

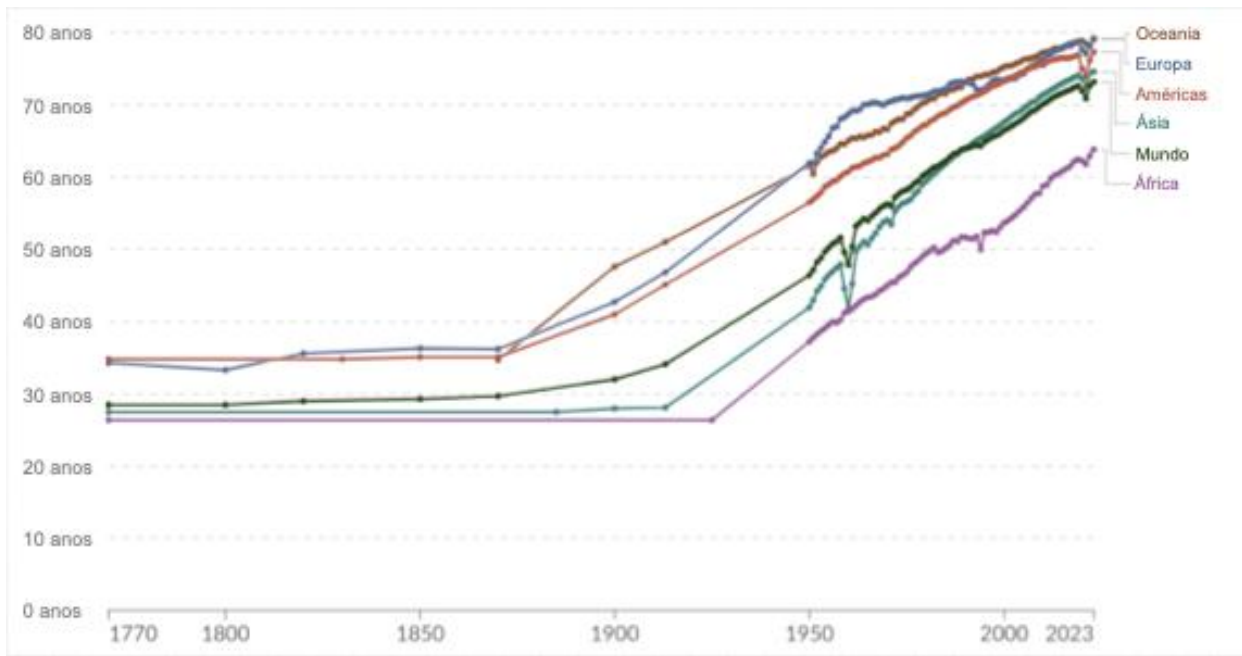
Desafios atuais para o financiamento da saúde

Adriano Massuda
Secretário-Executivo do Ministério da Saúde

Os sistemas de saúde e a melhoria da situação de saúde global

Expectativa de vida, de 1770 a 2021

Número total de anos que se espera que um recém-nascido viva



COMPARAÇÃO REGIONAL

1900		2019		2021	
Oceania	47.6 anos	Europa	79.1 anos	Europa	79.4 anos
Europa	42.7 anos	Oceania	78.7 anos	Oceania	77.0 anos
Américas	41.0 anos	Américas	76.7 anos	Américas	74.2 anos
Ásia	32.0 anos	Ásia	74.2 anos	Ásia	72.5 anos
Mundo	30.0 anos	Mundo	72.8 anos	Mundo	71.0 anos
África	Sem dados	África	62.7 anos	África	61.7 anos

“Sistemas de saúde contribuíram enormemente para uma saúde melhor, mas poderiam contribuir ainda mais — especialmente para os pobres.”
OMS, 2000

DOIS FATORES EXPLICAM ESSA TRANSFORMAÇÃO

1

Desenvolvimento da biomedicina

Vacinas, medicamentos, diagnósticos e novas tecnologias assistenciais

2

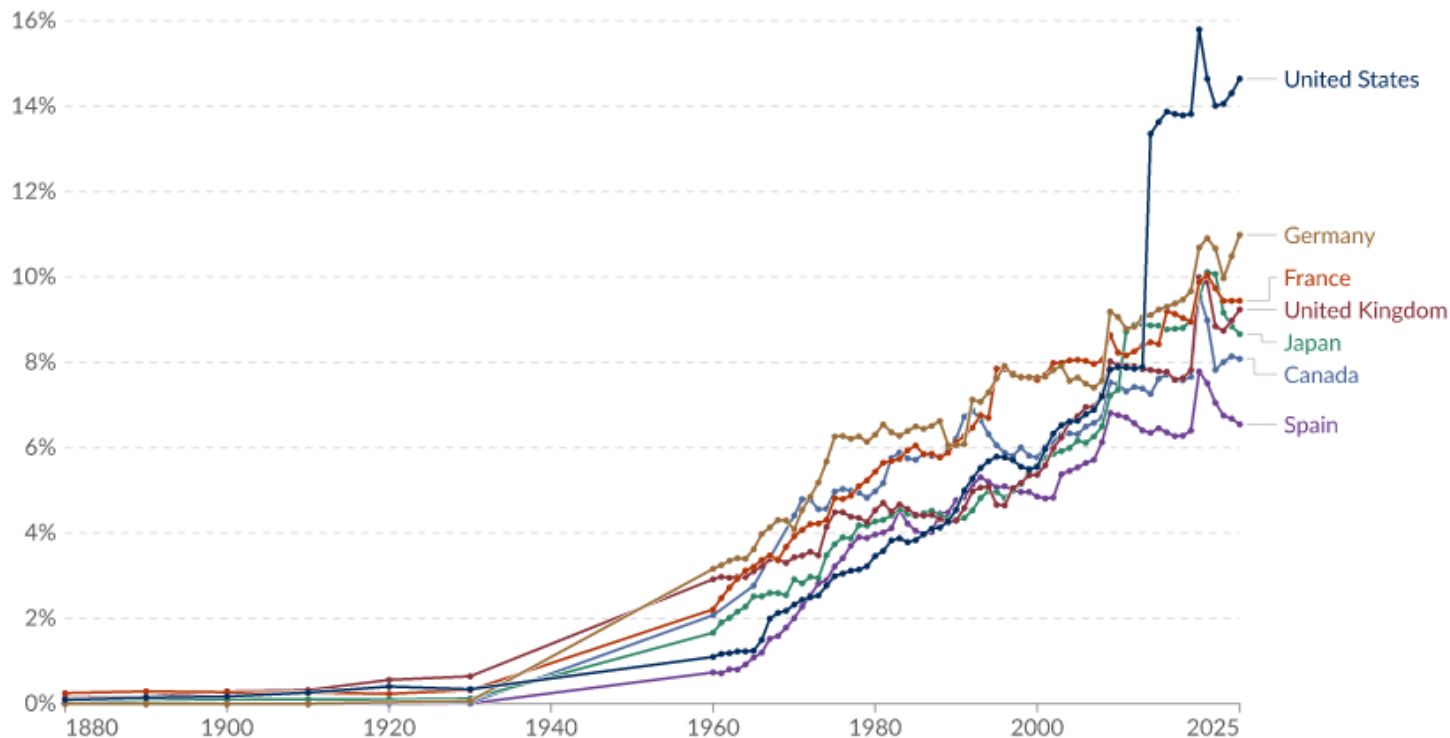
Oferta das tecnologias em larga escala

Organização, financiamento e acesso para grandes contingentes populacionais

A expansão do gasto redefiniu a agenda das reformas em saúde

3% → 7,8% do PIB

Gasto governamental em saúde, 1948–1997



A EVOLUÇÃO DAS REFORMAS

1

1940–1970

Cobertura e equidade

Universalizar o acesso e reduzir desigualdades.

2

1970–1990

Controle dos gastos

Racionalizar a oferta e conter a expansão dos custos.

3

1990 EM DIANTE

Valor e incentivos

Alinhar competição, desempenho e qualidade do cuidado.

Sistemas de saúde são sistemas adaptativos complexos

Políticas públicas alteram funções interdependentes — e o financiamento induz o modelo de atenção

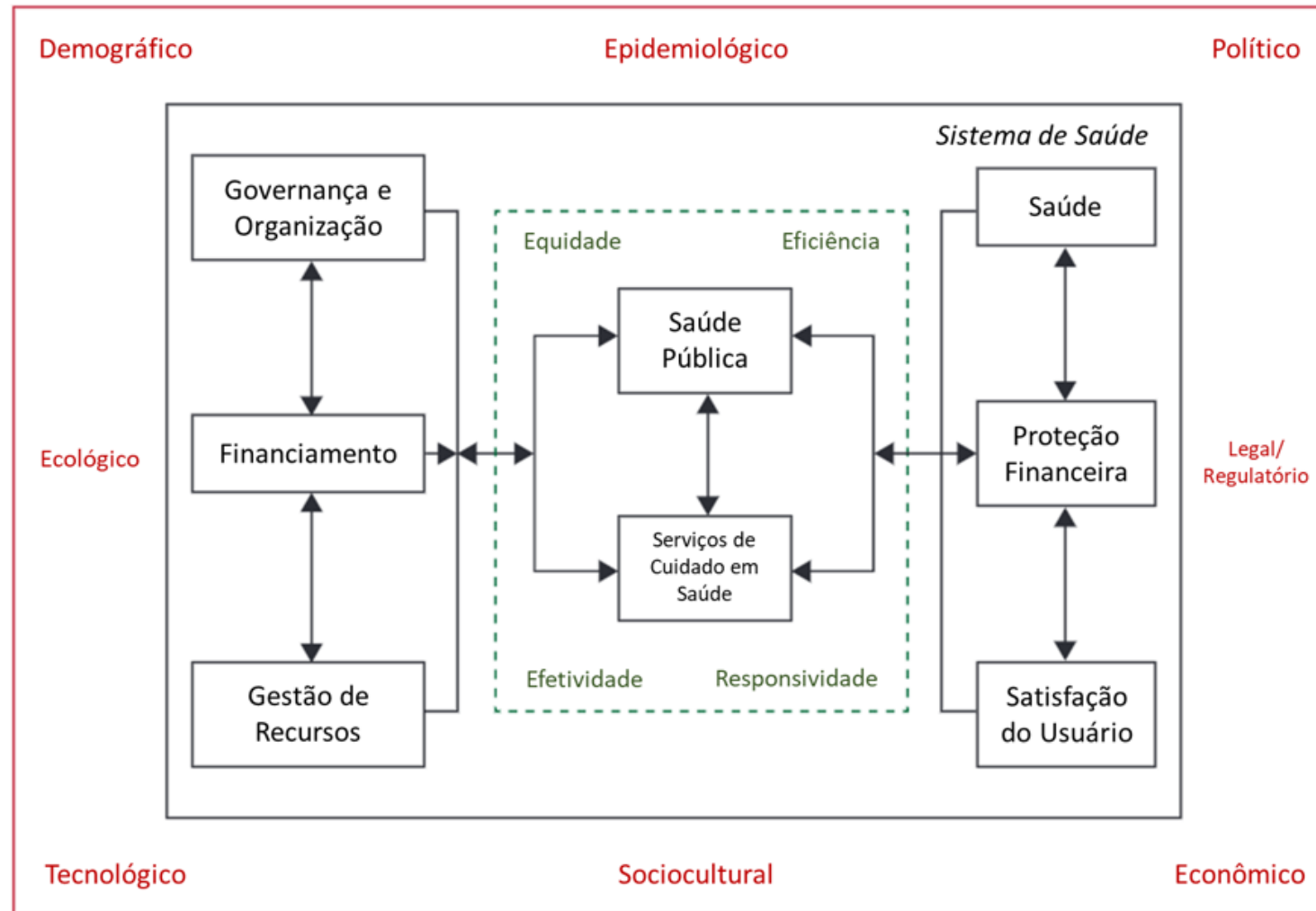
CONTEXTO MUDA O SISTEMA

CAPACIDADES DO SISTEMA

Governança e organização

Financiamento

Gestão de recursos



Financiamento não é apenas fonte de recursos

Define prioridades, organiza incentivos e influencia acesso, qualidade, equidade, eficiência e experiência do usuário.

DESAFIOS E OPORTUNIDADES PARA OS SISTEMAS DE SAÚDE

O financiamento mobiliza recursos, alinha incentivos e viabiliza as transformações necessárias para sistemas de saúde mais resilientes, inovadores, integrados e equitativos

1

TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

Envelhecimento e maior demanda por cuidados contínuos

2

TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Doenças crônicas, câncer, saúde mental e infecções persistentes

3

MUDANÇAS CLIMÁTICAS E SAÚDE

Arboviroses, eventos extremos e novos riscos sanitários

4

TRANSFORMAÇÃO DIGITAL

IA, telessaúde, interoperabilidade e medicina de precisão

5

TERAPIAS DE ALTÍSSIMO CUSTO

Acesso equitativo, efetividade clínica e impacto fiscal

6

SUSTENTABILIDADE E SOBERANIA TECNOLÓGICA

Custos crescentes, incorporação responsável e compras estratégicas

O desafio central: transformar essas pressões em inovação, valor e garantia do direito à saúde.

Democracia e saúde: o SUS como projeto civilizatório

A Constituição de 1988 transformou a saúde em direito de cidadania e dever do Estado.

1 | DEMOCRACIA E SAÚDE

Saúde é direito de todos e dever do Estado.
Um pacto pela vida, pela dignidade e pela cidadania



2 | CARACTERÍSTICAS DO SUS

1

Universal, integral e gratuito

Acesso para todas as pessoas, de acordo com suas necessidades de saúde.

2

Descentralizado e com gestão tripartite

Responsabilidades compartilhadas entre União, estados e municípios.

3

Controle social em todas as esferas

Conselhos e conferências garantem participação da sociedade nas decisões.

O SUS é democracia traduzida em acesso, corresponsabilidade e participação social.

35 anos do SUS: principais conquistas

Um direito que transformou o Brasil e salva vidas todos os dias

Melhores condições de saúde

- ✓ **Mortalidade infantil**
Queda de 74% desde 1990: De 46,9 para cerca de 12 óbitos por mil nascidos vivos.
- ✓ **Expectativa de vida**
76,5 anos em 2024 — 9,5 anos a mais desde 1991.
- ✓ **Doenças imunopreveníveis**
Polio erradicada; amplo controle de doenças e mortes por malária.
- ✓ **Óbitos evitáveis**
Milhões de mortes evitadas por doenças crônicas e câncer.

Expansão do acesso e da cobertura

- ✓ **Universalização do acesso**
Cuidado integral e gratuito para mais de 200 milhões.
- ✓ **Interiorização dos serviços**
Presença do SUS em todos os municípios.
- ✓ **Atenção Primária à Saúde**
Porta de entrada e coordenação do cuidado.
- ✓ **Urgência e assistência farmacêutica**
Mais urgência, especialidades, transplantes e medicamentos.

Construção de capacidades nacionais

- ✓ **PNI e imunização**
Um dos maiores programas de vacinação.
- ✓ **HIV/Aids**
Referência mundial no acesso ao tratamento.
- ✓ **Transplantes**
Maior sistema público do mundo.
- ✓ **Sangue e hemoderivados**
Autossuficiência segura e de qualidade.
- ✓ **Bancos de leite humano**
Referência mundial; salva recém-nascidos.
- ✓ **Ciência, tecnologia e produção**
Vacinas, medicamentos, equipamentos e inovação.

35 anos de história. Milhões de vidas transformadas. O SUS é do povo, público, universal e do Brasil.



Limites e contradições históricas do SUS

Três desafios estruturais ainda limitam a garantia plena do direito à saúde

1

SUBFINANCIAMENTO E AUSTERIDADE

Financiamento insuficiente

Gasto público abaixo de sistemas universais comparáveis

EC 95 e restrição fiscal

Menor expansão de recursos diante de necessidades crescentes

Perda de capacidade

Pressão sobre custeio, força de trabalho e infraestrutura

2

DESIGUALDADES ESTRUTURAIS

Desigualdades regionais

Capacidades e infraestrutura distribuídas de forma desigual

Diferenças de acesso

Oferta desigual de serviços, profissionais e tecnologias

Cuidado fragmentado

Baixa integração entre níveis e redes de atenção

3

RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA

Disputa por recursos

Competição por profissionais, infraestrutura e tecnologias

Sistema segmentado

Coberturas paralelas ampliam diferenças de acesso

Pressão tecnológica e judicial

Decisões desordenadas afetam equidade e orçamento

SUPERAR ESSES LIMITES

Mais financiamento, menos desigualdades e melhor regulação público-privada

Cinco desafios estratégicos para o financiamento do SUS

Financiar é mobilizar recursos e orientar o sistema para produzir saúde, valor e equidade.

5

DESAFIOS

**Sustentabilidade,
modelo assistencial,
inovação, resiliência
e equidade.**

Mais recursos importam.
Como são alocados também.

1

Assegurar sustentabilidade, eficiência e transparência

Mobilizar recursos estáveis e distribuí-los segundo necessidades de saúde.

Induzir modelos de atenção que gerem valor

Ampliar acesso, coordenar o cuidado e remunerar qualidade e resultados.

Financiar profissionais, tecnologias e investimentos

Combinar inovação, transformação digital, capacidade produtiva e acesso.

Fortalecer a resiliência diante de emergências

Manter capacidades permanentes e financiamento flexível para respostas rápidas.

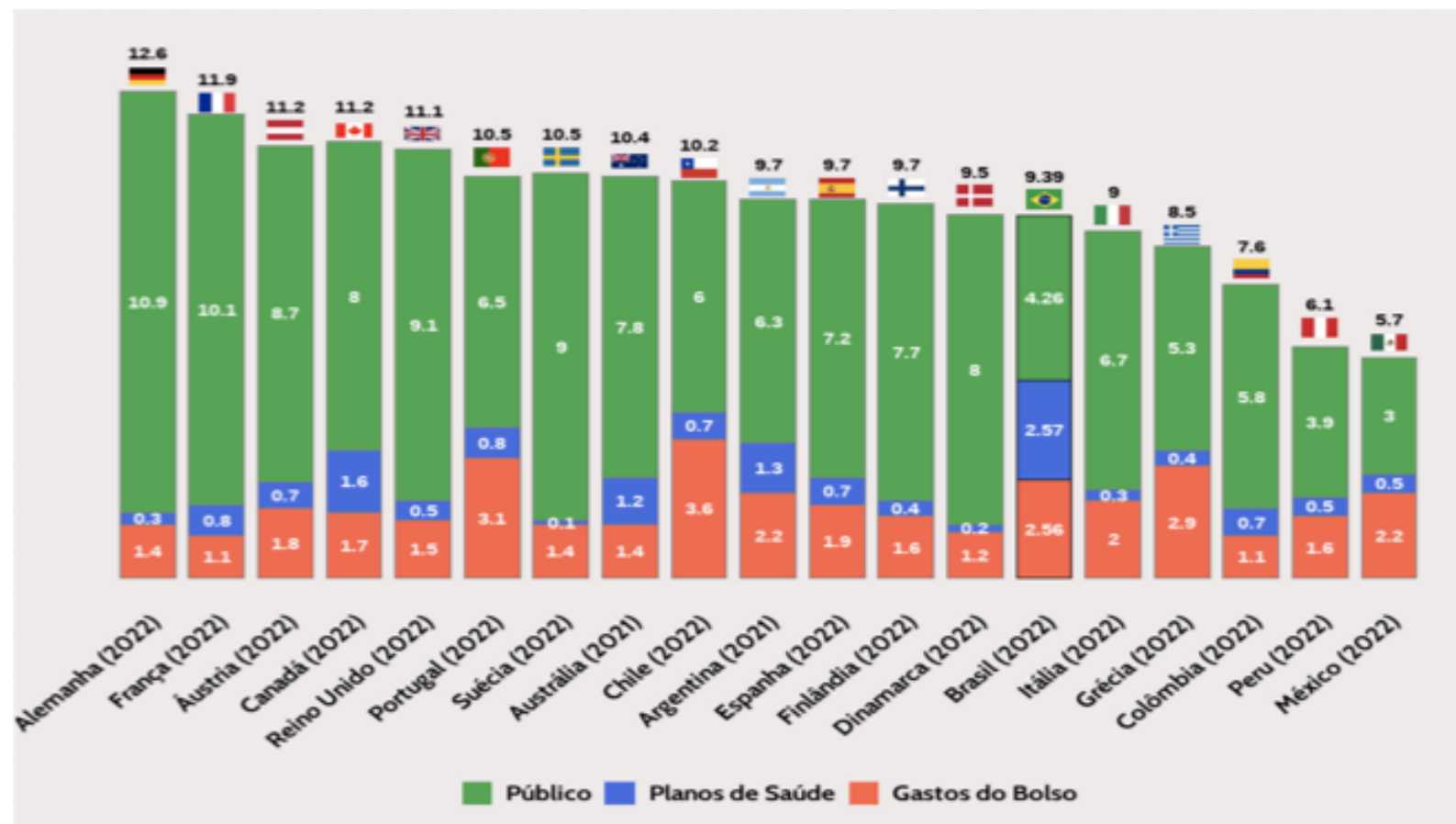
Reduzir desigualdades e produzir mais saúde

Priorizar territórios e populações com maiores necessidades e vulnerabilidades.

Brasil gasta 9,4% do PIB em saúde, mas pouco por habitante

SUS | MS

Comparação internacional do gasto total e de sua composição público-privada



BRASIL — 2022

9,39% do PIB

Gasto total próximo ao de países de alta renda

US\$ 1.716

por habitante em PPC — muito abaixo dos comparadores

COMPOSIÇÃO

4,26% público

2,57% planos de saúde

2,56% gasto do bolso

O desafio brasileiro não é apenas quanto se gasta, mas o baixo gasto per capita e a elevada participação privada.

Vinculações e regras fiscais moldam o financiamento da saúde

Evolução recente do orçamento federal da saúde, em valores reais — 2014 a 2025

BASE DO FINANCIAMENTO

EC 29/2000

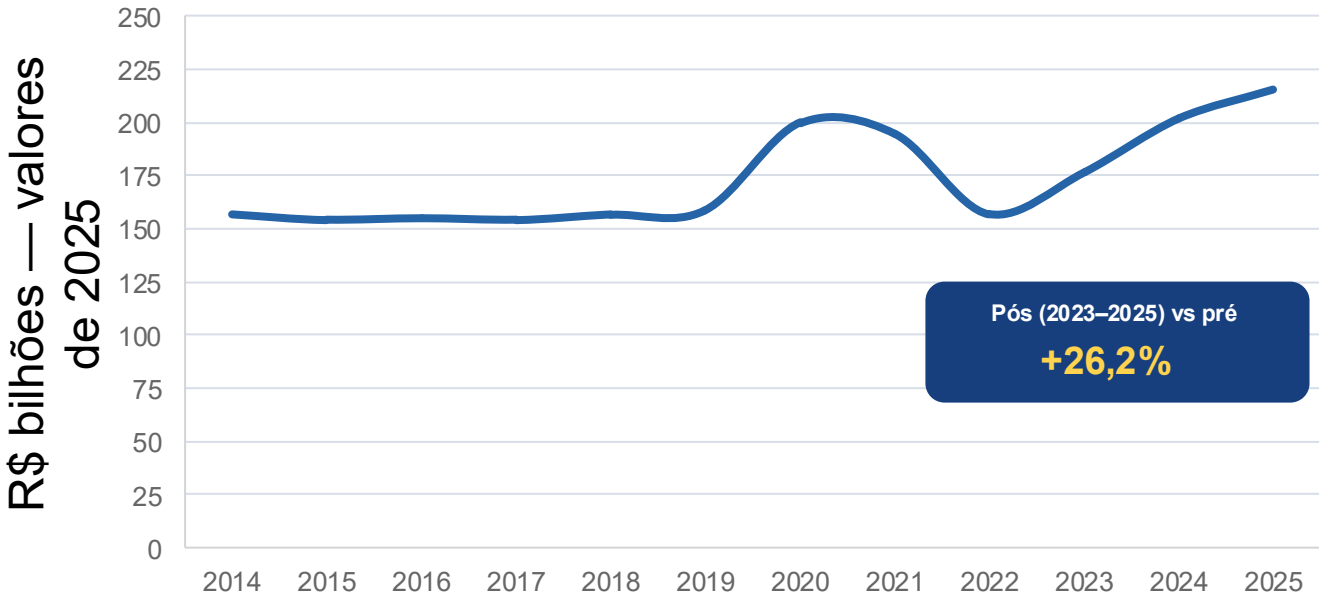
Vinculou recursos mínimos à saúde e definiu responsabilidades dos entes

LC 141/2012

Regulamentou o mínimo governamental, definiu ASPS e estabeleceu critérios de rateio, controle e transparência

Piso federal: exercício anterior + variação nominal do PIB

TRAJETÓRIA DO ORÇAMENTO FEDERAL



TRÊS CICLOS FISCAIS

EC 95 | 2017–2019

Teto de gastos e contenção da expansão real.

Pandemia | 2020–2022

Créditos extraordinários elevam o gasto; forte retração em 2022.

Novo arcabouço | 2023–2025

Retomada do piso constitucional e expansão real do orçamento após a flexibilização da regra fiscal.

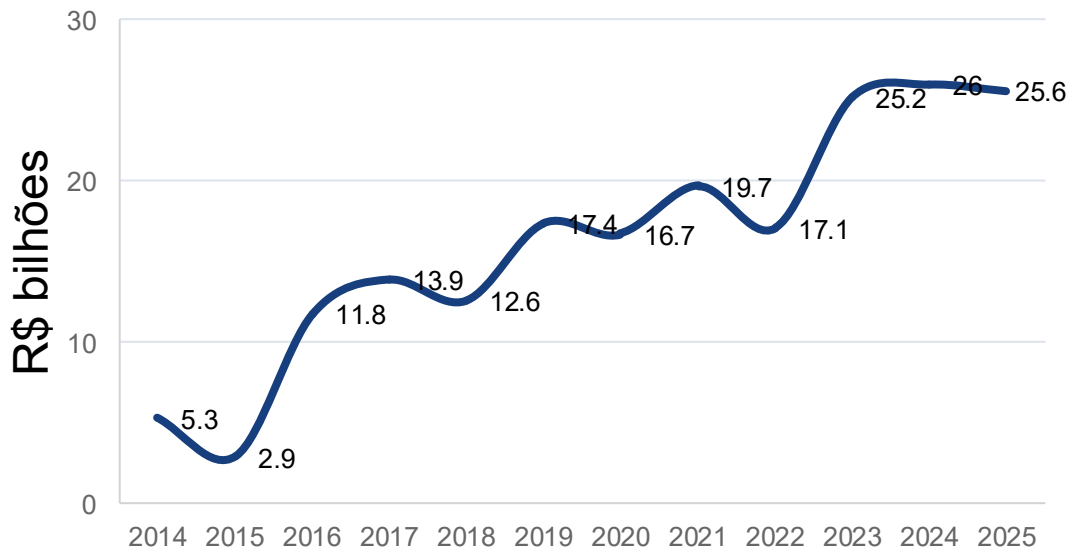
A vinculação protege o piso; a regra fiscal determina o espaço para expansão do financiamento federal.

Fontes: EC 29/2000; Lei Complementar 141/2012; dados do material-base. Valores deflacionados pelo IPCA, a preços de 2025.

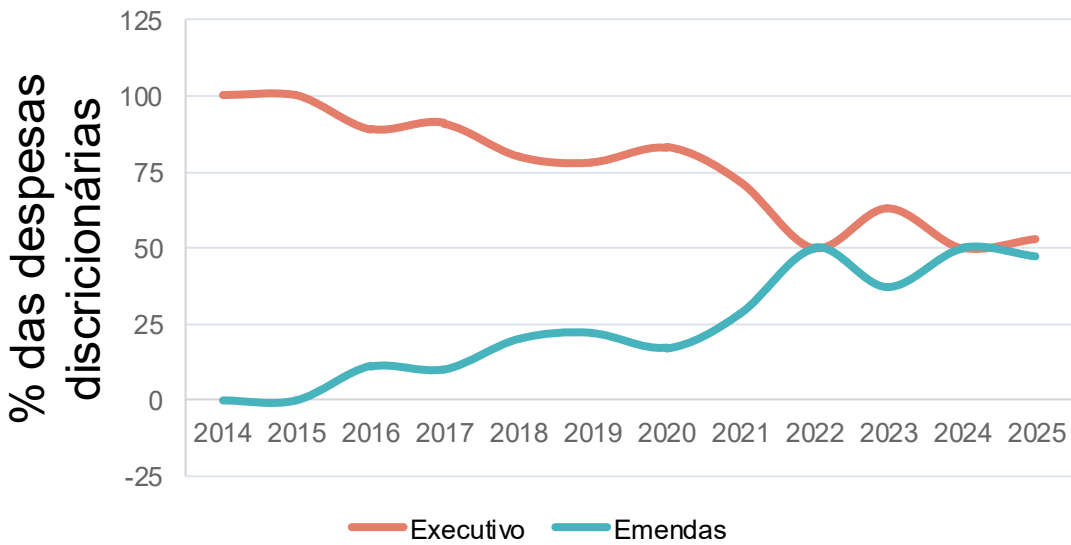
Emendas crescem e reduzem a capacidade discricionária do Executivo

Evolução dos recursos federais destinados às ações e serviços públicos de saúde — 2014 a 2025

DESPESAS COM EMENDAS



COMPOSIÇÃO DAS DESPESAS DISCRICIONÁRIAS



383%

de aumento real das emendas
entre 2014 e 2025

47%

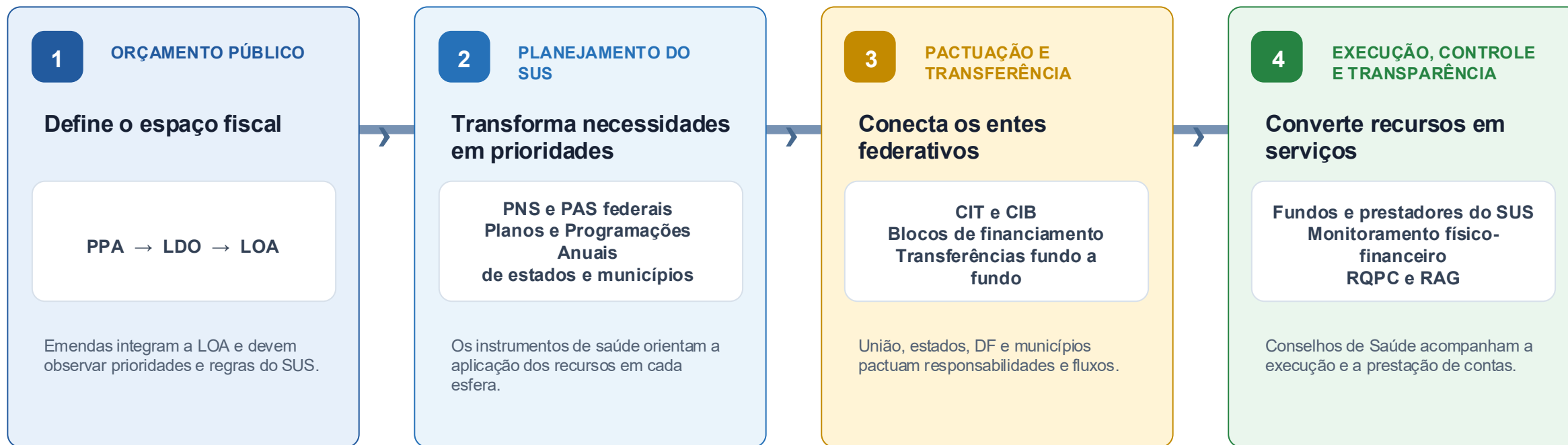
da despesa discricionária em 2025
foi alocada por emendas parlamentares

Em 2022, emendas e Executivo chegaram à mesma participação; desde então, a capacidade federal de alocação permaneceu dividida.

Financiamento do SUS conecta prioridades, orçamento e resultados

SUS | MS

Um ciclo federativo: planejar, pactuar, transferir, executar e prestar contas



GOVERNANÇA E INFORMAÇÃO

Pactuação federativa
CIT • CIB

Gestão e transparência
DigiSUS • SIOPS • InvestSUS

Participação e controle social
Conselhos de Saúde

A efetividade depende do alinhamento entre planejamento sanitário, decisão orçamentária e execução federativa.

Cinco desafios estratégicos para o financiamento do SUS

Financiar é mobilizar recursos e orientar o sistema para produzir saúde, valor e equidade.

5

DESAFIOS

**Sustentabilidade,
modelo assistencial,
inovação, resiliência
e equidade.**

Mais recursos importam.
Como são alocados também.

2

Assegurar sustentabilidade, eficiência e transparência

Mobilizar recursos estáveis e distribuí-los segundo necessidades de saúde.

Induzir modelos de atenção que gerem valor

Ampliar acesso, coordenar o cuidado e remunerar qualidade e resultados.

Financiar profissionais, tecnologias e investimentos

Combinar inovação, transformação digital, capacidade produtiva e acesso.

Fortalecer a resiliência diante de emergências

Manter capacidades permanentes e financiamento flexível para respostas rápidas.

Reduzir desigualdades e produzir mais saúde

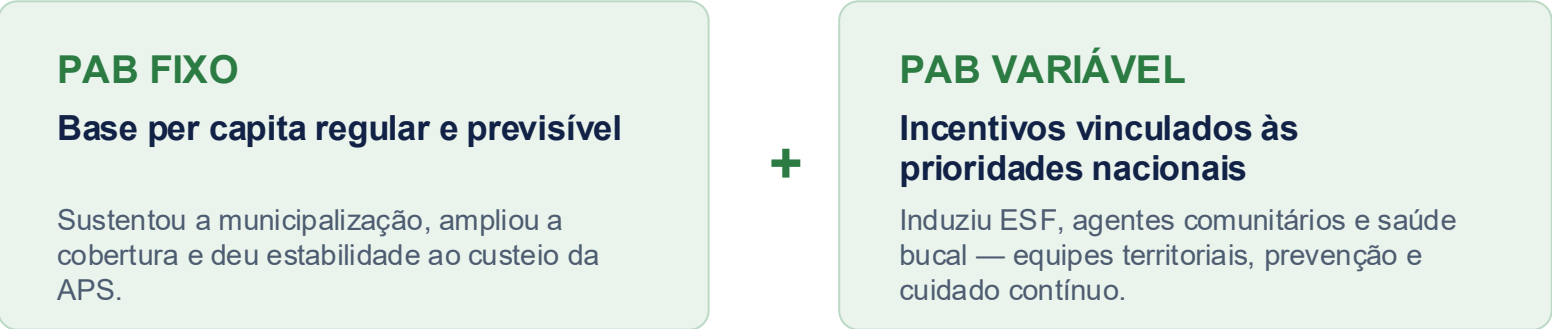
Priorizar territórios e populações com maiores necessidades e vulnerabilidades.

PAB induziu a expansão da APS — agora deve apoiar a coordenação do cuidado

EXPANSÃO DA COBERTURA



COMO O PAB INDUZIU A MUDANÇA DO MODELO



LIÇÃO HISTÓRICA

O desenho do financiamento não apenas transfere recursos: ele organiza prioridades e transforma o modelo assistencial.

PRÓXIMO SALTO DA APS

- 1 Força de trabalho**
Equipes completas e multiprofissionais
- 2 Resolutividade clínica**
Protocolos, telessaúde e apoio especializado
- 3 Informação e serviços**
Prontuários interoperáveis e regulação digital
- 4 Coordenação regional**
Integração com vigilância, especialistas e hospitais

Objetivo: usar o financiamento para fazer da APS a coordenadora das redes regionais de atenção.

Teto MAC e FAEC ampliaram a produção — novos incentivos devem transformar o cuidado

EXPANSÃO DA OFERTA

6,3% ao ano

crescimento dos serviços especializados (2000–2025)

2,474 bi

procedimentos ambulatoriais especializados em 2025

4,6×

aumento dos procedimentos especializados

CAPACIDADE AMPLIADA

Cirurgias, oncologia, transplantes, terapia intensiva e alta complexidade.

MODELO QUE AMPLIOU A PRODUÇÃO

TETO MAC

Base histórica para custeio da média e alta complexidade

Deu estabilidade, mas preservou desigualdades acumuladas e a lógica fragmentada da oferta.

FAEC

Pagamento adicional por procedimentos estratégicos

Acelerou produção e incorporação de serviços, sem reorganizar trajetórias de cuidado.

MODELO PARA ORGANIZAR SERVIÇOS EM REDES DE ATENÇÃO

INCENTIVOS FINANCEIROS ORIENTADOS A:

- 1 **Acesso regulado** oferta vinculada às filas
- 2 **Redes regionais** linhas de cuidado integradas
- 3 **Contratualização** Metas e indicadores

LIÇÃO HISTÓRICA

Financiar procedimentos aumenta a produção; financiar acesso, integração e resultados muda o modelo assistencial.

Objetivo: transformar a oferta ampliada em redes regionais integradas, resolutivas e centradas nas pessoas.

Da política à escala: uma nova estratégia para ampliar o acesso

PNAES, PMAE e Agora Tem Especialistas estruturam uma trajetória contínua de transformação do cuidado

2023

2024

2025–2026

PNAES

Define a direção

Política nacional para regionalizar a atenção especializada, integrar o cuidado à APS e orientar acesso, regulação e financiamento.

PMAE

Organiza o cuidado

Ofertas de Cuidado Integrado articulam consultas, exames e procedimentos, com prazos e linhas prioritárias de atenção.

AGORA TEM ESPECIALISTAS

Amplia escala e capacidade

Mobiliza redes públicas e privadas, expande estrutura, profissionais e serviços para reduzir o tempo de espera.

cerca de 2 milhões de OCI

RESULTADOS DA EXPANSÃO DA CAPACIDADE ASSISTENCIAL

2,47 bi

procedimentos ambulatoriais

2 mi

OCI em 2025 e 2026

14,9 mi

cirurgias eletivas em 2025

Mais estrutura e cuidado integrado para ampliar consultas, exames e cirurgias — com menor tempo de espera.

Novos arranjos de financiamento para ampliar a rede assistencial

Rede privada, financiamento e atendimento móvel ampliam consultas, exames e cirurgias em todo o país

01

CRÉDITO FINANCEIRO

Troca de créditos por prestação de serviços ao SUS

R\$ 822,3 mi

contratados

605.796

procedimentos previstos

83

instituições em 21 estados

02

REDE PRIVADA CONTRATADA

Oferta complementar para reduzir filas e ampliar a produção

147

propostas aprovadas

6 milhões

procedimentos potenciais

R\$ 13,5 mi

executados

03

CARRETAS ESPECIALIZADAS

Unidades móveis levam cuidado regulado aos territórios - AGSUS

262.605

pessoas atendidas

669.782

procedimentos realizados

382

localidades-sede

04

EQUIPES ASSISTENCIAIS

Ações especializadas em territórios de difícil acesso – AGSUS e GHC

28

expedições realizadas

10.034

pessoas atendidas

51.245

procedimentos realizados

EFEITO

Mais capacidade instalada e presença territorial para reduzir o tempo de espera no SUS.

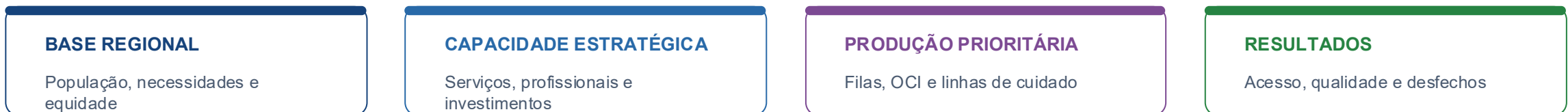
Financiamento como indutor de Redes de Atenção em Regiões de Saúde integram APS e atenção especializada com orçamento, metas e geração de valor

SUS | MS

Financiamento regional orientado às necessidades, ao acesso regulado e aos resultados



MODELO DE FINANCIAMENTO REGIONAL



Resultado: menos fragmentação, acesso oportuno e redes regionais responsáveis pela trajetória completa do paciente.

Cinco desafios estratégicos para o financiamento do SUS

Financiar é mobilizar recursos e orientar o sistema para produzir saúde, valor e equidade.

5

DESAFIOS

**Sustentabilidade,
modelo assistencial,
inovação, resiliência
e equidade.**

Mais recursos importam.
Como são alocados também.

1

Assegurar sustentabilidade, eficiência e transparência

Mobilizar recursos estáveis e distribuí-los segundo necessidades de saúde.

2

Induzir modelos de atenção que gerem valor

Ampliar acesso, coordenar o cuidado e remunerar qualidade e resultados.

3

Financiar profissionais, tecnologias e investimentos

Combinar inovação, transformação digital, capacidade produtiva e acesso.

4

Fortalecer a resiliência diante de emergências

Manter capacidades permanentes e financiamento flexível para respostas rápidas.

5

Reduzir desigualdades e produzir mais saúde

Priorizar territórios e populações com maiores necessidades e vulnerabilidades.

Compras estratégicas ampliam acesso e incorporam inovação

CARTEIRA DE CONTRATOS VIGENTES

R\$ 34,28 bi // 73,6 bi (2023 – 2026)

425 contratos • 5 bi de unidades de IES • 171 empresas

IMPACTO ORÇAMENTÁRIO DAS NOVAS TECNOLOGIAS

R\$ 11,9 bilhões

2023–2025 realizado + 2026 previsto • crescimento de 71%

AQUISIÇÕES INÉDITAS NA CARTEIRA

Zolgensma R\$ 477,6 mi

Implanon R\$ 244,9 mi

Vacina VSR R\$ 1,17 bi

QUATRO FRENTES CONCENTRAM O INVESTIMENTO

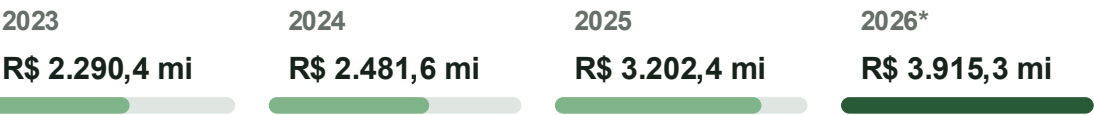
AME – Atrofia Muscular Espinhal R\$ 2.761,0 mi

Fibrose Cística R\$ 2.955,4 mi

Hemoglobinúria Paroxística Noturna R\$ 3.295,8 mi

Imunoglobulina Humana R\$ 2.878,0 mi

EVOLUÇÃO DO IMPACTO ORÇAMENTÁRIO



IES: insumos estratégicos para a saúde | * Previsão para 2026. Valores arredondados.

Impacto do Orçamento por Medicamento

Medicamentos judicializados pela União por decisões individuais com maior impacto orçamentário (2025)

TOP 10 MEDICAMENTOS			Valor executado (R\$)	Nº de demandantes em 2025
1	VOSORITIDA*	Acondroplasia	R\$ 375.062.041,24	399 (R\$ 940.005,12)
2	ATALURENO*	Distrofia muscular de Duchenne	R\$ 353.415.011,85	139 (R\$ 2.542.554,04)
3	ECULIZUMABE	Hemoglobinúria paroxística noturna (HPN) / SHUa	R\$ 216.228.423,87	182 (R\$ 1.188.068,26)
4	INOTERSENA*	Polineuropatia Amiloidótica Familiar	R\$ 84.935.844,96	42 (R\$ 2.022.282,02)
5	NUSINERSENA	Atrofia muscular espinhal (AME)	R\$ 80.960.000,00	173 (R\$ 467.976,88)
6	RISDIPLAM	Atrofia muscular espinhal (AME)	R\$ 73.021.433,00	121 (R\$ 603.482,92)
7	VOLANESORSENA*	Hiperquilomicronemia familiar	R\$ 71.592.685,57	25 (R\$ 2.863.707,42)
8	TRIKAFTA	Fibrose cística	R\$ 66.129.303,19	199 (R\$ 332.308,06)
9	ALFAGALSIDASE	Doença de Fabry	R\$ 62.647.650,86	237 (R\$ 264.336,08)
10	GIVOSIRANA*	Coproporfiria Hereditária	R\$ 41.425.845,53	25 (R\$ 1.657.033,82)

↑ 2º

↑ 3º

↑ 1º

1,99 bi

4.731

Nº de demandantes em 2025

Orçamento de 2025 / Autor R\$ 420.142,28

* Medicamentos não incorporados para nenhum PCDT

Visão sistêmica: quatro pilares complementares de solução



- Reduzir perdas logísticas por vencimento de insumos estratégicos
- Ampliar a execução do Plano de Contratações Anuais (PCA)
- Reduzir o tempo de tramitação dos processos administrativos
- Modernizar e integrar os sistemas logísticos e contratuais

Governança do ciclo completo da tecnologia: o principal avanço é deixar de tratar avaliação, incorporação, compra e logística como processos separados. A tecnologia passa a ser acompanhada em um fluxo contínuo: **avaliação → negociação → incorporação → planejamento → contratação → logística → disponibilização ao paciente → monitoramento.**

Gestão mais eficiente gerou R\$ 1 bilhão em economia

ECONOMIA TOTAL GERADA

R\$ 1,0 bi (2025 e 2026)

Compras públicas e gestão contratual

QUATRO FRENTES DE NEGOCIAÇÃO

R\$ 369,70 mi	Inexigibilidade
R\$ 301,03 mi	Pregão
R\$ 295,19 mi	Aditivos e prorrogações
R\$ 35,57 mi	Dispensa

GOVERNANÇA DA GESTÃO

Quatro níveis de serviço institucionalizados

Acordos aprovados pelo Comitê Estratégico de Governança do MS

SLA 01	Tempo no DLOG Controle dos prazos dos processos => redução de 180 dias para 110 dias
SLA 02	Gestão de estoque Painel com alertas automáticos => Redução de 92% das perdas
SLA 03	Processo aquisitivo Padronização de pregão, dispensa e inexigibilidade
SLA 04	Prorrogação e aditivos Controle dos prazos contratuais

RETOMADA DOS INVESTIMENTOS

INVESTIMENTOS PRINCIPAIS

R\$ 25,7 bi em obras de infraestrutura

Policlínicas, maternidades, CER, centros de parto normal, UBS, CAPS, Novo INCA, hospital inteligente HC-FMUSP e investimentos em fábricas

R\$ 5,0 bi em equipamentos

Tomografias, ressonâncias, aceleradores lineares PERSUS, ultrafreezers, kits telessaúde, equipamentos para UBS e cirurgia geral/ofthalmológica

R\$ 3,3 bi em veículos

Ambulâncias SAMU, unidades odontológicas móveis, caminhos da saúde

INFRAESTRUTURA - EQUIPAMENTOS - VEÍCULOS*

2.606

UBS - Unidade Básica de Saúde

19

Hospital Regional

101

Policlínica

36

Maternidade

27

CPN - Centro de Parto Normal

52

CER - Centro Especializado em Reabilitação

336

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

17

CRU - Central de Regulação das Urgências

17

Oficina Ortopédica

129

UBSI - Unidade Básica de Saúde Indígena

1.622

MSD, SAA e Cisternas

13

CEIS e Hemobrás - Complexo Econômico-Industrial da Saúde

1

Memorial da Pandemia

1.324

UOM - Unidades Odontológicas Móveis

3.300

Caminhos da Saúde

Novo PAC Saúde gera economia estimada de R\$ 3,37 bilhões

Padronização de projetos e compras em escala reduzem custos de infraestrutura, equipamentos e veículos

ECONOMIA ESTIMADA TOTAL

R\$ 3,37 bi

O ganho começa antes da obra — com projetos padronizados — e se amplia nas compras em escala nacional.

PROJETOS
REFERENCIAIS

R\$ 1,30 bi

economizados com projetos completos e replicáveis

Evita que cada estado ou município financie a elaboração isolada de projetos.

COMPRAS
CENTRALIZADAS

R\$ 2,07 bi // R\$ 8,27 bi valor de referência

economizados em equipamentos e veículos em execução

Volume nacional amplia descontos — de 12% a 54% nas aquisições apresentadas.

PADRONIZAÇÃO + ESCALA

menos custo de preparação • maior poder de compra • mais investimento entregue ao SUS

Compras e contratações estratégicas ampliam a capacidade do SUS

Novos instrumentos combinam acesso, eficiência econômica e continuidade operacional da rede.

01

DESCONTO SILENCIOSO

Negociação reservada de preços para medicamentos estratégicos.

GANHO ESTRATÉGICO

Maior desconto e competitividade

02

FUNDOS ROTATÓRIOS

Aquisição conjunta com organismos internacionais e escala regional.

GANHO ESTRATÉGICO

Escala e segurança da oferta

03

COMPRA PARCELADA

Entrega imediata e pagamento distribuído ao longo dos anos.

GANHO ESTRATÉGICO

Previsibilidade e acesso antecipado

04

IMPORTAÇÃO DIRETA

Compra no exterior quando não há produção ou oferta suficiente no país.

GANHO ESTRATÉGICO

Agilidade e menos intermediários

05 SERVIÇOS E MANUTENÇÃO

Contratação integrada de apoio diagnóstico, manutenção predial, engenharia clínica e manutenção de equipamentos.

GANHO ESTRATÉGICO

Disponibilidade, qualidade e continuidade dos serviços

RESULTADO PARA O SUS

Mais acesso • Melhor preço • Capacidade operacional • Sustentabilidade • Soberania sanitária

AF-ONCO moderniza o financiamento da assistência oncológica

Escala nacional, regulação do uso e estrutura assistencial passam a operar como uma política integrada

MUDANÇA DE LÓGICA

Do pagamento fragmentado por procedimento para um financiamento estratégico do cuidado

Integra negociação, seleção de tecnologias, autorização, dispensação e capacidade de preparo dos medicamentos.

1

Negociação nacional e compra estratégica

Maior poder de escala para negociar preços, condições de fornecimento e acesso equitativo.

2

Carteira prioritária de medicamentos

Financiamento orientado por PCDT, diretrizes clínicas e recomendações da Conitec.

3

APAC e autorização prévia integradas

Uso adequado, rastreabilidade do paciente e maior controle clínico e financeiro.

4

Centrais de diluição estruturadas

Financiamento da capacidade de preparo seguro, redução de perdas e organização regional da oferta.

RESULTADO ESPERADO

Acesso mais equitativo • Integralidade do tratamento • Uso racional • Sustentabilidade do SUS

Formação e provimento avançam juntos no SUS

Programas federais ampliam presença médica e formação especializada

MAIS MÉDICOS

26.681

médicos ativos

4.553 municípios + 775 DSEI

+74,9%

2022–2026

15.497 → 27.101

MAIS MÉDICOS ESPECIALISTAS

1.511

especialistas ativos

125 municípios • 21% em alta vulnerabilidade

+161,9%

2022–2026

577 → 1.511

RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

51.563

bolsas e residentes ativos

34.361 médica • 17.202 multiprofissional

+107,7%

2022–2026

24.822 → 51.563

O SUS ampliou simultaneamente a cobertura assistencial e a formação profissional

Mais profissionais onde a população mais precisa — da atenção primária à especializada.

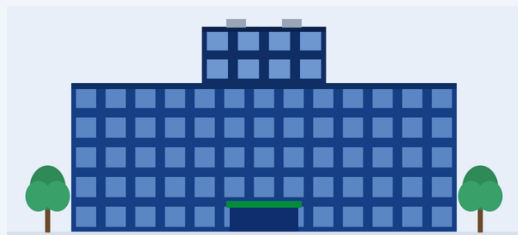
INVESTIMENTO EM BOLSAS

R\$ 254,1 milhões

Centros de Simulação — e o que devem entregar

Ambientes onde o profissional treina em cenário realístico antes de atuar com o paciente real..

OBRAS / INFRAESTRUTURA



- **Salas de simulação e cenários realísticos** — centro cirúrgico, UTI, urgência/emergência, sala de parto e consultórios.
- **Sala de controle e debriefing** — observação, gravação e feedback estruturado.
- **Detalhamento por projeto de referência** — dimensionamento por unidade — a definir.

EQUIPAMENTOS — itens representativos (RENEM), sem quantitativos

Manequins e simuladores

SBV adulto, pediátrico e lactente; AT Kelly Torso; Chester Chest; braço para acesso venoso; Kit Little Family Q CPR.

Equipamentos para procedimentos

ultrassom (sonda cardíaca), grampeadores cirúrgicos, kit punch dermatológico, espelhos; cirurgia robótica (avançado, a definir).

Diagnóstico e apoio

raio-X (fixo/portátil), negatoscópio, glicosímetro, estetoscópios, balanças.

Leitos de simulação e monitores

leitos de simulação e monitorização multiparamétrica (itens a definir).

Urgência e emergência

DEA/desfibrilador, eletrocardiógrafo, carro de emergência (a definir).

Telepresença e imagem

computadores com software de imagem, câmera de videoconferência, servidores.

INVESTIMENTO: Centro Nacional/DF ~R\$ 128 mi · centro estadual ~R\$ 45 mi/unidade · rede ~R\$ 623 mi (≈ 2% do PAC Saúde) · 3 anos · **nº de centros e localizações a definir**

Estimativa de ordem de grandeza (régua CESIN/InCor + SINAPI). Quantitativos e especificações a definir; itens de equipamento são exemplos representativos, sem quantitativos.

Saúde digital e telessaúde

Tecnologia para ampliar acesso, agilizar a triagem e conectar pacientes ao cuidado

1 Triagem clínica autônoma — IoT + IA

Mais agilidade na identificação do risco e encaminhamento

UBS • UPA • Policlínicas



IMPACTO ESPERADO ↓ até 30% no tempo de triagem

A tecnologia apoia a equipe — não substitui o acolhimento e a avaliação profissional.

2 Totem integrado de teleconsulta

Avaliação clínica remota em um único equipamento

UBS

Teleconsulta

Câmera + vídeo

Sinais vitais

Conectividade

GANHOS PARA O SUS

- Mais acesso a especialistas
- Maior resolutividade da APS
- Integração e continuidade do cuidado



TRIAGEM INTELIGENTE → TELECONSULTA → CUIDADO EM REDE

FINANCIAMENTO PARA HOSPITAIS E REDES DE SERVIÇOS INTELIGENTES

Do investimento em infraestrutura ao financiamento da transformação do cuidado



Financiar hospitais inteligentes é financiar redes integradas, conectadas e orientadas por resultados.

Cinco desafios estratégicos para o financiamento do SUS

Financiar é mobilizar recursos e orientar o sistema para produzir saúde, valor e equidade.

5

DESAFIOS

**Sustentabilidade,
modelo assistencial,
inovação, resiliência
e equidade.**

Mais recursos importam.
Como são alocados também.

Assegurar sustentabilidade, eficiência e transparência

Mobilizar recursos estáveis e distribuí-los segundo necessidades de saúde.

Induzir modelos de atenção que gerem valor

Ampliar acesso, coordenar o cuidado e remunerar qualidade e resultados.

Financiar profissionais, tecnologias e investimentos

Combinar inovação, transformação digital, capacidade produtiva e acesso.

4

Fortalecer a resiliência diante de emergências

Manter capacidades permanentes e financiamento flexível para respostas rápidas.

Reduzir desigualdades e produzir mais saúde

Priorizar territórios e populações com maiores necessidades e vulnerabilidades.

AdaptaSUS: financiamento para um SUS resiliente ao clima

Da resposta extraordinária à capacidade permanente de antecipar, preparar, responder e recuperar

27 METAS • 93 AÇÕES

R\$ 9,8 bilhões

para adaptação estrutural e redução dos riscos climáticos à saúde

RISCOS PRIORITÁRIOS doenças zoonóticas • doenças vetoriais • insegurança alimentar • água e saneamento • extremos de temperatura • desastres • qualidade do ar

1

ANTECIPAR

vigilância, clima e alertas

2

PREPARAR

serviços, equipes e infraestrutura

3

RESPONDER

mobilização, logística e suprimentos

4

RECUPERAR

continuidade e reconstrução

O FINANCIAMENTO PRECISA INDUZIR

BASE PERMANENTE

recursos previsíveis para vigilância, preparação, estoques e força de trabalho

GATILHO DE EMERGÊNCIA

transferência automática e escalonável conforme risco e estágio operacional

EQUIDADE TERRITORIAL

alocação ponderada por vulnerabilidade, isolamento e capacidade instalada

RESULTADOS E PRONTIDÃO

metas de preparação, resposta, continuidade assistencial e recuperação

EQUIDADE E JUSTIÇA CLIMÁTICA: mais proteção para populações e territórios mais vulneráveis

Mecanismo federal de financiamento para emergências

Financiar capacidade antes da crise e liberar recursos adicionais de forma rápida, automática e coordenada

1. PREPARAÇÃO PERMANENTE

Transferência regular

Vigilância e inteligência • planos regionais • treinamento • estoques estratégicos • infraestrutura resiliente

2. RESPOSTA ESCALONÁVEL

Gatilhos por nível de risco

Alerta → mobilização → emergência → crise: parcelas adicionais para equipes, leitos, transporte, insumos e logística

3. RECUPERAÇÃO & ADAPTAÇÃO

Investimento pós-evento

Reconstrução resiliente • reposição de capacidade • redução de vulnerabilidades • aprendizagem e revisão dos planos

CRITÉRIOS DE ALOCAÇÃO

- **Risco** climático, epidemiológico e sanitário
- **Vulnerabilidade** social, territorial e populacional
- **Capacidade** rede instalada e possibilidade de resposta
- **Exposição** população e serviços essenciais ameaçados

MUDANÇA DE LÓGICA: financiamento reativo e excepcional → capacidade permanente + gatilhos automáticos + prestação de contas por resultados

Cinco desafios estratégicos para o financiamento do SUS

Financiar é mobilizar recursos e orientar o sistema para produzir saúde, valor e equidade.

5

DESAFIOS

**Sustentabilidade,
modelo assistencial,
inovação, resiliência
e equidade.**

Mais recursos importam.
Como são alocados também.

Assegurar sustentabilidade, eficiência e transparência

Mobilizar recursos estáveis e distribuí-los segundo necessidades de saúde.

Induzir modelos de atenção que gerem valor

Ampliar acesso, coordenar o cuidado e remunerar qualidade e resultados.

Financiar profissionais, tecnologias e investimentos

Combinar inovação, transformação digital, capacidade produtiva e acesso.

Fortalecer a resiliência diante de emergências

Manter capacidades permanentes e financiamento flexível para respostas rápidas.

5

Reduzir desigualdades e produzir mais saúde

Priorizar territórios e populações com maiores necessidades e vulnerabilidades.

Financiamento diferenciado é condição para reduzir desigualdades

Na região, distância, dispersão populacional e riscos climáticos elevam o custo de garantir acesso universal

O TERRITÓRIO AMPLIA DESIGUALDADES

Vazios assistenciais • longas distâncias • logística complexa • cheias, secas e fumaça

1

Transferências com critérios territoriais

Ponderar dispersão, vulnerabilidade socioambiental, vazios assistenciais e custos logísticos.

2

Investimentos adaptados à Amazônia

Financiar unidades fluviais, transporte sanitário, conectividade, energia e infraestrutura resiliente.

3

Metas integradas para o território

Vincular recursos a acesso, continuidade do cuidado, vigilância e capacidade de resposta climática.



PRINCÍPIO DE EQUIDADE

Mais recursos onde o custo de assegurar o direito à saúde é maior

FINANCIAMENTO INDUTOR

reduz vazios assistenciais • aproxima o cuidado • fortalece a resiliência territorial

Financiamento orientado pela equidade reduz desigualdades no SUS

Alocar recursos segundo necessidades, barreiras de acesso e custos diferenciados — com políticas nacionais indutoras

CRITÉRIOS PARA UMA ALOCAÇÃO MAIS EQUITATIVA

	BASE POPULACIONAL	Financiamento universal para toda a população
	VULNERABILIDADE	Povos indígenas, população negra e quilombola
	BARREIRAS TERRITORIAIS	Distância • dispersão • ruralidade • Amazônia
	CUSTOS DIFERENCIADOS	Logística • transporte • saneamento • conectividade
	NECESSIDADES E RESULTADOS	Carga de doença • acesso • cobertura • continuidade

POLÍTICAS NACIONAIS DE EQUIDADE

SAÚDE INDÍGENA

Financiamento diferenciado para responder a necessidades sanitárias, territoriais e logísticas específicas.

EM NEGOCIAÇÃO PARA PACTUAÇÃO

POPULAÇÃO QUILOMBOLA

Política nacional voltada à superação de barreiras, redução de iniquidades e cuidado adequado aos territórios.

PACTUADA NA CIT • AGOSTO/2026

PRINCÍPIO DE EQUIDADE

**Necessidades diferentes exigem
financiamento diferente**

**Políticas nacionais transformam critérios de
equidade em recursos, prioridades e
compromissos concretos nos territórios.**

Financiamento em saúde:

Alavanca para modernizar o SUS e gerar valor para o Brasil

Mais recursos importam. Como são alocados, contratados e utilizados define o modelo de atenção e os resultados.



Recursos → capacidades → acesso → melhores resultados em saúde



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



OBRIGADO!

Adriano Massuda
Secretário-Executivo do
Ministério da Saúde

