ReGeo ISSN: 2177-3246

DÍVIDA DE RESSARCIMENTO AO SUS CONVERTIDA EM PRESTAÇÃO DE SERVIÇO: O ART. 19 DA LEI 15.233/2025 E O TESTE DO ART. 14 DA LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL

DEBT OWED TO THE SUS CONVERTED INTO THE PROVISION OF SERVICES: ARTICLE 19 OF LAW 15,233/2025 AND THE TEST SET FORTH IN ARTICLE 14 OF THE FISCAL RESPONSIBILITY ACT

DEUDA DE REEMBOLSO AL SUS CONVERTIDA EN PRESTACIÓN DE SERVICIO: EL ART. 19 DE LA LEY 15.233/2025 Y LA PRUEBA DEL ART. 14 DE LA LEY DE RESPONSABILIDAD FISCAL

https://doi.org/10.56238/revgeov17n10-009

Data de submissão: 21/08/2026 **Data de publicação:** 02/10/2026

Emerson Nascimento dos Anjos
Mestrando em Saúde Pública
Instituição: CBS
E-mail: espemerson.n@gmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/9251524602722221

RESUMO

Quando uma dívida pública deixa de ser recebida em dinheiro e passa a ser quitada em serviços, o orçamento perde uma receita sem registrar, formalmente, uma renúncia. Foi essa a operação autorizada pelo art. 19 da Lei 15.233/2025, que, ao converter a Medida Provisória 1.301/2025 e instituir o programa Agora Tem Especialistas, acrescentou o § 10 ao art. 32 da Lei 9.656/1998: a obrigação de ressarcimento ao SUS, devida pelas operadoras de planos de saúde ao Fundo Nacional de Saúde e chancelada pelo Supremo Tribunal Federal em 2018, poderá ser convertida em prestação de serviços, incluídos no montante os valores em dívida ativa, em contestação judicial, em depósito judicial e em renegociação. Este artigo submete essa conversão ao teste do art. 14 da Lei de Responsabilidade Fiscal e do art. 113 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. A pesquisa, qualitativa e documental, conduzida sob o formato de revisão integrativa, abriu na íntegra a lei e sua tramitação, a exposição de motivos interministerial, o parecer da comissão mista, a regulamentação conjunta do Ministério da Saúde e da Advocacia-Geral da União, as decisões do Supremo, os painéis e dados abertos da ANS, o relatório de gestão do Ministério da Saúde e o demonstrativo de gastos tributários da Receita Federal, além da literatura revisada por pares. Os resultados mostram um teste fiscal passado por deslocamento de rótulo: por ser o ressarcimento receita não tributária, a exposição de motivos enquadrou o impacto da conversão, estimado em R$ 750 milhões anuais, no art. 132 da Lei de Diretrizes Orçamentárias, reservando o art. 14 da LRF à renúncia tributária de R$ 2 bilhões anuais do mesmo programa, cuja compensação declarada, um decreto de elevação do IOF, foi revogada semanas depois; o Congresso ainda ampliou o alcance da conversão sem nova estimativa de impacto, e a regulamentação precedeu a própria lei. Conclui-se que a conversão corresponde materialmente a tratamento diferenciado redutor de receita, exigindo, pelo art. 113 do ADCT e pela lógica do art. 14, estimativa atualizada, transparência de execução e salvaguardas que o desenho atual não oferece.

Palavras-chave: Ressarcimento ao SUS. Renúncia de Receita. Responsabilidade Fiscal.

ABSTRACT
When a public debt is no longer collected in cash and is instead settled in services, the budget loses revenue without formally recording a waiver. This was the operation authorized by article 19 of Law 15,233/2025, which, in converting Provisional Measure 1,301/2025 and creating the Agora Tem Especialistas program, added paragraph 10 to article 32 of Law 9,656/1998: the reimbursement obligation owed to the Unified Health System (SUS) by private health plan operators, payable to the National Health Fund and upheld by the Supreme Federal Court in 2018, may be converted into the provision of services, including amounts enrolled as collectible debt, under judicial dispute, in judicial deposit or under renegotiation. This article submits that conversion to the test of article 14 of the Fiscal Responsibility Law and article 113 of the Transitional Constitutional Provisions Act. This qualitative documentary study, conducted as an integrative review, opened in full the law and its legislative record, the interministerial statement of reasons, the joint committee report, the joint regulation issued by the Ministry of Health and the Attorney General's Office, the Supreme Court decisions, the regulator's dashboards and open data, the Ministry of Health's management report and the Federal Revenue Service's tax expenditure statement, in addition to peer-reviewed literature. The results reveal a fiscal test passed by relabeling: because the reimbursement is non-tax revenue, the statement of reasons framed the impact of the conversion, estimated at R$ 750 million per year, under article 132 of the Budget Guidelines Law, reserving article 14 for the program's R$ 2 billion annual tax expenditure, whose declared offset, a decree raising the IOF tax, was revoked weeks later; Congress further broadened the conversion's scope without a new impact estimate, and the regulation preceded the law itself. The article concludes that the conversion materially amounts to differentiated treatment that reduces revenue, requiring, under article 113 and the logic of article 14, an updated estimate, execution transparency and safeguards that the current design does not provide.

Keywords: Reimbursement to the Unified Health System. Forgone Revenue. Fiscal Responsibility.

RESUMEN
Cuando una deuda pública deja de ser recibida en dinero y pasa a ser saldada en servicios, el presupuesto pierde un ingreso sin registrar, formalmente, una renuncia. Fue esa la operación autorizada por el art. 19 de la Ley 15.233/2025, que, al convertir la Medida Provisional 1.301/2025 e instituir el programa Ahora Tiene Especialistas, añadió el § 10 al art. 32 de la Ley 9.656/1998: la obligación de reembolso al SUS, adeudada por los operadores de planes de salud al Fondo Nacional de Salud y avalada por el Supremo Tribunal Federal en 2018, podrá ser convertida en prestación de servicios, incluidos en el monto los valores en deuda activa, en contestación judicial, en depósito judicial y en renegociación. Este artículo somete esa conversión a la prueba del art. 14 de la Ley de Responsabilidad Fiscal y del art. 113 del Acto de las Disposiciones Constitucionales Transitorias. La investigación, cualitativa y documental, conducida bajo el formato de revisión integradora, abrió en su totalidad la ley y su tramitación, la exposición de motivos interministerial, el parecer de la comisión mixta, la reglamentación conjunta del Ministerio de Salud y de la Abogacía General de la Unión, las decisiones del Supremo, los paneles y datos abiertos de la ANS, el informe de gestión del Ministerio de Salud y la declaración de gastos tributarios de la Administración de Aduanas e Ingresos Federales, además de la literatura revisada por pares. Los resultados muestran una prueba fiscal pasada por desplazamiento de etiqueta: por ser el reembolso ingreso no tributario, la exposición de motivos encuadró el impacto de la conversión, estimado en R$ 750 millones anuales, en el art. 132 de la Ley de Directrices Presupuestarias, reservando el art. 14 de la LRF a la renuncia tributaria de R$ 2 mil millones anuales del mismo programa, cuya compensación declarada, un decreto de elevación del IOF, fue revocada semanas después; el Congreso aún amplió el alcance de la conversión sin nueva estimación de impacto, y la reglamentación precedió la propia ley. Se concluye que la conversión corresponde materialmente a tratamiento diferenciado reductor de ingreso, exigiendo, por el art. 113 del ADCT y por la lógica del

art. 14, estimación actualizada, transparencia de ejecución y salvaguardas que el diseño actual no ofrece.

Palabras clave: Reembolso al SUS. Renuncia de Ingreso. Responsabilidad Fiscal.

1 INTRODUÇÃO

Desde 1998 a lei brasileira manda que as operadoras de planos de saúde devolvam ao erário o custo dos atendimentos que o Sistema Único de Saúde presta aos seus beneficiários. O art. 32 da Lei 9.656/1998 criou essa obrigação, a Agência Nacional de Saúde Suplementar a operacionalizou, e o Supremo Tribunal Federal a chancelou em 2018, ao manter o dispositivo na ADI 1.931 e fixar, no Tema 345 da repercussão geral, a tese de que é constitucional o ressarcimento aplicável aos procedimentos custeados pelo SUS posteriores a 4 de junho de 1998 (Brasil, 1998; STF, 2018). Em um quarto de século, o mecanismo notificou mais de dez milhões de atendimentos, identificou quase R$ 17 bilhões, cobrou R$ 13,2 bilhões em valores nominais acumulados e repassou ao Fundo Nacional de Saúde, no último quinquênio, entre R$ 727 milhões e R$ 978 milhões por ano (ANS, 2025; 2026b).

Em 2025, esse fluxo ganhou uma válvula alternativa. A Medida Provisória 1.301, de 30 de maio de 2025, convertida na Lei 15.233, de 7 de outubro de 2025, instituiu o programa Agora Tem Especialistas e, em seu art. 19, acrescentou o § 10 ao art. 32 da Lei 9.656/1998: a obrigação de ressarcimento poderá ser convertida em prestação de serviços no âmbito do SUS, incluídos no montante da conversão os valores em dívida não inscrita, em dívida ativa, em contestação judicial, em depósito judicial ou em programa de renegociação, mediante termo de compromisso, conforme condições estabelecidas em ato conjunto da Advocacia-Geral da União e do Ministério da Saúde (Brasil, 2025b). O desenho tem duas peculiaridades documentais: o alcance da conversão foi ampliado pelo relator no Congresso, que incluiu a dívida ativa, os valores em contestação e os depósitos judiciais ausentes do texto original da medida provisória; e a regulamentação, a Portaria Conjunta MS/AGU 7.702, é de julho de 2025, anterior, portanto, à própria lei que a fundamenta (Brasil, 2025c; 2025d; 2025e).

O artigo persegue uma pergunta de pesquisa dupla: a conversão da dívida de ressarcimento ao SUS em prestação de serviços configura renúncia de receita submetida aos requisitos do art. 14 da Lei de Responsabilidade Fiscal e do art. 113 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias; e, qualquer que seja o enquadramento, o processo legislativo e regulamentar da Lei 15.233/2025 satisfez as exigências de estimativa de impacto e de compensação que essas normas impõem a quem abre mão de receita pública?

A justificativa articula-se em três planos. No plano social, está em jogo um fluxo da ordem de R$ 1 bilhão anual do Fundo Nacional de Saúde, num sistema cronicamente subfinanciado, e, do outro lado da mesma moeda, as filas de especialistas que o programa promete reduzir com os serviços convertidos, em um setor suplementar que cobre 53,1 milhões de beneficiários (ANS, 2026c; Carnut; Souza, 2024). No plano acadêmico, a lei é recente e não possui análises publicadas; a literatura

consolidada sobre renúncias e gastos tributários em saúde examinou subsídios tributários às famílias, às empresas e às entidades, mas não o caso novo de uma receita não tributária, já chancelada pelo Supremo, convertida em serviço (Ocké-Reis, 2018; Mendes; Weiller, 2015). No plano prático, a conversão está em execução, com edital, termos de compromisso e primeiras adesões, e gestores, órgãos de controle e o próprio Congresso precisam de parâmetros para fiscalizá-la, começando pela pergunta fiscal que este artigo organiza (Brasil, 2025e; 2026a; Agência Gov, 2025).

O objetivo geral é submeter a conversão da dívida de ressarcimento ao SUS em prestação de serviços, autorizada pelo art. 19 da Lei 15.233/2025, ao teste de responsabilidade fiscal do art. 14 da LRF e do art. 113 do ADCT. São objetivos específicos: (i) reconstituir o desenho normativo e o desempenho financeiro do ressarcimento ao SUS; (ii) descrever a conversão instituída pelo § 10 do art. 32 da Lei 9.656/1998 e sua regulamentação; (iii) aplicar o teste fiscal, requisito a requisito, com a documentação da tramitação legislativa; e (iv) discutir as consequências da conversão para o financiamento do SUS no contexto dos gastos tributários da função saúde. Seguem-se a metodologia, o desenvolvimento em quatro seções, os resultados e a discussão, as limitações e a conclusão.

2 METODOLOGIA

A pesquisa é qualitativa, de natureza documental, conduzida sob o formato de revisão integrativa, que permite articular normas, documentos oficiais de tramitação, dados administrativos e literatura revisada por pares em torno de uma questão delimitada (Souza; Silva; Carvalho, 2010). O corpus normativo foi aberto na íntegra e em fonte oficial: a Lei 15.233/2025 e o Decreto 12.466/2025 no Planalto; o avulso da Medida Provisória 1.301/2025, que contém a Exposição de Motivos Interministerial 14/2025, e o Parecer 1/2025-CN da comissão mista, nos portais do Congresso; a Lei 9.656/1998 compilada; a Lei Complementar 101/2000, com a redação dada pela Lei Complementar 224/2025 ao art. 14; o art. 113 do ADCT; as Resoluções Normativas 358/2014 e 367/2014 da ANS; e a Portaria Conjunta MS/AGU 7.702/2025 com o chamamento público de 2026 que a operacionaliza (Brasil, 2025b; 2025a; 2025c; 2025d; 1998; 2000; 1988; ANS, 2014a; 2014b; Brasil, 2025e; 2026a). As decisões do Supremo Tribunal Federal sobre o art. 32 foram verificadas no Informativo 890, documento oficial do tribunal (STF, 2018).

O corpus de dados compreende o Boletim Informativo do Ressarcimento ao SUS da ANS, em sua 19ª edição, com base fechada em 31 de dezembro de 2025, hoje publicado como painel interativo, do qual os valores foram transcritos página a página; os dados abertos de cobrança e arrecadação da ANS, na competência de setembro de 2026; a página oficial de dados gerais de beneficiários; o Relatório Anual de Gestão 2025 do Ministério da Saúde; e o Demonstrativo de Gastos Tributários da

Receita Federal para o projeto de lei orçamentária de 2026 (ANS, 2025; 2026b; 2026c; Brasil, 2026b; RFB, 2025). Duas notas de transparência: as páginas de notícias dos portais oficiais estavam desativadas em outubro de 2026 por força da legislação eleitoral, e as notícias institucionais citadas foram consultadas pelo Internet Archive da mesma URL oficial; e a página compilada da Lei 9.656/1998 no Planalto exibe o § 10 truncado, razão pela qual sua transcrição se fez pela página da Lei 15.233/2025.

As buscas de literatura foram realizadas em setembro e outubro de 2026, nas bases SciELO e PubMed, no serviço Crossref, para validação de todos os identificadores digitais, nos repositórios de periódicos de direito sanitário e financeiro e nos portais das revistas Aracê, Lumen et Virtus e Boletim de Conjuntura (BOCA). Utilizaram-se os descritores, em português, "ressarcimento ao SUS" AND operadoras; "renúncia de receita" OR "gasto tributário"; "responsabilidade fiscal" AND saúde; saúde suplementar AND financiamento; e, em inglês, tax expenditures AND accountability; health insurance AND public reimbursement.

Foram incluídos documentos oficiais íntegros e artigos revisados por pares publicados entre 2010 e 2026 com pertinência direta aos eixos do estudo, admitido um clássico internacional de 2012 sobre gastos tributários. A análise seguiu três movimentos: reconstituição do desenho e do desempenho do ressarcimento; descrição analítica da conversão e de sua regulamentação; e aplicação do teste fiscal aos documentos da tramitação, requisito a requisito. Não se apresentam quantitativos de documentos triados, pois o levantamento não seguiu protocolo censitário.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 O RESSARCIMENTO AO SUS: DESENHO, CHANCELA CONSTITUCIONAL E DESEMPENHO

O desenho legal é o de uma indenização regulada. Pelo caput do art. 32 da Lei 9.656/1998, as operadoras ressarcem os serviços de atendimento à saúde previstos nos contratos e prestados a seus consumidores por instituições integrantes do SUS, conforme normas da ANS; o § 1º manda calcular o valor por regra de valoração da agência e creditá-lo ao Fundo Nacional de Saúde; o § 3º dá quinze dias para pagar após a notificação; o § 4º impõe juros de 1% ao mês e multa de mora de 10%; e o § 5º atribui à ANS a inscrição em dívida ativa e a cobrança judicial (Brasil, 1998). A valoração é feita pela Tabela de Procedimentos do SUS multiplicada pelo Índice de Valoração do Ressarcimento: o procedimento administrativo está na Resolução Normativa 358/2014, e o índice, de 1,5, foi fixado pela Resolução Normativa 367/2014 (ANS, 2014a; 2014b). O Quadro 1 sintetiza essa arquitetura.

Quadro 1. Arquitetura normativa do ressarcimento ao SUS (1998-2025)

Norma ou decisão	Conteúdo	Função no desenho
Lei 9.656/1998, art. 32, caput e § 1º	Operadoras ressarcem atendimentos de seus beneficiários no SUS, por valoração da ANS, com crédito ao Fundo Nacional de Saúde	Cria a obrigação e destina a receita
Lei 9.656/1998, art. 32, §§ 3º a 5º	Pagamento em 15 dias; juros de 1% ao mês e multa de 10%; inscrição em dívida ativa e cobrança judicial pela ANS	Regime de cobrança e inadimplência
RN ANS 358/2014 e RN ANS 367/2014	Procedimento administrativo de ressarcimento; Índice de Valoração do Ressarcimento de 1,5 sobre a Tabela do SUS	Operacionalização e valoração
STF, ADI 1.931 (2018)	Ação julgada parcialmente procedente quanto a outros dispositivos; art. 32 mantido como desdobramento da relação contratual em ambiente regulado	Chancela constitucional
STF, RE 597.064, Tema 345 (2018)	Tese: é constitucional o ressarcimento do art. 32, aplicável aos procedimentos posteriores a 4/6/1998, assegurados contraditório e ampla defesa	Tese vinculante de repercussão geral
Lei 9.656/1998, art. 32, § 10 (art. 19 da Lei 15.233/2025)	Conversão da obrigação de ressarcimento em prestação de serviços no âmbito do SUS	A válvula alternativa analisada neste artigo

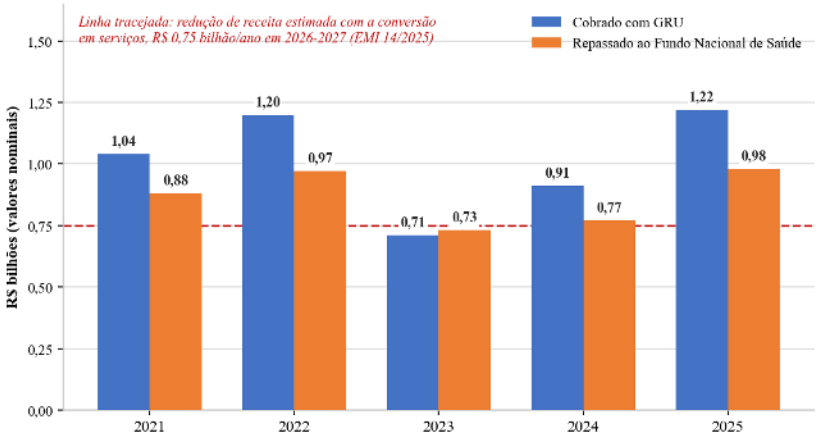
Fonte: elaboração própria com base em Brasil (1998; 2025b), ANS (2014a; 2014b) e STF (2018).

A chancela constitucional de 2018 importa também pela qualificação que deu à receita. Na ADI 1.931, julgada parcialmente procedente apenas quanto a dispositivos de retroatividade contratual, o Supremo afirmou que o art. 32 não implica a criação de nova fonte de receitas para a seguridade social, consistindo em desdobramento da relação contratual entabulada em ambiente regulado, e que, materialmente, a norma impede o enriquecimento ilícito das empresas (STF, 2018). O ressarcimento é, portanto, receita não tributária, de natureza indenizatória, destinada por lei ao Fundo Nacional de Saúde. A literatura o lê exatamente assim: revisão integrativa recente mapeou o tema em dois eixos, o montante financeiro envolvido e o contencioso constitucional encerrado em 2018, e destacou o mecanismo como fonte complementar de financiamento do SUS em cenário de teto de gastos (Carnut; Souza, 2024), num sistema cuja articulação público-privada historicamente transfere custos ao setor público (Sestelo; Souza; Bahia, 2013).

O desempenho financeiro combina volume e atrito. Pelo painel oficial da 19ª edição do boletim, com base em 31 de dezembro de 2025, o mecanismo acumulava 10.163.212 atendimentos notificados e quase R$ 17 bilhões identificados; pelos dados abertos de cobrança, na competência de setembro de 2026, o valor cobrado acumulado era de R$ 13,2 bilhões, dos quais R$ 6,23 bilhões pagos e R$ 2,83 bilhões parcelados, um índice de adimplência de 68,66%, com R$ 2,71 bilhões encaminhados à dívida ativa e R$ 1,96 bilhão suspensos judicialmente (ANS, 2025; 2026b). O fluxo recente é o que mostra o Gráfico 1: entre 2021 e 2025, a cobrança anual oscilou de R$ 0,71 bilhão a R$ 1,22 bilhão, e o repasse

ao Fundo Nacional de Saúde, de R$ 726,94 milhões a R$ 977,60 milhões, com recorde histórico de R$ 1,15 bilhão em 2019 (ANS, 2025). Foi essa a régua usada pela própria exposição de motivos da medida provisória: em média, nos quatro anos de 2020 a 2023, foram ressarcidos ao SUS cerca de R$ 766 milhões por ano (Brasil, 2025c).

Gráfico 1. Ressarcimento ao SUS: valor cobrado e valor repassado ao Fundo Nacional de Saúde por ano (R$ bilhões nominais)



Fonte: elaboração própria com base em ANS (2025, Boletim 19ª edição) e Brasil (2025c, EMI 14/2025).

O atrito, por sua vez, é estrutural. Nas guias vencidas entre janeiro de 2020 e dezembro de 2025, o índice de efetivo pagamento foi de 62,47%, e os depósitos judiciais acumulavam R$ 1,42 bilhão entre principal e juros; parte relevante do estoque está suspensa por decisões judiciais ou aguardando definição sobre prescrição, depois que o Tribunal de Contas da União, no Acórdão 264/2024, adotou o prazo quinquenal, revendo o entendimento anterior de imprescritibilidade, episódio que a própria Advocacia-Geral da União noticiou como ganho de segurança jurídica (ANS, 2025; AGU, 2024). É esse pano de fundo, um crédito volumoso, litigioso e de realização lenta, que o governo invocou para propor a conversão: transformar dívida de difícil cobrança em serviço assistencial imediato.

3.2 A CONVERSÃO EM PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: O ART. 19, O § 10 E A REGULAMENTAÇÃO QUE VEIO ANTES DA LEI

A Lei 15.233/2025 institui um programa com dois componentes financeiros distintos, que não podem ser confundidos. O primeiro, dos arts. 1º a 7º, concede créditos financeiros a hospitais privados que ampliem a oferta de atendimentos especializados ao SUS, compensáveis com tributos federais, limitados a R$ 2 bilhões por ano até 2030; para esse componente, a própria lei determinou, no art. 4º, § 3º, que a renúncia de receita seja incluída na estimativa de receita da lei orçamentária a partir de

2026, nos termos do art. 14 da Lei de Responsabilidade Fiscal (Brasil, 2025b). O segundo componente é o que interessa a este artigo: o art. 19 acrescentou ao art. 32 da Lei 9.656/1998 o § 10, segundo o qual a obrigação de ressarcimento poderá ser convertida em prestação de serviços no âmbito do SUS, incluídos, no montante dessa conversão, os valores previstos em dívida não inscrita, em dívida ativa, em contestação judicial, em depósito judicial ou em programa de renegociação de créditos inadimplidos, mediante celebração de termo de compromisso, conforme condições estabelecidas em ato conjunto da Advocacia-Geral da União e do Ministério da Saúde (Brasil, 2025b).

Duas observações técnicas definem o alcance do dispositivo. Primeiro, o § 10 nada diz sobre elegibilidade, tipo de serviço, limites, prazos ou descontos: tudo foi remetido ao ato conjunto da AGU e do Ministério da Saúde, e a autorização, portanto, não é da ANS isoladamente. Segundo, o texto aprovado é mais largo que o proposto: na medida provisória original, a conversão alcançava apenas a obrigação de ressarcimento genericamente considerada; foi o parecer do relator na comissão mista que promoveu o ajuste para incluir, no escopo da conversão, os valores em dívida ativa, em contestação judicial, em depósito judicial e em programas de repactuação, sem que nova estimativa de impacto acompanhasse a ampliação, como se verá na seção seguinte (Brasil, 2025c; 2025d). O Quadro 2 sistematiza o desenho completo, somando a lei e sua regulamentação.

Quadro 2. O desenho da conversão da dívida de ressarcimento em prestação de serviços

Elemento	Disciplina	Fonte normativa
Autorização legal	Conversão da obrigação de ressarcimento em prestação de serviços, incluídos dívida ativa, valores em contestação judicial, depósitos judiciais e renegociações	Lei 9.656/1998, art. 32, § 10 (art. 19 da Lei 15.233/2025)
Quem disciplina	Ato conjunto da Advocacia-Geral da União e do Ministério da Saúde; adesão por edital com limite financeiro de conversão	§ 10 e Portaria Conjunta MS/AGU 7.702/2025
Serviços conversíveis	Consultas, exames, procedimentos diagnósticos e terapêuticos e cirurgias eletivas	Portaria Conjunta 7.702/2025, art. 1º, § 1º
Condições da operadora	Capacidade técnica verificada; regularidade de informações à ANS; não estar em liquidação; transação ou parcelamento com renúncia à contestação administrativa e judicial	Portaria Conjunta 7.702/2025, arts. 3º, 7º e 8º
Distribuição territorial	Tetos regionais para operadoras de grande porte: Nordeste 24%, Norte 8%, Centro-Oeste 10%, Sudeste 36,5%, Sul 11,5%, serviços estratégicos 10%; consulta prévia aos entes federativos	Portaria Conjunta 7.702/2025, arts. 4º e 5º
Valoração e execução	Tabela do SUS com o IVR; termo de compromisso do Ministério da Saúde e da ANS; Certificado de Obrigação de Ressarcimento emitido pelo FNS; produção mínima de R$ 100 mil mensais; multa de 10% por inexecução	Portaria Conjunta 7.702/2025, arts. 9º, 10, 15 e 17

Fonte: elaboração própria com base em Brasil (2025b; 2025e).

A regulamentação tem uma cronologia reveladora: veio antes da própria lei. A Portaria Conjunta MS/AGU 7.702 é de 28 de julho de 2025, editada sob a vigência da medida provisória, e o primeiro edital de chamada pública é de agosto de 2025, de modo que, quando o Congresso concluiu a votação, em setembro, e a sanção veio, em outubro, o programa já estava operando; um novo chamamento público conjunto do Ministério da Saúde e da ANS foi publicado em fevereiro de 2026, com adesão contínua e exigência de renúncia à contestação dos débitos incluídos (Brasil, 2025e; 2026a). A portaria detalha um circuito com salvaguardas operacionais reais, resumidas no Quadro 2, mas nenhuma salvaguarda fiscal: a palavra desconto não aparece, nenhum limite global anual é fixado na norma, e o controle de montantes fica para o limite financeiro de cada edital (Brasil, 2025e).

A execução começou imediatamente. A primeira operadora aderente iniciou atendimentos em agosto de 2025, no Recife, e a comunicação oficial do governo anunciou o potencial de converter até R$ 1,3 bilhão por ano das dívidas de ressarcimento do conjunto das operadoras, com produção mínima mensal e seis áreas prioritárias, da oncologia à oftalmologia (Agência Gov, 2025). Já a adesão do segundo grande grupo, anunciada em fevereiro de 2026 com mil cirurgias de alta complexidade no Rio de Janeiro, deu-se pelo componente de créditos tributários, e não pela conversão de dívida, pois a operadora estava adimplente com o ressarcimento, distinção que a própria notícia oficial registra (ANS, 2026d); no componente de transação tributária dos hospitais, nove instituições regularizaram R$ 453 milhões, com R$ 262 milhões de abatimento (Agência Gov, 2026). O contexto setorial completa o quadro: 53,1 milhões de beneficiários de planos de assistência médica em junho de 2026, receitas totais de R$ 391,6 bilhões e lucro líquido de R$ 24,4 bilhões em 2025, com retorno sobre o patrimônio de 16,4% (ANS, 2026c; 2026a). O argumento do alívio a um setor em dificuldade, portanto, convive com um setor em franca recuperação de lucratividade, como a própria literatura sobre o desempenho econômico-financeiro das operadoras entre 2017 e 2024 documenta (De Souza; Enes, 2026).

3.3 O TESTE: RENÚNCIA DE RECEITA, ART. 14 DA LRF E ART. 113 DO ADCT

O parâmetro do teste tem três camadas. A primeira é o art. 14 da Lei de Responsabilidade Fiscal, cujo caput, na redação dada pela Lei Complementar 224/2025, submete a concessão, ampliação ou prorrogação de incentivo ou benefício de natureza tributária da qual decorra renúncia de receita a uma estimativa do impacto orçamentário-financeiro no exercício inicial e nos dois seguintes, ao atendimento da lei de diretrizes orçamentárias e a pelo menos uma de duas condições: demonstração de que a renúncia foi considerada na estimativa de receita da lei orçamentária, sem afetar as metas fiscais, ou medidas de compensação por aumento de receita; o § 1º conceitua a renúncia por uma lista

que se encerra na cláusula aberta dos outros benefícios que correspondam a tratamento diferenciado, e o novo art. 14-A, da mesma reforma de 2025, impõe a benefícios dirigidos a pessoas jurídicas quantitativo de beneficiários, vigência máxima e metas de desempenho (Brasil, 2000). A segunda camada é constitucional: o art. 113 do ADCT, incluído pela Emenda 95/2016, exige que a proposição legislativa que crie ou altere despesa obrigatória ou renúncia de receita seja acompanhada da estimativa do seu impacto orçamentário e financeiro, sem qualificar a receita como tributária (Brasil, 1988). A terceira é doutrinária: a caracterização material dos gastos tributários como favores fiscais que exigem identificação e controle (Nogueira, 2025), a jurisprudência do conceito aplicada a institutos limítrofes como a transação (Cavalcante; Zonari, 2019) e a advertência clássica de que benefícios fora do orçamento são gasto público disfarçado que escapa ao escrutínio (Burman; Phaup, 2012).

O primeiro obstáculo do teste é a natureza da receita. O ressarcimento não é tributo: é receita patrimonial-indenizatória do Fundo Nacional de Saúde, qualificada pelo Supremo como desdobramento de relação contratual em ambiente regulado (STF, 2018). Numa leitura estritamente literal, o art. 14 da LRF, que fala em benefício de natureza tributária, não o alcançaria. Três razões, porém, impedem que o teste termine aí. Primeiro, a cláusula final do § 1º, outros benefícios que correspondam a tratamento diferenciado, convida à leitura material: a conversão beneficia um conjunto determinado de devedores, as operadoras inadimplentes ou litigantes, com um modo de quitação indisponível aos demais devedores públicos. Segundo, o art. 113 do ADCT fala em renúncia de receita sem adjetivo, e é norma constitucional aplicável a toda proposição legislativa. Terceiro, materialmente a operação reduz receita líquida do FNS: dinheiro que entraria como crédito fungível, aplicável a qualquer política de saúde, passa a chegar como serviço específico, valorado pela tabela do próprio devedor convertido em prestador (Brasil, 2025b; 2025e).

O que fez a tramitação diante dessas exigências é o núcleo documental deste artigo. A Exposição de Motivos Interministerial 14/2025 aplicou o art. 14 da LRF apenas ao componente tributário do programa: declarou que a renúncia dos créditos financeiros seria limitada a R$ 2 bilhões anuais e que a compensação foi atendida pela edição do Decreto 12.466, de 22 de maio de 2025, o decreto de elevação do IOF; para a conversão do ressarcimento, o enquadramento invocado foi o art. 132 da Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2025, com a informação de que não se esperava impacto em 2025 e de que, para 2026 e 2027, seria possível alguma redução de receita, estimada em montante da ordem de R$ 750 milhões ao ano (Brasil, 2025c). O número é eloquente quando comparado à régua da própria exposição de motivos: a média efetivamente ressarcida entre 2020 e 2023 foi de R$ 766 milhões anuais, ou seja, o impacto estimado da conversão equivale a praticamente todo o fluxo anual do ressarcimento. O parecer da comissão mista reproduziu os dois enquadramentos e concluiu pela

adequação orçamentária e financeira da medida; usou o art. 113 do ADCT e o art. 14 da LRF para rejeitar emendas parlamentares desacompanhadas de estimativa, mas não exigiu nova estimativa para a ampliação do § 10 que ele próprio promovia, de modo que os R$ 750 milhões seguiram sendo o único número oficial, calculado para um dispositivo mais estreito que o aprovado (Brasil, 2025d).

Resta a compensação, e aqui o teste encontra seu achado mais incômodo. O Decreto 12.466/2025, apontado pela exposição de motivos como a compensação da renúncia tributária do programa, foi revogado semanas depois pelo Decreto 12.499/2025, e a página oficial do Planalto registra ainda as remissões ao Decreto Legislativo 176/2025 e à ADC 96 em curso no Supremo Tribunal Federal, capítulos da disputa institucional sobre a elevação do IOF (Brasil, 2025a). Nos estritos limites do que as fontes confirmam, portanto: a única compensação declarada no processo da Lei 15.233/2025 apoiava-se em um ato revogado no mesmo ano, e a conversão do ressarcimento, por seu enquadramento não tributário, sequer teve compensação exigida ou oferecida. O Quadro 3 consolida o teste, requisito a requisito.

Quadro 3. O teste fiscal aplicado à conversão da dívida de ressarcimento em prestação de serviços

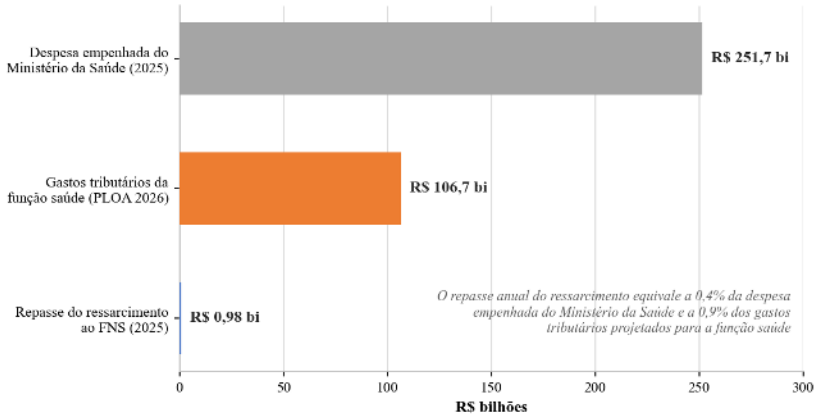
Requisito (art. 14 da LRF e art. 113 do ADCT)	**O que consta da Lei 15.233/2025 e de sua tramitação**	**Resultado do teste**
Enquadramento como renúncia de receita	EMI 14/2025 tratou a conversão sob o art. 132 da LDO-2025, reservando o art. 14 da LRF à renúncia tributária dos créditos a hospitais (R$ 2 bi/ano)	Deslocamento de rótulo: a natureza não tributária afastou o regime mais exigente
Estimativa de impacto (art. 14, caput; art. 113 do ADCT)	Redução de receita da ordem de R$ 750 milhões/ano para 2026-2027, estimada para o texto original da MP	Apresentada, mas não atualizada após a ampliação do § 10 pelo Congresso
Consideração na estimativa de receita da LOA (art. 14, I)	Prevista expressamente apenas para o componente tributário (art. 4º, § 3º, da lei); nada análogo para a conversão do ressarcimento	Não demonstrada para a conversão
Medidas de compensação (art. 14, II)	Para a renúncia tributária, o Decreto 12.466/2025 (IOF), revogado pelo Decreto 12.499/2025; para a conversão, nenhuma	Compensação revogada em um caso e inexistente no outro
Transparência e metas (art. 14-A; doutrina)	Sem limite global anual na norma, sem balanço público agregado de adesões e valores convertidos	Controle remetido a editais; prestação de contas incompleta

Fonte: elaboração própria com base em Brasil (1988; 2000; 2025a; 2025b; 2025c; 2025d).

O resultado do teste admite formulação precisa: a conversão foi aprovada formalmente por deslocamento de rótulo e reprovaria em uma leitura material. E o contexto agrava o diagnóstico, como mostra o Gráfico 2: a função saúde já carrega R$ 106,7 bilhões de gastos tributários projetados para 2026, 17,4% do total nacional, entre despesas médicas do imposto de renda (R$ 35,4 bilhões), planos coletivos de empregados (R$ 18,6 bilhões) e entidades filantrópicas e sem fins lucrativos (RFB, 2025).

A literatura estimava o subsídio público aos planos privados em R$ 12,5 bilhões já em 2015 e descreve as renúncias como engrenagem de fortalecimento do setor privado em detrimento do financiamento do SUS, podendo alcançar o equivalente a 30% do orçamento federal da saúde (Ocké-Reis, 2018; Mendes; Weiller, 2015; Tesser; Serapioni, 2021). Diante de R$ 251,7 bilhões empenhados pelo Ministério da Saúde em 2025, o repasse do ressarcimento, R$ 0,98 bilhão, é pequeno, 0,4%; mas é exatamente por isso que sua conversão silenciosa importa: renúncias nascem pequenas, somam-se às existentes e raramente voltam atrás (Brasil, 2026b; Burman; Phaup, 2012).

Gráfico 2. Ordens de grandeza: repasse do ressarcimento, gastos tributários da função saúde e despesa do Ministério da Saúde (R$ bilhões)



Fonte: elaboração própria com base em ANS (2025), RFB (2025) e Brasil (2026b).

3.4 O QUE O FUNDO PERDE E O QUE O SUS RECEBE: FUNGIBILIDADE, ADITIVIDADE E CONTROLE

Nada do que precede autoriza a conclusão simplista de que a conversão é um mau negócio em si. Há um argumento sério a seu favor, e ele é empírico: com adimplência de 68,66%, R$ 1,96 bilhão suspensos judicialmente, R$ 2,71 bilhões encaminhados à dívida ativa e um contencioso de prescrição ainda em definição, parte relevante do crédito de ressarcimento talvez nunca se convertesse em dinheiro (ANS, 2026b; 2025). Converter crédito litigioso em cirurgia eletiva realizada é trocar expectativa por assistência, e o desenho regulamentar embute governança real: a adesão exige transação ou parcelamento com renúncia à contestação, o que estanca a litigiosidade estrutural do setor, visível também na judicialização das coberturas (Sales; Dantas, 2025); a produção é homologada mensalmente antes da emissão do certificado que abate a dívida; e os tetos regionais tentam impedir que os serviços se concentrem onde as operadoras já têm rede (Brasil, 2025e).

O custo da operação, porém, é de uma espécie que não aparece nos comunicados: perda de fungibilidade e risco de não aditividade. O dinheiro do ressarcimento entra no Fundo Nacional de

Saúde como receita livre, aplicável à vigilância, à atenção primária ou ao que o gestor federal decidir; o serviço convertido chega vinculado ao que a operadora pode ofertar, nas especialidades e territórios em que ela atua, valorado pela mesma tabela com IVR que valorava a dívida, o que torna a troca nominalmente neutra, mas economicamente assimétrica (Brasil, 2025e). Se os atendimentos convertidos substituírem produção que a rede contratada do SUS já realizaria, o ganho assistencial líquido tende a zero, e o resultado fiscal é só a perda da receita; a aditividade, condição do bom negócio, não está garantida em norma nem aferida em balanço público. Soma-se o risco distributivo: o mecanismo premia, com um modo privilegiado de quitação e com mercado assistencial no SUS, exatamente as operadoras devedoras ou litigantes, enquanto as adimplentes seguiram pagando em dinheiro, assimetria que o caso da segunda grande adesão, feita pelo componente tributário por estar a operadora em dia, torna visível (ANS, 2026d).

A agenda de controle decorre do próprio teste. Primeiro, estimativa: o art. 113 do ADCT exige, e a ampliação congressual do § 10 nunca recebeu, uma estimativa atualizada do impacto, que hoje se apoia num número calculado para um dispositivo mais estreito (Brasil, 1988; 2025d). Segundo, orçamento: nada impede, e tudo recomenda, que a redução de receita do FNS decorrente da conversão seja explicitada anualmente na lei orçamentária, por analogia ao que o art. 4º, § 3º, da própria Lei 15.233/2025 determinou para o componente tributário (Brasil, 2025b). Terceiro, desempenho: o espírito do novo art. 14-A da LRF, metas, vigência limitada e quantitativo de beneficiários, cabe por inteiro num programa que converte receita pública em produção assistencial privada (Brasil, 2000). Quarto, transparência: balanços públicos periódicos de adesões, valores convertidos e produção homologada, hoje inexistentes em formato agregado, são a condição mínima para que o controle externo e a pesquisa avaliem se a aposta assistencial compensa a perda fiscal (Nogueira, 2025; Burman; Phaup, 2012).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Três resultados emergem da análise documental. Primeiro, o art. 19 da Lei 15.233/2025 criou, pela inserção do § 10 no art. 32 da Lei 9.656/1998, uma via de quitação em serviços para uma receita pública consolidada: não um ajuste marginal, mas uma válvula capaz de absorver, pela estimativa oficial, R$ 750 milhões anuais de um fluxo que historicamente entrega entre R$ 727 milhões e R$ 978 milhões por ano ao Fundo Nacional de Saúde, e cujo alcance foi ampliado no Congresso para incluir dívida ativa, valores em contestação e depósitos judiciais (Brasil, 2025b; 2025c; 2025d; ANS, 2025). Segundo, o teste fiscal documentado revela um padrão de contorno: o art. 14 da LRF foi aplicado ao componente tributário do programa e afastado da conversão pela natureza não tributária da receita; a

compensação declarada para aquele componente, um decreto de IOF, foi revogada no mesmo ano; a estimativa da conversão não foi atualizada após a ampliação do dispositivo; e nenhuma cláusula manda explicitar a perda na lei orçamentária (Brasil, 2025a; 2025c; 2025d). Terceiro, a regulamentação precedeu a lei e embutiu salvaguardas operacionais, transação obrigatória, tetos regionais, produção mínima, certificado homologado, mas nenhuma salvaguarda fiscal, limite global ou dever de prestação de contas agregada (Brasil, 2025e; 2026a).

A leitura conjunta sustenta a tese do título com uma precisão importante: o problema não é a conversão em si, é o teste que ela não fez. Materialmente, a operação corresponde a tratamento diferenciado que reduz receita, a hipótese aberta do § 1º do art. 14 e a hipótese literal do art. 113 do ADCT, que não qualifica a renúncia como tributária (Brasil, 2000; 1988). A tramitação, ao deslocar o enquadramento para o art. 132 da LDO, obteve o certificado de adequação financeira sem enfrentar as três perguntas que o regime de renúncia obriga a responder: quanto custa, onde está compensado e como se verifica. A doutrina descreve exatamente esse mecanismo, benefícios que migram para fora do circuito orçamentário tornam-se invisíveis ao escrutínio e resistentes à revisão (Burman; Phaup, 2012; Cavalcante; Zonari, 2019), e a experiência brasileira do setor saúde confirma a trajetória: cada renúncia nova se deposita sobre um estoque que já alcança R$ 106,7 bilhões na função saúde, consolidando o financiamento indireto do setor privado que a literatura aponta como obstáculo à universalização (RFB, 2025; Tesser; Serapioni, 2021; Mendes; Weiller, 2015; Ocké-Reis, 2018).

Para a política pública, o desenho das escolhas é nítido e não exige desfazer o programa. A aposta assistencial pode ser legítima, sobretudo contra um estoque litigioso de realização incerta e filas reais de especialidades; o que o teste exige é que ela seja feita às claras: estimativa atualizada do impacto, explicitação anual da perda de receita na lei orçamentária, metas de desempenho e aferição de aditividade dos serviços convertidos, balanços públicos de execução e avaliação independente ao fim de cada ciclo de edital (Brasil, 1988; 2000). Há, ainda, uma lição institucional que transcende o caso: receitas não tributárias de destinação social, como o ressarcimento criado em 1998 e defendido no Supremo por vinte anos, precisam de um regime de renúncia tão exigente quanto o dos tributos, sob pena de se tornarem a margem fácil dos programas de ocasião, e o precedente aberto pelo § 10, se não cercado dos controles que o art. 14 simboliza, estará disponível para a próxima dívida pública que algum setor prefira pagar em espécie (Carnut; Souza, 2024; Burman; Phaup, 2012).

5 LIMITAÇÕES E LACUNAS

As limitações deste estudo derivam das fontes e devem ser declaradas. O boletim de ressarcimento da ANS é hoje um painel interativo, sem versão em PDF, e os valores foram transcritos

diretamente de suas páginas; o próprio painel contém uma inconsistência interna, um texto que soma R$ 3,3 bilhões para o período 2018-2024 ao lado de um fluxograma que mostra R$ 7,06 bilhões identificados, e este artigo adotou os valores do fluxograma, mais coerentes com os agregados dos dados abertos. As séries financeiras são nominais, não deflacionadas, e as categorias de cobrança, pagos, parcelados, dívida ativa, suspensos, sobrepõem-se parcialmente, razão pela qual não foram somadas entre si. As notícias institucionais de 2025 e 2026 foram consultadas pelo Internet Archive das mesmas URLs oficiais, desativadas em outubro de 2026 pela legislação eleitoral. Não existe balanço agregado oficial de adesões e valores efetivamente convertidos no componente ressarcimento, o que limita a avaliação de execução à comunicação oficial de casos; uma adesão noticiada de operadora pública de autogestão não pôde ser confirmada na íntegra e foi omitida. Por fim, nenhum acórdão do Tribunal de Contas da União sobre a cobrança do ressarcimento foi aberto em fonte oficial, e a referência à prescrição quinquenal apoia-se no registro do próprio painel da ANS e em notícia oficial da AGU.

As lacunas desenham a agenda seguinte. A primeira é de execução: medir, quando houver dados, quanto foi efetivamente convertido, por operadora, região e especialidade, e comparar com a estimativa oficial de R$ 750 milhões anuais. A segunda é de aditividade: verificar se os atendimentos convertidos somam produção nova ao SUS ou substituem a rede contratada, condição que separa o bom negócio assistencial da pura perda fiscal. A terceira é fiscal-jurídica: acompanhar o desfecho da ADC 96 e do contencioso do IOF, que definirá retrospectivamente se a renúncia tributária do programa esteve compensada, e testar, em sede de controle abstrato ou de contas, a aplicabilidade do art. 113 do ADCT à conversão. A quarta é comparativa: examinar se outros créditos públicos não tributários começam a migrar para quitações em espécie, confirmando ou não o efeito-precedente que este artigo antecipa.

6 CONCLUSÃO

O art. 19 da Lei 15.233/2025 realizou uma operação juridicamente engenhosa: tomou a mais litigiosa das receitas do Fundo Nacional de Saúde, a dívida de ressarcimento das operadoras, validada pelo Supremo em 2018 e corroída por décadas de inadimplência, suspensões judiciais e disputas de prescrição, e autorizou sua metamorfose em consultas, exames e cirurgias para o próprio SUS. Submetida ao teste do art. 14 da Lei de Responsabilidade Fiscal, a operação revela menos uma fraude do que uma fresta: por não ser tributária a receita, o regime formal de renúncia não foi acionado; o impacto, estimado em R$ 750 milhões anuais, praticamente o fluxo inteiro do ressarcimento, foi declarado sob a norma mais branda da lei de diretrizes orçamentárias; a ampliação do dispositivo no

Congresso não refez a conta; e a única compensação declarada no programa, o decreto do IOF, foi revogada semanas depois. O art. 113 do ADCT, que exige estimativa para toda renúncia de receita sem adjetivos, é o parâmetro que sobra de pé, e diante dele o processo da Lei 15.233/2025 entregou um número desatualizado e nenhum mecanismo permanente de transparência.

A conclusão, porém, não é a condenação do instrumento, e sim a exigência do seu preço institucional. Converter dívida de difícil realização em assistência imediata pode ser boa política num país de filas; será boa política comprovável apenas quando a perda de receita for estimada a cada ano na lei orçamentária, quando a aditividade dos serviços for aferida e publicada, quando metas, vigência e beneficiários forem declarados como o novo art. 14-A da LRF passou a exigir dos benefícios tributários, e quando o balanço das conversões for tão público quanto hoje são os boletins da própria ANS sobre a dívida. Entre a receita que deixa de entrar e o serviço que promete chegar, o que o teste do art. 14 protege não é uma forma contábil: é o direito de a sociedade saber quanto custa, a quem aproveita e o que recebe em troca cada real que o Fundo Nacional de Saúde abre mão de cobrar.

REFERÊNCIAS

ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO. Decisão obtida pela AGU dá mais segurança jurídica para ressarcimento ao SUS. Brasília, DF: AGU, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/agu/pt-br/comunicacao/noticias/decisao-obtida-pela-agu-da-mais-seguranca-juridica-para-ressarcimento-ao-sus. Acesso em: 5 out. 2026.

AGÊNCIA GOV. Hospitais regularizam R$ 453 milhões de dívidas com a União por meio do Agora Tem Especialistas. Brasília, DF: Agência Gov, 2026. Disponível em: https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202602/hospitais-regularizam-r-453-milhoes-de-dividas-com-a-uniao-por-meio-do-agora-tem-especialistas. Acesso em: 5 out. 2026.

AGÊNCIA GOV. Pacientes do SUS começam a ser atendidos por planos de saúde em iniciativa pioneira do Agora Tem Especialistas. Brasília, DF: Agência Gov, 2025. Disponível em: https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202508/pacientes-do-sus-comecam-a-ser-atendidos-por-planos-de-saude-em-iniciativa-pioneira-do-agora-tem-especialistas. Acesso em: 5 out. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS divulga dados econômico-financeiros de 2025. Rio de Janeiro: ANS, 2026a. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-divulga-dados-economico-financeiros-de-2025. Acesso em: 5 out. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Boletim Informativo: utilização do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS. 19. ed. Rio de Janeiro: ANS, 2025. Painel interativo. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-e-publicacoes-do-ressarcimento-ao-sus. Acesso em: 5 out. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Cobrança e Arrecadação - Ressarcimento ao SUS: dados abertos, competência set. 2026. Rio de Janeiro: ANS, 2026b. Disponível em: https://dadosabertos.ans.gov.br/FTP/PDA/ressarcimento_ao_SUS_cobranca_arrecadacao/PDA_Cobranca_e_Arrecadacao_SUS.csv. Acesso em: 5 out. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Dados Gerais: beneficiários de planos privados de saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2026c. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais. Acesso em: 5 out. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Grupo Amil adere ao Agora Tem Especialistas e vai atender pacientes do SUS. Rio de Janeiro: ANS, 2026d. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/grupo-amil-adere-ao-agora-tem-especialistas-e-vai-atender-pacientes-do-sus. Acesso em: 5 out. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 358, de 27 de novembro de 2014. Dispõe sobre os procedimentos administrativos de ressarcimento ao SUS. Rio de Janeiro: ANS, 2014a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2014/res0358_27_11_2014.html. Acesso em: 5 out. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa - RN nº 367, de 18 de dezembro de 2014. Dispõe sobre o Índice de Valoração do Ressarcimento - IVR. Rio de Janeiro: ANS, 2014b. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/alerta_legis/ans/2014/res0367_18_12_2014.html. Acesso em: 5 out. 2026.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988: Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, art. 113, incluído pela Emenda Constitucional nº 95, de 2016. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 5 out. 2026.

BRASIL. Decreto nº 12.466, de 22 de maio de 2025. Altera as alíquotas do Imposto sobre Operações Financeiras (revogado pelo Decreto nº 12.499, de 2025). Brasília, DF: Presidência da República, 2025a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/decreto/d12466.htm. Acesso em: 5 out. 2026.

BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm. Acesso em: 5 out. 2026.

BRASIL. Lei nº 15.233, de 7 de outubro de 2025. Institui o Programa Agora Tem Especialistas e altera, entre outras, a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Brasília, DF: Presidência da República, 2025b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei/L15233.htm. Acesso em: 5 out. 2026.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde (texto compilado). Brasília, DF: Presidência da República, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656compilado.htm. Acesso em: 5 out. 2026.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Avulso da Medida Provisória nº 1.301, de 2025, com a Exposição de Motivos Interministerial nº 14/2025 MS MF MGI. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2025c. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2999271. Acesso em: 5 out. 2026.

BRASIL. Congresso Nacional. Comissão Mista da Medida Provisória nº 1.301, de 2025. Parecer nº 1, de 2025-CN, que conclui pelo Projeto de Lei de Conversão nº 5, de 2025 (relator: Senador Otto Alencar). Brasília, DF: Congresso Nacional, 2025d. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2998890. Acesso em: 5 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde; Advocacia-Geral da União. Portaria Conjunta MS/AGU nº 7.702, de 28 de julho de 2025. Regulamenta o Componente Ressarcimento do Programa Agora Tem Especialistas. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ed. 141, p. 94, 29 jul. 2025e. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/poc7702_29_07_2025.html. Acesso em: 5 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Chamamento Público nº 02/2026 - SAES: Edital MS/ANS nº 2/2026, Componente Ressarcimento ao SUS do Programa Agora Tem Especialistas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/chamamentos-publicos/2026/chamamento-publico-no-02-2026-saes. Acesso em: 5 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Relatório Anual de Gestão 2025. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_2025.pdf. Acesso em: 5 out. 2026.

BURMAN, L. E.; PHAUP, M. Tax Expenditures, the Size and Efficiency of Government, and Implications for Budget Reform. Tax Policy and the Economy, Chicago, v. 26, n. 1, p. 93-124, 2012. DOI: https://doi.org/10.1086/665504.

CARNUT, Leonardo; SOUZA, Lívia Milena de Oliveira. Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde pelas operadoras de planos de saúde: uma revisão integrativa das pesquisas científicas realizadas sobre o tema. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 24, n. 1, e0016, 2024. DOI: https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2024.216122.

CAVALCANTE, Lucas Ernesto Gomes; ZONARI, Mariana Luz. Transação tributária e renúncia de receita nos termos do art. 14 da Lei de Responsabilidade Fiscal. Revista Controle - Doutrina e Artigos, Fortaleza, v. 17, n. 2, p. 393-421, 2019. DOI: https://doi.org/10.32586/rcda.v17i2.547.

DE SOUZA, A. A.; ENES, W. M. Análise do desempenho econômico-financeiro das OPSs - 2017-2024. Boletim de Conjuntura (BOCA), Boa Vista, v. 25, n. 74, e8097, 2026. DOI: https://doi.org/10.56238/bocav25n74-019.

MENDES, Áquilas; WEILLER, José Alexandre Buso. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 491-505, 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002016.

NOGUEIRA, E. S. Gastos tributários. Aracê, São José dos Pinhais, v. 7, n. 10, e8659, 2025. DOI: https://doi.org/10.56238/arev7n10-004.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2035-2042, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05992018.

RECEITA FEDERAL DO BRASIL. Demonstrativo dos Gastos Tributários: Previsão PLOA 2026. Brasília, DF: RFB, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/renuncia/gastos-tributarios-ploa. Acesso em: 5 out. 2026.

SALES, T. M.; DANTAS, C. W. M. A judicialização de planos de saúde na garantia de tratamentos para pessoas com Transtorno do Espectro Autista. Lumen et Virtus, São José dos Pinhais, v. 16, n. 53, e9146, 2025. DOI: https://doi.org/10.56238/levv16n53-084.

SESTELO, José Antonio de Freitas; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; BAHIA, Lígia. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 851-866, 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500004.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. DOI: https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Informativo STF nº 890: ADI 1.931/DF e RE 597.064 (Tema 345), julgados em 7 de fevereiro de 2018. Brasília, DF: STF, 2018. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo890.htm. Acesso em: 5 out. 2026.

TESSER, Charles Dalcanale; SERAPIONI, Mauro. Obstáculos à universalização do SUS: gastos tributários, demandas sindicais e subsídio estatal de planos privados. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 2323-2333, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.22602019.