

**MEDIDA PROVISÓRIA N° 904, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2019.**

Dispõe sobre a extinção do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres - DPVAT e do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Embarcações ou por suas Cargas - DPEM, de que trata a alínea “l” do caput do art. 20 do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966.

**EMENDA ADITIVA N° , DE 2019**

Cria Fundo de Resgate da Saúde para recompor o orçamento da saúde que será atingido com a extinção do DPVAT, conforme estabelecido na Medida Provisória 904, de 2019.

Art. 1º. Inclua-se na MP 904 os seguintes artigos:

“Art. XXX. A Lei nº 12.351, de 22 de dezembro de 2010, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art.42.....  
.....

§ 3º Metade do valor do bônus de assinatura será destinada pelo contratado diretamente ao fundo de que trata o art. 55. (NR)”

“Art. 46. A receita advinda da comercialização referida no art. 45 terá a seguinte destinação:

I – 75% (setenta e cinco por cento) ao Fundo Social, de que tratam os arts. 47 a 60;

II – 25% para fundo de investimento de que trata o art. 55 desta lei. (NR)”

CD/19109.15034-10

“Art. 55. A União participará, como cotista única, de fundo de investimento específico, denominado Fundo de Resgate da Saúde.

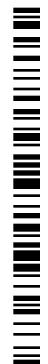
§ 1º. O fundo de investimento de que trata o caput:

I – será constituído por instituição financeira federal, observadas as normas a que se refere o inciso XXII do art. 4º da Lei nº 4.595, de 31 de dezembro de 1964;

II – será composto:

- a) pelos recursos de que trata o § 3º do art. 42 e o inciso II do art. 46;
- b) pelos recursos provenientes dos valores ressarcidos ao SUS pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, de acordo com o disposto no art. 32 da referida Lei;
- c) pelos resultados de aplicações financeiras sobre suas disponibilidades;
- d) por doações efetuadas por pessoas físicas ou jurídicas.
- e) pelos recursos provenientes da aplicação de multa e o perdimento de bens, direitos ou valores decorrentes da responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira, com fundamento na lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013.

§ 2º Os valores de que trata a alínea a do inciso II do § 1º são equiparados à participação prevista no § 1º do art. 20 da Constituição Federal para efeito dos



CD/19109.15034-10

limites a que se refere o art. 107 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT.

§ 3º Os valores de que trata a alínea *b* e *c* do inciso II do § 1º são equiparados às transferências previstas no art. 159 da Constituição Federal para efeito dos limites a que se refere o art. 107 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT. (NR)”

“Art. 56.....  
.....

§ 1º Os recursos do fundo de investimento serão aplicados integralmente em ações e serviços públicos de saúde, nos termos do art. 3º da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e serão direcionados para o fortalecimento da atenção básica e implementação do processo de regionalização das ações e dos serviços de saúde.

§ 2º Os recursos do fundo de investimento serão transferidos exclusivamente aos Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos dos parágrafos 2º e 4º do art. 12, da Lei nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

§ 3º Os critérios de distribuição dos recursos do fundo de investimento para os entes da federação serão definidos em ato do comitê de gestão de que trata o § 6º deste artigo, observado o disposto no caput do art. 17 da Lei nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

§ 4º Dentre os recursos destinados pelo fundo de investimento aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, até 50% (cinquenta por cento) poderão ser contabilizados para fins de cumprimento dos

CD/19109.15034-10

arts. 6º a 11 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

§ 5º Os entes da federação poderão destinar até 20% (vinte por cento) dos recursos recebidos do fundo de investimento para pagamento de despesas com pessoal na área de saúde.

§ 6º A política de investimentos será definida pelo comitê de gestão do fundo de investimento.

§ 7º O comitê de que trata o § 6º:

I – terá sua composição, vinculação e funcionamento estabelecidos em ato do Poder Executivo, assegurada representação paritária entre membros do Conselho Nacional de Saúde e do poder público, representado este por autoridades federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal;

II – definirá o montante total de recursos a serem transferidos mensalmente aos entes da federação;

III – remeterá ao Congresso Nacional, ao Tribunal de Contas da União e ao Conselho Nacional de Saúde, com periodicidade anual, relatórios do desempenho do fundo;

§ 8º Aos membros do comitê de que trata o § 6º não cabe qualquer tipo de remuneração pelo desempenho de suas funções.

§ 9º As despesas relativas à operacionalização do comitê de que trata o § 6º serão custeadas pelo próprio fundo e limitadas a 0,1% (um décimo por cento) de suas receitas.

§ 10. A integridade do comitê de que trata o § 6º será assegurada mediante a implementação de instrumentos e processos baseados em boas

CD/19109.15034-10

práticas de governança e de gerenciamento de risco, definidos em ato do Poder Executivo.

§ 11. O fundo de investimento responderá por suas obrigações com os bens e direitos integrantes de seu patrimônio.

§ 12. A dissolução do fundo de investimento dar-se-á na forma de seu estatuto, e seus recursos serão destinados ao FS.

§ 13. O fundo de investimento deverá elaborar os demonstrativos contábeis de acordo com a legislação em vigor e conforme o estabelecido no seu estatuto. (NR)”

“Art. 65-A. O fundo de investimento de que trata o art. 55 será constituído no prazo de trinta dias, contado da data de publicação desta Lei.”

Art. XXX. O art. 24 da Lei nº 12.846, de 1 de agosto de 2013, que dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira, passa a vigorar com a seguinte alteração:

“Art. 24. A multa e o perdimento de bens, direitos ou valores aplicados com fundamento nesta Lei serão destinados exclusivamente para a educação pública, com prioridade para a educação básica, e para a saúde.

§ 1º A União aplicará os recursos previstos neste artigo no montante de 50% (cinquenta por cento) na área de educação e de 50% (cinquenta por cento) na área de saúde.

§ 2º Os recursos destinados para as áreas de educação e saúde na forma do caput serão aplicados em acréscimo ao mínimo obrigatório previsto na Constituição da República.”

CD/19109.15034-10

## JUSTIFICAÇÃO

Com a extinção do DPVAT, suprime-se importante fonte de recursos para o Sistema único de Saúde. Com isso, acresce-se o subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde, intensificado desde a Emenda Constitucional nº 95. Desse modo, a lei decorrente da presente Medida Provisória não pode deixar de dispor sobre uma nova fonte de financiamento para o SUS, ainda mais considerando os impactos dos acidentes de trânsito no sistema de saúde.

Com efeito, desde sua criação, na Constituição Federal de 1988, o SUS não dispõe de bases sólidas de financiamento para um sistema que tem entre suas diretrizes a universalidade e a integralidade. Não por acaso, a despesa pública de saúde representa menos da metade das despesas totais no setor, ainda que cerca de 70% da população utilizem exclusivamente o SUS. Em países com sistema universal, os gastos públicos superam 80% do total aplicado em saúde, caso, por exemplo, da Inglaterra.

Outro indicador revela o subfinanciamento do SUS. Em média, é investido R\$ 3,50 para cada brasileiro por dia para financiar o SUS (considerando despesas de todos os entes), o equivalente a pouco mais de R\$ 100 mensais, valor ínfimo para um sistema universal que garante da vacina ao transplante. Não haveria plano de saúde com esta cobertura pelo valor referido.

Com a EC 29/2000, os estados e municípios passaram a aplicar, no mínimo, respectivamente, 12% e 15% de sua receita de impostos. Com isso, seus gastos de saúde passaram de R\$ 23 bilhões para R\$ 151 bilhões entre 2002 e 2017 (crescimento nominal superior a 500%, bem acima da inflação). Atualmente, é comum que municípios cheguem a aplicar o dobro do mínimo constitucional. A razão principal é a queda proporcional das despesas federais de saúde. Se a União representava 52% das despesas públicas de saúde em 2002, este percentual já foi de 43% em 2017. Queda de quase 10 pontos, portanto.

Conforme relatado, a União gasta proporcionalmente cada vez menos recursos em saúde, o que impacta estados e municípios, sobretudo diante da crise fiscal pela qual eles passam. O quadro pode se agravar diante da EC 95/2016, que afetou o SUS de duas maneiras:



CD/19109.15034-10

de um lado, o teto de despesas (global, para cada Poder e órgão autônomo) impede o crescimento real das despesas primárias, mesmo que a receita cresça.

Tomando a LOA 2019, percebe-se que a despesa está programada praticamente no teto de gasto. Para que haja acréscimo real de recursos de saúde, portanto, é necessário que outras áreas reduzam suas dotações, o que é improvável tendo em vista que a maior parte dos setores (especialmente despesas discricionárias) já perde orçamento com a EC 95. Não é por outra razão que na LOA as ações e serviços públicos de saúde registram crescimento de apenas 2,5% em relação aos valores empenhados em 2018, o que implica decréscimo em termos reais (IPCA de 3,75% em 2018). Além disso, comparadas as dotações inicialmente aprovadas na LOA 2018 e a posição final, percebe-se que a saúde perdeu quase R\$ 1 bilhão de orçamento. Isto é, diante do teto de gastos, a saúde está perdendo dotação para outras áreas por meios de remanejamentos. A título de exemplo, programas como Mais Médicos e Farmácia Popular perderam orçamento para financiar subvenção econômica ao diesel, que manteve as taxas de lucro de acionistas da Petrobras (inclusive os acionistas da bolsa de Nova Iorque) e importadores privados.

De outro lado, a EC 95 congelou o mínimo obrigatório de aplicação federal em saúde em 15% da Receita Corrente Líquida – RCL de 2017. A partir de 2018, o piso equivale ao valor mínimo de 2017, mais a inflação de doze meses. Em 2019, as dotações de ações e serviços públicos de saúde (contabilizadas no piso) são de R\$ 120,4 bilhões. Caso não vigorasse a EC 95, o piso seria de R\$ 127 bilhões. Portanto, a Emenda já produz em 2019 uma perda de R\$ 6,6 bilhões para a saúde, dado o congelamento do piso.

Estimativas mostram que, caso o governo federal aplique apenas o piso de saúde da EC 95, em 2036 a despesa federal no setor deverá ser equivalente a 10% da RCL, queda de 5 pontos percentuais em relação a 2017. Com isso, o percentual federal nas despesas públicas de saúde poderá recuar a pouco mais de 30%. Nesse cenário, deve-se esperar o agravamento da crise de financiamento, com repercussões sobre os serviços de saúde e os indicadores do setor. Vale lembrar que, já em 2016, foi registrada piora da taxa de mortalidade infantil após quinze anos de queda.



CD/19109.15034-10

Além disso, há inúmeros fatores estruturais pressionando o financiamento da saúde. Entre eles, a inflação mais elevada no setor, a transição demográfica, nutricional e epidemiológica, a incorporação tecnológica e a judicialização. Combinados, estes aspectos demandam ampliação real do financiamento público, na contramão do que prevê a EC 95.

Em função do quadro descrito, o presente projeto visa a destinar recursos a fundo que financiará exclusivamente ações e serviços públicos de saúde. O fundo será gerido paritariamente pelo poder público (União, estados e municípios) e representantes da sociedade civil. Os recursos serão integralmente descentralizados a Distrito Federal, Estados e Municípios. Como se trata de fundo de natureza privada, a ser constituído por instituição financeira oficial, suas dotações não devem ser contabilizadas no teto de gastos. Ademais, a proposta prevê que, para efeito dos limites de que trata a EC 95, os recursos se equiparam àqueles não contabilizados no teto de gastos.

Dessa maneira, o fundo consiste, na prática, em alternativa para ampliar o financiamento da saúde na vigência do teto de gastos. Suas fontes de receita são: receitas advindas do ressarcimento das operadoras de plano de saúde ao SUS, metade do bônus de assinatura das licitações do pré-sal e vinte e cinco por cento da receita oriunda da parcela da União com o óleo lucro resultante da exploração da camada do pré-sal e de recursos provenientes da aplicação de multa e o perdimento de bens, direitos ou valores aplicados com fundamento na Lei nº 12.846, de 1 de agosto de 2013. Vale lembrar que, diante da EC 95, a ampliação dessas fontes de receita não implica expansão dos gastos primários, pois a despesa está congelada em termos globais. Dessa forma, tais fontes são esterilizadas pelo teto de gastos, impedindo que a população se beneficie, por exemplo, da exploração do pré-sal.

Estima-se que, caso vigorasse em 2019, o PL já poderia gerar mais de R\$ 7 bilhões adicionais para a saúde, sem considerar o leilão dos excedentes da cessão onerosa, que poderia garantir mais R\$ 50 bilhões para os entes. Os valores crescem consideravelmente ao longo dos anos, em razão da receita de comercialização oriunda do óleo lucro do pré-sal. Considerando 100 bilhões de barris no pré-sal com valor unitário de US\$ 65, custo de produção de US\$ 22, royalties de 15% e 50% do excedente em óleo



CD/19109.15034-10

para a União, chega-se a uma estimativa de US\$ 415 bilhões de dólares ao longo de algumas décadas para repassar aos entes federados, recurso vinculado a ações e serviços públicos de saúde (25% da receita da parcela da União no excedente em óleo para saúde).

Dessa maneira, o PL pode mitigar os efeitos do subfinanciamento do SUS, intensificado pela EC 95 e agravados pela presente Medida Provisória, garantindo receitas para que os entes federados apliquem mais recursos no setor. Receitas que – vale enfatizar – não serviriam para ampliar o financiamento do SUS, tendo em vista o teto de gastos.

Mesmo com o subfinanciamento crônico, o SUS obteve resultados expressivos desde a Constituição de 1988, associados à melhora dos indicadores de saúde e da cobertura das ações. No entanto, muitos desafios persistem, o que requer aperfeiçoamento de gestão, mas também condições mais adequadas de financiamento do setor. Este PL não altera estruturalmente as regras fiscais vigentes e que afetam a saúde da população, particularmente o teto de gastos (que só se pode modificar por Emenda à Constituição), no entanto, caso aprovado, será capaz de canalizar receitas para que os entes federados possam aplicá-las em saúde, conforme as demandas da população.

Diante do exposto, peço apoio aos pares para aprovação da presente emenda à Medida Provisória.

Sala das Sessões, em, de 2019.

**ALEXANDRE PADILHA**  
**Deputado Federal PT/SP**

CD/19109.15034-10