



CONGRESSO NACIONAL

EMENDA Nº - CMMPV 1301/2025
(à MPV 1301/2025)

Acrescente-se, antes do Capítulo V da Medida Provisória, o seguinte Capítulo IV-1:

“CAPÍTULO IV-1

DO Programa de custeio parcial de planos de assistência à saúde

Art. 23-1. Fica instituído, no âmbito da União, o Programa de custeio parcial de planos de assistência à saúde, nos termos e condições estabelecidos neste Capítulo.

Parágrafo único. Os planos de assistência à saúde abrangidos por este Programa contemplarão a realização de consultas e exames ambulatoriais, nos termos de regulamento a ser realizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Art. 23-2. São objetivos do Programa:

- I** – promover o acesso da população à saúde de qualidade;
- II** – suplementar e complementar o Sistema Único de Saúde, reforçando a importância do acesso à saúde;
- III** – impulsionar a proteção das famílias, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade e pobreza.

Art. 23-3. São elegíveis ao Programa as famílias com renda familiar per capita mensal igual ou inferior a meio salário mínimo, inscritas no CadÚnico (Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal), conforme critérios dispostos em regulamento.

Art. 23-4. Constituem benefícios financeiros do Programa o custeio parcial do valor do prêmio mensal do plano de assistência à saúde popular, cabendo ao Poder Executivo estabelecer tais faixas em regulamento, em percentual entre



50% a 90%, variável em função da magnitude da vulnerabilidade socioeconômica das famílias.

§ 1º O benefício financeiro da União não cobrirá eventuais valores relativos à cota parte do beneficiário em procedimentos no caso dos planos com previsão de coparticipação.

§ 2º É vedado às operadoras de planos de saúde a prática de diferenciação de preços dos planos ofertados a depender do valor do benefício financeiro a que tem direito o beneficiário.

Art. 23-5. O Poder Executivo, por intermédio do órgão ou entidade responsável, poderá firmar convênios, parcerias ou ajustes de cooperação com entidades públicas e privadas e operadoras de planos populares de assistência saúde, visando à operacionalização e ampliação do Programa, observadas, dentre outras, as normas de transparência, eficiência e economicidade.

§ 1º Caberá ainda ao órgão de que trata o caput:

I – promover a divulgação e o cadastramento dos beneficiários;

II – realizar a análise e a verificação dos critérios de elegibilidade, conforme estabelecido neste Capítulo e em regulamento;

III – efetuar o repasse dos recursos diretamente às operadoras, garantindo o cumprimento dos percentuais de custeio previstos no art. 4º;

IV – implantar medidas de controle, monitoramento e avaliação dos resultados do Programa, com a divulgação periódica de relatórios de desempenho;

V – manter atualizada na internet a relação das operadoras, com os respectivos valores dos planos populares de assistência à saúde e os repasses recebidos no âmbito do Programa;

VI – manter disponível aos órgãos de controle interno e externo todos os dados e as informações necessárias para o monitoramento e a fiscalização do Programa, inclusive a relação dos beneficiários e os respectivos benefícios individuais auferidos.

§ 2º Nos termos da regulamentação, o órgão responsável fica autorizado a firmar convênios para realizar o cadastramento e verificação dos critérios de elegibilidade, inclusive mediante acesso a banco de dados do poder público federal.

Art. 23-6. É facultado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal a adesão ao Programa, nos termos do Regulamento.



Art. 23-7. As despesas decorrentes da execução deste Programa correrão à conta das dotações orçamentárias próprias e, adicionalmente, suplementadas, por doações, convênios e parcerias, bem como por outras fontes de receita autorizadas em lei.

Art. 23-8. Será de livre escolha, por conta e risco do beneficiário do Programa, a contratação da operadora do plano popular de assistência à saúde que tenha autorização de funcionamento nos termos estabelecidos na Lei nº 9.656, de 1998.

Art. 23-9. Na hipótese de dolo, fraude ou simulação, inclusive no caso de desvio de finalidade ou de apresentação de informações falsas, será aplicada, conforme o caso, ao beneficiário do Programa ou ao doador, sem prejuízo de outras sanções administrativas, civis e penais:

I – multa correspondente a 2 (duas) vezes o valor da vantagem auferida indevidamente;

II – suspensão de participar do Programa como beneficiário, por dois anos.

Parágrafo único. O regulamento definirá as sanções às quais estarão sujeitas as empresas que prestarem informações falsas ou infringirem normas do Programa.

Art. 23-10º Aplica-se, naquilo que não for contrário ao disposto neste Capítulo, o disposto na Lei nº 9.656, de 1998, e na regulação correspondente.”

Os dispositivos acima propostos e adjacentes deverão ser devidamente renumerados no momento da consolidação das emendas ao texto da proposição pela Redação Final.

JUSTIFICAÇÃO

Sob o ponto de vista da implementação prática e da segurança jurídica, entende-se que a presente Medida Provisória poderia ser incrementada por meio de um modelo já consolidado em experiências nacionais e internacionais: o de subsídio à contratação de planos de saúde populares, com regulação específica, transparência e critérios de elegibilidade definidos em lei.



O modelo de planos subsidiados, por sua natureza estruturada e escalável, permite que o Estado auxilie financeiramente famílias de baixa renda na contratação de planos ambulatoriais básicos, com cobertura regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), dentro de um arcabouço jurídico já estabelecido e fiscalizável.

Além disso, os planos subsidiados favorecem a liberdade de escolha do cidadão, estimulam a concorrência no setor suplementar e podem ser integrados de forma mais harmônica ao sistema de saúde, preservando o SUS como eixo central da política pública e direcionando seus recursos prioritariamente aos atendimentos de alta complexidade.

Entendo, nesse sentido, que os avanços legislativos sobre o tema devem considerar a viabilidade e os benefícios do modelo de subsídio a planos de saúde populares, com vistas a garantir maior segurança jurídica, eficiência administrativa e eficácia na prestação dos serviços – concedido com base em critério econômico aos inscritos no CadÚnico.

Sala da comissão, 6 de junho de 2025.

Deputada Adriana Ventura
(NOVO - SP)

