indesejados. De outro, órgãos da advocacia pública, encabeçados pela Procuradoria Geral da Fazenda Nacional (PGFN) e pela Advocacia Geral da União (AGU), passaram a adotar uma postura mais dialógica e interativa com os contribuintes, utilizando-se de um leque amplo de instrumentos de composição e transação para estimular acordos e encurtar o caminho da execução de dívidas e de recuperação de créditos. A combinação entre “o chicote” e a “cenoura” converge com dois novos princípios do sistema tributário nacional estabelecidos a partir da aprovação da reforma tributária do

consumo (Emenda Constitucional nº 32 de 2023): a justiça tributária e a cooperação.

Essas iniciativas não se dirigem às particularidades do setor de saúde, mas são importantes para compreender as origens e as possibilidades do componente financeiro do programa. Tanto o endividamento crônico das instituições filantrópicas de saúde, como os elevados níveis de alavancagem com que operam empresas do setor são facetas antigas e conhecidas do sistema de saúde brasileiro, que têm entre seus sintomas o acúmulo de dívidas dessas entidades com o fisco. Apesar de avanços ocorridos a partir de 2011, o mesmo se pode afirmar da política de ressarcimento do SUS pelas operadoras, que segue apresentando resultados muito aquém aos aceitáveis, representando desfalque significativo para o Fundo Nacional de Saúde (FNS).

O componente financeiro do PATE busca encarar esses conhecidos problemas como oportunidades para, valendo-se da estrutura aprimorada de fiscalização, negociação e transação tributária, incrementar as fontes de financiamento do SUS. A estratégia se bifurca em dois subcomponentes: o Componente de Créditos Financeiros (CCF), focado em estabelecimentos em saúde, e o Componente de Ressarcimento (COR), voltado para operadoras de planos de saúde.

### Regras gerais de funcionamento do CCF e do COR

O foco central do programa, no que tange aos hospitais, é permitir que estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, possam realizar transações tributárias, mediante a oferta de serviços de atenção especializada aderentes ao planejamento do SUS. Em vista de ampliar a produção, o programa pretende ampliar a infraestrutura privada instalada a serviço do sistema público, atraindo os proprietários desses ativos via disponibilização de mecanismo jurídicos e financeiros que se traduziriam em alívio no fluxo de caixa, regularização fiscal e maior capacidade de contrair empréstimos e participar de processos públicos de contratação.

Na perspectiva inversa, o programa visa facilitar a recuperação de créditos tributários pela União, substituindo a obrigação de pagar por obrigações de fazer, o que equivale a arrecadar e carimbar “dinheiro novo” para as ações de saúde. Assim, a mecânica do CCF é dupla: primeiro, oferece uma negociação de débitos fiscais em condições especiais; segundo, permite que a entidade de saúde constitua “créditos financeiros” junto à União através da prestação de serviços de saúde. Esses créditos, certificados pelo Ministério da Saúde, são então usados para quitar os débitos negociados.

A adesão ao CCF é voluntária e formalizada mediante a submissão de uma proposta via plataforma InvestSUS. Para ser elegível, o hospital deve cumprir uma série

de requisitos: (i) regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista; (ii) comprovação de capacidade operacional, técnica e sanitária; e (iii) consentimento do acesso a seus dados fiscais pelos gestores do programa. A proposta submetida no InvestSUS deve conter, essencialmente, o valor da dívida negociada; a “matriz de oferta” dos serviços que o prestador se propõe a produzir; e o volume de tributos federais pagos no exercício anterior.

Uma vez que a proposta é apresentada, ela passa por uma análise prévia da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES/MS), sendo posteriormente submetida à consideração e manifestação de interesse dos entes subnacionais responsáveis. Aprovada a proposta, o gestor local do SUS e o estabelecimento celebram um contrato ou, na hipótese de o estabelecimento já compor a rede SUS, um aditivo contratual, estabelecendo as obrigações e as metas a serem alcançadas.

Um dos elementos que mais chamam a atenção em relação ao CCF é a criação de uma espécie de “moeda” para a quitação das dívidas: o Certificado de Valor de Créditos Financeiros (CVCF). Após a formalização, o hospital inicia a prestação dos serviços conforme a matriz de oferta. A produção é apurada e validada mensalmente pelo Departamento de Regulação Assistencial e Controle (SAES/MS). Com base nessa validação, o FNS emite digitalmente o CVCF em favor do hospital.

A utilização dos CVCF para liquidação das prestações negociadas será permitida a partir do exercício de 2026, respeitado o limite orçamentário inicial de R\$2 bilhões por ano. Caso não existam negociações ativas, os créditos podem servir para liquidar débitos próprios (vencidos ou vincendos) de tributos administrados pela Receita Federal, com exceção do FGTS. Há, ainda, “tetos percentuais” de dívida transacionável por CNPJ: para dívidas de até R\$ 5 milhões, o limite é de 50%; para dívidas entre R\$ 5 milhões e R\$ 10 milhões, o limite é de 40%; para dívidas superiores a R\$ 10 milhões, o limite é de 30%.

Paralelamente à geração de créditos, o hospital deve aderir formalmente à modalidade de negociação fiscal específica, o “PATE – Fazenda”, instituído pela Portaria Conjunta PGFN/RFB N° 11/2025. Esta portaria rege a negociação de créditos tributários (inscritos ou não em dívida ativa) e não tributários (inscritos em dívida ativa). As condições oferecidas são atrativas e visam garantir o alívio no fluxo de caixa das instituições, incluindo: (i) redução de até 100% no valor de juros, multas e encargos; (ii) desconto sobre o principal de até 70% para Santas Casas de Misericórdia e de até 65% para as demais instituições; e (iii) parcelamento. Como condição para aderir, o contribuinte deve desistir de impugnações ou recursos administrativos e renunciar a alegações de direito sobre as

quais se fundam ações judiciais relativas aos débitos negociados.

O segundo subcomponente, COR, destina-se às operadoras de planos de saúde. Esse mecanismo não se presta a transações de natureza tributária, focando exclusivamente nas dívidas que as operadoras têm com o Fundo Nacional de Saúde (FNS) a título de “ressarcimento ao SUS”: valores devidos a partir da identificação de que um beneficiário de plano de saúde foi atendido na rede pública para realizar um procedimento coberto em seu contrato. A lógica é similar: a operadora adere voluntariamente, oferta via InvestSUS uma matriz de serviços (consultas, exames, cirurgias) que terá que ser aprovada pelos diferentes entes federativos. Aprovada a proposta, celebra-se um Termo de Compromisso, incluindo serviços, prazos, valores, prestadores, responsabilidades e sanções. Mensalmente apura-se e valida-se a prestação, após o que o FNS emite um “Certificado de Obrigaçāo de Ressarcimento” (COR), que serve para quitar dívidas oriundas do ressarcimento.

Além da natureza da dívida, o subcomponente do COR tem três outras diferenças dignas de menção em relação ao CCF. O primeiro, relacionado aos requisitos de participação, atinentes à capacidade técnica, à conformidade com as obrigações de envio de dados regulares para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a ausência de processo de liquidação ou impedimento para contratação com a Administração Pública. O segundo, atinente à possibilidade de que o serviço não seja prestado pela rede própria da empresa devedora, sendo facultada a utilização de rede credenciada. A terceira, referente ao caráter mais restrito do COR em relação ao CF: diferentemente deste último, aquele não se presta a quitar débitos vincendos, mas apenas a quitar dívidas.

Finalmente, ambos os componentes preveem um acompanhamento regular de prestação de contas e a realização de auditorias, de modo que tanto prestadores, como operadoras de planos de saúde ficam sujeitos a multas por inexecução continuada dos contratos celebrados.

## Desafios e Pontos Críticos a serem monitorados

O arranjo descrito acima é recente e a compreensão da operacionalização e funcionamento prático do componente financeiro dependerá de dados ainda indisponíveis sobre as manifestações de interesse, o conteúdo das propostas, os valores negociados, os impactos das transações celebradas sobre a trajetória da produção assistencial, bem como os desfechos. A insuficiência de informações sobre as propostas já enviadas por estabelecimentos e operadoras dificulta mesmo uma análise preliminar. Ainda assim, alguns aspectos relacionados aos requisitos e à estrutura das dívidas jogam luz sobre desafios e pontos críticos a serem monitorados pela pesquisa.

Conforme estimativas divulgadas pelo próprio governo federal quando do lançamento do PATE, haveria 3.537 instituições de saúde endividadas no país, totalizando mais de R\$34 bilhões em dívidas. Em manifestações recentes, representantes da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB fizeram referência ao fato de que, dos cerca de 1.800 estabelecimentos filantrópicos, mais de 900 estariam endividadas, tendo bancos entre seus principais credores.

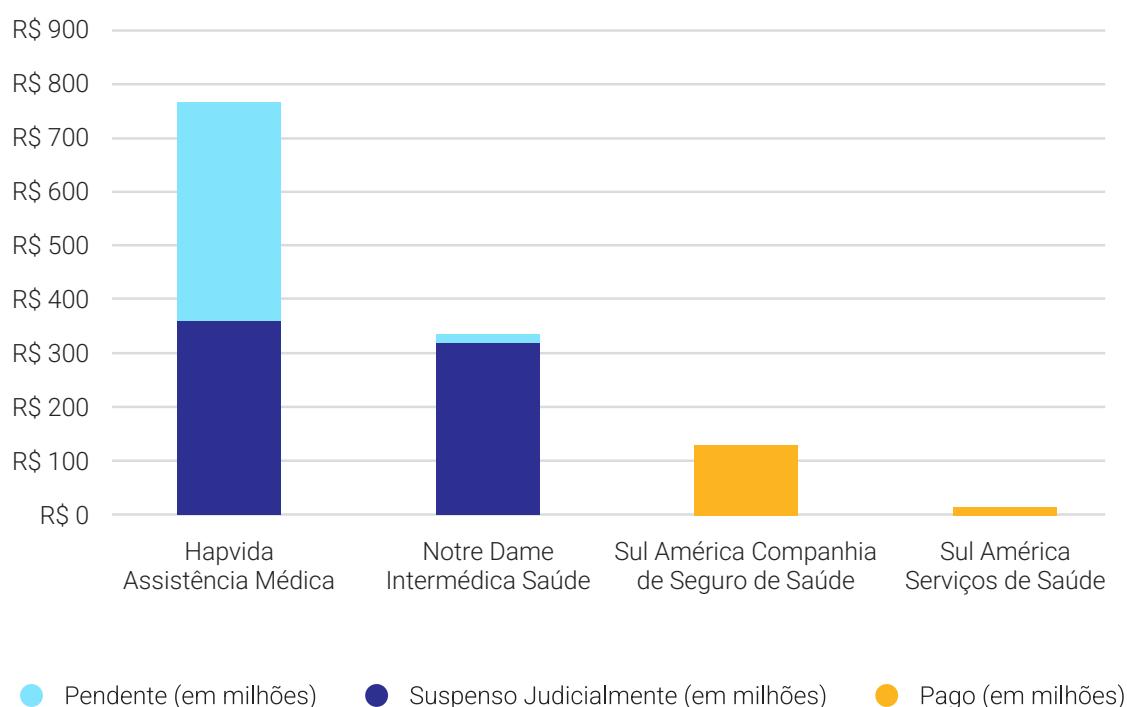
Apesar da incompletude dos dados sobre a estrutura das dívidas, as informações disponíveis sugerem que parte muito expressiva das dívidas dos estabelecimentos não digam respeito a débitos tributários, mas a inadimplentes junto a fornecedores, instituições financeiras e trabalhadores. Há, portanto, muita incerteza sobre qual o montante efetivamente negociável no que tange ao CCF.

Um segundo aspecto relevante, correlato ao primeiro, refere-se ao requisito expresso na regulação do programa atinente à regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista. Em outras palavras, as regras do PATE não permitem a participação de uma instituição irregular, com dívidas trabalhistas, previdenciárias e tributárias não equacionadas. Partindo da premissa de que, em muitos casos, há uma multiplicidade de credores e um endividamento crônico dos prestadores que poderiam aderir ao programa – especialmente das entidades filantrópicas, que já assumem um percentual muito relevante da produção assistencial especializada no país – não é fácil vislumbrar como esse requisito poderia ser rapidamente superado, a fim de viabilizar a participação de um universo abrangente e diverso de prestadores.

Passando ao segundo subcomponente, tem-se que, ao divulgar o programa, o governo federal estimou um estoque de dívidas das operadoras com o FNS da ordem de R\$1,3 bilhão. A meta do programa seria a de criar um fluxo anual, por esse componente, equivalente a R\$750 milhões em transações, considerando a combinação entre parte do estoque e fluxo de novas dívidas apuradas. Por razões distintas, é possível antever possíveis limites enfrentados pelo COR para atrair operadoras a aderirem ao programa.

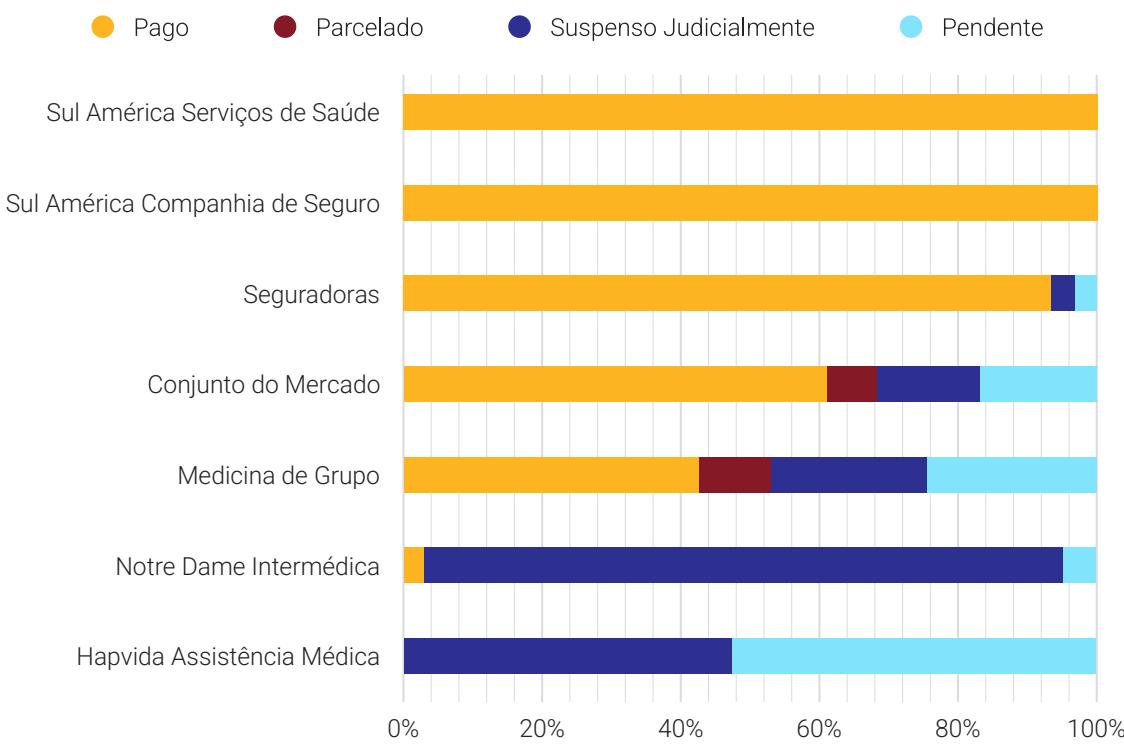
O primeiro e principal limite diz respeito ao elevado grau de concentração da dívida em um universo reduzido de operadoras. A título exemplificativo, os gráficos abaixo indicam que o grau de conformidade com a política de ressarcimento varia significativamente em função da modalidade de operadora e do modelo de negócios adotados. As seguradoras praticamente não devem ao FNS, enquanto as empresas de medicina de grupo constituem a modalidade com maiores dívidas. Mesmo dentro desse subgrupo, verifica-se um desnível entre as diferentes empresas, sendo que operadoras do Grupo Hapvida, como Notre Dame Intermédica e Hapvida Assistência Médica, concentram um percentual desproporcional e elevado do estoque total de dívida, considerando dados divulgados pela ANS para o período 2015-2024:

**Figura 5.1 - Estoque total de dívida de empresas de planos de saúde selecionadas por situação da dívida - R\$ milhões**



Fonte: Haddad (2025) com informações do Painel do Ressarcimento do SUS (ANS).

**Figura 5.2 - Situação da dívida de empresas de planos de saúde e modalidades selecionadas (% do estoque total)**



Fonte: Haddad (2025) com informações do Painel do Ressarcimento do SUS (ANS).

A concentração das dívidas junto ao FNS decorrente da regra do ressarcimento não é a única limitação à adesão de um universo mais amplo de operadoras ao PATE. Além de possuir dívidas em patamares significativos, a atratividade do programa depende da capacidade das operadoras de produzirem os serviços a um custo igual ou inferior aos valores decorrentes da aplicação do Índice de Valoração do Ressarcimento da ANS à Tabela SUS. É razoável esperar que, assim como o estoque das dívidas, essa capacidade esteja concentrada em um universo reduzido de operadoras, que operam sob fortes economias de escala, possuem carteiras vastas de beneficiários e atuam de modo fortemente verticalizado, a partir de uma rede própria pautada pelo controle estrito de custos. As informações divulgadas até aqui indicam que a Hapvida foi a única operadora a enviar propostas ao PATE até recentemente, o que realça as preocupações expostas acima.

Em suma, é cedo para avaliá-lo, mas não para afirmar que, assim como introduz uma série de inovações institucionais à política de financiamento da atenção especializada em saúde, o componente financeiro também enfrentará desafios, que apontam para elementos críticos a serem monitorados na fase de sua implementação.

## Referências Bibliográficas

• • • • • • • • • • • • • • •

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. 2022.

HADDAD, Frederico. As interfaces público-privadas do sistema de saúde e as implicações do mercado de saúde suplementar para o SUS: Conflito distributivo em movimento. 2025. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2025.

SALDANHA, Raphael de Freitas; BASTOS, Ronaldo Rocha; BARCELLOS, Christovam. Microdadosus: pacote para download e pré-processamento de microdados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 9, e00032419, 2019. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00032419>>.

SCHEFFER, M. (coord.). Demografia Médica no Brasil 2025. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. ISBN 978-65-5993-754-7.

# Lista de Descritores em Ciências da Saúde em ordem alfabética

• •

- Acesso a Serviços de Saúde
- Acesso Efetivo a Serviços de Saúde
- Acesso Universal a Serviços de Saúde
- Atenção Secundária à Saúde
- Atenção Terciaria à Saúde
- Cobertura de Serviços de Saúde
- Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde
- Financiamento da Assistência à Saúde
- Hospitais Privados
- Indicadores de Saúde
- Instituições Privadas de Saúde
- Instituições Filantrópicas de Saúde
- Listas de Espera
- Planos de Saúde
- Planos e Programas de Saúde
- Política de Saúde
- Regulação Governamental
- Saúde Suplementar
- Seguro de Saúde Baseado em Valor
- Seguro Saúde
- Serviços de Saúde
- Setor Privado
- Sistemas de Saúde
- Tabela de Remuneração de Serviços
- Utilização de Instalações e Serviços
- Utilização de Serviços

# Sobre os Autores

• • • • • • • • •

## **Artur Monte Cardoso**

Professor de Política e Planejamento em Saúde no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) desde 2018. Possui Graduação em Ciências Econômicas (2008), Mestrado em Ciências Econômicas (2014) e Doutorado em Ciências Econômicas (2018) pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), com estágio doutorado-sanduíche na Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines (UVSQ), França (2015-2016). É pesquisador do Grupo de Pesquisa e Documentação sobre Empresariamento da Saúde (GPDES), no Instituto de Estudos de Saúde Coletiva (IESC/UFRJ).

## **Danielle Conte Alves Riani Costa**

Nutricionista sanitarista. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), tendo como objetos de estudo análises sobre o sistema de saúde, a relação entre o público e o privado na saúde e as desigualdades em saúde. É Especialista em Regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com atuação em monitoramentos e indicadores de atenção à saúde, rede assistencial, garantia de atendimento e acesso aos serviços, promoção da saúde, prevenção de doenças. Graduação pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e pós-graduação pelo IESC/UFRJ. Possui Mestrado em Saúde Pública, subárea Políticas Públicas de Saúde, pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz).

## **Frederico Haddad**

Doutor em Direito Econômico pela Faculdade de Direito da USP (2025), mesma instituição pela qual se graduou (2014) e obteve o título de Mestre em Direito do Estado (2019). Autor do livro “O Direito à rua: políticas públicas e função social das vias urbanas” (Fórum, 2022). Pesquisador do Grupo Direito e Políticas Públicas (FDUSP), do Grupo de Pesquisa e Documentação sobre Empresariamento da Saúde (IESC/UFRJ) e do Núcleo de Cidadania, Saúde e Desenvolvimento do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap). Bolsista CNPq de Desenvolvimento Tecnológico Industrial. Foi bolsista de Pesquisa em Concorrência e Políticas Públicas vinculado ao Centro de Estudos da

Ordem Econômica - Ceoe (Unifesp). Advogado e Consultor jurídico com experiência profissional nas áreas de Direito Econômico, Regulação, Direito da Concorrência, Direito Administrativo e Terceiro Setor. Membro da Comissão da Comissão de Infraestrutura, Logística e Desenvolvimento Sustentável da OAB/SP. Professor do Mestrado Profissional do Centro de Estudos de Direito Econômico e Social (Cedes) e Professor do Curso de Graduação em Administração na Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

### **Jessica Pronestino de Lima Moreira**

Professora adjunta da Faculdade de Farmácia, da Universidade Federal Fluminense - UFF. Doutora em Engenharia Biomédica pela COPPE (Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia), na Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Mestre em Saúde Coletiva pela UFRJ - Instituto de Estudos da Saúde Coletiva (IESC). Graduada em Estatística pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Coordenadora do MultiLab - Laboratório Multidisciplinar de Análise de Dados em Farmácia e Saúde Coletiva. Credenciada em dois programas de pós-graduação stricto-sensu, sendo um como docente permanente (Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica - Faculdade de Farmácia - UFF - Mestrado e Doutorado profissional) e um como docente colaboradora (Clínica Médica - Faculdade de Medicina - UFRJ - M/D, Nível 7). Recém aprovada como bolsista do Programa Jovem Cientista do Nossa Estado (JCNE) da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), 2026-2028. Coordenadora do MultiLab - Laboratório Multidisciplinar de Análise de Dados em Farmácia e Saúde Coletiva (CNPq), contemplado pelo Edital de Auxílio Básico à Pesquisa (APQ1) - FAPERJ 2023.

### **Leonardo Vidal Mattos**

Professor do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutor em Saúde Coletiva pela mesma instituição em 2021. Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Fiocruz em 2015. Farmacêutico graduado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em 2011. Atualmente é docente, coordenador do Grupo de Pesquisa e Documentação sobre o Empresariamento da Saúde (GPDES) no IESC/UFRJ, pesquisador da iniciativa "Saúde Amanhã" vinculada à presidência da Fiocruz. Também é membro da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Área de atuação: Saúde Coletiva, com ênfase em Políticas e Sistemas de Saúde, Planejamento e Gestão em Saúde, Economia Política da Saúde, Saúde Global, Complexo Econômico Industrial da Saúde, Políticas Farmacêuticas e Atenção Primária à Saúde.

### **Ligia Bahia**

Professora Titular da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1980), mestrado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1990) e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1999). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Políticas de Saúde e Planejamento, principalmente nos seguintes temas: sistemas de proteção social e saúde, relações entre o público privado no sistema de saúde brasileiro, mercado de planos e seguros de saúde, financiamento público e privado, regulamentação dos planos de saúde.

### **Lucas Andrietta**

Professor da Faculdade de Saúde Pública (USP). Economista, Mestre e Doutor em Desenvolvimento Econômico pela Unicamp, concluiu Pós-Doutorado em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina (USP) e no Instituto de Estudos Avançados (IEA-USP). Atua também como pesquisador vinculado ao Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde e Interações Público-Privadas (GEPS/FM-USP) e ao Grupo de Pesquisa e Documentação sobre Empresariamento na Saúde (GPDES/IESC-UFRJ). Foi conselheiro no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e membro titular da Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica (CICTAF) e da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar (CISS).

### **Mário Scheffer**

Mário Scheffer é Professor Associado (Livre-Docente) do Departamento de Medicina Preventiva (DMP) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. É Mestre e Doutor em Ciências da Saúde pelo DMP- FMUSP, tendo concluído dois programas de Pós-Doutorado. Especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), graduou-se em Comunicação Social pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Foi membro titular do Conselho Universitário da USP, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e da Câmara de Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) . Integra a Comissão de Políticas da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e é membro do Conselho Curador da Fundação Faculdade de Medicina (FFM) e do Conselho Consultivo do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC). Atua no campo da Saúde Coletiva. principalmente nos temas :

1) Força de Trabalho em Saúde e Profissão Médica; 2) Relações entre o Públíco e o Privado na Saúde; e 3) Saúde Suplementar.

### **Milton Santos Martins da Silva**

Médico pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2012-19), com graduação-sanduíche entre setembro de 2015 e agosto de 2016 na Queen Mary - University of London, no curso de Global Public Health, compondo também o Grupo de Pesquisa e Documentação sobre Empresariamento na Saúde (GPDES/IESC-UFRJ). Concluiu Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2020-22), tendo também cursado ano optativo da Residência Médica em Administração em Saúde pela mesma universidade (2022-23). Especialista em Economia e Gestão em Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2022-23). No momento, mestrande de Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.