

NOTA TÉCNICA Nº 09/2025

***Reflexos da MPV nº 1.301, de 30/5/2025, sobre o Atual
Modelo do Sistema Único de Saúde e sobre o Papel Federal
no Sistema***

Gustavo Ferreira Fialho

Consultor de Orçamento e Fiscalização Financeira da Área Saúde, Trabalho,
Previdência, Assistência Social e Família

Mário Luis Gurgel de Souza

Consultor de Orçamento e Fiscalização Financeira da Área Saúde, Trabalho,
Previdência, Assistência Social e Família

Rafael Alves de Araujo

Consultor de Orçamento e Fiscalização Financeira da Área Saúde, Trabalho,
Previdência, Assistência Social e Família



O conteúdo deste trabalho não representa a posição da Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira, tampouco da Câmara dos Deputados, sendo de exclusiva responsabilidade de seus autores.

© 2025 Câmara dos Deputados.

Todos os direitos reservados. Este trabalho poderá ser reproduzido ou transmitido na íntegra, desde que citados(as) os(as) autores(as) e a Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira. São vedadas a venda, a reprodução parcial e a tradução sem autorização prévia por escrito da Câmara dos Deputados.

O conteúdo deste trabalho é de exclusiva responsabilidade de seus(suas) autores(as), não representando a posição da Consultoria de Orçamento, da Câmara dos Deputados ou de suas comissões.

O conteúdo deste trabalho é de exclusiva responsabilidade de seus autores.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	4
II. SÍNTESE DAS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES PROMOVIDAS PELA MEDIDA PROVISÓRIA	4
III. EVENTUAIS REPERCUSSÕES DAS ALTERAÇÕES PROPOSTAS	9
IV. SUBSÍDIOS ACERCA DA ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA	11
V - CONCLUSÃO	13

I. INTRODUÇÃO

A presente Nota Técnica atende a solicitação de trabalho nº 708, de 2025, para análise dos impactos e reflexos promovidos pela MPV nº 1.301/2025 no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A MPV institui o Programa Agora Tem Especialistas e altera diversas normas afetas à saúde, inclusive a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde.

Destaca-se que a presente Nota Técnica se limita à apresentação de subsídios acerca da Medida Provisória na forma editada pelo Poder Executivo. Eventuais emendas ou substitutivos posteriormente apresentados à matéria deverão ser objeto de análise específica.

II. SÍNTESE DAS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES PROMOVIDAS PELA MEDIDA PROVISÓRIA

Nos termos do art. 62 da Constituição Federal, o Presidente da República submete ao Congresso Nacional a Medida Provisória nº 1.301, de 30/05/2025, que Institui o Programa Agora Tem Especialistas, dispõe sobre o Grupo Hospitalar Conceição S.A., altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a Lei nº 8.958, de 20 de dezembro de 1994, a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, e a Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019.

A Exposição de Motivos Interministerial (EMI) nº 014/2025-MS/MF/MGI, de 30 de maio de 2025, que acompanha a referida MPV, busca esclarecer a finalidade das alterações. Para fins de apresentação, segregamos nos seguintes itens:

a) Programa Agora Tem Especialistas (art. 1º a art. 7º)

A MPV cria o Programa Agora Tem Especialistas para ampliar o acesso da população do SUS a consultas, exames e cirurgias em seis áreas prioritárias, permitindo a participação de estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com investimento estimado de R\$ 2 bilhões anuais.

O objetivo do programa é: i) qualificar e diversificar as ações e serviços de saúde à população; ii) ampliar a oferta de leitos hospitalares e demais serviços de saúde para assistência à população; e iii) diminuir o tempo de espera para a realização de consultas, procedimentos, exames, e demais ações e serviços de atenção especializada (art. 1º).

O programa será implementado mediante atendimentos médico-hospitalares realizados pelos estabelecimentos hospitalares privados, com ou sem fins lucrativos, à população, de acordo com as regras e os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS (art. 2º). As mencionadas entidades usufruirão de créditos financeiros relativos ao total dos valores atribuídos pelos atendimentos (art. 4º), que serão utilizados na compensação de tributos federais, inscritos ou não em dívida ativa da União (art. 5º).

A especificação das contrapartidas de serviços, dos limites e das demais condições para fruição dos benefícios do Programa será disciplinada em ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e da Fazenda. O programa tem vigência até 31 de dezembro de 2030 e prevê penalidades no caso de descumprimento. Para fins de cumprimento da legislação orçamentária e fiscal, prevê que, a partir do exercício de 2026, o Poder Executivo incluirá a renúncia de receita na estimativa da LOA, nos termos do disposto no art. 14 da LRF, e a compensação é atendida pelo Decreto nº 12.466, de 22 de maio de 2025.

Segundo a exposição de motivos, a medida foi motivada pelo histórico déficit de especialistas no SUS, agravado pela pandemia, e pela necessidade de reduzir a demanda reprimida. O Executivo destaca que o programa utiliza toda a capacidade instalada do sistema de saúde, promovendo integração público-privada para qualificar e diversificar o atendimento.

Ainda conforme a EMI, a compensação visa acelerar a regularização fiscal dos prestadores, incentivando sua participação e otimizando o uso dos créditos, sem desembolso imediato de recursos públicos.

b) Alterações Afetas ao Grupo Hospitalar Conceição – GHC (art. 8º a art. 15)

A MPV prevê que o Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A., empresa pública federal incorporada à administração pública federal por meio de desapropriação, nos termos do disposto no Decreto nº 75.457, de 7 de março de 1975, passa a denominar-se Grupo Hospitalar Conceição S.A. A medida também amplia seu papel estratégico como entidade pública federal no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A reformulação institucional confere ao Grupo competências ampliadas para planejar, gerir, manter, desenvolver e executar ações e serviços de saúde em qualquer nível de complexidade, inclusive ensino e pesquisa. Estabelece regime jurídico celetista, fontes de recursos diversas, impenhorabilidade de bens e dispensa de licitação para contratações com o poder público.

Conforme destacado na exposição de motivos, a medida visa consolidar a posição estratégica da entidade no sistema público de saúde como sociedade anônima de capital exclusivamente público, com foco na assistência hospitalar de alta complexidade articulada às políticas nacionais de formação de recursos humanos em saúde. Essa reestruturação facilita a expansão territorial da atuação do Grupo, viabilizando sua presença em regiões remotas ou de difícil acesso, onde tradicionalmente há carência de serviços especializados.

No contexto específico da Medida Provisória, está sendo ratificada a criação do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) como empresa pública federal, além de indicar que participará, ainda, como agente estratégico para a execução do Programa de Recuperação de Créditos Fiscais dos Estabelecimentos Hospitalares Privados, instituído pela MPV. Não está claro se a menção da EMI sobre a atuação do GHC como executor indica que este atuará como coordenador ou beneficiário do Programa de Recuperação de Créditos que a MPV cria.

c) Alterações da Lei nº 8.080/1990. Ampliação da Competência Federal no SUS (art. 16)

Inclui dispositivo que permite à União, em situações de urgência em saúde pública (grande tempo de espera, alta demanda e necessidade de atenção especializada), executar ações e contratar/prestar serviços especializados nos Estados, DF e Municípios, por tempo determinado. Cria sistema nacional de dados públicos sobre tempo de espera na atenção especializada, com envio obrigatório de dados pelos entes federados.

Nos termos da EMI, a alteração visa conferir agilidade à resposta federal em situações críticas, reforçar a coordenação nacional e ampliar a transparência e o controle social sobre o acesso à atenção especializada.

d) Alterações da Lei nº 8.958/1994. Ampliação da Competência da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz (art. 17)

Permite que, em situações de urgência em saúde pública, a Fiocruz possa celebrar convênios ou contratos com a fundação de apoio para estruturar políticas e projetos nacionais de atenção especializada, inclusive com contratação de pessoas e serviços.

Segundo a EMI, a mudança visa conferir mobilização ágil de recursos humanos e materiais pela Fiocruz em emergências, reforçando sua atuação estratégica no SUS.

e) Alterações da Lei nº 9.656/1998. Substituição da Obrigação de Ressarcimento das operadoras de Planos de Saúde por Serviços ao SUS (art. 18)

Permite que a obrigação de ressarcimento das operadoras de planos de saúde ao SUS possa ser convertida em prestação de serviços ao SUS, mediante termo de compromisso, com condições definidas pela AGU e Ministério da Saúde.

Conforme a EMI, busca dar maior efetividade à recuperação de recursos do SUS, permitindo que operadoras contribuam diretamente com serviços, especialmente em áreas de maior necessidade.

f) Alterações da Lei nº 12.732/2012. Institui, no âmbito do Programa Agora Tem Especialistas, conjunto de ações destinadas à ampliação do acesso ao Tratamento Radioterápico (art. 19)

Institui, no âmbito do Programa Agora Tem Especialistas, ações para ampliar o acesso ao tratamento radioterápico, integrando sistemas de informação, priorizando pacientes oncológicos e exigindo informações periódicas dos estabelecimentos. Garante transporte e diárias para pacientes em tratamento fora do domicílio.

A EMI esclarece que a mudança visa reduzir o tempo de espera para radioterapia, integrar oferta e demanda nacionalmente e apoiar pacientes oncológicos em deslocamento, promovendo equidade e acesso.

g) Alterações da Lei nº 12.871/2013. Institui, no âmbito do Programa Mais Médicos, o Projeto Mais Médicos Especialistas (art. 20)

A MPV cria, no âmbito do Programa Mais Médicos, o Projeto Mais Médicos Especialistas, para formação e atuação de especialistas, ampliando o acesso à atenção especializada no SUS.

Segundo a EMI, a medida busca suprir a carência de especialistas, especialmente em regiões vulneráveis, fortalecendo a formação e fixação desses profissionais no SUS.

h) Alterações da Lei nº 13.958/2019. Amplia Competências da Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS – AGSUS (art. 21)

Modifica dispositivos sobre a Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS), ampliando a atuação da agência para permitir a prestação de serviços de atenção especializada, em acréscimo aos serviços de atenção primária que já exercia, como executante do Programa Agora Tem Especialistas.

A alteração visa integrar a AGSUS às estratégias de ampliação do acesso à atenção especializada, otimizando a governança e o apoio técnico.

i) Transformação de Cargos Efetivos Vagos (art. 22 a art. 23)

Autoriza a transformação de cargos efetivos vagos no âmbito federal, para adequação de quadros de pessoal às necessidades do SUS e do Programa Agora Tem Especialistas.

A transformação permite adequar a força de trabalho às novas demandas do programa, sem aumento de despesa, aproveitando cargos já existentes e vagos.

Segundo informações constantes da proposta, estão sendo criados 129 cargos vagos de Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária, para a carreira de Regulação e Fiscalização de Locais, Produtos, e Serviços sob Vigilância Sanitária, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Ainda segundo consta da EMI, os cargos novos são criados sem aumento de despesa, por meio da transformação de 70 cargos vagos de Técnico Administrativo do próprio Quadro da Anvisa, bem como de outros 319 cargos da Carreira da Previdência, Saúde e Trabalho - que atende ao Ministério da Saúde, órgão ao qual é vinculada aquela Agência Reguladora. Assim, a transformação destes 389 cargos de nível intermediário permitirá a criação dos 129 cargos de nível superior para fortalecer a execução das atividades finalísticas da Anvisa.

j) Contratação de prestadores credenciados pelos entes federados (art. 24)

Autoriza o Ministério da Saúde a regulamentar a contratação, por Estados, DF e Municípios, de prestadores de serviços credenciados no Programa Agora Tem Especialistas.

A medida busca uniformizar procedimentos e garantir segurança jurídica na contratação de prestadores privados pelos entes federados, promovendo integração e eficiência na execução do programa.

Por fim, a exposição de motivos articula de forma estruturada os aspectos da saúde pública com o objetivo de fundamentar constitucionalmente o uso do instrumento normativo excepcional. A crise estrutural no sistema de saúde, notadamente no segmento especializado, é apresentada como questão de manifesto interesse público e relevância nacional, considerando as consequências diretas e imediatas sobre os índices de mortalidade da população brasileira - especialmente no tratamento oncológico, o que configuraria o requisito da urgência. Ademais, argumenta o contexto de agravamento das filas de espera decorrente da pandemia de COVID-19, que caracterizaria situação extraordinária que demanda resposta normativa célere e eficaz do Poder Executivo.

Nesse contexto, defende a **relevância** em função a gravidade da situação de saúde pública no país:

- ✓ Déficit crítico na atenção especializada: Mesmo com ampliação de recursos para cirurgias e ações de média/alta complexidade, persistem desafios significativos no acesso a consultas, exames e procedimentos especializados no SUS;
- ✓ Concentração desigual de especialistas: Apenas 31% da população brasileira concentra 63% dos médicos do país, evidenciando escassez crítica em áreas remotas e interioranas; e
- ✓ Impacto na oncologia: O diagnóstico tardio de câncer é alarmante, com alta proporção de casos identificados em estágios avançados (pulmão 85,8%, estômago 72,9%, cólon/reto 63,2%, colo do útero 49,5%).

A **urgência** é fundamentada em dados concretos sobre mortalidade:

- ✓ Mortalidade por atrasos: Atrasos no tratamento de câncer entre 30-60 dias estão associados ao aumento de 6% a 8% na mortalidade;
- ✓ Tendência epidemiológica: O câncer deve superar as doenças cardiovasculares como principal causa de morte global ainda neste século; e
- ✓ Situação já crítica: Em 2019, seis unidades da federação já registravam mortalidade prematura por câncer superior à causada por doenças cardiovasculares.

Embora não explicitamente detalhada, a exposição argumenta ainda que:

- ✓ A situação crítica das filas por atendimento especializado foi agravada pela pandemia de COVID-19; e

Esse contexto justificaria a necessidade de enfrentamento imediato da situação, caracterizando a imprevisibilidade dos eventos que tornaram a medida necessária.

Apesar das justificativas de relevância e urgência, cabe ressaltar que a medida indica que não há intenção de execução do programa em 2025, tendo em vista a informação da EMI de que se espera impacto apenas em 2026 por conta da necessidade de regulamentação do programa.

III. EVENTUAIS REPERCUSSÕES DAS ALTERAÇÕES PROPOSTAS

O Sistema Único de Saúde, instituído pelos art. 196 a 200 da Constituição, estrutura-se sobre os princípios da descentralização, com direção única em cada esfera de governo (art. 198, I, CF/88), e da regionalização e hierarquização (art. 198, II, CF/88). Dessa forma, embora o cuidado com a saúde seja competência comum das três esferas de governo (art. 23 da Constituição), essa competência compartilhada não significa atribuições idênticas para todos os entes, uma vez que a atuação deve ser coordenada e cooperativa.

Nesse sentido, a Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica do SUS) definiu papéis específicos e regulamentou essa distribuição de competências, estabelecendo à União papel predominantemente normativo, coordenador e financiador, uma vez que nos termos do art. 30, VII, da CF, cabe predominantemente aos municípios prestar a execução dos serviços de atendimento à saúde da população.

O Supremo Tribunal Federal, no Tema 793, confirmou a responsabilidade solidária dos entes federativos nas demandas de saúde, esclarecendo que a União exerce a coordenação nacional através da definição de políticas, normas, planejamento e financiamento, sem necessariamente executar diretamente os serviços, que permanecem descentralizados. Entendimento semelhante foi adotado no STJ¹:

“... Relativamente ao sistema único de saúde (SUS), ele é formado, segundo a Constituição, por “uma rede regionalizada e hierarquizada” de ações e serviços de saúde, observadas, entre outras diretrizes, a da “descentralização, com direção única em cada esfera de governo” (art. 198).

2. Atendendo ao preceito constitucional, a Lei 8.080/90 tratou da organização do SUS, inclusive no que se refere à distribuição das competências, das atribuições e das responsabilidades de seus vários órgãos integrantes, com o objetivo, não apenas de evitar a sobreposição de estruturas administrativas, mas para conferir eficiência, economicidade e agilidade ao sistema, condição indispensável a garantir aos cidadãos, da melhor maneira possível, o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde.

3. Relativamente à execução e prestação direta dos serviços, a Lei atribuiu aos Municípios essa responsabilidade (art. 18, incisos I, IV e V, da Lei nº 8.080/90), compatibilizando o Sistema, no particular, com o estabelecido pela Constituição no seu artigo 30, VII: “Compete aos Municípios (...) prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população....”.

Portanto, no modelo constitucional vigente, a União atua no SUS precípuaamente como:

- **Formuladora de políticas nacionais** (art. 16, I, Lei 8.080/90);

¹ STJ; AgRg no REsp 888975 / RS; 1ª Turma; Ministro LUIZ FUX; DJ 16/08/2007; DJ 22/10/2007 p. 205.

- **Coordenadora do sistema** em âmbito nacional (art. 16, II, Lei 8.080/90);
- **Financiadora** através do Fundo Nacional de Saúde (art. 16, IV, Lei 8.080/90)
- **Prestadora direta limitada** apenas em caráter residual e estratégico.

A prestação direta de serviços pela União restringe-se, tradicionalmente, a unidades específicas e estratégicas: hospitais federais do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, Grupo Hospitalar Conceição, Rede Sarah Kubitschek (patrimônio federal administrado por serviço social autônomo) e Hospitais Universitários vinculados ao MEC, todos com finalidades específicas de ensino, pesquisa ou atendimento de alta complexidade. Dito de outra forma, o fato de existirem hospitais federais não altera a regra geral do art. 30, VII, da CF, devendo a atuação federal direta ocorrer de maneira excepcional e justificada.

A Medida Provisória nº 1.301/2025 promove significativa alteração no papel da União no SUS, transformando-a de indutora e financiadora em **executora e contratante direta** de serviços de saúde por meio da alteração do art. 16 da Lei nº 8.080/90, ainda que o dispositivo mencione *“situações de urgência em saúde pública, caracterizadas por grande tempo de espera, alta demanda”*.

Essa modificação pode suscitar reflexos acerca de aspectos constitucionais importantes, como:

i. Princípio da Descentralização

O art. 198, I, da Constituição estabelece a descentralização como diretriz fundamental do SUS, com comando único em cada esfera de governo. Por sua vez, o art. 30, VII, da CF estabelece textualmente que compete aos Municípios *“prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, os serviços de atendimento à saúde da população”*. Portanto, não se trata de competência comum genérica (art. 23), mas de distribuição específica de funções.

Dessa forma, a assunção pela União do papel de contratante direto de serviços especializados, tradicionalmente executados por entes subnacionais, representa inversão da lógica constitucional descentralizadora.

ii. Regionalização

A contratação direta pela União, sem intermediação dos entes subnacionais, afeta a organização regional das redes de atenção à saúde, prevista no art. 198, II, da CF/88 e disciplinada pela Lei nº 8.080/90 (arts. 8º e 9º).

O novo papel proposto para a União também tem potencial para ampliar as complexidades operacionais e de controle no âmbito da saúde pública, que poderá exigir adaptações no arcabouço jurídico-administrativo vigente, por exemplo no que diz respeito a:

i. Fragmentação do Controle

As entidades privadas beneficiárias dos créditos tributários federais poderão manter, simultaneamente, contratos com Estados e Municípios. Essa dualidade contratual dificulta um controle efetivo dos serviços prestados, uma vez

que não há distinção clara entre os atendimentos financiados pela União (via renúncia fiscal) e aqueles custeados pelos entes subnacionais ou a partir de agora, diretamente pela União.

De forma semelhante, a alteração na LSUS (novo §4º do art. 16) permite, em situações de “*urgência em saúde pública, caracterizadas por grande tempo de espera, alta demanda e necessidade de atenção especializada*”, que a União, por intermédio do Ministério da Saúde e das entidades da administração pública indireta, poderá, por tempo determinado, executar ações, contratar e prestar serviços de atenção especializada nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, conforme regulamento do gestor federal do SUS.”

ii. Comando Único

A prestação de contas fragmentada entre diferentes esferas de governo, pode mitigar o princípio do comando único previsto no art. 198, I, da CF/88, criando sobreposições de competências e podendo dificultar a eficiência do sistema.

iii. Dificuldade de Responsabilização

Estados e Municípios ficam impossibilitados de prestar contas adequadas, uma vez que haverá serviços (leitos, procedimentos, exames e outras despesas de custeio) que não controlam diretamente, gerando lacuna de responsabilização que pode afetar os princípios de transparência e eficiência administrativa (art. 37 da CF).

Por fim, será importante avaliar os novos modelos de prestação de serviços de saúde – seja por meio de compensação de créditos, de contratação direta pela União ou por instituições públicas, como a Fiocruz, a AGSUS e o GHC -, em relação à forma de remuneração desses serviços. Não há informação sobre a manutenção de alguma paridade entre os critérios de pagamento ou atribuição a serem praticados e aqueles praticados no modelo vigente. Mudança significativa poderia comprometer a equidade e a isonomia entre os prestadores no sistema de saúde pública.

IV. SUBSÍDIOS ACERCA DA ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA

Como esclarecido anteriormente, o art. 5º, § 1º da Resolução nº 1, de 2002-CN, refere-se da seguinte forma ao exame de adequação orçamentária e financeira: *O exame de compatibilidade e adequação orçamentária e financeira das Medidas Provisórias abrange a análise da repercussão sobre a receita ou a despesa pública da União e da implicação quanto ao atendimento das normas orçamentárias e financeiras vigentes, em especial a conformidade com a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a lei do plano plurianual, a lei de diretrizes orçamentárias e a lei orçamentária da União.*

Em relação ao Programa Agora Tem Especialistas, observa-se que se trata de instrumento normativo que visa promover a prestação de serviços de saúde à população por intermédio de entidades privadas, sem que sejam realizados repasses diretos a tais entidades ou geradas novas despesas orçamentárias

propriamente ditas. O mecanismo proposto consiste em atribuir contravalor pelos serviços prestados mediante concessão de créditos tributários para compensação, operando, portanto, à margem do orçamento público tradicional. Sob essa perspectiva específica, não se verifica ampliação das despesas públicas.

Todavia, o modelo adotado, ao se desvincular da estrutura convencional de despesa pública, produz reflexos diretos sobre as receitas da União - tanto as já constituídas quanto aquelas em processo de constituição. Essa dinâmica configura renúncia fiscal que pode ensejar, inclusive, redução na apuração da receita corrente líquida para fins de cálculo do piso constitucional de aplicação no setor de saúde.

Para mitigar esse efeito, a EMI aponta o aumento do Imposto sobre Operações Financeiras (IOF) como mecanismo de compensação fiscal, visando neutralizar o impacto negativo sobre a arrecadação. Tal circunstância evidencia que, embora não haja incremento nominal das despesas, torna-se imperativo assegurar o aumento das receitas tributárias ou desenvolver alternativa equivalente para prevenir a erosão de receitas públicas. Tais aspectos alcançam ainda as mudanças propostas em relação ao resarcimento dos planos de saúde constante da Lei da Lei nº 9.656/1998, quanto à possibilidade de o valor do resarcimento prestados pelas operadoras de planos de saúde ao SUS ser convertido em serviços.

Cabe destacar, ainda, a modificação do art. 22-D da Lei nº 12.871/2013, dispositivo que estabelece o pagamento de bolsa-formação e demais benefícios aos participantes do Projeto Mais Médicos Especialistas. Considerando que essa alteração implica ampliação de despesas públicas, a implementação deve observar rigorosamente as diretrizes da legislação financeira e orçamentária vigente, em especial as disposições previstas no art. 129 da Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2025 e nos art. 16 e 17 da Lei de Responsabilidade Fiscal, que tratam, respectivamente, dos requisitos para criação ou expansão de gastos públicos e para criação ou ampliação de despesas obrigatórias de caráter continuado.

Em relação à mudança de papel da União no Sistema de Saúde, prevista nas alterações da Lei nº 8.080/90, da Lei nº 8.958/1994 para a FIOCRUZ, e da Lei nº 13.958/2019 da Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS), trata-se de modificação que, ao menos de imediato, não apresenta impacto em despesas ou receitas. Quanto aos novos cargos criados, conforme informado na EMI, trata-se de transformação de cargos vagos implementada também sem aumento de despesa.

Acrescente-se, ainda, que as estratégias criadas pela MPV, (prestação de serviços públicos com compensação fiscal e dispensa de pagamento de dívidas com a União) tem o condão de afetar o cumprimento dos objetivos fiscais da União, especialmente no que se refere ao teto de gastos do Regime Fiscal Sustentável (RFS) (Lei Complementar nº 200, de 2023), tendo em vista que tais estratégias passam ao largo do orçamento federal e, sendo assim, não são contabilizados na despesa e receita da União. O arranjo do gasto oriundo da MPV vai de encontro com a determinação principiológica constante da Lei de Responsabilidade Fiscal (art. 5º), do RFS da LC 200/2023 e da Constituição (art. 163), de promoção da sustentabilidade da dívida pública.

Tal estratégia já tem sido objeto de decisões do Tribunal de Contas da União (TCU), como a determinação do Acórdão nº 61/2025, que determinou o

bloqueio de programa público executado à parte do orçamento da União com o seguinte argumento:

“o arranjo financeiro adotado para a execução do Programa Pé-de-Meia tem como importante efeito o fato de os recursos não entrarem nos limites das despesas primárias e não sofrerem contingenciamento e/ou bloqueio orçamentários ao longo do ano, para fins de cumprimento das metas de resultado primário ou nominal estabelecidas no Anexo de Metas Fiscais da Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO, permitindo, destarte, a expansão de gastos públicos à margem das regras fiscais e orçamentárias vigentes, em especial o limite de despesas estabelecido pelo Regime Fiscal Sustentável (Lei Complementar 200/2023)”

V - CONCLUSÃO

A MPV nº 1.301, de 2025, promove alteração substancial no Sistema Único de Saúde que transcendem a criação do Programa Agora Tem Especialistas, modificando a arquitetura vigente.

O Programa Agora Tem Especialistas é criado mediante medida provisória, instrumento excepcional que pressupõe relevância e urgência, mas com vigência apenas a partir de 2026 e término previsto para 2030.

O mencionado programa, embora não institua despesas orçamentárias diretas, opera mediante renúncia fiscal qualificada, permitindo a compensação de créditos tributários federais (constituídos ou em constituição) por serviços de saúde prestados por entidades privadas. Este mecanismo produz efeitos semelhantes ao gasto público direto, mas à margem do controle orçamentário tradicional.

Esses valores, em decorrência da compensação autorizada, deixam de ingressar como receitas públicas efetivas. Portanto, sem a devida compensação mediante ampliação de outras receitas, o mecanismo pode afetar a receita corrente líquida e a receita líquida de impostos, comprometendo o cálculo de aplicações mínimas constitucionalmente exigidas, tais como: o piso constitucional da saúde, o piso da educação, além das transferências constitucionais obrigatórias aos entes subnacionais (Fundo de Participação dos Municípios e Fundo de Participação dos Estados).

A estratégia subverte a lógica fiscal do Brasil, ao deixar de contabilizar gastos públicos no orçamento da União, em contrário à LC 200/2023, LRF e Constituição Federal, com potencial efeito sobre a gestão fiscal da União, especialmente em relação à manutenção da trajetória da dívida pública.

A MPV amplia o papel do governo federal no SUS, que passa de coordenador e financiador para executor direto *“em situações de urgência em saúde pública, caracterizadas por grande tempo de espera, alta demanda”*. Essa mudança que tem potencial para enfraquecer o princípio da descentralização (art. 198, I, CF/88) e da competência municipal para prestação direta de serviços (art. 30, VII, CF/88).

Por fim, a execução simultânea de serviços pela União (via compensação fiscal no âmbito do Programa Agora Tem Especialistas ou por meio de contratação

direta de entidades em casos de grande tempo de espera nas filas o SUS) e pelos entes subnacionais (via contratos tradicionais), pode gerar reflexos no princípio do comando único em cada esfera (art. 198, I, CF/88), na efetividade do controle e prestação de contas.

São esses os subsídios considerados relevantes para a apreciação da Medida Provisória nº 1.301/2025.

Brasília-DF, 09 de junho de 2025.