

PARECER N° , DE 2025

Da COMISSÃO MISTA DA MEDIDA PROVISÓRIA N° 1.301, DE 2025, sobre a Medida Provisória nº 1.301, de 2025, que *institui o Programa Agora Tem Especialistas, dispõe sobre o Grupo Hospitalar Conceição S.A., altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a Lei nº 8.958, de 20 de dezembro de 1994, a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, e a Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019.*

Relator: Senador **OTTO ALENCAR**

I – RELATÓRIO

Vem à análise desta Comissão Mista a Medida Provisória nº 1.301, de 2025, que *institui o Programa Agora Tem Especialistas, dispõe sobre o Grupo Hospitalar Conceição S.A., altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a Lei nº 8.958, de 20 de dezembro de 1994, a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, e a Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019.*

A MPV compõe-se de 25 artigos distribuídos em cinco capítulos.

O Capítulo I traz disposições gerais e institui o Programa Agora Tem Especialistas, de adesão por estabelecimentos hospitalares privados, com ou sem fins lucrativos, com objetivo de qualificar e diversificar serviços de saúde, ampliar a oferta de leitos e reduzir o tempo de espera para consultas, exames e procedimentos especializados.

As especialidades ofertadas, os procedimentos e os valores do Programa serão definidos por regulamentação expedida pelo Ministério da Saúde. A participação dependerá de credenciamento específico, condicionado



Assinado eletronicamente, por Sen. Otto Alencar

Para verificar as assinaturas, acesse <https://legis.senado.gov.br/autenticadoc-legis/7492788589>

à regularidade fiscal das entidades, e o número de atendimentos observará o limite financeiro global fixado em R\$ 2 bilhões anuais.

Os estabelecimentos credenciados poderão utilizar os créditos financeiros gerados pelos atendimentos prestados para compensar tributos federais. A compensação será feita prioritariamente com débitos em negociação junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional e à Receita Federal e, se houver saldo, poderá abranger outros tributos federais. Para tanto, exige-se o registro eletrônico dos atendimentos e a desistência de recursos administrativos ou judiciais relacionados aos créditos tributários compensados.

A vigência do Programa se estende até 31 de dezembro de 2030, com previsão de relatórios anuais de avaliação e de sanções em caso de descumprimento das normas.

O Capítulo II dispõe sobre o Grupo Hospitalar Conceição S.A. (GHC), nova denominação dada pela MPV ao Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.

A medida reforça sua finalidade de prestação de serviços de interesse e utilidade públicos, exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), abrangendo a gestão e execução de ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, bem como atividades de ensino técnico e superior, pesquisa científica e tecnológica e desenvolvimento de novos produtos, serviços ou processos na área da saúde.

Estabelece-se que a contratação do Grupo por órgãos e entidades da administração pública para realização de atividades relacionadas ao seu objeto social será dispensada de licitação. Além disso, são explicitadas suas fontes de receita, que incluem dotações orçamentárias, prestação de serviços, doações, convênios e parcerias nacionais e internacionais, bem como outras rendas compatíveis com seus objetivos. Por fim, atribui-se ao Grupo o regime de impenhorabilidade de seus bens, serviços e rendas.

O Capítulo III, das Alterações Legislativas, promove mudanças em seis leis federais diretamente relacionadas ao objeto da medida.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a permitir, em situações de urgência em saúde pública – caracterizadas por grande tempo de espera, alta demanda e necessidade de atenção especializada, quando

reconhecidas pelo Ministério da Saúde –, a execução direta, pela União, de ações e serviços especializados nos entes subnacionais, por tempo determinado e conforme regulamentação do gestor federal do SUS. Institui, ainda, sistema de dados públicos, que contará com informações sobre o tempo médio de espera para consultas, exames e procedimentos especializados.

A Lei nº 8.958, de 20 de dezembro de 1994, que dispõe sobre a relação entre instituições federais de ensino superior e fundações de apoio, passa a permitir que a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) apoie políticas e projetos nacionais de estruturação da atenção especializada em situações da urgência em saúde pública referida na MPV, com a possibilidade de contratação de pessoas e serviços.

A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, passa a possibilitar a conversão de obrigação de ressarcimento ao SUS, pelas operadoras de planos de saúde, em prestação de serviços à saúde pública, mediante celebração de termo de compromisso.

A Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada, passa a contemplar, no âmbito do Programa Agora Tem Especialistas, ações destinadas a ampliar o acesso à radioterapia. Estabelece como objetivos reduzir o tempo de espera, integrar sistemas de informação e priorizar o atendimento de pacientes oncológicos por meio de painéis de monitoramento da oferta e da demanda nacional. Determina que os serviços de saúde que tenham equipamentos de radioterapia informem periodicamente sua capacidade instalada, sob pena de suspensão do acesso a programas federais de apoio e financiamento. Garante, ainda, transporte e diárias para pacientes em tratamento radioterápico fora de seu domicílio, conforme regulamentação e disponibilidade orçamentária.

A Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, passa a incluir, no âmbito do Programa Mais Médicos, o Projeto Mais Médicos Especialistas, destinado a viabilizar o provimento de médicos especialistas em regiões prioritárias definidas pelo Ministério da Saúde. Prevê que a participação será restrita a médicos formados no Brasil ou com diploma revalidado, certificados como especialistas e selecionados por edital público. Estabelece, ainda, que os participantes terão direito a bolsa-formação e aos benefícios do Projeto Mais Médicos, conforme normas a serem fixadas em ato do Ministro da Saúde.

A Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019, que institui o Programa Médicos pelo Brasil, passa a ampliar o escopo da Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS), autorizando sua atuação também na atenção especializada e permitindo a contratação de serviços profissionais especializados. Define, ainda, que a AGSUS estabelecerá regras específicas para os médicos vinculados à atenção primária e especializada, inclusive quanto a transferências, respeitada a legislação trabalhista.

O Capítulo IV, relativo às Transformações de Cargos, converte 389 cargos efetivos vagos em 129 novos cargos para a carreira de Regulação e Fiscalização de Locais, Produtos, e Serviços sob Vigilância Sanitária, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), sem aumento de despesa, mediante compensação financeira entre as remunerações envolvidas, vedada a produção de efeitos retroativos.

O Capítulo V, de disposições finais, estabelece que ato do Ministério da Saúde disciplinará a contratação, por estados, Distrito Federal e municípios, de prestadores de serviços credenciados no âmbito do Programa Agora Tem Especialistas, além de fixar cláusula de vigência determinando que a Medida Provisória entrará em vigor na data de sua publicação.

A Medida veio acompanhada da Exposição de Motivos (EM) nº 14, de 2025, do Ministério da Saúde, que sublinha a necessidade de se enfrentar a elevada demanda reprimida no SUS, sobretudo em consultas, exames e procedimentos especializados. Ressalta, ainda, que os atrasos comprometem diagnósticos e tratamentos, com graves repercussões para a população — em especial nos casos de câncer —, o que evidencia a relevância da iniciativa voltada a ampliar o acesso e reduzir as filas na atenção especializada.

No prazo regimental, foram apresentadas 111 emendas à MPV nº 1.301, de 2025, que são descritas em quadro apresentado como anexo.

II – ANÁLISE

Cabe a esta Comissão Mista, nos termos do art. 62, § 9º, da Constituição Federal (CF), examinar a MPV nº 1.301, de 2025, e sobre ela emitir parecer, antes que seja apreciada, em sessões separadas, pelo Plenário de cada uma das Casas do Congresso Nacional.

De acordo com o art. 5º da Resolução nº 1, de 8 de maio de 2002, do Congresso Nacional, que dispõe sobre a apreciação das Medidas Provisórias, a Comissão Mista deverá se manifestar, em itens separados, quanto aos aspectos: constitucional, inclusive sobre os pressupostos de relevância e urgência; de mérito; de adequação financeira e orçamentária; e de conformidade com o disposto no § 1º do art. 2º da própria Resolução.

II.1 – Da admissibilidade

Em relação à admissibilidade, destaque-se que a matéria contida na MPV nº 1.301, de 2025, não se enquadra entre aquelas cuja edição de medida provisória é vedada pelo § 1º do art. 62 da Constituição.

Quanto à relevância e urgência, a Medida Provisória satisfaz plenamente os requisitos constitucionais. Sua relevância decorre do objeto de que trata: o acesso a cuidados médicos especializados, componente essencial do cuidado integral em saúde. O direito à saúde, erigido pelo ordenamento jurídico à condição de direito de cidadania, materializa-se nesta iniciativa, que busca enfrentar um dos maiores obstáculos do sistema de saúde pública: a longa espera por consultas, exames e procedimentos de atenção especializada.

Com relação à urgência, os dados apresentados na Exposição de Motivos evidenciam a gravidade da situação enfrentada pelos usuários do SUS, que aguardam por longos períodos o acesso a consultas, exames e procedimentos de atenção especializada. A demora compromete diagnósticos precoces, retarda tratamentos e agrava desfechos clínicos, com repercussões diretas sobre a qualidade de vida da população e sobre os custos do próprio sistema de saúde. Tal quadro, por sua natureza, não admite postergação de providências.

II.2 – Da adequação orçamentária e financeira

Em cumprimento ao disposto no art. 14 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), a Exposição de Motivos nº 14, de 30 de maio de 2025, informa que não haverá impacto orçamentário-financeiro em 2025 e que, nos exercícios subsequentes, a renúncia de receita será limitada a R\$ 2 bilhões (dois bilhões de reais) por ano. Esclarece, ainda, que a compensação da renúncia de receita foi atendida pela edição do Decreto nº 12.466, de 22 de maio de 2025.

Para fins de cumprimento do art. 132 da Lei de Diretrizes Orçamentárias, de 2025, registra-se que a implementação da medida de conversão de ressarcimento em serviços ainda dependerá de regulamentação infralegal, não sendo esperado impacto orçamentário-financeiro em 2025; para os exercícios de 2026 e 2027, projeta-se eventual redução de receita, estimada em cerca de R\$ 750 milhões anuais. Ademais, ressalta que a previsão de recursos para custeio das bolsas do Projeto Mais Médicos Especialistas observará os limites estabelecidos na LRF.

Diante do exposto, conclui-se que a Medida Provisória nº 1.301, de 2025, encontra-se adequada sob os aspectos financeiro e orçamentário.

II.3. Da constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa

No que se refere à constitucionalidade, a União, os estados e o Distrito Federal detêm competência concorrente para legislar sobre saúde, nos termos do art. 24, XII, da Constituição. A matéria, ademais, não se enquadra nas vedações impostas à edição de medidas provisórias nem figura entre as competências exclusivas do Congresso Nacional ou de suas Casas, previstas nos arts. 49, 51 e 52 da Carta Magna. Ao buscar assegurar o direito à saúde (art. 6º e art. 196 da CF), a MPV reforça valores constitucionais, o que fortalece sua legitimidade. Conclui-se, portanto, não haver vício de constitucionalidade.

Do ponto de vista da juridicidade e da técnica legislativa, a proposição mostra-se compatível com o ordenamento infraconstitucional, preserva a coerência com os princípios estruturantes do SUS e observa, em linhas gerais, as diretrizes da Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998.

II.4. Do mérito

A Medida Provisória reúne um conjunto consistente de iniciativas destinadas a enfrentar de forma célere a escassez de médicos especialistas e as limitações da infraestrutura hospitalar, buscando reforçar a integralidade do cuidado no SUS e reduzir desigualdades no acesso à atenção especializada.

Seus objetivos centrais são claros: ampliar a disponibilidade de leitos, reduzir o tempo de espera para consultas, exames e procedimentos, qualificar os serviços de saúde e fortalecer a capacidade de resposta do sistema público às demandas da população.



ac-rn2025-07752

Assinado eletronicamente, por Sen. Otto Alencar

Para verificar as assinaturas, acesse <https://legis.senado.gov.br/autenticadoc-legis/7492788589>

Entre os eixos centrais da Medida Provisória estão três medidas principais. Primeiro, o credenciamento de hospitais privados para atendimento a usuários do SUS. Embora essa possibilidade já exista na legislação sanitária, a inovação está na centralização federal da estratégia e no modelo de remuneração por créditos tributários.

Segundo, a conversão de débitos de operadoras de planos de saúde em prestação de serviços assistenciais. Essa medida busca reduzir a demanda reprimida por atenção especializada.

Terceiro, a execução direta, pela União, de ações e serviços especializados em situações de urgência. Essa previsão assegura agilidade e efetividade na resposta a cenários críticos.

De forma geral, o arranjo proposto permite uma coordenação nacional, aproveita a capacidade instalada da rede privada e dispensa a mobilização imediata de recursos orçamentários. Trata-se de solução com potencial para ampliar de forma efetiva o acesso à atenção especializada.

A proposta contempla, ainda, ações voltadas à ampliação da oferta de radioterapia oncológica, considerada um dos maiores gargalos na linha de cuidado do câncer no Brasil, e a criação de um sistema público de dados sobre a atenção especializada, medida estruturante que amplia a transparência, qualifica a regulação e fortalece o planejamento e o controle social no SUS.

Os números apresentados na Exposição de Motivos são, por si sós, suficientes para evidenciar o mérito da Medida. Tomando-se o câncer como exemplo — uma das principais causas de morte no País — verifica-se que a maioria dos casos é diagnosticada em estágios avançados, infelizmente. Mais da metade dos tumores de pulmão, estômago, cólon e reto, bem como do colo do útero, é identificada tarde, o que reduz as chances de cura, eleva os custos e aumenta a complexidade do tratamento. Esse quadro traduz um problema estrutural que se repete em outras áreas da atenção especializada: a insuficiência de rede especializada e de médicos especialistas na rede pública de saúde.

Conclui-se, portanto, pelo mérito da iniciativa, que tem potencial para fortalecer o SUS e garantir maior efetividade na expansão do acesso à atenção especializada.

II.5. Das emendas

Após análise técnica, conclui-se pelo acatamento das **Emendas nºs 19, 27, 28, 29, 49 e 99**, conforme segue:

A **Emenda nº 19**, do Deputado Capitão Alberto Neto, prevê adicional na bolsa-formação a profissionais que optarem por atuar na Amazônia Legal, em territórios indígenas ou em áreas de alta vulnerabilidade socioeconômica, conforme regulamentação do Ministério da Saúde. **Acata-se**, por contribuir para a fixação de especialistas em área de difícil provimento e já ter sido implementado via decreto do Ministério da Saúde.

A **Emenda nº 27**, do Deputado Dr. Zacharias Calil, inclui como atendimentos especializados ações e serviços para prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da doença renal crônica, como consultas, procedimentos preparatórios, exames, diálise de urgência e sessões regulares de hemodiálise ou diálise peritoneal em estabelecimentos credenciados. O texto foi ajustado para suprimir o detalhamento excessivo, preservando, contudo, a essência da proposta. **Acata-se parcialmente**, por enfrentar um dos maiores gargalos da atenção especializada no SUS: o mesmo modelo de solução da questão oncológica.

A **Emenda nº 28**, do Deputado Dr. Zacharias Calil, autoriza a execução de atendimentos do Programa por telemedicina, assegurando confidencialidade, consentimento e acessibilidade nacional, com prioridade para regiões remotas ou com escassez de especialistas. **Acata-se**, por ampliar os meios de acesso à atenção especializada.

A **Emenda nº 49**, do Deputado Zé Vitor, apresenta conteúdo convergente com a Emenda nº 28 e, por versarem sobre o mesmo tema, ambas são acatadas parcialmente, cada qual com seus respectivos ajustes.

A **Emenda nº 29**, do Deputado Dr. Zacharias Calil, exclui do limite anual de R\$ 2 bilhões e do teto financeiro da média e alta complexidade os recursos de emendas parlamentares destinados ao Programa, permitindo seu uso complementar para custeio e expansão da oferta. **Acata-se**, por conferir maior flexibilidade ao financiamento do Programa, ampliando sua capacidade de resposta às desigualdades regionais.

A **Emenda nº 99**, da Deputada Adriana Ventura, amplia os executores do Programa para incluir, além de hospitais privados, clínicas privadas com ou sem fins lucrativos. **Acata-se**, por reforçar a capacidade de oferta de serviços especializados, especialmente em regiões com insuficiência de estabelecimentos hospitalares.

Relativamente às demais emendas, conclui-se por rejeitá-las, conforme detalhado a seguir:

a) Emendas com aumento de despesa sem previsão orçamentária

A **Emenda nº 12** obriga a criação e manutenção de plataforma digital interoperável para setores público e privado. A **Emenda nº 25** institui benefício financeiro adicional de 15% no valor dos créditos para hospitais da Região Norte. As **Emendas nºs 33, 34 e 100** incluem outros profissionais de saúde no rol de especialidades prioritárias do Programa. A **Emenda nº 87** cria o Programa de Custo Parcial de Planos de Assistência à Saúde. A **Emenda nº 109** obriga o Ministério da Saúde a prestar apoio técnico e financeiro aos entes subnacionais antes de adotar restrições relacionadas ao registro de informações.

Tais proposições violam o art. 63, I, da Constituição Federal, que veda a apresentação de emendas parlamentares que acarretem aumento de despesa nos projetos de iniciativa privativa do Presidente da República, como é o caso de medidas provisórias. Ademais, as proposições carecem da estimativa do impacto orçamentário e financeiro e da indicação de fonte de custeio, conforme exigido pelos arts. 113 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) e 14 da Lei de Responsabilidade Fiscal. Por essas razões, são inconstitucionais e inadmissíveis.

b) Emendas com vício de inconstitucionalidade formal

As **Emendas nºs 35, 42, 68, 82 e 104** interferem na transformação de cargos do Poder Executivo. As **Emendas nºs 41 e 84** disciplinam regime sancionatório de dirigentes de entidade da administração pública indireta. As **Emendas nºs 56 e 96** modificam composição de conselho de entidade da administração pública. A **Emenda nº 59** institui fundo orçamentário. A **Emenda nº 57** atribui novas competências a autarquia federal. A **Emenda nº 92** cria modelo de cooperação técnico-financeira com serviços sociais autônomos, prevendo repasse de recursos públicos e participação desses entes em ações de saúde.



Tais matérias são de iniciativa privativa do Presidente da República, nos termos do art. 61, § 1º, incisos II, da Constituição Federal, razão pela qual não podem ser acolhidas.

Ademais, as **Emendas nº 41 e nº 84** desconsideram a existência de um regime fiscalizatório e sancionador já consolidado no ordenamento jurídico, o qual é suficiente para assegurar a responsabilização dos dirigentes de entidades da administração pública indireta. Assim, a superposição é desnecessária.

c) Emendas com vício de inconstitucionalidade material

A **Emenda nº 98** suprime a exigência de regularidade fiscal com a seguridade social na adesão ao programa e a exclusão por novos débitos, o que contraria o art. 195, § 3º da Constituição. Por essa razão, não pode ser acolhida.

d) Emendas que extrapolam o objeto da MPV (desvio temático)

As **Emendas nºs 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 24, 30, 48, 51, 52, 53, 54, 62, 63, 64, 69, 75, 76, 77, 78 e 111** versam sobre matérias alheias ao Programa Agora Tem Especialistas, como direitos e obrigações no setor de saúde suplementar, política de rastreamento de câncer mamário, financiamento federal adicional para a atenção primária do SUS, recuperação fiscal de instituições privadas de ensino superior e competências da Anvisa. Embora relevantes, não guardam pertinência temática com o objeto central da Medida Provisória, configurando matéria estranha, em afronta ao art. 4º, § 4º, da Resolução nº 1, de 2002-CN e à jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF) sobre o tema. Por essas razões, não podem ser acatadas.

e) Emendas que interferem indevidamente na competência regulamentar do Executivo

Diversas emendas buscam detalhar matérias já atribuídas à regulamentação infralegal e à pactuação interfederativa no âmbito do SUS. É o caso das **Emendas nºs 58, 65, 66, 71, 72, 73, 79 e 95**, que propõem a inclusão de especialidades médicas prioritárias; das **Emendas nºs 97, 102 e 103**, que tratam de doenças e populações prioritárias; e da **Emenda nº 26**, que fixa percentual rígido de vagas em lei. Todas essas proposições interferem na competência do Ministério da Saúde para definir prioridades assistenciais e

reduzem a flexibilidade necessária para ajustes periódicos conforme a realidade epidemiológica e de oferta de serviços.

No mesmo sentido, as **Emendas n^{os} 18, 38, 47, 61, 83, 86 e 105** detalham critérios para a distribuição de atendimentos e procedimentos operacionais, como análise de impacto regulatório e consulta pública, enquanto as **Emendas n^{os} 46 e 89** estabelecem condições para a habilitação de estabelecimentos de saúde no Programa. Já as **Emendas n^{os} 36 e 90** especificam indicadores de desempenho a serem adotados e divulgados, e as **Emendas n^{os} 23, 45 e 93** aumentam a frequência da prestação de contas, de anual para semestral ou mensal.

Embora relevantes em seus propósitos, essas emendas compartilham a mesma impropriedade: deslocam para a lei comandos que já podem ser disciplinados por ato infralegal, tornando o processo mais lento e menos responsável às necessidades assistenciais que a MPV busca atender.

f) Emendas que reduzem o alcance ou efetividade do programa

As **Emendas n^{os} 43 e 94** suprimem a possibilidade de a União, por meio do Ministério da Saúde e de entidades da administração indireta, executar temporariamente ações e serviços de atenção especializada em situações de urgência sanitária, fragilizando a capacidade de resposta federal em cenários críticos e comprometendo a coordenação do Programa.

A **Emenda n^º 107** restringe o uso dos créditos financeiros à compensação exclusiva de contribuições sociais da Seguridade Social, vedando sua aplicação a outros tributos federais, além de exigir auditoria prévia pelo Ministério da Saúde e acompanhamento do Tribunal de Contas da União (TCU). Ao limitar o universo de compensações financeiras, reduz a efetividade do arranjo proposto.

Já a **Emenda n^º 110** suprime a possibilidade de conversão do resarcimento em prestação de serviços, esvaziando um dos principais mecanismos de ampliação da rede de atenção especializada em curto prazo.

Por comprometerem a efetividade do Programa, tais emendas não serão acatadas.

g) Emendas redundantes ou já contempladas em legislação



As **Emendas n°s 22, 32, 37, 39, 40, 44, 67, 80, 81, 85, 88 e 106** reproduzem matérias já previstas na MPV ou em normas vigentes, como prioridade a entidades sem fins lucrativos, chamamento público, inclusão da renúncia fiscal na Lei Orçamentária Anual (LOA), observância da Lei das Estatais, critérios de compatibilidade de preços e obrigações de transparência. Por tratarem de comandos já assegurados no ordenamento, mostram-se desnecessárias e, por isso, não serão acatadas.

h) Emendas com impropriedades conceituais, inconsistências normativas ou fragilidades de segurança jurídica

As **Emendas n°s 31 e 55** tratam o Transtorno do Espectro Autista (TEA) como especialidade prioritária do Programa, incorrendo em impropriedade conceitual e introduzindo detalhamentos que devem ser definidos em protocolos clínicos e regulamentação infralegal.

A **Emenda n° 50** prevê fila única nacional para consultas, exames e procedimentos, solução incompatível com a gestão descentralizada do SUS, em que as filas são organizadas pelos entes federativos por meio de centrais de regulação ou sistemas equivalentes.

As **Emendas n°s 60 e 74** restringem a conversão do ressarcimento em prestação de serviços no SUS, estabelecendo requisitos e condições que apresentam impropriedades: o § 11 proposto contraria a lógica do art. 32 da Lei n° 9.656, de 1998; o § 12 sugerido é vago e sujeito a interpretações divergentes; e o novo § 13 amplia competências fiscalizatórias de forma indevida, em sobreposição às atribuições da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), configurando insegurança jurídica e potencial vício de inconstitucionalidade material.

A **Emenda n° 70** amplia os executores do Programa para incluir médicos especialistas, clínicas de especialidades e prestadores de exames diagnósticos, incorrendo em impropriedade conceitual ao prever a contratação direta de médicos individualmente, modalidade não contemplada pela legislação sanitária no âmbito da complementaridade do SUS.

A **Emenda n° 91** altera a Lei n° 8.080, de 1990, para permitir compartilhamento de dados de tempo médio de espera com serviços sociais autônomos, restringindo o acesso a um grupo específico de entidades, em afronta ao princípio da isonomia, além de fragilizar a governança da informação no SUS e a proteção de dados sensíveis.

A **Emenda nº 101** elimina a obrigação de renúncia a ações judiciais ou recursos sobre créditos tributários a serem compensados, o que enfraquece a segurança jurídica e compromete a previsibilidade fiscal do Programa.

A **Emenda nº 108** elimina a possibilidade de dispensa de licitação na contratação do Grupo Hospitalar Conceição S.A. para atividades relacionadas ao seu objeto social. Ao suprimir previsão já garantida pela Lei nº 14.133, de 2021, cria insegurança desnecessária.

Em nosso entendimento, tais emendas não devem prosperar, por inadequação conceitual, inconsistência normativa ou risco à segurança jurídica.

Realizada a análise das emendas, entende-se oportuno promover ajustes pontuais ao texto da Medida Provisória. Nesse sentido, no *caput* do art.2º, incluiu-se menção expressa aos atendimentos especializados realizados pelas operadoras, medida que não altera o mérito, mas reforça a consistência do Programa e alinha a redação aos seus objetivos.

Já no § 10 do art. 32 da Lei nº 9.656, de 1998, promoveu-se ajuste para incluir, no escopo da conversão de débitos em prestação de serviços ao SUS, os valores em contestação judicial, em depósito judicial ou em programas de repactuação de dívidas. Essa alteração aprimora a efetividade do ressarcimento, evita a imobilização de recursos em disputas prolongadas e antecipa benefícios concretos à população.

III – VOTO

Diante do exposto, manifestamo-nos:

a) Pela **constitucionalidade e juridicidade** da Medida Provisória nº 1.301, de 2025, bem como pelo **atendimento** dos pressupostos de relevância e urgência e pela **adequação financeira e orçamentária**.

b) No **mérito**, votamos pela **aprovação** da Medida Provisória nº 1.301, de 2025, e das Emendas nºs 19, 27, 28, 29, 49 e 99, bem como as emendas apresentadas pela relatoria, sugestões do

relator revisor e pela **rejeição** das demais emendas, na forma do seguinte projeto de lei de conversão:

PROJETO DE LEI DE CONVERSÃO N° - CM

Institui o Programa Agora Tem Especialistas, dispõe sobre o Grupo Hospitalar Conceição S.A., altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a Lei nº 8.958, de 20 de dezembro de 1994, a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, e a Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Fica instituído o Programa Agora Tem Especialistas, de adesão por estabelecimentos hospitalares privados, com ou sem fins lucrativos, com os seguintes objetivos:

I – qualificar e diversificar as ações e os serviços de saúde à população;

II – ampliar a oferta de leitos hospitalares e demais serviços de saúde para assistência à população; e

III – diminuir o tempo de espera para a realização de consultas, procedimentos, exames e demais ações e serviços de atenção especializada à saúde.

Art. 2º O Programa Agora Tem Especialistas será implementado mediante atendimentos especializados à população, realizados por estabelecimentos hospitalares e clínicas privadas, com ou sem fins lucrativos,

e pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, observadas as regras e os princípios do Sistema Único de Saúde.

§ 1º Os atendimentos de que trata o *caput* obedecerão às condições estabelecidas em ato do Ministro de Estado da Saúde, inclusive quanto à definição das especialidades a serem preferencialmente ofertadas, aos procedimentos operacionais e ao valor de atribuição dos atendimentos médico-hospitalares.

§ 2º As entidades credenciadas para atuação no Programa atenderão aos critérios estabelecidos em edital específico.

§ 3º A quantidade de atendimentos autorizados pelo Ministério da Saúde observará o limite de que trata o art. 4º, § 2º.

§ 4º Incluem-se entre os atendimentos especializados previstos no *caput* as ações e serviços destinados à atenção à oftalmologia infantil.

§ 5º Os atendimentos especializados no âmbito do Programa Agora Tem Especialistas poderão ser executados, total ou parcialmente, por telemedicina, nos termos da legislação vigente, respeitados os princípios do Sistema Único de Saúde, a confidencialidade das informações e o consentimento expresso do paciente.

§ 6º A utilização da telemedicina deverá assegurar rastreabilidade, registro em prontuário eletrônico, integração aos sistemas do Ministério da Saúde e acessibilidade em todo o território nacional, com prioridade para regiões remotas ou com comprovada escassez de médicos especialistas.

Art. 3º A pessoa jurídica em débito com a seguridade social deverá estar regularizada como condição prévia para o deferimento de adesão ao Programa Agora Tem Especialistas.

Parágrafo único. A constituição de novos débitos implicará exclusão do Programa, na forma estabelecida em ato conjunto do Ministro de Estado da Saúde e do Ministro de Estado da Fazenda.

Art. 4º O estabelecimento hospitalar, com ou sem fins lucrativos, que tiver o requerimento de adesão ao Programa Agora Tem Especialistas

deferido poderá usufruir de créditos financeiros relativos ao total dos valores de atribuição dos atendimentos médico-hospitalares.

§ 1º A partir do exercício de 2026, para fruição dos créditos financeiros de que trata esta Medida Provisória, o estabelecimento hospitalar deverá:

I – ter o requerimento de adesão ao Programa deferido;

II – atender às condições estabelecidas em ato conjunto do Ministro de Estado da Saúde e do Ministro de Estado da Fazenda;

III – registrar a oferta de atendimentos médico-hospitalares em sistema eletrônico de informações mantido pelo Ministério da Saúde, observadas as condições aprovadas pelo referido Ministério;

IV – desistir das impugnações ou dos recursos administrativos que tenham por objeto os créditos tributários a serem compensados com os créditos financeiros e renunciar a quaisquer alegações de direito sobre as quais se fundem as referidas impugnações ou recursos; e

V – renunciar, quando for o caso, a quaisquer alegações de direito, atuais ou futuras, sobre as quais se fundem ações judiciais, incluídas as coletivas, ou recursos que tenham por objeto quaisquer créditos tributários a serem compensados com os créditos financeiros, por meio de requerimento de extinção do respectivo processo com resolução de mérito, nos termos do disposto no art. 487, *caput*, inciso III, alínea “c”, da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 – Código de Processo Civil.

§ 2º Os créditos financeiros de que trata esta Medida Provisória serão limitados anualmente ao valor de R\$ 2.000.000.000,00 (dois bilhões de reais).

§ 3º A partir do exercício de 2026, para fins de cumprimento da legislação orçamentária e fiscal, o Poder Executivo federal incluirá a renúncia de receita de que trata este artigo na estimativa de receita da lei orçamentária anual, nos termos do disposto no art. 14 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Art. 5º As emendas parlamentares individuais, de bancada ou de comissão destinadas à execução de ações e serviços no âmbito do Programa Agora Tem Especialistas não serão computadas para fins do limite anual de R\$ 2.000.000.000,00 (dois bilhões de reais) previsto no § 2º do art. 4º desta Medida Provisória.

§ 1º Os valores oriundos de emendas parlamentares transferidos a Estados, Distrito Federal ou Municípios não integrarão o cálculo do teto financeiro de média e alta complexidade desses entes federativos.

§ 2º Os recursos de que trata este artigo terão caráter complementar em relação aos créditos financeiros compensáveis com tributos federais e poderão ser aplicados em:

I – ampliação da capacidade assistencial e do quantitativo de atendimentos especializados;

II – remuneração de profissionais e aquisição de insumos;

III – custeio de infraestrutura, logística e serviços de apoio;

IV – incentivo à adesão de hospitais privados e filantrópicos situados em regiões com baixa cobertura de atenção especializada.

Art. 6º Os créditos financeiros de que trata esta Medida Provisória, apurados mensalmente, serão utilizados na compensação de tributos federais, inscritos ou não em dívida ativa da União.

§ 1º O valor dos créditos financeiros apurados será reconhecido no resultado operacional.

§ 2º Os créditos financeiros apurados nos termos do disposto nesta Medida Provisória:

I – serão prioritariamente usados na compensação com débitos próprios objeto de negociação de dívidas no âmbito da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional e da Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil; e

II – se houver sobra, poderão ser objeto de compensação com débitos próprios vencidos ou vincendos, relativos a tributos administrados pela

Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil, observada a legislação específica.

Art. 7º O Programa Agora Tem Especialistas vigorará até 31 de dezembro de 2030.

§ 1º A atuação da entidade hospitalar aderente ao Programa que estiver em desacordo com disposto nesta Medida Provisória ou nos atos normativos editados pelo Ministro de Estado da Saúde sujeitará o seu titular a:

I – multa de, no máximo, 20% (vinte por cento) do valor do crédito financeiro, conforme gradação a ser estabelecida em ato conjunto do Ministro de Estado da Saúde e do Ministro de Estado da Fazenda; e

II – recolhimento do valor equivalente aos créditos tributários compensados indevidamente.

§ 2º O Ministério da Saúde publicará, anualmente, relatório com a avaliação dos resultados do Programa e promoverá, inclusive, transparência ativa sobre os dados relativos aos beneficiários do Programa.

§ 3º Fica o Ministério da Saúde designado como órgão gestor responsável pelo acompanhamento e pela avaliação do benefício de que trata esta Medida Provisória.

Art. 8º Ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Fazenda, no âmbito de suas competências, compete editar normas complementares necessárias à execução do disposto neste Capítulo.

CAPÍTULO II

DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO S.A.

Art. 9º O Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A., empresa pública federal incorporada à administração pública federal por meio de desapropriação, nos termos do disposto no Decreto nº 75.457, de 7 de março de 1975, passa a denominar-se Grupo Hospitalar Conceição S.A.

Art. 10. O Grupo Hospitalar Conceição S.A. tem por objetivo a prestação de serviços de interesse e utilidade públicos e a finalidade,

exclusivamente no âmbito do SUS, de planejar, gerir, manter, desenvolver e executar ações e serviços de saúde, em qualquer nível de complexidade, inclusive de ensino técnico e superior, e pesquisa básica ou aplicada de caráter científico ou tecnológico, ou o desenvolvimento de novos produtos, serviços ou processos na área de saúde.

Art. 11. O estatuto social do Grupo Hospitalar Conceição S.A. definirá o foro, a sede, a composição, as competências e o funcionamento dos órgãos societários da empresa pública federal.

Art. 12. Compete ao Grupo Hospitalar Conceição S.A., no âmbito do SUS:

I – prestar serviços de saúde;

II – planejar, gerir, desenvolver, apoiar e executar ações e serviços de saúde;

III – manter estabelecimentos hospitalares e de ensino técnico e superior;

IV – realizar pesquisa básica ou aplicada de caráter científico ou tecnológico ou o desenvolvimento de novos produtos, serviços ou processos na área de saúde; e

V – exercer demais competências relativas ao seu fim social, conforme disposto em seu estatuto social.

Art. 13. O regime jurídico de pessoal do Grupo Hospitalar Conceição S.A. será o da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e da respectiva legislação complementar.

Parágrafo único. Fica o Grupo Hospitalar Conceição S.A. autorizado a patrocinar entidade fechada de previdência complementar, nos termos estabelecidos na legislação.

Art. 14. Na contratação do Grupo Hospitalar Conceição S.A. pelos órgãos e pelas entidades da administração pública para realização de atividades relacionadas ao seu objeto social, a licitação será dispensável.

Art. 15. Os recursos do Grupo Hospitalar Conceição S.A. serão constituídos da receita proveniente de:

I – dotações orçamentárias;

II – prestação de serviços a órgãos e entidades públicas ou privadas;

III – doações, legados, subvenções e outros recursos que lhe forem destinados por pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado;

IV – recursos provenientes de contratos, acordos, convênios e instrumentos congêneres firmados com entidades nacionais e internacionais, públicas ou privadas;

V – rendimentos de aplicações financeiras; e

VI – rendas provenientes de outras fontes, desde que não comprometam os objetivos e as competências estabelecidos nesta Medida Provisória.

Art. 16. Aplica-se ao Grupo Hospitalar Conceição S.A. o regime de impenhorabilidade de seus bens, serviços e rendas.

Art. 17. Ficam estendidas ao Grupo Hospitalar Conceição S.A. as prerrogativas processuais aplicáveis à Fazenda Pública, nos termos da legislação processual civil, bem como isenção de tributos federais incidentes sobre suas atividades.

Parágrafo único. O Grupo Hospitalar Conceição S.A. gozará de isenção de custas processuais, emolumentos, depósitos recursais e do pagamento de honorários de sucumbência em qualquer instância ou tribunal.

Art. 18. Fica o Grupo Hospitalar Conceição S.A. autorizado a instituir empresa subsidiária, com personalidade jurídica própria, com a finalidade de exercer atividades correlatas ao seu objeto social, tais como:

I - desenvolver projetos de pesquisa, de ensino, de extensão, de desenvolvimento institucional, científico e tecnológico e de fomento à

inovação, de produção de insumos e de serviços, inclusive na gestão administrativa e financeira necessária à execução desses projetos;

II - prestar serviços técnico-científicos remunerados ao Grupo Hospitalar Conceição, ao Ministério da Saúde eBrinacade à sociedade;

III - realizar e promover atividades científicas e culturais;

IV - conceder bolsas de estudo e de pesquisa, de graduação, de pós-graduação e de extensão;

V - promover, difundir e coordenar a cooperação técnica entre organizações e instituições nacionais e estrangeiras;

VI - obter recursos públicos e privados, inclusive por doações;

VII - promover intercâmbio com universidades do País, internacionais e o órgãos de cooperação internacionais, visando à realização de seus fins;

VIII - promover eventos, seminários, cursos e concursos, inclusive de processos seletivos, visando à qualificação e à capacitação técnica de profissionais vinculados à área da saúde, bem como promover atividades culturais de desenvolvimento institucional, tecnológico, científico, de estímulo e de fomento à inovação, inclusive em cooperação com entidades públicas ou privadas;

IX - promover a divulgação, em revista especializada, de resultados de estudos científicos da área da saúde;

X - desenvolver atividades de consultoria, supervisão, avaliação, monitoramento e execução de cursos de qualificação profissional na área da saúde;

XI - executar serviços, para o Grupo Hospitalar ou terceiros, de gestão, desenvolvimento e operação de sistemas de tecnologia da informação e comunicação; e

XII - prestar serviços, para o Grupo Hospitalar ou terceiros, de comunicação telemática, manutenção e hospedagem de sistemas, acesso à

internet, correio eletrônico e suporte no planejamento de contratações das mesmas áreas.

§ 1º A empresa subsidiária poderá participar do capital de sociedades empresárias privadas, desde que observadas as disposições da Lei nº 13.303, de 30 de junho de 2016, e as normas de governança e integridade aplicáveis às empresas públicas.

§ 2º A criação da subsidiária dependerá de prévia autorização do Conselho de Administração do Grupo Hospitalar Conceição S.A., acompanhada de estudo de viabilidade técnica e econômica.”

Art. 19. Aplica-se à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) todas as prerrogativas processuais concedidas à Fazenda Pública, como impenhorabilidade de seus bens, rendas e serviços, execução pelo regime de precatórios, prazos judiciais em dobro, isenção de custas processuais, dispensa de recolhimento de depósitos recursais e reexame necessário decorrente da sujeição ao duplo grau de jurisdição

CAPÍTULO III

DAS ALTERAÇÕES LEGISLATIVAS

Art. 20 A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“**Art. 16.**

.....
§ 4º Em situações de urgência em saúde pública, caracterizadas por grande tempo de espera, alta demanda e necessidade de atenção especializada, reconhecidas pelo Ministério da Saúde, a União, por intermédio do Ministério da Saúde e das entidades da administração pública indireta, poderá, por tempo determinado, executar ações, contratar e prestar serviços de atenção especializada nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, conforme regulamento do gestor federal do SUS.” (NR)

“**Art. 47-A.** O SUS contará com sistema de dados públicos mantido pelo Ministério da Saúde, que conterá informações sobre o tempo médio de espera para a realização de consultas, procedimentos, exames e demais ações e serviços da atenção especializada à saúde.



§ 1º Compete ao Ministério da Saúde regulamentar o sistema de que trata o *caput*, especialmente quanto à interoperabilidade para recebimento dos dados dos entes federativos, permitida a gestão compartilhada pela União e pelos entes subnacionais, garantidos o atendimento aos princípios e os parâmetros estabelecidos pela Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, quando aplicáveis.

§ 2º As secretarias estaduais, distrital e municipais de saúde deverão garantir o registro das informações da regulação assistencial em seu âmbito de gestão e enviar, obrigatoriamente, os dados ao Ministério da Saúde.

§ 3º Os pedidos de novas habilitações, credenciamentos e majoração de valores relacionados à prestação de serviços estabelecidos pelas políticas e pelos programas da atenção especializada à saúde somente serão analisados e concedidos, na forma prevista no regulamento de que trata o § 1º, para os entes federativos que cumprirem o disposto no § 2º.”)

Art. 21. A Lei nº 8.958, de 20 de dezembro de 1994, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 1º

§ 3º-B No caso da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, na condição de ICT, o convênio ou o contrato com a fundação de apoio de que trata o *caput*, nas situações de urgência em saúde pública de que trata o art. 16, § 4º, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, poderá abranger o apoio a políticas e projetos nacionais de estruturação da atenção especializada, com a possibilidade de contratação de pessoas e serviços, observadas as competências da Fiocruz, aplicando-se a esses projetos o disposto no art. 3º desta Lei.

..” (NR)

Art. 22. A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 32

§ 10. A obrigação de ressarcimento de que trata este artigo poderá ser convertida em prestação de serviços no âmbito do SUS, incluindo, no montante desta conversão, aqueles valores previstos em dívida não inscrita, dívida ativa, em contestação judicial, em depósito judicial ou em programa de renegociação de créditos inadimplidos, mediante celebração de termo de compromisso, que especificará os serviços a serem prestados, conforme condições estabelecidas em ato conjunto da Advocacia-Geral da União e do Ministério da Saúde.” (NR)



Art. 23. A Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“**Art. 2º-A** Fica instituído, no âmbito do Programa Agora Tem Especialistas, conjunto de ações destinadas à ampliação do acesso ao tratamento radioterápico, com os seguintes objetivos:

I – diminuir o tempo de espera para o tratamento dos usuários diagnosticados com câncer;

II – garantir a integração dos sistemas de informação mantidos pelo Ministério da Saúde, especialmente aquele previsto no art. 4º da Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023; e

III – priorizar aos usuários diagnosticados com câncer o acesso aos serviços especializados de radioterapia no âmbito da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, por meio de painéis de monitoramento que integrem toda a demanda e a oferta de tratamento radioterápico disponível em serviços públicos e privados sediados no território nacional.

§ 1º Para fins do disposto no inciso III do *caput*, os estabelecimentos de saúde que possuírem equipamentos de radioterapia deverão informar periodicamente a relação entre a oferta e a demanda de novos usuários, para fins de análise e elaboração de políticas públicas no âmbito da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, na forma estabelecida em ato do Ministro de Estado da Saúde.

§ 2º O descumprimento do disposto no § 1º impedirá, até a regularização da prestação das informações, a participação dos estabelecimentos de saúde no Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica – PRONON, no Plano de Expansão da Radioterapia no SUS e o acesso a benefícios financeiros, subsídios ou linhas de financiamento disponibilizadas pelo Governo federal para ampliação e modernização dos respectivos parques tecnológicos.

§ 3º Aos usuários diagnosticados com câncer que estejam em tratamento radioterápico em serviço sediado em ente federativo diverso de seu domicílio ficam garantidos o transporte sanitário adequado e o pagamento de diárias para custear alojamento e alimentação durante todo o período do tratamento, observada a disponibilidade orçamentária específica, na forma estabelecida em ato do Ministro de Estado da Saúde.”

“**Art. 2º-B** Fica instituído, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conjunto de ações destinadas à ampliação do acesso ao tratamento dialítico para portadores de nefropatias crônicas, com os seguintes objetivos:



I – diminuir o tempo de espera para o início da diálise dos usuários diagnosticados com doença renal crônica em estágio que demande terapia substitutiva;

II – garantir a integração dos sistemas de informação mantidos pelo Ministério da Saúde, visando o monitoramento da oferta e da demanda por procedimentos dialíticos; e

III – priorizar aos usuários diagnosticados com doença renal crônica o acesso aos serviços especializados de diálise, no âmbito da **Política Nacional de Atenção às Pessoas com Doença Renal Crônica**, por meio de painéis de monitoramento que integrem toda a demanda e a oferta de tratamento dialítico disponível em serviços públicos e privados sediados no território nacional.

§ 1º Para fins do disposto no inciso III do caput, os estabelecimentos de saúde que possuírem serviços de diálise deverão informar periodicamente a relação entre a oferta e a demanda de novos usuários, para fins de análise e elaboração de políticas públicas no âmbito da Política Nacional de Atenção às Pessoas com Doença Renal Crônica, na forma estabelecida em ato do Ministro de Estado da Saúde.

§ 2º O descumprimento do disposto no § 1º impedirá, até a regularização da prestação das informações, a participação dos estabelecimentos de saúde em programas federais de incentivo à atenção nefrológica, bem como o acesso a benefícios financeiros, subsídios ou linhas de financiamento disponibilizadas pelo Governo federal para ampliação e modernização dos respectivos serviços.

§ 3º Aos usuários diagnosticados com doença renal crônica que estejam em tratamento dialítico em serviço sediado em ente federativo diverso de seu domicílio ficam garantidos o transporte sanitário adequado e o pagamento de diárias para custear alojamento e alimentação durante todo o período do tratamento, observada a disponibilidade orçamentária específica, na forma estabelecida em ato do Ministro de Estado da Saúde.”

Art. 24. A Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 22-D. Fica instituído, no âmbito do Programa Mais Médicos, o Projeto Mais Médicos Especialistas, destinado ao provimento de profissionais com vistas à redução no tempo de espera de atendimento ao usuário do SUS, nas regiões prioritárias estabelecidas pelo Ministério da Saúde no âmbito da atenção especializada à saúde.



ac-rn2025-07752

Assinado eletronicamente, por Sen. Otto Alencar

Para verificar as assinaturas, acesse <https://legis.senado.gov.br/autenticadoc-legis/7492788589>

§ 1º A participação no Projeto Mais Médicos Especialistas é exclusiva a médicos formados em instituições de ensino superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, certificados como especialistas, que deverão ser selecionados por meio de editais públicos.

§ 2º Os participantes do Projeto Mais Médicos Especialistas poderão fazer jus a bolsa-formação e demais benefícios do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

§ 3º Ato do Ministro de Estado da Saúde disporá sobre as normas para o funcionamento do Projeto Mais Médicos Especialistas.

§ 4º Os profissionais que optarem por atuar em municípios situados na Amazônia Legal, em territórios indígenas ou em áreas com classificação socioeconômica de alta vulnerabilidade farão jus a adicional sobre a bolsa-formação, conforme regulamentação do Ministério da Saúde.”

“**Art. 22-E.** Ficam revogados os §§ 2º, 3º e 4º do art. 22 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.”

Parágrafo único. O profissional que tiver concluído a Residência em Medicina de Família e Comunidade em instituição devidamente credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica, em conformidade com a matriz de competência da especialidade, receberá pontuação adicional de 10% (dez por cento) na nota de todas as fases ou da fase única do processo de seleção pública dos Programas de Residência Médica a que se refere o art. 2º da Lei nº 6.932, de 1981.

“**Art. 22-F.** Compete ao Ministério da Educação regulamentar os critérios de utilização das bonificações concedidas por programas de provimento e demais ações governamentais, inclusive para fins do art. 2º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981.”

Art. 25 A Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“**Art. 2º**

.....

III – locais de alta vulnerabilidade: localidades com alta proporção de pessoas cadastradas nas equipes de saúde da família e que recebem benefício financeiro do Programa Bolsa Família, benefício de prestação continuada ou benefício previdenciários no valor máximo de dois salários mínimos, nos termos de ato do Ministro de Estado da Saúde; e



IV – atenção especializada à saúde: os níveis secundário e terciário de atenção do SUS, a fim de garantir a redução no tempo de espera, a integralidade, a continuidade e a coordenação do cuidado.” (NR)

“Art. 6º Fica o Poder Executivo federal autorizado a instituir a Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS – AGSUS, serviço social autônomo, na forma de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública, com a finalidade de promover, em âmbito nacional, a execução de políticas de desenvolvimento da atenção à saúde indígena, nos diferentes níveis, e das atenções primária e especializada à saúde, com ênfase:

.....
III – na valorização da presença dos médicos e na promoção da telessaúde nas atenções primária e especializada à saúde no SUS;

.....
V – na incorporação de tecnologias assistenciais e de gestão relacionadas com as atenções primária e especializada à saúde.

.....” (NR)

“Art. 7º

.....
IV – promover programas e ações de caráter continuado para a qualificação profissional nas atenções primária e especializada à saúde;

.....
X – prestar serviços de assistência especializada à saúde no âmbito do SUS, em caráter complementar à atuação dos entes federativos, em programas e ações estabelecidos pelo Ministério da Saúde.” (NR)

“Art. 14.

Parágrafo único. O contrato de gestão poderá subdividir as metas, os indicadores, os prazos e os critérios de avaliação em diferentes anexos, conforme a área de atuação da AGSUS.” (NR)

“Art. 20.

.....
§ 4º Para a consecução de suas finalidades e competências, observadas as diretrizes e os princípios do SUS, a AGSUS poderá contratar serviços profissionais especializados.” (NR)



ac-rn2025-07752

Assinado eletronicamente, por Sen. Otto Alencar

Para verificar as assinaturas, acesse <https://legis.senado.gov.br/autenticadoc-legis/7492788589>

“Art. 21.....

.....
§ 3º A AGSUS disporá sobre as regras específicas aplicáveis aos seus profissionais médicos atuantes na atenção primária e na atenção especializada à saúde, inclusive quanto a transferências, observada a legislação trabalhista.” (NR)

“Art.31.....

.....
§ 1º-B. Até 31 de dezembro de 2030, serão assegurados aos servidores cedidos.”

CAPÍTULO IV

DA TRANSFORMAÇÃO DE CARGOS EFETIVOS VAGOS

Art. 26. Ficam transformados, na forma do Anexo, no âmbito do Poder Executivo federal, trezentos e oitenta e nove cargos efetivos vagos em cento e vinte e nove cargos efetivos vagos.

Parágrafo único. O provimento dos cargos efetivos transformados de que trata o *caput* será realizado nos termos do disposto no art. 169, § 1º, da Constituição, conforme as necessidades do serviço.

Art. 27. A transformação de cargos a que se refere o art. 22, *caput*, será realizada sem aumento de despesa, mediante compensação financeira entre os valores correspondentes à totalidade da remuneração dos cargos a serem criados e os valores correspondentes à totalidade da remuneração dos cargos a serem transformados, vedada a produção de efeitos retroativos.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 28. Ato do Ministério da Saúde disporá sobre a contratação, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, de prestadores de serviços por ele credenciados no âmbito do Programa Agora Tem Especialistas.

Art. 29. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator



ac-rn2025-07752

Assinado eletronicamente, por Sen. Otto Alencar

Para verificar as assinaturas, acesse <https://legis.senado.gov.br/autenticadoc-legis/7492788589>