

Juliana
Benício 4550
DEPUTADA FEDERAL

CADERNO TÉCNICO

Saúde

**O paciente brasileiro
não pode entrar num
labirinto**

Diretrizes para a atuação
no mandato federal

Status legislativo atualizado para agosto de 2026

JULIANA BENÍCIO · DEPUTADA FEDERAL · PSDB
CNPJ CANDIDATA: 68.553.036/0001-36

Apresentação do caderno técnico e seu propósito

Este caderno técnico consolida as diretrizes de atuação de **Juliana Benício** na Câmara dos Deputados para a temática da saúde. O foco é transformar diagnóstico em **agenda legislativa concreta**, dentro do que uma deputada federal de fato entrega — legislar, votar orçamento, emendar, relatar e fiscalizar, não executar diretamente.

A TESE

O debate público da saúde é um falso dilema. O problema não é o SUS existir nem o plano existir. É que os 2 sistemas não conversam: não há prontuário integrado, não há porta de entrada organizada, não há coordenação de cuidado. Quando o sistema não se organiza, quem organiza é a família, no susto e no cartão de crédito.

O paciente brasileiro não entra num sistema, entra num labirinto.

Isso não se resolve com mais slogan. Se resolve com **engenharia de regra**, e regra federal se escreve na Câmara.

O papel federal

Tudo neste caderno cabe nas **5 funções do mandato**: legislar (Lei dos Planos, marco da judicialização, regras de formação médica), votar orçamento (R\$ 271,3 bilhões do Ministério da Saúde em 2026), emendar (a saúde é o maior destino de emendas do Congresso), relatar projetos e fiscalizar a execução, dos hospitais federais do Rio ao programa de filas. Nada aqui promete entrega de prefeito ou governador.

O TRIPLO PAGAMENTO EM NÚMEROS

R\$ 401 bi

gasto do SUS em
2022

R\$ 259 bi

gasto com planos
de saúde em 2022

R\$ 250 bi

gasto direto do
bolso das famílias
em 2022

**Quase R\$
1 tri**

somados no mesmo
ano (Contas de
Saúde do Brasil)

O ponto de partida: muito gasto, pouca coordenação

🔗 O problema

O Brasil gastou **9,8% do PIB** em saúde em 2022, acima da média da OCDE, de 9,2%. Mas com uma anomalia que explica tudo: apesar de ter um sistema universal, o Brasil tem uma participação privada no financiamento da saúde muito maior do que a observada em sistemas universais comparáveis, como os do Reino Unido e de diversos países europeus. **Menos de 41% do gasto de saúde brasileiro é público**, contra mais de 80% no Reino Unido (Banco Mundial). O resto sai do plano descontado na folha e do bolso da família: a dimensão macro do triplo pagamento — imposto, plano e desembolso direto da família.

O desafio não é apenas colocar mais dinheiro no sistema. É fazer o recurso virar **atendimento contínuo, coordenação do cuidado e capacidade de funcionamento**. Equipamento sem técnico, manutenção e equipe vira inauguração, não saúde.

🎓 Lá fora

Nenhum país resolveu saúde só com mais dinheiro. Os sistemas que entregam mais com menos, como o britânico e o português, têm **porta de entrada única, médico de família e prontuário** que acompanha o paciente a vida inteira. O gargalo brasileiro é de arquitetura, e arquitetura de sistema nacional é matéria de lei federal.

Orçamento federal e emendas

- ① **Orçamento do Ministério da Saúde 2026 (sancionado 14/jan)**
R\$ 271,3 bilhões, ante R\$ 254,1 bilhões em 2025, na base oficial da sanção (Ministério do Planejamento / Agência Gov).

- ☰ **Emendas parlamentares no relatório setorial da saúde**
R\$ 21,4 bilhões, o maior volume entre todos os setores: quase 32% das 7.408 emendas ao Orçamento foram para a saúde (Agência Câmara, dez/2025).

- + **Regra legal**
No mínimo **50% das emendas individuais** têm de ir para ações e serviços públicos de saúde (legislação orçamentária).

- ☑ **Transparência**
O STF, na **ADPF 854** (a ação do orçamento secreto), exige rastreabilidade e conta específica na execução de emendas, com peso especial na saúde (STF, rel. min. Flávio Dino).

O desafio não é apenas colocar mais dinheiro no sistema. É fazer o recurso virar **atendimento contínuo, coordenação do cuidado e capacidade de funcionamento**.

Principais gargalos: onde o sistema quebra



3.1 A fila de especialistas e a falta de integração

PAUTA QUENTE · 2026

A fila de especialista é a cara da falência de coordenação. O Brasil tem **353 mil médicos especialistas**, 59% do total, mas eles se concentram nas capitais e na rede privada. Quem depende do SUS no interior espera meses entre consulta, exame e cirurgia.

PROGRAMA AGORA TEM ESPECIALISTAS

Lei 15.233/2025: sancionada sem vetos em 7/out/2025, origem na MP 1301/2025. Vigência até 2030.

Como funciona: 3 eixos — crédito tributário para hospitais e clínicas privadas que atenderem o SUS; troca de dívidas de operadoras com o SUS por atendimento; prestação direta pela União em urgências reconhecidas pelo Ministério.

Foco: 6 especialidades com as maiores filas — oftalmologia, ortopedia, cardiologia, otorrino, ginecologia e oncologia.

Resultado divulgado: 14,9 milhões de cirurgias eletivas no SUS em 2025, segundo o Ministério da Saúde.

A leitura técnica da Juliana. Comprar procedimento na rede privada alivia a fila hoje, mas não conserta a engenharia. Se o resultado da cirurgia não volta para o prontuário da atenção primária, o SUS paga o mutirão de 2026 e paga de novo a reinternação de 2028. **Mutirão sem integração é enxugar gelo com recibo.**



3.2 Judicialização: quando a fila anda no fórum

ESTRUTURAL · DE FUNDO

Quando a porta administrativa falha, o paciente bate na porta do juiz. Compreensível caso a caso, desastroso como sistema: o dinheiro sai do planejamento coletivo para a liminar individual, e ganha quem tem advogado, não quem tem mais urgência.

162 mil

novas ações de saúde na 1ª instância em 2024; 76,8 mil em 2020: alta de 110,9% (CNJ)

R\$ 3,2 bi

gasto do Ministério da Saúde em 2024 só para cumprir decisões judiciais de medicamentos (Siga Brasil)

R\$ 2,7 bi

em 2024 para decisões que beneficiaram 6 mil pacientes, o orçamento inteiro do Farmácia Popular (AGU)

70%

de todo gasto federal com judicialização em 5 anos foi para 10 medicamentos de altíssimo custo

Nos Temas 6 e 1.234, o STF criou critérios rígidos para conceder medicamento fora da lista do SUS: evidência científica, negativa administrativa comprovada, ausência de substituto incorporado e definição de qual ente paga. Os critérios viraram as **Súmulas Vinculantes 60 e 61**. O Tema 793 segue valendo: a responsabilidade é solidária, mas o juiz deve direcionar custo conforme a divisão real do SUS.

O ponto que quase ninguém explica. Registro na Anvisa, preço máximo, incorporação ao SUS pela Conitec e entrega na ponta são **4 decisões diferentes**. Remédio registrado não é remédio incorporado, e remédio incorporado sem orçamento e logística não chega ao balcão.



3.3 Planos de saúde: 53 milhões de clientes e uma lei de 1998

PAUTA QUENTE · 2026

A lei dos planos (**Lei 9.656**) é de 1998, de antes do smartphone. A ANS, agência que regula o setor, só limita reajuste dos planos individuais. O mercado migrou em massa para o coletivo, justamente onde não há teto.

Reajuste 2026	Teto de 5,11% para individuais e familiares (mai/2026–abr/2027), o menor da série — vale para só 14,5% do mercado. Os coletivos, mais de 7 em cada 10 vínculos, seguem sem teto (ANS, mai/2026: 53 milhões de beneficiários).
PL 7.419/2006	A reforma geral da Lei dos Planos tramita há 20 anos , com cerca de 270 projetos apensados. Relator atual: dep. Domingos Neto (PSD-CE), no lugar de Duarte Jr., que já tinha parecer pronto em 2023. O relator foi trocado; nenhuma votação.
Cancelamento unilateral	Onda de cancelamentos de contratos coletivos, incluindo casos com pessoas com autismo e idosos, gerou dezenas de projetos, como o PL 2.665/2024. Nenhum virou lei.
Cobertura fora do rol	A Lei 14.454/2022 derrubou o rol taxativo puro: tratamento fora da lista da ANS pode ser exigido com comprovação de eficácia. O contencioso migrou para a qualidade da evidência.
Ressarcimento ao SUS	Quando o cliente de plano usa o SUS, a operadora deve devolver o custo. Em 2024: R\$ 956,7 milhões cobrados e R\$ 769,4 milhões repassados ao Fundo Nacional de Saúde.

Enquanto a reforma não anda, o consumidor de plano coletivo segue com menos previsibilidade sobre reajustes, rescisões e negativas, e o Judiciário ocupa o espaço que deveria ser do Legislativo.

3.4 Formação médica: avaliação séria com regra clara

PAUTA QUENTE · 2026

Editada em 19/jun/2026, a **MP 1.370/2026** torna o Enamed, exame nacional aplicado pelo MEC/Inep, requisito obrigatório para o registro profissional de quem entrar na faculdade de medicina a partir de agora — uma espécie de **OAB da medicina, só que estatal**. O pano de fundo: o Brasil abriu faculdades de medicina em ritmo recorde e a qualidade da formação virou dúvida pública.

Emendas à MP	479 emendas apresentadas, um dos maiores volumes do ano: disputa pesada entre faculdades, conselho profissional, corporações e governo.
--------------	--

A disputa institucional

Governo quer o exame no MEC. O CFM defende exame próprio (ProfiMed, PL 2.294/2024, em fase final no Senado). "Quem forma não deveria ser o mesmo que habilita", diz um lado; "conselho não pode ser cartório corporativo", diz o outro.

Judiciário já entrou

Em 5/ago/2026 o TRF1 suspendeu por liminar as sanções a faculdades mal avaliadas no Enamed 2025, até julgamento definitivo.

Prazo e relatoria

Prazo de deliberação prorrogado até 16/10/2026. Regime de urgência desde 3/8, trancando pauta. Relator: dep. Doutor Luizinho (PP-RJ).

Avaliação séria de quem vai cuidar de gente é inegociável. A discussão precisa combinar **régua pública, transição clara, recurso justo e segurança jurídica**, sem transformar a habilitação profissional em disputa corporativa ou em mudança atropelada.

+ 3.5 Piso da enfermagem: direito com sustentabilidade

PAUTA QUENTE · 2026

O piso nacional da enfermagem é lei desde 2022, mas o STF vinculou o valor à jornada de 44 horas, reduzindo o piso de quem trabalha menos horas. A **PEC 19** corrige o cálculo: referência de 36 horas e reajuste anual nunca abaixo da inflação. Aprovada por unanimidade na CCJ do Senado em 8/abr/2026, aguarda o Plenário — ainda faltam 2 turnos no Senado e 2 na Câmara, com 3/5 dos votos em cada. **Direito criado sem fonte de custeio vira boleto para prefeitura pequena e hospital filantrópico.** O voto responsável aprova o direito com a conta junto.

 3.6 Hospitais federais do Rio: fiscalização de atribuição direta

PAUTA QUENTE · RIO DE JANEIRO

O Rio concentra a única grande rede de hospitais próprios da União no país: **6 hospitais federais** (Bonsucesso, Andaraí, Cardoso Fontes, Ipanema, Lagoa, Servidores) mais os institutos INCA, INTO e Cardiologia. Fiscalizar essa rede é literalmente o trabalho de uma deputada federal do Rio.

593

leitões fechados no diagnóstico oficial de 2023

R\$ 610 mi

pactuados na municipalização de Andaraí e Cardoso Fontes (dez/2024)

R\$ 1,4 bi

investido na rede segundo balanço federal de fev/2026

1 a cada 40 min

nova ação judicial de saúde no TJRJ (abr/2025)

Promessa anunciada é ponto de partida, não entrega. A função constitucional da Câmara é fiscalizar se o recurso virou **leito aberto, fila menor e emergência funcionando**, com dado público e série histórica.

Atuação no Legislativo federal

Seis frentes de mandato, ligadas ao mesmo objetivo: fazer o sistema conversar, transformar orçamento em atendimento e escrever regra para o paciente — não para o balcão. Em cada frente, a alavanca parlamentar correspondente: lei, orçamento, emenda, relatoria e fiscalização.

4.1 Financiamento: emenda com funcionamento e rastreabilidade

- Defender em lei que emenda de equipamento e obra de saúde só seja empenhada com **plano regional, custeio previsto e equipe garantida** — a mesma lógica da rastreabilidade da ADPF 854, um passo além;
- Votar no orçamento com prioridade em coordenação: sistemas de informação, regulação de filas e atenção primária, onde cada real rende mais;
- Fiscalizar execução, não só autorização: **orçamento aprovado não é serviço entregue**.

4.2 Fila de especialistas: medir, integrar e corrigir

- Fiscalizar o programa com métrica pública: tempo de espera por especialidade, por região, publicado. **O que não é medido vira propaganda**;
- Legislar a espinha dorsal que falta: **prontuário interoperável** entre SUS e rede privada e encaminhamento digital com prazo;
- Condicionar renovações: o programa vale até 2030 e o Congresso de 2027 decidirá sua continuidade com base em dado, não em marketing.

4.3 Judicialização: consertar a porta administrativa

- A resposta certa não é fechar a porta do juiz: é consertar a **porta administrativa** — prazo legal e transparência total nas decisões da Conitec, protocolo de exceção para doença rara e apoio técnico (NatJus) em todo tribunal;
 - Fiscalizar a plataforma nacional do Tema 1.234, que centraliza pedidos e ressarcimentos entre União, estados e municípios: **sem ela, a súmula vira letra morta**;
 - Transparência de preço: 10 remédios levaram 70% do gasto. Negociação centralizada e auditável de alto custo é pauta de lei e de fiscalização orçamentária.
-

4.4 Planos de saúde: destravar uma reforma votável

- Fatiar a reforma em **módulos votáveis**: em vez do texto gigante que nunca anda, aprovar por partes — 1º reajuste de coletivos com memória de cálculo, 2º rescisão unilateral, 3º transparência de negativas e rede;
 - Prazo com consequência automática: se a rede não atender no prazo da ANS, o reembolso do particular é automático, sem o paciente virar **despachante da própria doença**.
-

4.5 Formação e trabalho em saúde: qualidade com responsabilidade

- Acompanhar a tramitação da **MP 1.370/2026** e defender uma avaliação nacional séria, com transição clara e segurança jurídica para a formação médica;
- Acompanhar a **PEC 19/2024** sobre o piso da enfermagem, combinando valorização profissional com fonte de custeio que preserve municípios pequenos e hospitais filantrópicos.

4.6

Hospitais federais do Rio: fiscalização por indicador

- Fiscalizar a execução dos recursos federais e a reabertura efetiva de **leitos, centros cirúrgicos e emergências**;
- Cobrar séries públicas de fila, ocupação, capacidade instalada e funcionamento, para que **anúncio possa ser comparado com entrega**;
- Usar emendas e orçamento com lógica regional, conectando capital, Baixada, Norte Fluminense e Região dos Lagos às redes de referência e especialidades.

S Í N T E S E

Fazer o sistema conversar

Quase R\$ 1 trilhão por ano e o brasileiro pagando 3 vezes pela mesma consulta. Não falta dinheiro nem falta lei na saúde. **Falta engenharia: sistema que conversa, orçamento que vira atendimento e regra escrita para o paciente, não para o balcão.** Isso se escreve na Câmara dos Deputados.

Números-chave

R\$ 401 + 259 + 250 bi

SUS + planos + bolso das famílias em 2022. Quase R\$ 1 trilhão

R\$ 271,3 bi

orçamento do Ministério da Saúde em 2026, ante R\$ 254,1 bi em 2025 (dato oficial da sanção)

R\$ 21,4 bi

emendas parlamentares na saúde em 2026, o maior balcão do Orçamento

162 mil

novas ações de saúde pública em 2024, o dobro de 2020 (CNJ)

R\$ 2,7 bi 6 mil

pacientes atendidos por liminar em 2024, 1 Farmácia Popular inteiro (AGU)

5,11% × sem teto

reajuste máximo do plano individual em 2026; coletivo não tem limite

20 anos

de tramitação da reforma da Lei dos Planos (PL 7.419/2006): trocou de relator em 2025, segue sem votação

479

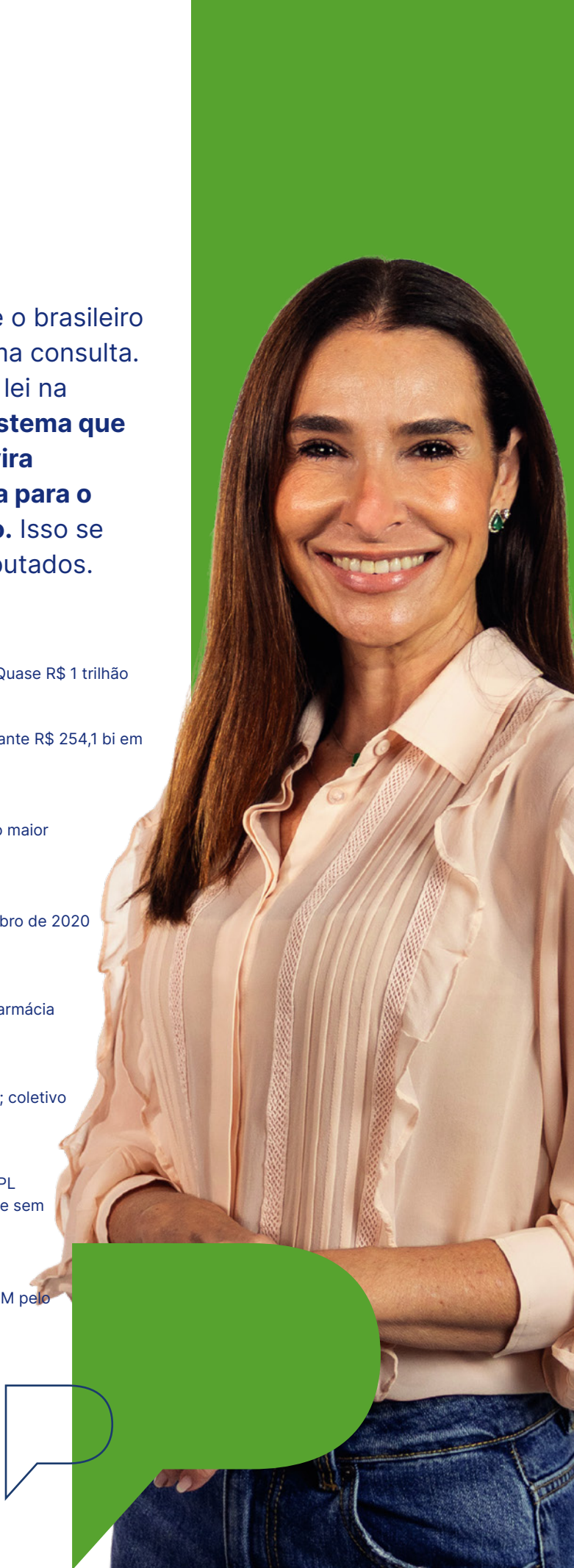
emendas à MP do Enamed: a briga MEC × CFM pelo registro médico

593

leitos fechados nos 6 hospitais federais do Rio no diagnóstico oficial de 2023

1 a cada 40 min

nova ação judicial de saúde no TJRJ (abr/2025)



Você paga a saúde 3 vezes.

**No imposto, no plano e do próprio bolso.
E ainda espera na fila.
Não falta dinheiro: falta quem transforme
quase R\$ 1 trilhão por ano em atendimento.
Essa regra se escreve na Câmara.**

Juliana
Benício
4550
DEPUTADA FEDERAL