



SENADO FEDERAL
PROJETO DE LEI DE CONVERSÃO
Nº 26, DE 2013
(Proveniente da Medida Provisória nº 621, de 2013)

Institui o Programa Mais Médicos; altera as Leis nºs 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e 6.932, de 7 de julho de 1981; e dá outras providências.

ESTE AVULSO CONTÉM OS SEGUINTE DOCUMENTOS:

	Pg
- Autógrafo do Projeto de Lei de Conversão.....	2
- Medida Provisória original.....	26
- Mensagem da Senhora Presidente da República nº 276, de 2013.....	35
- Exposição de Motivos nº 24/2013, dos Ministros de Estado da Saúde; da Educação; e do Planejamento, Orçamento e Gestão.....	35
- Ofício nº 2.377/2013, da Câmara dos Deputados, encaminhando a matéria ao Senado.....	44
- *Emendas apresentadas perante a Comissão Mista.....	
- Nota Técnica nº 26/2013, da Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados.....	44
- *Parecer nº 58, de 2013 – CN, da Comissão Mista, Relator: Deputado Rogério Carvalho (PT-SE) e Relator Revisor: Senador Mozarildo Cavalcanti (PTB-RR).....	
- Folha de sinopse de tramitação da matéria na Câmara dos Deputados.....	53
- Ato do Presidente da Mesa do Congresso Nacional nº 50, de 2013, prorrogando a vigência da Medida Provisória.....	58
- Calendário de tramitação da Medida Provisória.....	59

*Publicados em caderno específico

PROJETO DE LEI DE CONVERSÃO Nº 26, DE 2013
(Proveniente da Medida Provisória nº 621, de 2013)

Institui o Programa Mais Médicos;
altera as Leis nºs 8.745, de 9 de
dezembro de 1993, e 6.932, de 7 de
julho de 1981; e dá outras
providências.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Fica instituído o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde - SUS e com os seguintes objetivos:

I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;

II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica;

III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;

VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;

VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e funcionamento do SUS; e

VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Art. 2º Para consecução dos objetivos do Programa Mais Médicos, serão adotadas, entre outras, as seguintes ações:

I - reordenação da oferta de cursos de Medicina e vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;

II - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e

III - promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional.

CAPÍTULO II

DA AUTORIZAÇÃO PARA FUNCIONAMENTO DE CURSOS DE MEDICINA

Art. 3º A autorização para o funcionamento de curso de graduação em Medicina, por instituição de educação superior privada, será precedida de chamamento público, e caberá ao Ministro de Estado da Educação dispor sobre:

I - pré-seleção dos Municípios para a autorização de funcionamento de cursos de Medicina, ouvido o Ministério da Saúde;

II - procedimentos para celebração do termo de adesão ao chamamento público pelos gestores locais do SUS;

III - critérios para autorização de funcionamento de instituição de educação superior privada especializada em cursos na área de saúde;

IV - critérios do edital de seleção de propostas para obtenção de autorização de funcionamento de curso de Medicina; e

V - periodicidade e metodologia dos procedimentos avaliatórios necessários ao acompanhamento e monitoramento da execução da proposta vencedora do chamamento público.

§ 1º Na pré-seleção dos Municípios de que trata o inciso I do caput deste artigo, deverão ser consideradas, no âmbito da região de saúde:

I - a relevância e a necessidade social da oferta de curso de Medicina; e

II - a existência, nas redes de atenção à saúde do SUS, de equipamentos públicos adequados e suficientes para a oferta do curso de Medicina, incluindo, no mínimo, os seguintes serviços, ações e programas:

a) atenção básica;

b) urgência e emergência;

c) atenção psicossocial;

d) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

e) vigilância em saúde.

§ 2º Por meio do termo de adesão de que trata o inciso II do caput deste artigo, o gestor local do SUS compromete-se a oferecer para a instituição de educação superior vencedora do chamamento público, mediante contrapartida a ser disciplinada por ato do Ministro de Estado da Educação, a estrutura de serviços, ações e programas de saúde necessários para a implantação e para o funcionamento do curso de graduação em Medicina.

§ 3º O edital previsto no inciso IV do caput deste artigo observará, no que couber, a legislação sobre licitações e contratos administrativos e exigirá garantia de proposta do participante e multa por inexecução total ou parcial do contrato, conforme previsto respectivamente no art. 56 e no inciso II do caput do art. 87 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

§ 4º O disposto neste artigo não se aplica aos pedidos de autorização para funcionamento de curso de Medicina protocolados no Ministério da Educação até a data de publicação desta Lei.

§ 5º O Ministério da Educação, sem prejuízo do atendimento aos requisitos previstos no inciso II do § 1º deste artigo, disporá sobre o processo de autorização de cursos de Medicina em unidades hospitalares que:

I - possuam certificação como hospitais de ensino;

II - possuam residência médica em no mínimo 10 (dez) especialidades; ou

III - mantenham processo permanente de avaliação e certificação da qualidade de seus serviços.

§ 6º O Ministério da Educação, conforme regulamentação própria, poderá aplicar o procedimento de chamamento público de que trata este artigo aos outros cursos de graduação na área da saúde.

§ 7º A autorização e a renovação de autorização para funcionamento de cursos de graduação em Medicina deverão considerar, sem prejuízo de outras exigências estabelecidas no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - SINAES:

I - os seguintes critérios de qualidade:

a) a exigência de infraestrutura adequada, incluindo bibliotecas, laboratórios, ambulatorios, salas de aula dotadas de recursos didático-pedagógicos e técnicos especializados, equipamentos especiais e de informática e outras instalações indispensáveis à formação dos estudantes de Medicina;

b) o acesso a serviços de saúde, clínicas ou hospitais com as especialidades básicas indispensáveis à formação dos alunos;

c) possuir metas para corpo docente em regime de tempo integral e para corpo docente com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado;

d) possuir corpo docente e técnico com capacidade de desenvolver pesquisa de boa qualidade, nas áreas curriculares em questão, aferida por publicações científicas;

II - a necessidade social do curso para a cidade e para a região em que se localiza, demonstrada por indicadores demográficos, sociais, econômicos e

concernentes à oferta de serviços de saúde, incluindo dados relativos à:

a) relação número de habitantes por número de profissionais no Município em que é ministrado o curso e nos Municípios de seu entorno;

b) descrição da rede de cursos análogos de nível superior, públicos e privados, e de serviços de saúde, ambulatoriais, hospitalares e programas de residência em funcionamento na região;

c) inserção do curso em programa de extensão que atenda a população carente da cidade e da região em que a instituição se localiza.

CAPÍTULO III DA FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

Art. 4º O funcionamento dos cursos de Medicina fica sujeito à efetiva implantação das diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação.

§ 1º Ao menos 30% (trinta por cento) da carga horária do internato médico na graduação serão desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo de 2 (dois) anos de internato, a ser disciplinado nas diretrizes curriculares nacionais.

§ 2º As atividades de internato na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS e as atividades de Residência Médica serão realizadas sob

acompanhamento acadêmico e técnico, observado o art. 27 desta Lei.

§ 3º O cumprimento do disposto no caput e §§ 1º e 2º deste artigo constitui ponto de auditoria nos processos avaliativos do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - SINAES.

Art. 5º Os Programas de Residência Médica de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão anualmente vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior.

Parágrafo único. A regra de que trata o caput é meta a ser implantada progressivamente até 31 de dezembro de 2018.

Art. 6º Para fins do cumprimento da meta de que trata o art. 5º, será considerada a oferta de vagas de Programas de Residência Médica nas seguintes modalidades:

I - Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade; e

II - Programas de Residência Médica de acesso direto, nas seguintes especialidades:

- a) Genética Médica;
- b) Medicina do Tráfego;
- c) Medicina do Trabalho;
- d) Medicina Esportiva;
- e) Medicina Física e Reabilitação;
- f) Medicina Legal;
- g) Medicina Nuclear;
- h) Patologia; e
- i) Radioterapia.

Art. 7º O Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade terá duração mínima de 2 (dois) anos.

§ 1º O primeiro ano do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade será obrigatório para o ingresso nos seguintes Programas de Residências Médicas:

- I - Medicina Interna (Clínica Médica);
- II - Pediatria;
- III - Ginecologia e Obstetrícia;
- IV - Cirurgia Geral;
- V - Psiquiatria;
- VI - Medicina Preventiva e Social.

§ 2º Será necessária a realização de 1 (um) a 2 (dois) anos do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade para os demais Programas de Residências Médicas, conforme disciplinado pela Comissão Nacional de Residências Médicas - CNRM, excetuando-se os Programas de Residência Médica de acesso direto.

§ 3º O pré-requisito de que trata este artigo apenas será exigido quando for alcançada a meta prevista no parágrafo único do art. 5º, na forma do regulamento.

§ 4º Os Programas de Residência Médica estabelecerão processos de transição para implementação, integração e consolidação das mudanças curriculares, com o objetivo de viabilizar a carga horária e os conteúdos oferecidos no currículo novo e permitir o fluxo na formação de especialistas, evitando assim atrasos curriculares, repetições desnecessárias e dispersão de recursos.

§ 5º O processo de transição previsto no § 4º deverá ser registrado por meio de avaliação do currículo novo, envolvendo discentes de diversas turmas e docentes.

§ 6º Os Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade deverão contemplar especificidades do Sistema Único de Saúde, como as atuações na área de Urgência e Emergência, Atenção Domiciliar, Saúde Mental, Educação Popular em Saúde, Saúde Coletiva e Clínica Geral Integral em todos os ciclos de vida.

§ 7º O Ministério da Saúde coordenará as atividades da Residência Geral em Medicina de Família e Comunidade no âmbito da rede saúde-escola.

Art. 8º As bolsas de Residência em Medicina de Família e Comunidade poderão receber complementação financeira a ser estabelecida e custeada pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

Art. 9º Fica instituída a avaliação específica para curso de graduação em Medicina, a cada 2 (dois) anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, a ser implementada no prazo de 2 (dois) anos, conforme ato do Ministro de Estado da Educação.

§ 1º Fica instituída avaliação específica para os Programas de Residência Médica, anualmente, a ser implementada no prazo de 2 (dois) anos, pela Comissão Nacional de Residência Médica.

§ 2º As avaliações de que trata este artigo serão implementadas pelo Instituto Nacional de Estudos e

Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP, no âmbito do sistema federal de ensino.

Art. 10. Os cursos de graduação em Medicina promoverão a adequação da matriz curricular para atendimento ao disposto nesta Lei, nos prazos e na forma definidos em resolução do Conselho Nacional de Educação - CNE, aprovada pelo Ministro de Estado da Educação.

Parágrafo único. O CNE terá o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contado da data de publicação desta Lei, para submeter a resolução de que trata o caput ao Ministro de Estado da Educação.

Art. 11. A regulamentação das mudanças curriculares dos diversos programas de residência médica será realizada por meio de ato do Ministério da Educação, ouvida a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM e o Ministério da Saúde.

Seção Única

Do Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde

Art. 12. As instituições de educação superior responsáveis pela oferta dos cursos de Medicina e dos Programas de Residência Médica poderão firmar Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, na qualidade de gestores, com a finalidade de viabilizar a reordenação da oferta de cursos de Medicina, de vagas de Residência Médica e a estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade, além de

permitir a integração ensino-serviço na área da Atenção Básica.

§ 1º O Contrato Organizativo poderá estabelecer:

I - garantia de acesso a todos os estabelecimentos assistenciais sob a responsabilidade do gestor da área da saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência médica; e

II - outras obrigações mútuas entre as partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço, cujos termos serão levados à deliberação das Comissões Intergestores Regionais, Comissões Intergestores Bipartite e Comissão Intergestores Tripartite, ouvidas as Comissões de Integração Ensino-Serviço.

§ 2º No âmbito do Contrato Organizativo, caberão às autoridades mencionadas no *caput*, em acordo com a instituição de educação superior e os Programas de Residência Médica, designar médicos preceptores da rede de serviços de saúde e regulamentar a sua relação com a instituição responsável pelo curso de Medicina ou Programa de Residência Médica.

§ 3º Os Ministérios da Educação e da Saúde coordenarão as ações necessárias para assegurar a pactuação de Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde.

CAPÍTULO IV DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

Art. 13. Fica instituído, no âmbito do Programa Mais Médicos, o Projeto Mais Médicos para o Brasil, que será oferecido:

I - aos médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País; e

II - aos médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras, por meio de intercâmbio médico internacional.

§ 1º A seleção e a ocupação das vagas ofertadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil observarão a seguinte ordem de prioridade:

I - médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, inclusive os aposentados;

II - médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da Medicina no exterior; e

III - médicos estrangeiros com habilitação para exercício de Medicina no exterior.

§ 2º Para fins do Projeto Mais Médicos para o Brasil, considera-se:

I - médico participante - o médico intercambista ou o médico formado em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado; e

II - médico intercambista - o médico formado em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para exercício da Medicina no exterior.

§ 3º A Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil ficará a cargo dos Ministérios da Educação e da Saúde, que disciplinarão, por meio de ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde, a forma de

participação das instituições públicas de educação superior e as regras de funcionamento do Projeto, incluindo a carga horária, as hipóteses de afastamentos e os recessos.

Art. 14. O aperfeiçoamento dos médicos participantes ocorrerá mediante oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e envolverá atividades de ensino, pesquisa e extensão, que terão componente assistencial mediante integração ensino-serviço.

§ 1º O aperfeiçoamento de que trata o caput terá prazo de até 3 (três) anos, prorrogável por igual período caso ofertadas outras modalidades de formação, conforme definido em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

§ 2º A aprovação do médico participante no curso de especialização será condicionada ao cumprimento de todos os requisitos do Projeto Mais Médicos para o Brasil e à sua aprovação nas avaliações periódicas.

§ 3º O primeiro módulo, designado acolhimento, terá duração de 4 (quatro) semanas, será executado na modalidade presencial, com carga horária mínima de 160 (cento e sessenta) horas e contemplará conteúdo relacionado à legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, funcionamento e atribuições do SUS, notadamente da Atenção Básica em saúde, aos protocolos clínicos de atendimentos definidos pelo Ministério da Saúde, à Língua Portuguesa e ao código de ética médica.

§ 4º As avaliações serão periódicas, realizadas ao final de cada módulo e compreenderão o conteúdo

específico do respectivo módulo, visando a identificar se o médico participante está apto ou não a continuar no Projeto.

§ 5º A Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, responsável pelas avaliações de que tratam os §§ 1º a 4º, disciplinará, acompanhará e fiscalizará a programação em módulos do aperfeiçoamento dos médicos participantes, a adoção de métodos transparentes para designação dos avaliadores e os resultados e índices de aprovação e reprovação da avaliação, zelando pelo equilíbrio científico, pedagógico e profissional.

Art. 15. Integram o Projeto Mais Médicos para o Brasil:

I - o médico participante, que será submetido ao aperfeiçoamento profissional supervisionado;

II - o supervisor, profissional médico responsável pela supervisão profissional contínua e permanente do médico; e

III - o tutor acadêmico, docente médico que será responsável pela orientação acadêmica.

§ 1º São condições para a participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, conforme disciplinado em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde:

I - apresentar diploma expedido por instituição de educação superior estrangeira;

II - apresentar habilitação para o exercício da Medicina no país de sua formação; e

III - possuir conhecimento em língua portuguesa, regras de organização do SUS e protocolos e diretrizes clínicas no âmbito da Atenção Básica.

§ 2º Os documentos previstos nos incisos I e II do § 1º sujeitam-se à legalização consular gratuita, dispensada a tradução juramentada, nos termos de ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

§ 3º A atuação e a responsabilidade do médico supervisor e do tutor acadêmico, para todos os efeitos de direito, são limitadas, respectiva e exclusivamente, à atividade de supervisão médica e à tutoria acadêmica.

Art. 16. O médico intercambista exercerá a Medicina exclusivamente no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão do Projeto Mais Médicos para o Brasil, dispensada, para tal fim, nos 3 (três) primeiros anos de participação, a revalidação de seu diploma nos termos do § 2º do art. 48 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

§ 1º Fica vedado ao médico intercambista o exercício da Medicina fora das atividades do Projeto Mais Médicos para o Brasil, sendo que a prorrogação da permanência no Projeto após a primeira etapa somente será admitida para os médicos que integrem Carreira médica específica.

§ 2º A participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, atestada pela Coordenação do Projeto, é condição necessária e suficiente para o exercício da Medicina no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, não sendo aplicável o art. 17 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957.

§ 3º O Ministério da Saúde emitirá número de registro único para cada médico intercambista participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil e a respectiva carteira de identificação, que o habilitará para o exercício da Medicina nos termos do § 2º.

§ 4º A Coordenação do Projeto comunicará ao Conselho Regional de Medicina que jurisdicionar na área de atuação a relação de médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil e os respectivos números de registro único.

§ 5º O médico intercambista estará sujeito à fiscalização pelo Conselho Regional de Medicina.

Art. 17. As atividades desempenhadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil não criam vínculo empregatício de qualquer natureza.

Art. 18. O médico intercambista estrangeiro inscrito no Projeto Mais Médicos para o Brasil fará jus ao visto temporário de aperfeiçoamento médico pelo prazo de 3 (três) anos, prorrogável por igual período em razão do disposto no § 1º do art. 14, mediante declaração da Coordenação do Projeto.

§ 1º O Ministério das Relações Exteriores poderá conceder o visto temporário de que trata o caput aos dependentes legais do médico intercambista estrangeiro, incluindo companheiro ou companheira, pelo prazo de validade do visto do titular.

§ 2º Os dependentes legais do médico intercambista estrangeiro poderão exercer atividades

remuneradas, com emissão de Carteira de Trabalho e Previdência Social pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

§ 3º É vedada a transformação do visto temporário previsto neste artigo em permanente.

§ 4º Aplicam-se os arts. 30, 31 e 33 da Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, ao disposto neste artigo.

Art. 19. Os médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil poderão perceber bolsas nas seguintes modalidades:

- I - bolsa-formação;
- II - bolsa-supervisão; e
- III - bolsa-tutoria.

§ 1º Além do disposto no caput, a União concederá ajuda de custo destinada a compensar as despesas de instalação do médico participante, que não poderá exceder a importância correspondente ao valor de 3 (três) bolsas-formação.

§ 2º Fica a União autorizada a custear despesas com deslocamento dos médicos participantes e seus dependentes legais, conforme dispuser ato conjunto dos Ministros de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Saúde.

§ 3º Os valores das bolsas e da ajuda de custo a serem concedidas e suas condições de pagamento serão definidos em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

Art. 20. O médico participante enquadra-se como segurado obrigatório do Regime Geral de Previdência Social

- RGPS, na condição de contribuinte individual, na forma da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

Parágrafo único. Ficam ressalvados da obrigatoriedade de que trata o caput os médicos intercambistas:

I - selecionados por meio de instrumentos de cooperação com organismos internacionais que prevejam cobertura securitária específica; ou

II - filiados a regime de seguridade social no seu país de origem, que mantenha acordo internacional de seguridade social com a República Federativa do Brasil.

Art. 21. Poderão ser aplicadas as seguintes penalidades aos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil que descumprirem o disposto nesta Lei e nas normas complementares:

I - advertência;

II - suspensão; e

III - desligamento das ações de aperfeiçoamento.

§ 1º Na hipótese do inciso III do caput, poderá ser exigida a restituição dos valores recebidos a título de bolsa, ajuda de custo e aquisição de passagens, acrescidos de atualização monetária, conforme definido em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

§ 2º Na aplicação das penalidades previstas neste artigo, serão consideradas a natureza e a gravidade da infração cometida, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

§ 3º No caso de médico intercambista, o desligamento do Projeto implicará o cancelamento do registro provisório e do registro de estrangeiro.

§ 4º Para fins do disposto no § 3º, a Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil comunicará o desligamento do médico participante ao Conselho Regional de Medicina e ao Ministério da Justiça.

Art. 22. As demais ações de aperfeiçoamento na área de atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS, voltadas especificamente para os médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado, serão desenvolvidas por meio de projetos e programas dos Ministérios da Saúde e da Educação.

§ 1º As ações de aperfeiçoamento de que trata o caput serão realizadas por meio de instrumentos de incentivo e mecanismos de integração ensino-serviço.

§ 2º O candidato que tiver participado das ações previstas no caput deste artigo e tiver cumprido integralmente aquelas ações, desde que realizado o programa em 1 (um) ano, receberá pontuação adicional de 10% (dez por cento) na nota de todas as fases ou 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 7 de julho de 1981.

§ 3º A pontuação adicional de que trata o § 2º não poderá elevar a nota final do candidato para além da nota máxima prevista pelo edital do processo seletivo mencionado.

§ 4º O disposto nos §§ 2º e 3º terá validade até a implantação do disposto no parágrafo único do art. 5º desta Lei.

§ 5º Aplica-se o disposto nos arts. 17, 19, 20 e 21 aos Projetos e Programas de que trata o caput.

CAPÍTULO V DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 23. Para execução das ações previstas nesta Lei, os Ministérios da Educação e da Saúde poderão firmar acordos e outros instrumentos de cooperação com organismos internacionais, instituições de educação superior nacionais e estrangeiras, órgãos e entidades da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, consórcios públicos e entidades privadas, inclusive com transferência de recursos.

Art. 24. Ficam transformadas, no âmbito do Poder Executivo, sem aumento de despesa, 117 (cento e dezessete) Funções Comissionadas Técnicas - FCT, criadas pelo art. 58 da Medida Provisória nº 2.229-43, de 6 de setembro de 2001, do nível FCT-13, em 10 (dez) cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS, sendo 2 (dois) DAS-5 e 8 (oito) DAS-4.

Art. 25. Ficam os Ministérios da Saúde e da Educação autorizados a contratar, mediante dispensa de licitação, instituição financeira oficial federal para realizar atividades relacionadas aos pagamentos das bolsas de que trata esta Lei.

Art. 26. Ficam a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA autorizados a conceder bolsas para ações de saúde, a ressarcir despesas, a adotar outros mecanismos de incentivo a suas atividades institucionais e a promover as ações necessárias ao desenvolvimento do Programa Mais Médicos, observada a Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011.

Art. 27. Será concedida bolsa para atividades de preceptoria nas ações de formação em serviço nos cursos de graduação e residência médica ofertados pelas instituições federais de educação superior ou pelo Ministério da Saúde.

§ 1º Integram as diretrizes gerais para o processo de avaliação de desempenho para fins de progressão e de promoção de que trata o § 4º do art. 12 da Lei nº 12.772, de 28 de dezembro de 2012, a serem estabelecidas em ato do Ministério da Educação, o exercício profissional no Sistema Único de Saúde, na área de docência do professor, a preceptoria de que trata esta Lei e o exercício de atividade nos programas definidos como prioritários pelo Ministério da Saúde.

§ 2º Com vistas a assegurar a universalização dos programas de residência médica prevista no art. 5º desta Lei, poderão ser adotadas medidas que ampliem a formação de preceptores de residência médica.

Art. 28. Os médicos participantes e seus dependentes legais ficarão isentos do pagamento das taxas e emolumentos previstos nos arts. 20, 33 e 131 da Lei nº

6.815, de 19 de agosto de 1980, e no Decreto-Lei nº 2.236, de 23 de janeiro de 1985.

Art. 29. Para os efeitos do art. 26 da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, os valores percebidos a título de bolsa previstos nesta Lei e na Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, não caracterizam contraprestação de serviços.

Art. 30. O quantitativo dos integrantes dos projetos e programas de aperfeiçoamento de que trata esta Lei observará os limites dos recursos orçamentários disponíveis.

§ 1º O quantitativo de médicos estrangeiros no Projeto Mais Médicos para o Brasil não poderá exceder o patamar máximo de 10% (dez por cento) do número de médicos brasileiros com inscrição definitiva nos Conselhos Regionais de Medicina.

§ 2º O SUS terá o prazo de 5 (cinco) anos para dotar as unidades básicas de saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura, a serem definidas nos Planos Plurianuais.

§ 3º As despesas decorrentes da execução dos projetos e programas previstos nesta Lei correrão à conta de dotações orçamentárias destinadas aos Ministérios da Educação, da Defesa e da Saúde, consignadas no orçamento geral da União.

Art. 31. Os Ministros de Estado da Educação e da Saúde poderão editar normas complementares para o cumprimento do disposto nesta Lei.

Art. 32. A Advocacia-Geral da União atuará, nos termos do art. 22 da Lei nº 9.028, de 12 de abril de 1995, na representação judicial e extrajudicial dos profissionais designados para a função de supervisor médico e tutor acadêmico prevista nos incisos II e III do art. 15.

Art. 33. A Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 2º

.....

XI - admissão de professor para suprir demandas excepcionais decorrentes de programas e projetos de aperfeiçoamento de médicos na área de Atenção Básica em saúde em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde - SUS, mediante integração ensino-serviço, respeitados os limites e as condições fixados em ato conjunto dos Ministros de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão, da Saúde e da Educação.

....." (NR)

"Art. 4º

.....

IV - 3 (três) anos, nos casos das alíneas h e l do inciso VI e dos incisos VII, VIII e XI do caput do art. 2º desta Lei;

.....

Parágrafo único.

.....

V - no caso dos incisos VII e XI do caput do art. 2º, desde que o prazo total não exceda 6 (seis) anos; e

....." (NR)

Art. 34. O art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 3º, 4º e 5º:

"Art. 1º

.....

§ 3º A Residência Médica constitui modalidade de certificação das especialidades médicas do Brasil.

§ 4º As certificações de especialidades médicas concedidas pelos Programas de Residência Médica ou pelas associações médicas submetem-se às necessidades do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 5º As instituições de que tratam os §§ 1º a 4º deste artigo deverão encaminhar, anualmente, o número de médicos certificados como especialistas, com vistas a possibilitar o Ministério da Saúde a formar o Cadastro Nacional de Especialistas e parametrizar as ações de saúde pública." (NR)

Art. 35. As entidades ou associações médicas que até a data da publicação desta Lei ofertam cursos de especialização, não caracterizados como Residência Médica, encaminharão as relações de registros de títulos de especialistas para o Ministério da Saúde, para os fins previstos no § 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981.

Art. 36. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

MEDIDA PROVISÓRIA ORIGINAL Nº 621, DE 2013

Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:

CAPÍTULO I **DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 1º Fica instituído o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde - SUS e com os seguintes objetivos:

I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;

II - fortalecer a prestação de serviços na atenção básica em saúde no País;

III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;

VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;

VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e funcionamento do SUS; e

VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Art. 2º Para consecução dos objetivos do Programa Mais Médicos, serão adotadas, entre outras, as seguintes ações:

I - reordenação da oferta de cursos de medicina e vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;

II - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e

III - promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional.

CAPÍTULO II

DA AUTORIZAÇÃO PARA FUNCIONAMENTO DE CURSOS DE MEDICINA

Art. 3º A autorização para o funcionamento de curso de graduação em medicina, por instituição de educação superior privada, será precedida de chamamento público, e caberá ao Ministro de Estado da Educação dispor sobre:

I - pré-seleção dos Municípios para a autorização de funcionamento de cursos de medicina, ouvido o Ministério da Saúde;

II - procedimentos para celebração do termo de adesão ao chamamento público pelos gestores locais do SUS;

III - critérios para autorização de funcionamento de instituição de educação superior privada especializada em cursos na área de saúde;

IV - critérios do edital de seleção de propostas para obtenção de autorização de funcionamento de curso de medicina; e

V - periodicidade e metodologia dos procedimentos avaliativos necessários ao acompanhamento e monitoramento da execução da proposta vencedora do chamamento público.

§ 1º Na pré-seleção dos Municípios de que trata o inciso I do **caput**, deverá ser considerada, no âmbito da região de saúde:

I - a relevância e a necessidade social da oferta de curso de medicina; e

II - a existência, nas redes de atenção à saúde do SUS, de equipamentos públicos adequados e suficientes para a oferta do curso de medicina, incluindo, no mínimo, os seguintes serviços, ações e programas:

a) atenção básica;

b) urgência e emergência;

c) atenção psicossocial;

d) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

e) vigilância em saúde.

§ 2º Por meio do termo de adesão de que trata o inciso II do **caput**, o gestor local do SUS compromete-se a oferecer, para a instituição de educação superior vencedora do chamamento público, a estrutura de serviços, ações e programas de saúde necessários para a implantação e para o funcionamento do curso de graduação em medicina.

§ 3º O edital previsto no inciso IV do **caput** observará, no que couber, a legislação sobre licitações e contratos administrativos, exigirá garantia de proposta do participante, e multa por inexecução total ou parcial do contrato, conforme previsto respectivamente no art. 56 e no inciso II do **caput** do art. 87 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

§ 4º O disposto neste artigo não se aplica aos pedidos de autorização para funcionamento de curso de medicina protocolados no Ministério da Educação até a data de publicação desta Medida Provisória.

CAPÍTULO III

DA FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

Art. 4º Para os ingressantes nos cursos de medicina a partir de 1º de janeiro de 2015, a formação do médico abrangerá dois ciclos distintos e complementares entre si, correspondendo:

I - o primeiro ciclo, à observância das diretrizes curriculares nacionais, com o cumprimento da carga horária não inferior a sete mil e duzentas horas; e

II - o segundo ciclo, a treinamento em serviço, exclusivamente na atenção básica à saúde e em urgência e emergência no âmbito do SUS, com duração mínima de dois anos, conforme regulamentação do Conselho Nacional de Educação - CNE, homologada pelo Ministro de Estado da Educação.

§ 1º O segundo ciclo não dispensa o estudante de medicina do estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço supervisionado, em regime de internato, desenvolvido durante o primeiro ciclo do curso e disciplinado em conformidade com as diretrizes curriculares nacionais.

§ 2º Sem prejuízo da necessária supervisão acadêmica a cargo da instituição de educação superior à qual o estudante de medicina esteja vinculado, o segundo ciclo será realizado sob supervisão técnica de médicos, detentores de título de pós-graduação.

§ 3º Durante a realização do segundo ciclo, é assegurada aos estudantes de medicina a percepção de bolsa custeada pelo Ministério da Saúde, em valor estabelecido em ato do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 5º Ao estudante de medicina aprovado no primeiro ciclo, conforme certificado expedido pela correspondente instituição de educação superior, será concedida permissão para o exercício profissional da medicina, válida exclusivamente para as atividades do segundo ciclo de formação.

§ 1º A inscrição no segundo ciclo de formação é condição necessária e suficiente para expedição da permissão de exercício profissional de que trata o **caput** pelos Conselhos Regionais de Medicina.

§ 2º O segundo ciclo de formação é considerado componente curricular obrigatório do curso de graduação em medicina e será inscrito no histórico escolar do estudante.

§ 3º O diploma de médico somente será conferido ao estudante de medicina aprovado no segundo ciclo de formação.

§ 4º O segundo ciclo de formação poderá ser aproveitado como uma etapa dos programas de residência médica ou de outro curso de pós-graduação, nos termos definidos pelos Ministérios da Educação e da Saúde, ouvida a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM.

Art. 6º As instituições de ensino superior promoverão a adequação da matriz curricular dos cursos de medicina para atendimento ao disposto nesta Medida Provisória, nos prazos e na forma definida pelo CNE, em parecer homologado pelo Ministro de Estado da Educação.

Parágrafo único. O CNE terá o prazo de cento e oitenta dias, contado da data de publicação desta Medida Provisória, para submeter o parecer referido no **caput** ao Ministro de Estado da Educação.

CAPÍTULO IV

DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

Art. 7º Fica instituído, no âmbito do Programa Mais Médicos, o Projeto Mais Médicos para o Brasil, que será oferecido:

I - aos médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País; e

II - aos médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras, por meio de intercâmbio médico internacional.

§ 1º A seleção e ocupação das vagas ofertadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil observará a seguinte ordem de prioridade:

I - médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País;

II - médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da medicina no exterior; e

III - médicos estrangeiros com habilitação para exercício de medicina no exterior.

§ 2º Para fins do Projeto Mais Médicos para o Brasil, considera-se:

I - médico participante - médico intercambista ou médico formado em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado; e

II - médico intercambista - médico formado em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para exercício da medicina no exterior.

§ 3º A coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil ficará a cargo dos Ministérios da Educação e da Saúde, que disciplinarão, por meio de ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde, a forma de participação das instituições públicas de educação

superior e as regras de funcionamento do Projeto, incluindo a carga horária, as hipóteses de afastamentos e os recessos.

Art. 8º O aperfeiçoamento dos médicos participantes ocorrerá mediante oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e envolverá atividades de ensino, pesquisa e extensão, que terá componente assistencial mediante integração ensino-serviço.

§ 1º O aperfeiçoamento de que trata o caput terá prazo de até três anos, prorrogável por igual período caso ofertadas outras modalidades de formação, conforme definido em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

§ 2º A aprovação do médico participante no curso de especialização será condicionada ao cumprimento de todos os requisitos do Projeto Mais Médicos para o Brasil e à aprovação nas avaliações periódicas.

Art. 9º Integram o Projeto Mais Médicos para o Brasil:

I - o médico participante, que será submetido ao aperfeiçoamento profissional supervisionado;

II - o supervisor, profissional médico responsável pela supervisão profissional contínua e permanente do médico; e

III - o tutor acadêmico, docente médico que será responsável pela orientação acadêmica.

§ 1º São condições para a participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, conforme disciplinado em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde:

I - apresentar diploma expedido por instituição de educação superior estrangeira;

II - apresentar habilitação para o exercício da medicina no país de sua formação; e

III - possuir conhecimentos de língua portuguesa.

§ 2º Os documentos previstos nos incisos I e II do § 1º sujeitam-se à legalização consular gratuita, dispensada a tradução juramentada, nos termos de ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

Art. 10. O médico intercambista exercerá a medicina exclusivamente no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão do Projeto Mais Médicos para o Brasil, dispensada, para tal fim, a revalidação de seu diploma nos termos do § 2º do art. 48 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

§ 1º Fica vedado ao médico intercambista o exercício da medicina fora das atividades do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

§ 2º Para exercício da medicina pelo médico intercambista no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil será expedido registro provisório pelos Conselhos Regionais de Medicina.

§ 3º A declaração de participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, fornecida pela coordenação do programa, é condição necessária e suficiente para a expedição de registro provisório pelos Conselhos Regionais de Medicina, não sendo aplicável o art. 99 da Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, e o art. 17 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957.

§ 4º O registro provisório será expedido pelo Conselho Regional de Medicina no prazo de quinze dias, contado da apresentação do requerimento pela coordenação do programa de aperfeiçoamento, e terá validade restrita à permanência do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, nos termos do regulamento.

§ 5º O médico intercambista registrado provisoriamente estará sujeito à fiscalização e ao pagamento das anuidades estabelecidas pelo Conselho Regional de Medicina em que estiver inscrito, conforme legislação aplicável aos médicos inscritos em definitivo.

§ 6º O médico intercambista não participará das eleições do Conselho Regional de Medicina em que estiver inscrito.

Art. 11. As atividades desempenhadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil não criam vínculo empregatício de qualquer natureza.

Art. 12. O médico intercambista estrangeiro inscrito no Projeto Mais Médicos para o Brasil fará jus ao visto temporário de aperfeiçoamento médico pelo prazo de três anos, prorrogável por igual período em razão do disposto no § 1º do art. 8º, mediante declaração da coordenação do projeto.

§ 1º O Ministério das Relações Exteriores poderá conceder o visto temporário de que trata o **caput** aos dependentes legais do médico intercambista estrangeiro, incluindo companheiro ou companheira, pelo prazo de validade do visto do titular.

§ 2º Os dependentes legais do médico intercambista estrangeiro poderão exercer atividades remuneradas, com emissão de Carteira de Trabalho e Previdência Social pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

§ 3º É vedada a transformação do visto temporário previsto neste artigo em permanente.

§ 4º Aplicam-se os arts. 30, 31 e 33 da Lei nº 6.815, de 1980, ao disposto neste artigo.

Art. 13. Os médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil poderão perceber bolsas nas seguintes modalidades:

I - bolsa-formação;

II - bolsa-supervisão; e

III - bolsa-tutoria.

§ 1º Além do disposto no **caput**, a União concederá ajuda de custo destinada a compensar as despesas de instalação do médico participante, que não poderá exceder a importância correspondente ao valor de três bolsas-formação.

§ 2º Fica a União autorizada a custear despesas com deslocamento dos médicos participantes e seus dependentes legais, conforme dispuser ato conjunto dos Ministros de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Saúde.

§ 3º Os valores das bolsas e da ajuda de custo a serem concedidas e suas condições de pagamento serão definidos em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

Art. 14. O médico participante enquadra-se como segurado obrigatório do Regime Geral de Previdência Social - RGPS, na condição de contribuinte individual, na forma da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

Parágrafo único. Ficam ressalvados da obrigatoriedade de que trata o **caput** os médicos intercambistas:

I - selecionados por meio de instrumentos de cooperação com organismos internacionais que prevejam cobertura securitária específica; ou

II - filiados a regime de seguridade social no seu país de origem, que mantenha acordo internacional de seguridade social com a República Federativa do Brasil.

Art. 15. Poderão ser aplicadas as seguintes penalidades aos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil que descumprirem o disposto nesta Medida Provisória e nas normas complementares:

I - advertência;

II - suspensão; e

III - desligamento das ações de aperfeiçoamento.

§ 1º Na hipótese do inciso III do **caput**, poderá ser exigida a restituição dos valores recebidos a título de bolsa, ajuda de custo e aquisição de passagens, acrescidos de atualização monetária, conforme definido em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

§ 2º Na aplicação das penalidades previstas neste artigo, serão consideradas a natureza e a gravidade da infração cometida, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

§ 3º No caso de médico intercambista, o desligamento do programa implicará o cancelamento do registro provisório e do registro de estrangeiro.

§ 4º Para fins do disposto no § 3º, a coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil comunicará o desligamento do médico participante ao Conselho Regional de Medicina e ao Ministério da Justiça.

Art. 16. As demais ações de aperfeiçoamento na área de atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS, voltadas especificamente para os médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado, serão desenvolvidas por meio de projetos e programas dos Ministérios da Saúde e da Educação.

§ 1º As ações de aperfeiçoamento de que trata o **caput** serão realizadas por meio de instrumentos de incentivo e mecanismos de integração ensino-serviço.

§ 2º Aplica-se o disposto nos arts. 11, 13, 14 e 15 aos projetos e programas de que trata o **caput**.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 17. Para execução das ações previstas nesta Medida Provisória, os Ministérios da Educação e da Saúde poderão firmar acordos e outros instrumentos de cooperação com organismos internacionais, instituições de educação superior nacionais e estrangeiras, órgãos e entidades da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, consórcios públicos e entidades privadas, inclusive com transferência de recursos.

Art. 18. Ficam transformadas, no âmbito do Poder Executivo, sem aumento de despesa, cento e dezessete Funções Comissionadas Técnicas - FCT, criadas pelo art. 58 da Medida Provisória nº 2.229-43, de 6 de setembro de 2001, do nível FCT-13, em dez cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS, sendo dois DAS-5 e oito DAS-4.

Art. 19. Ficam os Ministérios da Saúde e da Educação autorizados a contratar, mediante dispensa de licitação, instituição financeira oficial federal para realizar atividades relacionadas aos pagamentos das bolsas de que trata esta Medida Provisória.

Art. 20. Fica a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH autorizada a conceder bolsas para ações de saúde, a ressarcir despesas, a adotar outros mecanismos de incentivo a suas atividades institucionais, e a promover as ações necessárias ao desenvolvimento do Programa Mais Médicos, observada a Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011.

Art. 21. Poderá ser concedida bolsa para atividades de preceptoria nas ações de formação em serviço nos cursos de graduação e residência médica ofertados pelas instituições federais de educação superior ou pelo Ministério da Saúde.

Art. 22. Os médicos participantes e seus dependentes legais ficarão isentos do pagamento das taxas e emolumentos previstos nos arts. 20, 33 e 131 da Lei nº 6.815, de 1980, e no Decreto-Lei nº 2.236, de 23 de janeiro de 1985.

Art. 23. Para os efeitos do art. 26 da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, os valores percebidos a título de bolsa prevista nesta Medida Provisória e na Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, não caracterizam contraprestação de serviços.

Art. 24. O quantitativo dos integrantes dos projetos e programas de aperfeiçoamento de que trata esta Medida Provisória observará os limites dos recursos orçamentários disponíveis.

Parágrafo único. As despesas decorrentes da execução dos projetos e programas previstos nesta Medida Provisória correrão à conta de dotações orçamentárias destinadas aos Ministérios da Educação, da Defesa e da Saúde, consignadas no Orçamento Geral da União.

Art. 25. Os Ministros de Estado da Educação e da Saúde poderão editar normas complementares para o cumprimento do disposto nesta Medida Provisória.

Art. 26. A Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 2º

.....

XI - admissão de professor para suprir demandas excepcionais decorrentes de programas e projetos de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde - SUS, mediante integração ensino-serviço, respeitados os limites e as condições fixados em ato conjunto dos Ministros de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão, da Saúde e da Educação.

.....” (NR)

“Art. 4º

.....

IV - três anos, nos casos das alíneas "h" e "l" do inciso VI e dos incisos VII, VIII e XI do **caput** do art. 2º desta Lei;

.....

Parágrafo único.

.....

V - no caso dos incisos VII e XI do **caput** do art. 2º, desde que o prazo total não exceda seis anos; e

.....” (NR)

Art. 27. Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.

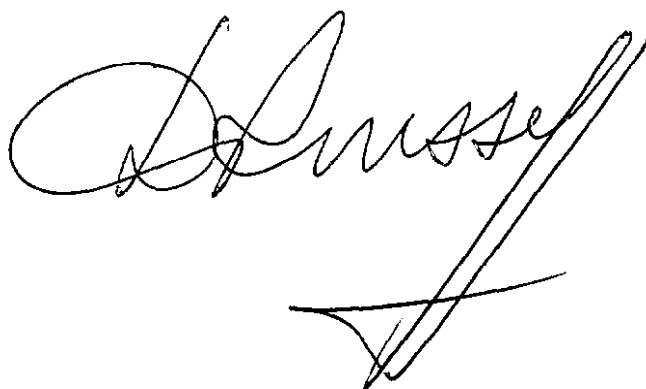
Brasília, 8 de julho de 2013; 192º da Independência e 125º da República.

Mensagem nº 276, de 2013

Senhores Membros do Congresso Nacional,

Nos termos do art. 62 da Constituição, submeto à elevada deliberação de Vossas Excelências o texto da Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013, que “Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências”.

Brasília, 8 de julho de 2013.



EMI nº 00024/2013 MS MEC MP

Brasília, 6 de Julho de 2013

Excelentíssima Senhora Presidenta da República,

1. Submetemos à apreciação de Vossa Excelência o anexo Projeto de Medida Provisória que institui o Programa Mais Médicos, com a finalidade de:

I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;

II - fortalecer a prestação de serviços na atenção básica em saúde no País;

III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desenvolvidas pelos médicos;

VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;

VII - aperfeiçoar médicos nas políticas públicas de saúde do País e na organização e funcionamento do SUS; e

VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas no SUS.

2. O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 define a saúde como direito da sociedade e responsabilidade do Estado, dando as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) conforme a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, o qual tem como princípios e diretrizes a universalidade, a equidade, a integralidade da atenção, a regionalização, a descentralização, a hierarquização e a participação social.

3. Por seu turno, o inciso III do artigo 200 da Constituição Federal de 1988 confere ao SUS a ordenação da formação de recursos humanos em saúde, cujo mercado de trabalho atualmente compõe-se de mais de 3 milhões de trabalhadores que necessitam de constante qualificação e reivindica aperfeiçoamento dos novos profissionais.

4. Por sua vez, o artigo 209 da Constituição Federal estabelece a livre oferta de ensino pela iniciativa privada, desde que atendidas às condições de cumprimento das normas gerais da educação nacional, a autorização e avaliação de qualidade pelo Poder Público. A oferta de educação superior de qualidade é fundamental para o processo de desenvolvimento nacional e melhoria da qualidade de vida da população.

5. O Plano Nacional de Saúde - 2012/2015 do Ministério da Saúde aponta como estratégia fundamental para o enfrentamento dos principais problemas de acesso da população às ações e serviços de saúde com qualidade a organização do sistema de saúde baseado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) que consistem em estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde assegurados pelo SUS e tem como princípio a construção de uma intervenção unificada do Ministério da Saúde em articulação com estados, Distrito Federal e municípios.

6. Essas redes demandam ampliação da oferta de serviços públicos de saúde, sendo que com a expansão prevista até 2014 através exclusivamente dos investimentos do Ministério da Saúde, serão criados mais 35.073 postos de trabalho médico.

7. As Redes de Atenção à Saúde devem ser ordenadas pela Atenção Básica à Saúde, que é a porta de entrada prioritária do SUS. Esta se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde das coletividades. Essa modalidade de atenção orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da

integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

8. A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia de Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo possível verificar que o Brasil avançou muito nas últimas décadas nesta área. Entretanto, o país convive com muitos vazios assistenciais, que correspondem a localidades que não conseguiram prover e fixar profissionais de saúde na atenção básica, em especial os médicos, não garantindo acesso aos serviços básicos de saúde por parte da população brasileira.

9. Compreende-se que a atenção básica bem estruturada possibilita a resolução de até 85% dos problemas de saúde, contribuindo assim para ordenar as Redes de Atenção à Saúde – RAS e organizar a demanda para outros serviços, tais como os de urgência e emergência.

10. Ressalte-se, ainda, que na 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2011, foi aprovada como diretriz que todas as famílias e todas as pessoas devem ter assegurado o direito a uma equipe de saúde da família.

11. O Brasil possui 359.691 médicos ativos e apresenta uma proporção de 1,8 médicos para cada 1.000 (mil) habitantes, conforme dados primários obtidos no Conselho Federal de Medicina (CFM) e na estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

12. A proporção de médico/1.000 habitantes constatada no Brasil é menor do que em outros países latino-americanos com perfil socioeconômico semelhante ou países que têm sistemas universais de saúde, a saber: Canadá 2,0; Reino Unido 2,7; Argentina 3,2; Uruguai 3,7; Portugal 3,9; Espanha 4,0 e Cuba 6,7 (*Estadísticas Sanitarias Mundiales* de 2011 e 2012 – Organização Mundial da Saúde – OMS).

13. Não existe parâmetro que estabeleça uma proporção ideal de médico por habitante reconhecido e validado internacionalmente. Para tanto, utiliza-se como referência a proporção de 2,7 médicos por 1.000 habitantes, que é a encontrada no Reino Unido, país que, depois do Brasil, tem o maior sistema de saúde público de caráter universal orientado pela atenção básica. Nesse cenário, para que o Brasil alcance a mesma relação de médicos por habitante seriam necessários mais 168.424 médicos. Mantendo-se a taxa atual de crescimento do número de médicos no país, o atingimento dessa meta só será viável em 2035.

14. A distribuição dos médicos nas regiões do país demonstra uma grande desigualdade, com boa parte dos estados com uma quantidade de médicos abaixo da média nacional. A tabela abaixo demonstra essa distribuição (IBGE/2012 e CFM/2012):

UF	População 2012	Total de Médicos	Médico por 1.000 hab.
Acre	721.006	679	0,94

Alagoas	3.233.234	3.632	1,12
Amapá	662.927	505	0,76
Amazonas	3.534.574	3.744	1,06
Bahia	15.001.484	16.311	1,09
Ceará	8.810.603	9.277	1,05
Distrito Federal	2.741.213	9.494	3,46
Espírito Santo	3.577.833	7.040	1,97
Goiás	6.145.928	8.917	1,45
Maranhão	6.533.540	3.767	0,58
Mato Grosso	3.120.442	3.441	1,10
Mato Grosso do Sul	2.426.518	3.733	1,54
Minas Gerais	20.529.623	37.149	1,81
Pará	7.726.888	5.938	0,77
Paraíba	3.843.916	4.488	1,17
Paraná	10.945.791	18.406	1,68
Pernambuco	9.015.728	12.547	1,39
Piauí	3.214.556	2.971	0,92
Rio de Janeiro	16.383.401	56.391	3,44
Rio Grande do Norte	3.221.581	3.977	1,23
Rio Grande do Sul	11.073.282	24.741	2,23
Rondônia	1.531.920	1.562	1,02
Roraima	445.043	540	1,21

Santa Catarina	6.297.460	10.656	1,69
São Paulo	42.390.043	105.658	2,49
Sergipe	2.074.528	2.701	1,30
Tocantins	1.323.231	1.426	1,08
Total	196.526.293	359.691	1,83

15. Mesmo os estados com mais médicos que a média nacional apresentam importantes diferenças regionais. Um exemplo disso é o Estado de São Paulo que, em apenas cinco de suas regiões, apresenta um número superior a 1,8 médicos a cada mil habitantes (Demografia Médica no Estado de São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP, 2012).

16. Uma das explicações para esse quadro está relacionada ao número insuficiente de vagas nos cursos de graduação em medicina. Apesar de um número absoluto de escolas médicas maior do que alguns países (são 200 escolas médicas), ao analisar-se a proporção de vagas de ingresso para cada 10.000 (dez mil) habitantes, o país apresenta índice significativamente inferior.

17. Enquanto o Brasil tem o índice de 0,8 vaga a cada 10.000 habitantes, outros países têm índices maiores, a saber: Austrália 1,4; Reino Unido 1,5; Portugal 1,6 e Argentina 3,1. Além disso, há estados em que esse índice é ainda menor, tais como Maranhão e Bahia (0,39).

18. A escassez de médicos em diversas regiões se manifesta em análises realizadas sobre o mercado de trabalho, como no estudo “Demografia do Trabalho Médico”, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), baseado em dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS). Consoante esse estudo, entre os anos de 2003 e 2011, para 93.156 egressos dos cursos de medicina foram criados 146.857 empregos formais. Cabe considerar que nestes dados não estão incluídos os médicos que optam por ingressar na residência médica, médicos cooperativados ou autônomos. Desse modo, é possível concluir que uma parcela significativa dos médicos recém-graduados já ingressa no mercado de trabalho com a possibilidade de exercer mais de um emprego formal.

19. A população brasileira percebe e manifesta o desconforto com essa escassez de médicos, que tem impacto no acesso ao SUS. Em estudo do Sistema de Indicadores de Percepção Social, realizado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), em 2011, 58,1% dos 2.773 entrevistados disseram que a falta de médicos é o principal problema do SUS. No mesmo estudo, a resposta mais frequente como sugestão de melhoria para o sistema de saúde foi de aumentar o número de médicos.

20. Desse modo, encontramos um quadro de extrema gravidade, no qual alguns estados apresentam um número insuficiente de médicos e de vagas de ingresso na graduação, com ausência de expectativa de reversão desse quadro a curto e médio prazos, caso não haja medidas indutoras implementadas pelo Estado. Nesse cenário, a expansão de 2.415 vagas de cursos de medicina, anunciada pelo MEC em 2012, só contribuiria para atingir o número de 2,7 médicos a cada 1.000 habitantes no ano de 2035.

21. O Ministério da Educação autorizou em 2012 a oferta de cerca de 800 vagas privadas em cursos de medicina. Em que pese o aumento de vagas, o atual momento exige a adoção de iniciativas estatais para criar e ampliar vagas em cursos de medicina nos vazios de formação e de assistência, a partir do papel indutor do Estado na regulação da educação superior. Com isso, incentiva-se a criação de instituições de educação superior voltadas à área da saúde e à oferta de cursos de medicina nessas regiões. A autorização para oferta de cursos de medicina obedecerá a uma regulação educacional específica, com a publicação de chamamentos públicos às instituições de educação superior interessadas em se habilitar para atuação nas regiões que apresentem vulnerabilidade social, conforme critérios a serem estabelecidos pelo Ministério da Educação.

22. Além disso, entende-se que é fundamental agregar novas ações para garantir a ampliação da formação de médicos para a atenção básica no país, possibilitando à população brasileira o acesso ao sistema de saúde de qualidade.

23. Uma das iniciativas é a ampliação de 12.000 novas vagas de residência médica acompanhadas da oferta de bolsas, a serem implementadas até 2017, uma vez que se entende a importância dessa modalidade para a fixação de profissionais. Estudo recente denominado Migramed, do Observatório de Recursos Humanos de São Paulo/ObservaRH, de 2012, demonstra que 86% dos médicos permanecem no local em que cursaram a graduação e a residência médica.

24. Uma das medidas proposta é a reformulação da grade curricular dos cursos de medicina, com acréscimo substancial de horas na formação específica na Atenção Básica. A presente Medida Provisória prevê que, para os ingressantes nos cursos de medicina a partir de 1º de janeiro de 2015, a formação do médico abrangerá dois ciclos distintos e complementares entre si, correspondendo o primeiro ciclo à observância das diretrizes curriculares nacionais, com o cumprimento da carga horária não inferior a 7.200 horas, e o segundo ciclo ao treinamento em serviço, exclusivamente na atenção básica à saúde e em urgência e emergência no âmbito do SUS, com duração mínima de dois anos.

25. O segundo ciclo de formação será considerado componente curricular obrigatório do curso de graduação em medicina, inscrito no histórico escolar do estudante, e constituirá requisito para a obtenção do diploma de médico. Nesse período, o estudante fará jus ao recebimento de uma bolsa, com valor a ser definido pelo Ministério da Saúde. Poderá ainda ser aproveitado como uma etapa dos programas de residência médica ou de outro curso de pós-graduação.

26. Essa nova etapa representa uma importante estratégia para a formação médica, reforçando o conteúdo das Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em Medicina e apontando para a formação generalista de um profissional com senso de responsabilidade social e compromisso de cidadania.

27. Com vistas a enfrentar o problema da escassez de médicos no país, sobretudo em regiões prioritárias para o SUS, o Ministério da Saúde estabeleceu critérios para os municípios que apresentem condições de receber médicos para preenchimento de vagas em equipes de atenção básica, nos termos da Política Nacional de Atenção Básica, devendo o município enquadrar-se em um dos seguintes grupos: a) G100 (municípios com população superior a 80.000 pessoas, com baixa receita per capita e alta vulnerabilidade econômica); b) municípios com 20% ou mais de sua população vivendo em extrema pobreza; c) áreas de maior vulnerabilidade de capitais e regiões metropolitanas; e d) Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs).

28. Além disso, os Ministérios da Saúde e da Educação desenvolvem políticas para responder a necessidade de provimento e fixação de médicos nas diversas regiões do país. Nos anos de 2012 e 2013, foram realizadas chamadas nacionais para médicos, através do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica/PROVAB, ofertando a possibilidade de curso de especialização na modalidade integração ensino-serviço em regiões de extrema pobreza e periferias, com incentivo aos participantes mediante acréscimo na pontuação no processo seletivo da residência médica.

29. Na primeira edição do Programa, apesar de uma demanda significativa dos municípios por esses profissionais, somente 381 médicos foram vinculados. Na segunda edição do programa, aderiram 2.838 municípios que solicitaram 13.862 médicos para atuar na atenção básica, sendo que apenas 3.577 médicos foram vinculados ao Programa para atuação em 1.260 municípios.

30. Ainda assim, mesmo com aumento importante na participação de médicos, permanece um número significativo de vagas ociosas, correspondendo a 74,2% da demanda inicial (Sistema de Gerenciamento de Programas da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde).

31. Tendo em vista a situação descrita acima, a instituição do Projeto Mais Médicos para o Brasil visa possibilitar a seleção de médicos interessados em participar de ações de aperfeiçoamento em atenção básica, em regiões prioritárias para o SUS.

32. Para tanto, serão oferecidos cursos de especialização, concessão de bolsas-formação, bem como será garantida contínua supervisão e acesso a recursos de suporte clínico, a exemplo do Telessaúde.

33. Para execução do Projeto Mais Médicos para o Brasil, além da atuação dos Ministérios da Saúde e da Educação, poderão ser celebrados termos de adesão e compromisso com Estados, Distrito Federal e Municípios, além de instrumentos de cooperação com outros países, organismos internacionais, instituições de educação superior nacionais e estrangeiras, entidades públicas e privadas.

34. Nesse sentido, o Projeto Mais Médicos para o Brasil selecionará médicos para participarem do Projeto, garantindo-se a prioridade para a escolha de médicos formados em instituições de educação superior nacionais ou com diploma revalidado. Na hipótese de permanecerem vagas não preenchidas, estas serão ofertadas primeiramente a médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da medicina

no exterior e, posteriormente, a médicos estrangeiros com habilitação para exercício de medicina no exterior, mediante chamamento público internacional ou celebração de instrumentos de cooperação com organismos internacionais.

35. Deve-se advertir que, no caso de seleção de médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras para participação no Projeto Mais Médicos para o Brasil, o Estado respeitará as diretrizes estabelecidas no Código Global de Práticas para Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde da OMS (2010), que reúne princípios éticos no sentido de reforçar os sistemas dos países em desenvolvimento, incluindo assuntos como a capacidade e a qualidade de formação de profissionais, as políticas de apoio à fixação de profissionais de saúde, a reciprocidade dos benefícios, a coleta e intercâmbio de informações, o monitoramento e a pesquisa no tema. Ao mesmo tempo, é importante considerar a qualidade da formação, conforme as medidas tomadas pela Arco-Sur.

36. Baseado nas premissas preconizadas pela OMS, não poderão ser selecionados médicos oriundos de países que apresentem relação estatística médico/habitante menor que a do Brasil.

37. Ressalte-se que tais medidas não são dotadas de ineditismo, pois diversos países já as adotaram, a exemplo de Reino Unido, Canadá e Austrália.

38. Mesmo países com indicadores de relação médico/habitante superiores a do Brasil recorreram a programas de recrutamento de médicos estrangeiros para garantir o acesso ao sistema de saúde, geralmente com enfoque em áreas remotas. Dados apresentados pela *Organisation for Economic Co-operation and Development* – OECD, em 2009, e pelo *General Medical Council* do Reino Unido, em 2011, demonstram as seguintes proporções de médicos estrangeiros nos respectivos países: 37% no Reino Unido; 25,9% nos Estados Unidos; 22,8% na Austrália e 17,9% no Canadá.

39. No Brasil o percentual de médicos estrangeiros é de 1,79%, conforme dados primários do Conselho Federal de Medicina (2013).

40. Além disso, o médico formado em instituição de educação superior estrangeira será submetido a processo de acolhimento e avaliação, a ser desenvolvido pelos Ministérios da Educação e da Saúde, a fim de garantir a adaptação aos princípios e diretrizes do SUS, a adequação à realidade epidemiológica brasileira e a capacidade de comunicação em língua portuguesa.

41. Também está sendo proposta a criação, mediante transformação, sem aumento de despesa, de Funções Comissionadas Técnicas – FCT em cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores – DAS. Os 10 (dez) cargos em comissão (dois DAS-5 e oito DAS-4) que se propõe criar serão alocados em unidades administrativas de órgãos e entidades do Poder Executivo Federal, para que tenham condições de constituir estrutura que se incumbirá de novas competências e responsabilidades, especialmente as decorrentes do Programa Mais Médicos.

42. A opção pela transformação – em vez da simples criação dos cargos necessários – se dá com a finalidade de neutralizar potencial impacto nas despesas de pessoal, alternativa que, de resto, já foi adotada em outras oportunidades. Dessa forma, a medida proposta não apresenta impacto orçamentário, já que a remuneração total das cento e dezessete Funções Commissionadas Técnicas que deixarão de existir equivale à remuneração total dos dez novos cargos em comissão obtidos com a transformação.

43. Nesse sentido, não obstante a descrição das ações já adotadas e planejadas para mitigar a escassez de médicos no país, as medidas proporcionadas pela presente Medida Provisória contribuirão para a melhoria do cenário da Saúde, notadamente na área da Atenção Básica.

44. O impacto gerado quando da adoção das estratégias traçadas pelo Programa reflete, de forma direta, a abrangência e relevância de tal medida, uma vez que se dará um salto no ingresso de médicos diretamente nas áreas mais necessitadas de profissionais, como já amplamente demonstrado pelos dados lançados nesta Exposição de Motivos.

45. A reordenação dos recursos humanos na área da Saúde e a reformulação da grade curricular dos cursos de medicina – com acréscimo substancial de horas na formação específica na Atenção Básica – visam garantir o acesso a um sistema de saúde universal e de qualidade a toda população brasileira.

46. Por seu turno, no que se refere à urgência da Medida Provisória, é possível verificar que a eficácia das medidas propostas somente será alcançada pela agilidade de sua implementação, de forma coordenada e conjunta.

47. Essas, Senhora Presidenta, são as razões que justificam a elaboração da Medida Provisória que ora submetemos à elevada apreciação de Vossa Excelência.

Respeitosamente,

*Assinado eletronicamente por: Alexandre Rocha Santos Padilha, Aloizio Mercadante
Oliva, Miriam Aparecida Belchior*

Of. nº 2.377/13/SGM-P

Brasília, 10 de outubro de 2013

A Sua Excelência o Senhor
Senador RENAN CALHEIROS
Presidente do SENADO FEDERAL

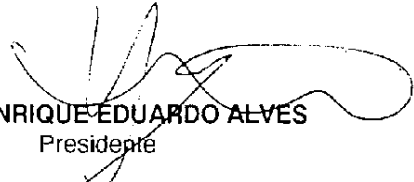
Assunto: **Envio de PLv para apreciação**

Senhor Presidente,

Encaminho a Vossa Excelência, a fim de ser submetido à consideração do Senado Federal, o incluso Projeto de Lei de Conversão nº 26, de 2013 (Medida Provisória nº 621, de 2013, do Poder Executivo), aprovado na Sessão Plenária do dia 09.10.13, que "Institui o Programa Mais Médicos; altera as Leis nºs 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e 6.932, de 7 de julho de 1981; e dá outras providências", conforme o disposto no art. 62 da Constituição Federal, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 32, de 2001.

Remeto, em anexo, o processado da referida Medida Provisória e os autógrafos da matéria aprovada nesta Casa.

Atenciosamente,


HENRIQUE EDUARDO ALVES
Presidente

NOTA TÉCNICA Nº 26, de 2013

*Subsídios para análise da adequação
orçamentária e financeira da Medida
Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013.*

I. Introdução

Conforme o art. 62, §9º, da Constituição, cabe a uma comissão mista de Deputados e Senadores examinar as medidas provisórias e sobre elas emitir parecer, antes de serem submetidas à apreciação do Plenário de cada uma das Casas do Congresso¹. A presente Nota Técnica visa atender à determinação contida no art. 19² da Resolução n.º 01, de 2002 - CN³, no sentido de elaboração, pelo órgão de consultoria e assessoramento orçamentário da Casa a que pertencer o relator, de nota técnica com subsídios para análise da "compatibilidade e adequação financeira e orçamentária de medidas provisórias".

¹ §9º do art. 62 da Constituição: "Caberá à comissão mista de Deputados e Senadores examinar as medidas provisórias e sobre elas emitir parecer, antes de serem apreciadas, em sessão separada, pelo plenário de cada uma das Casas do Congresso Nacional."

² Art. 19 da Resolução n.º 01, de 2002 - CN: "O órgão de consultoria e assessoramento orçamentário da Casa a que pertencer o Relator de Medida Provisória encaminhará aos Relatores e à Comissão, no prazo de 5 (cinco) dias de sua publicação, nota técnica com subsídios acerca da adequação financeira e orçamentária de Medida Provisória."

³ Dispõe sobre a apreciação, pelo Congresso Nacional, das Medidas Provisórias a que se refere o art. 62 da Constituição Federal, e dá outras providências

II. Síntese da Medida Provisória

A Excelentíssima Senhora Presidenta da República submete ao Congresso Nacional, por intermédio da Mensagem nº 276, de 2013, a Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013, que "*Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências.*".

Conforme a Exposição de Motivos Interministerial nº 00024/2013 MS MEC MP, que acompanha e instrui a referida Mensagem Presidencial, a norma institui o Programa Mais Médicos, com a finalidade de:

"I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;

II - fortalecer a prestação de serviços na atenção básica em saúde no País;

III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desenvolvidas pelos médicos;

VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;

VII - aperfeiçoar médicos nas políticas públicas de saúde do País e na organização e funcionamento do SUS; e

VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas no SUS".

Informa ainda que, o quantitativo de médicos ativos no Brasil é de aproximadamente 359.691, o que representa a proporção de 1,8 médicos para cada 1.000 (mil) habitantes⁴. Tal proporção é inferior ao constatado em outros países latino-americanos com perfil socioeconômico semelhante ou em países com sistemas universais de saúde, como: Canadá 2,0; Reino Unido 2,7; Argentina 3,2; Uruguai 3,7; Portugal 3,9; Espanha 4,0 e Cuba 6,7⁵.

Apesar de não haver parâmetro de proporção reconhecido e validado internacionalmente, afirma que se utiliza como referência a proporção de 2,7 médicos por 1.000 habitantes, que é a encontrada no Reino Unido, país que, depois do Brasil, tem o maior sistema de saúde público de caráter universal orientado pela atenção básica.

Nesse cenário, para que o Brasil alcançasse tal relação de médicos por habitante seriam necessários mais 168.424 médicos, o que na atual taxa de crescimento só seria viável em 2035.

⁴ Conforme dados primários obtidos no Conselho Federal de Medicina (CFM) e na estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

⁵ Conforme *Estadísticas Sanitarias Mundiales* de 2011 e 2012 – Organização Mundial da Saúde – OMS.

Afirma ainda que a distribuição dos médicos nas regiões do país demonstra uma grande desigualdade, com boa parte dos Estados com quantidade de profissionais abaixo da média nacional. Além disso, inclusive Estados com mais médicos que a média nacional apresentam diferenças regionais, como São Paulo onde apenas cinco regiões apresentam um número superior a 1,8 médicos por mil habitantes⁶.

Informa que uma das explicações para esse quadro está relacionada ao número insuficiente de vagas nos cursos de graduação em medicina. Apesar do número absoluto de escolas médicas ser maior do que o observado em alguns países, ao se analisar a proporção de vagas de ingresso para cada 10.000 (dez mil) habitantes, o país apresenta índice significativamente inferior⁷.

Desse modo, encontramos um quadro de extrema gravidade, no qual alguns estados apresentam um número insuficiente de médicos e de vagas de ingresso na graduação, com ausência de expectativa de reversão desse quadro a curto e médio prazos, caso não haja medidas indutoras implementadas pelo Estado. Nesse cenário, a expansão de 2.415 vagas de cursos de medicina, anunciada pelo MEC em 2012, só contribuiria para atingir o número de 2,7 médicos a cada 1.000 habitantes no ano de 2035.

Entretanto, entende ser fundamental agregar novas ações para garantir a ampliação da formação de médicos para a atenção básica no país, possibilitando assim à população brasileira o acesso a um sistema público de saúde de qualidade.

Diante desse contexto, uma das iniciativas é a ampliação de 12.000 novas vagas de residência médica, acompanhadas da oferta de bolsas a serem implementadas até 2017, uma vez que esse procedimento seria importante para fixação de profissionais⁸.

Outra proposta é a reformulação da grade curricular dos cursos de medicina, com acréscimo substancial de horas na formação específica na Atenção Básica. A MP prevê que, para os ingressantes nos cursos de medicina a partir de 01.01.2015, a formação do médico abrangerá 02 (dois) ciclos distintos⁹ e complementares, correspondendo o primeiro ciclo à observância das diretrizes curriculares nacionais, com o cumprimento da carga horária não inferior a 7.200 horas, e o segundo ciclo ao treinamento em serviço, exclusivamente na atenção básica à saúde e em urgência e emergência no âmbito do SUS, com duração mínima de dois anos.

Por sua vez, a instituição do Projeto Mais Médicos para o Brasil visa possibilitar a seleção de médicos interessados em participar de ações de aperfeiçoamento em atenção básica, em regiões prioritárias para o SUS.

Para execução do Projeto Mais Médicos para o Brasil, além da atuação dos Ministérios da Saúde e da Educação, poderão ser celebrados termos de adesão e compromisso com Estados, Distrito Federal e Municípios, além de instrumentos de

⁶ Demografia Médica no Estado de São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP, 2012

⁷ Enquanto o Brasil tem o índice de 0,8 vaga a cada 10.000 habitantes, outros países têm índices maiores, a saber: Austrália 1,4; Reino Unido 1,5; Portugal 1,6 e Argentina 3,1. Além disso, há estados em que esse índice é ainda menor, tais como Maranhão e Bahia (0,39).

⁸ Estudo recente denominado Migramed, do Observatório de Recursos Humanos de São Paulo/ObservaRH, de 2012, demonstra que 86% dos médicos permanecem no local em que cursaram a graduação e a residência médica

cooperação com outros países, organismos internacionais, instituições de educação superior nacionais e estrangeiras, entidades públicas e privadas.

O Projeto Mais Médicos para o Brasil selecionará médicos para participarem do Projeto, garantindo-se a prioridade para a escolha de médicos formados em instituições de educação superior nacionais ou com diploma revalidado. Na hipótese de permanecerem vagas não preenchidas, estas serão ofertadas primeiramente a médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da medicina no exterior e, posteriormente, a médicos estrangeiros com habilitação para exercício de medicina no exterior, mediante chamamento público internacional ou celebração de instrumentos de cooperação com organismos internacionais.

Por fim, informa que diversos países já adotaram medidas semelhantes, como Reino Unido, Canadá e Austrália. Países com indicadores de relação médico/habitante superiores aos do Brasil recorreram a programas de recrutamento de médicos estrangeiros como forma de garantir o acesso ao sistema de saúde, geralmente com enfoque em áreas remotas⁹.

No Brasil o percentual de médicos estrangeiros é de 1,79%, conforme dados primários do Conselho Federal de Medicina (2013). E o médico formado em instituição de educação superior estrangeira será submetido a processo de acolhimento e avaliação, a ser desenvolvido pelos Ministérios da Educação e da Saúde, a fim de garantir a adaptação aos princípios e diretrizes do SUS, a adequação à realidade epidemiológica brasileira e a capacidade de comunicação em língua portuguesa.

III. Da Compatibilidade e Adequação Orçamentária e Financeira

O §1º do art. 5º da Resolução nº 1, de 2002 – CN, que *“Dispõe sobre a apreciação, pelo Congresso Nacional, das Medidas Provisórias a que se refere o art. 62 da Constituição Federal, e dá outras providências”*, refere-se da seguinte forma ao exame de adequação orçamentária e financeira: *“O exame de compatibilidade e adequação orçamentária e financeira das Medidas Provisórias abrange a análise da repercussão sobre a receita ou a despesa pública da União e da implicação quanto ao atendimento das normas orçamentárias e financeiras vigentes, em especial a conformidade com a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a lei do plano plurianual, a lei de diretrizes orçamentárias e a lei orçamentária da União.”*

Não vislumbramos inadequação orçamentária ou financeira que obstaculize a aprovação da proposição em relação ao Plano Plurianual aprovado para 2012-2015¹⁰. Entretanto, o mesmo não ocorre em relação à Lei de Responsabilidade Fiscal, à Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2013¹¹ e ao Orçamento Anual para 2013¹².

⁹ Dados apresentados pela *Organisation for Economic Co-operation and Development* – OECD, em 2009, e pelo *General Medical Council* do Reino Unido, em 2011, demonstram as seguintes proporções de médicos estrangeiros nos respectivos países: 37% no Reino Unido, 25,9% nos Estados Unidos; 22,8% na Austrália e 17,9% no Canadá

¹⁰ Lei nº 12.593, de 2012.

¹¹ Lei nº 12.708, de 17.08.2012.

¹² Lei nº 12.798, de 04.04.2013.

Assim, a seguir, passamos a avaliar a adequação orçamentária e financeira da MP nº 621, de 2013, em seus dispositivos específicos que mereçam considerações acerca do assunto.

III.1. Despesas com Bolsas a Estudantes de Medicina (art. 4º)

O art. 4º da MP prevê que, para os ingressantes nos cursos de medicina a partir de 01/01/2015, a formação abrangerá dois ciclos distintos e complementares. O primeiro correspondendo à observância das diretrizes curriculares nacionais; e o segundo ao treinamento em serviço, exclusivamente na atenção básica à saúde e em urgência e emergência no âmbito do SUS, com duração mínima de dois anos, como se observa:

“Art. 4º Para os ingressantes nos cursos de medicina a partir de 1º de janeiro de 2015, a formação do médico abrangerá dois ciclos distintos e complementares entre si, correspondendo:

I - o primeiro ciclo, à observância das diretrizes curriculares nacionais, com o cumprimento da carga horária não inferior a sete mil e duzentas horas; e

II - o segundo ciclo, a treinamento em serviço, exclusivamente na atenção básica à saúde e em urgência e emergência no âmbito do SUS, com duração mínima de dois anos, conforme regulamentação do Conselho Nacional de Educação - CNE, homologada pelo Ministro de Estado da Educação. (repúblicação do dia 10.7.2013)

§ 1º O segundo ciclo não dispensa o estudante de medicina do estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço supervisionado, em regime de internato, desenvolvido durante o primeiro ciclo do curso e disciplinado em conformidade com as diretrizes curriculares nacionais.

§ 2º Sem prejuízo da necessária supervisão acadêmica a cargo da instituição de educação superior à qual o estudante de medicina esteja vinculado, o segundo ciclo será realizado sob supervisão técnica de médicos, detentores de título de pós-graduação.

§ 3º Durante a realização do segundo ciclo, é assegurada aos estudantes de medicina a percepção de bolsa custeada pelo Ministério da Saúde, em valor estabelecido em ato do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 5º Ao estudante de medicina aprovado no primeiro ciclo, conforme certificado expedido pela correspondente instituição de educação superior, será concedida permissão para o exercício profissional da medicina, válida exclusivamente para as atividades do segundo ciclo de formação.

§1º A inscrição no segundo ciclo de formação é condição necessária e suficiente para expedição da permissão de exercício profissional de que trata o caput pelos Conselhos Regionais de Medicina.

§2º O segundo ciclo de formação é considerado componente curricular obrigatório do curso de graduação em medicina e será inscrito no histórico escolar do estudante.

§3º O diploma de médico somente será conferido ao estudante de medicina aprovado no segundo ciclo de formação”. (grifei)

Portanto, o segundo ciclo de formação terá duração mínima de 2 anos, conforme regulamentação que vier a ser editada pelo Conselho Nacional de Educação e homologada pelo Ministro da Educação, e é considerado componente curricular obrigatório do curso de graduação em medicina, constituindo requisito para a obtenção do diploma de médico (cf. inciso II do art. 4º).

Criação de Despesa Corrente Obrigatória e Continuada (§3º do art. 4º c/c §§ 2º e 3º do art. 5º)

É importante destacar que o citado “segundo ciclo dos cursos de medicina” passa a ser **componente curricular obrigatório e requisito para diplomação**, sendo “**assegurada**” a percepção de bolsa aos estudantes de medicina durante o referido período (cf. §3º do art. 4º). Dessa forma, smj, trata-se da criação de despesa corrente obrigatória de caráter continuado.

Conforme dispõe o §1º do art. 17 da LRF, o ato que crie ou aumente despesa de caráter continuado deverá ser instruído com a “**estimativa do impacto orçamentário-financeiro do exercício**” em que deva entrar em vigor e “**nos dois subsequentes**”. O §2º do citado dispositivo, por sua vez, estabelece que tal ato deverá ser ainda acompanhado de “**comprovação de que a despesa criada ou aumentada não afetará as metas de resultados fiscais**” previstas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Reforçando as exigências anteriores, há ainda na LDO para 2013¹³, art. 90¹⁴, determinação no sentido de que proposição que importe aumento de despesa da União deverá estar acompanhado de estimativas desses efeitos no exercício em que entrar em vigor e nos dois subsequentes, detalhando a memória de cálculo respectiva e correspondente compensação, para efeito de adequação orçamentária e financeira e compatibilidade com as disposições constitucionais e legais que regem a matéria. Requisito que não é atendido pela MP.

Portanto, a LRF e a LDO deixam de ser atendidas pela presente proposição.

Custeio de Bolsa Exclusivamente pela Saúde (§3º do art. 4º da MP)

Nos termos do que dispõe o inciso III do art. 200 da Constituição, é dever do Sistema Único de Saúde “**ordenar a formação de recursos humanos na saúde**”. Justamente por isso se faz necessária a integração entre os campos de Saúde e Educação como forma de conquistar a formação de profissionais verdadeiramente compromissados com as demandas das comunidades.

Entretanto, o art. 4º, II, atribui a definição do prazo final e das condições do segundo ciclo a regulamentação a cargo da área de Educação e o §3º do art. 4º confere exclusivamente a Saúde a responsabilidade pelas despesas com as bolsas aos estudantes.

¹³ Lei nº 12.708, de 2012.

¹⁴ Art. 90. As proposições legislativas, conforme art. 59 da Constituição, que, direta ou indiretamente, importem ou autorizem diminuição de receita ou aumento de despesa da União, deverão estar acompanhadas de estimativas desses efeitos no exercício em que entrar em vigor e nos dois subsequentes, detalhando a memória de cálculo respectiva e correspondente compensação, para efeito de adequação orçamentária e financeira e compatibilidade com as disposições constitucionais e legais que regem a matéria.

Cabe mencionar que, por ocasião da instituição do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, cujo objetivo foi criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais pudessem desempenhar plenamente as funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde, foi previsto o “*financiamento partilhado, paritariamente, entre as áreas da educação e da saúde*”. No modelo da MP, contudo, a bolsa para os Estudante de Medicina ficarão integralmente a cargo da Saúde.

III.2. Despesas com Bolsas a Médicos em Ações de Aperfeiçoamento (art. 13 da MP)

A MP prevê ainda a instituição do Projeto Mais Médicos para o Brasil, que visa possibilitar a seleção de médicos interessados em participar de ações de aperfeiçoamento em atenção básica, em regiões prioritárias para o SUS. Segundo a Exposição de Motivos, serão oferecidos cursos de especialização, concessão de bolsas-formação, bem como será garantida contínua supervisão e acesso a recursos de suporte clínico, como se observa no art. 13 da MP:

“Art. 13. Os médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil poderão perceber bolsas nas seguintes modalidades:

I - bolsa-formação;

II - bolsa-supervisão; e

III - bolsa-tutoria.

§ 1º Além do disposto no caput, a União concederá ajuda de custo destinada a compensar as despesas de instalação do médico participante, que não poderá exceder a importância correspondente ao valor de três bolsas-formação.

§ 2º Fica a União autorizada a custear despesas com deslocamento dos médicos participantes e seus dependentes legais, conforme dispuser ato conjunto dos Ministros de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Saúde.

§ 3º Os valores das bolsas e da ajuda de custo a serem concedidas e suas condições de pagamento serão definidos em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde”. (grifei)

Tendo em vista a ausência de fixação do valor das bolsas, aplicam-se os comentários já efetuados no item III.1., referentes ao não atendimento do art. 90 da LDO para 2013.

III.3. Ampliação de Gasto do SUS sem Indicação de Fontes de Recursos

Os arts 4º e 13 da MP, ao disporem sobre novas despesas da Saúde, conflitam ainda com a LRF ao implicarem aumento dos gastos do SUS sem que as despesas tenham fontes de recursos devidamente indicadas. Prevê o art. 24 da LRF que “*nenhum benefício ou serviço relativo à seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a indicação da fonte de custeio total, nos termos do § 5º do art. 195 da Constituição, atendidas ainda as exigências do art. 17”*.”

Entretanto, despesas continuadas são criadas sem que seja atendido o dispositivo.

III.4. Disciplinamento de Transferência em Norma Diversa da LDO (art. 17 da MP)

De forma semelhante, a MP conflita com a LRF ao autorizar inclusive a realização de transferências de recursos a entidades públicas e privadas. Dispõe o art. 17 da MP:

“Art. 17. Para execução das ações previstas nesta Medida Provisória, os Ministérios da Educação e da Saúde poderão firmar acordos e outros instrumentos de cooperação com organismos internacionais, instituições de educação superior nacionais e estrangeiras, órgãos e entidades da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, consórcios públicos e entidades privadas, inclusive com transferência de recursos.” (grifei)

Ocorre que os gastos previstos – ou autorizados – na MP dizem respeito a despesas correntes a serem realizados nas áreas de saúde e educação. Portanto, são caracterizados como subvenções sociais, nos termos do que dispõe a Lei nº 4.320, de 1964, e a LDO vigente, não se aplicando a possibilidade de utilização de legislação específica inerente a contribuições correntes.

Por sua vez, segundo o art. 4º, I, “f” e dos arts. 25 e 26 da LRF, as condições e exigências para transferências de recursos a entidades públicas e privadas são tão-somente aquelas estabelecidas na citada lei complementar e na lei de diretrizes orçamentárias, não cabendo à legislação ordinária dispor sobre autorizações para transferências de recursos.

III.5. EBSEH - Concessão de Bolsas e Demais Despesas Autorizadas (art. 20 da MP)

Em seu art. 20, a MP autoriza a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, a promover ações necessárias ao desenvolvimento do Programa Mais Médicos, inclusive com concessão de bolsas e ressarcimentos de despesas:

“Art. 20. Fica a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH autorizada a conceder bolsas para ações de saúde, a ressarcir despesas, a adotar outros mecanismos de incentivo a suas atividades institucionais, e a promover as ações necessárias ao desenvolvimento do Programa Mais Médicos, observada a Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011.” (grifei)

Observa-se que o mencionado dispositivo não cumpre o que preceitua a LRF, em seus arts. 16¹⁵ e 17 e o art. 90 da LDO 2013, quanto à criação de despesas, sejam obrigatórias de caráter continuado ou não, e a Súmula nº 1, de 2008¹⁶, da Comissão de Finanças e Tributação, quando cria despesa para a União, mesmo em caráter autorizativo, sem a devida demonstração do impacto orçamentário e financeiro e sem a indicação da origem dos recursos para custeio.

III.6 - Necessidade de Atendimento da LRF nos Atos de Fixação de Despesa Obrigatória (art. 24 da MP)

Nos termos do que dispõe o art. 17 da LRF, considera-se obrigatória de caráter continuado a despesa corrente derivada de lei, medida provisória ou ato administrativo normativo que fixem para o ente a obrigação legal de sua execução por um período superior a dois exercícios.

Como exposto anteriormente, a MP não se fez acompanhar da estimativa do impacto orçamentário-financeiro, de formas de compensação das novas despesas ou de novas fontes de financiamento. Além disso, delegou, em diversas oportunidades, a fixação dos valores de bolsas e ajudas de custo a atos infra legais.

Sem embargo do exposto anteriormente, atos administrativos que venham a fixar – ou a ampliar – despesas públicas devem atender ao disposto na LRF, em especial os arts. 16, 17 e 24, no que diz respeito à demonstração de compatibilidade e de adequação da despesa com o plano plurianual, a lei de diretrizes orçamentárias, a lei orçamentária anual e as demais normas afetas a despesas pública.

Entretanto, o artigo art. 24 da presente medida provisória prevê apenas que o “quantitativo” de integrantes dos projetos e programas “*observará os limites dos recursos orçamentários disponíveis*”, como se verifica:

“Art. 24. O quantitativo dos integrantes dos projetos e programas de aperfeiçoamento de que trata esta Medida Provisória observará os limites dos recursos orçamentários disponíveis.”

Parágrafo único. As despesas decorrentes da execução dos projetos e programas previstos nesta Medida Provisória correrão à conta de dotações orçamentárias destinadas aos Ministérios da Educação, da Defesa e da Saúde, consignadas no Orçamento Geral da União.”(grifei)

¹⁵ “ Art. 16. A criação, expansão ou aperfeiçoamento de ação governamental que acarrete aumento da despesa será acompanhado de:
I - estimativa do impacto orçamentário-financeiro no exercício em que deva entrar em vigor e nos dois subsequentes;

II - declaração do ordenador da despesa de que o aumento tem adequação orçamentária e financeira com a lei orçamentária anual e compatibilidade com o plano plurianual e com a lei de diretrizes orçamentárias.

¹⁶ “É incompatível e inadequada a proposição, inclusive em caráter autorizativo, que, conflitando com as normas da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 - Lei de Responsabilidade Fiscal - deixe de apresentar a estimativa de seu impacto orçamentário e financeiro bem como a respectiva compensação.”

Cabe mencionar que dispositivo semelhante foi previsto na Lei nº 11.129, de 2005, ao tratar do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. No §3º do art. 16 do citado diploma legal foi previsto que *“os atos de fixação dos valores e quantitativos das bolsas de que trata o caput deste artigo serão instruídos com demonstrativo de compatibilidade ao disposto no art. 16 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000”*.

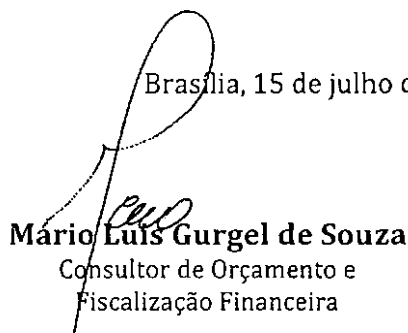
Na MP em comento, contudo, deixa de haver o atendimento ao disposto na LRF.

Esses são os subsídios que consideramos relevantes para a apreciação da Medida Provisória nº 621, de 2013, quanto à adequação orçamentária e financeira.

Brasília, 15 de julho de 2013.



Claudio Riyudi Tanno
Consultor de Orçamento e
Fiscalização Financeira



Mário Luís Gurgel de Souza
Consultor de Orçamento e
Fiscalização Financeira

MPV 621/2013

Medida Provisória

Situação: Aguardando Encaminhamento na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA)

Originou: PLV 26/2013 MPV62113 => MPV 621/2013

Autor
Poder Executivo

Apresentação
09/07/2013

Ementa
Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências.

NOVA EMENTA: Institui o Programa Mais Médicos; altera as Leis nºs 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e 6.932, de 7 de julho de 1981; e dá outras providências.

Apreciação
Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

Regime
Urgência

Última Ação
09/10/2013 PLENÁRIO (PLEN)
A matéria vai ao Senado Federal, incluindo o processado (MPV 621-A/2013 - PLV 26/2013).

Último Despacho
03/10/2013 - Publique-se. Submeta-se ao Plenário.

Documentos Relacionados

Apensados

-

Outros Documentos

Avulsos e Publicações (1)	Requerimentos (1)	Legislação Citada (1)
Pareceres, Substitutivos e Votos (2)	Ofícios (0)	Indexação (1)
Emendas (580)	Espelho Comissão Especial (0)	Histórico de Apensados (0)
Destaques (0)	Relat. Conf. Assinaturas (0)	Questões de Ordem Relacionadas (0)
Recursos (0)		

Andamento

09/07/2013 Poder Executivo - EXEC

Publicação da Medida Provisória no Diário Oficial da União.

09/07/2013 CONGRESSO NACIONAL - CN

Prazo para Emendas: 10/7/2013 a 15/7/2013.
 Comissão Mista: *
 Câmara dos Deputados: até 19/8/2013.
 Senado Federal: 20/8/2013 a 2/9/2013.
 Retorno à Câmara dos Deputados (se houver): 3/9/2013 a 5/9/2013.
 Sobrestar Pauta: 6/9/2013.
 Congresso Nacional: 9/7/2013 a 20/9/2013.

Alteração de prazos em razão de não haver recesso:

Câmara dos Deputados: até 5/8/2013
 Senado Federal: 6/8/2013 a 19/8/2013.
 Retorno à Câmara dos Deputados (se houver): 20/8/2013 a 22/8/2013.
 Sobrestar Pauta: 23/8/2013.
 Congresso Nacional: 9/7/2013 a 6/9/2013
 Prorrogação pelo Congresso Nacional: 7/9/2013 a 5/11/2013.

*Declaração incidental de inconstitucionalidade do artigo 5º, caput, artigo 6º, §§ 1º e 2º, da Resolução do Congresso Nacional n. 1/02, com eficácia ex nunc - Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 4.029 (DOU de 16/3/12).

10/07/2013 Mesa Diretora da Câmara dos Deputados - MESA

Republicação no DOU de 10/7/2013.

13/08/2013 PLENÁRIO - PLEN

Apresentação do Requerimento n. 8329/2013, pelo Deputado Ronaldo Caiado (DEM-GO), que: "Requer a realização de Comissão Geral para discutir o programa "Mais Médicos" constante da Medida Provisória 621 de 2013".

14/08/2013 Mesa Diretora da Câmara dos Deputados - MESA

Designados, na Comissão Mista para emitir parecer à Medida Provisória, Relator Deputado Rogério Carvalho e Relator Revisor Senador MOZARILDO CAVALCANTI.

19/08/2013 Mesa Diretora da Câmara dos Deputados - MESA

Recebido o Ofício 669/13 (CN) que comunica a instalação da Comissão Mista destinada a apreciar a MPV 621/2013 e a eleição da Presidência, Senador João Alberto Souza, e Vice-Presidência, Deputado Francisco Escórcio, e designação do Relator Deputado Rogério Carvalho e Relator Revisor Senador Mozarildo Cavalcanti.

01/10/2013 Mesa Diretora da Câmara dos Deputados - MESA

Recebido o Ofício nº 779/2013, do Congresso Nacional, que encaminha o processado da Medida Provisória nº 621/2013. Informa, ainda, que à Medida foram oferecidas quinhentas e sessenta e sete (567) emendas e que a Comissão Mista emitiu o Parecer nº 58, de 2013-CN, que conclui pelo PLV nº 26, de 2013.

Recebida a Mensagem nº 276/2013, do Poder Executivo, que submete à apreciação do Congresso Nacional o texto da Medida Provisória nº 621/2013.

Recebido o Parecer nº 58, de 2013-CN, da Comissão Mista destinada a apreciar a MPV 621/2013, que conclui pelo PLV nº 26, de 2013.

Recebido o PLV nº 26, de 2013, da Comissão Mista da MPV 621/2013, que "Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências".

Foram recebidos 8 volumes contendo assinatura de cidadãos sobre a matéria.

03/10/2013 Mesa Diretora da Câmara dos Deputados - MESA

Publique-se. Submeta-se ao Plenário.

03/10/2013 COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES - CCP

Encaminhada à publicação. Publicação Inicial em avulso e no DCD de 04/10/2013.

07/10/2013 Mesa Diretora da Câmara dos Deputados - MESA

Recebido o Ofício 792-CN, de 7 de outubro de 2013, que encaminha expediente do Relator da MPV 621/2013 a fim de explicitar erro de grafia expresso no Parecer da Comissão Mista destinada a emitir parecer sobre a referida Medida.

08/10/2013 14:00 Sessão Deliberativa Ordinária - PLENÁRIO - PLEN

Discussão em turno único.

Votação do Requerimento do Dep. Ronaldo Caiado, Líder do DEM, que solicita votação nominal para o Requerimento de retirada de pauta.

- Encaminharam a Votação: Dep. Ronaldo Caiado (DEM-GO) e Dep. Afonso Florence (PT-BA).

Verificação da votação do requerimento solicitada pelos Deputados Mandetta, na qualidade de Líder do DEM; Amauri Teixeira, na qualidade de Líder do PT; Jhonatan de Jesus, na qualidade de Líder do PRB; e Eleuses Paiva, na qualidade de Líder do PSD; em razão do resultado proclamado pela Mesa: "Rejeitado o Requerimento". Passa-se à votação pelo processo nominal.

Rejeitado o Requerimento. Sim: 15; não: 249; abstenções: 5; total: 269.

Votação do Requerimento do Dep. Ronaldo Caiado, Líder do DEM, que solicita - nos termos do § 4º do artigo 185 do RICD - verificação da votação, antes do decurso do interstício de uma hora, para o Requerimento de retirada de pauta.

Encaminhou a Votação o Dep. Eleuses Paiva (PSD-SP).

Rejeitado o Requerimento.

Votação do Requerimento do Dep. Ronaldo Caiado, Líder do DEM, que solicita a retirada de pauta desta Medida Provisória.

Encaminharam a Votação: Dep. Mandetta (DEM-MS) e Dep. Afonso Florence (PT-BA).

Rejeitado o Requerimento.

Votação do Requerimento do Dep. Ronaldo Caiado, Líder do DEM, o qual solicita que a discussão seja feita por grupo de artigos.

Encaminhou a Votação o Dep. Lira Maia (DEM-PA).

Verificação da votação do requerimento, solicitada pelos Deputados Mandetta, na qualidade de Líder do DEM; Amauri Teixeira, na qualidade de Líder do PT; Rubens Bueno, Líder do PPS; e Eleuses Paiva, na qualidade de Líder do PSD; em razão do resultado proclamado pela Mesa: "Rejeitado o Requerimento", passando-se à sua votação pelo processo nominal.

Rejeitado o Requerimento. Sim: 10; não: 285; abstenções: 3; total: 298.

Adiada a discussão em face do encerramento da Sessão.

08/10/2013 20:20 Sessão Deliberativa Extraordinária - PLENÁRIO - PLEN

Discussão em turno único.

Votação do Requerimento do Dep. Eleuses Paiva, na qualidade de Líder do PSD, que solicita a retirada de pauta desta Medida Provisória.

Encaminharam a Votação: Dep. Silvio Costa (PSC-PE) e Dep. Eleuses Paiva (PSD-SP).

Verificação da votação do requerimento, solicitada pelos Deputados Eleuses Paiva, na qualidade de Líder do PSD; Onyx Lorenzoni, na qualidade de Líder do DEM; e Armando Vergílio (SSD-GO); em razão do resultado proclamado pela Mesa: "Rejeitado o Requerimento", passando-se à sua votação pelo processo nominal.

Rejeitado o Requerimento. Sim: 8; não: 275; abstenções: 1; total: 284.

Discutiram a Matéria: Dep. Mário Heringer (PDT-MG), Dep. Marçal Filho (PMDB-MS), Dep. Eleuses Paiva (PSD-SP), Dep. Marcus Pestana (PSDB-MG), Dep. Ronaldo Caiado (DEM-GO) e Dep. Giovani Cherini (PDT-RS).

Votação do Requerimento do Dep. Onyx Lorenzoni, na qualidade de Líder do DEM, que solicita - nos termos do

§ 4º do artigo 185 do RICD - verificação da votação, antes do decurso do interstício de uma hora, para o requerimento de encerramento da discussão.

Encaminharam a Votação: Dep. Silvio Costa (PSC-PE) e Dep. Ronaldo Caiado (DEM-GO).

Rejeitado o Requerimento.

Votação do Requerimento dos Srs. Líderes que solicita o encerramento da discussão e do encaminhamento da votação.

Encaminharam a Votação: Dep. Armando Vergílio (SDD-GO), Dep. Hugo Leal (PROS-RJ) e Dep. Rogério Carvalho (PT-SE).

Verificação da votação do requerimento, solicitada pelos Deputados Eleuses Paiva, na qualidade de Líder do PSD; Mandetta, na qualidade de Líder do DEM; e Amauri Teixeira, na qualidade de Líder do PT; em razão do resultado proclamado pela Mesa: "Aprovado o Requerimento", passando-se a sua votação pelo processo nominal.

Aprovado o Requerimento. Sim: 266; não: 6; total: 272.

Encerrada a discussão.

Votação do Requerimento do Dep. Mandetta, na qualidade de Líder do DEM, que solicita - nos termos do § 4º do artigo 185 do RICD - verificação da votação, antes do decurso do interstício de uma hora, para o Requerimento de adiamento da votação por duas sessões.

Encaminhou a Votação o Dep. Mandetta (DEM-MS).

Rejeitado o Requerimento.

Votação do Requerimento do Dep. Ronaldo Caiado, Líder do DEM, que solicita adiamento da votação por duas sessões.

Encaminharam a Votação: Dep. Ronaldo Caiado (DEM-GO) e Dep. Diego Andrade (PSD-MG).

Rejeitado o Requerimento.

Votação do Requerimento do Dep. Ronaldo Caiado, Líder do DEM, o qual solicita que a votação seja feita artigo por artigo.

Encaminhou a Votação o Dep. Onyx Lorenzoni (DEM-RS).

Rejeitado o Requerimento.

Votação do Requerimento do Dep. Ronaldo Caiado, Líder do DEM, o qual solicita que as emendas sejam votadas uma a uma.

Encaminhou a Votação o Dep. Mandetta (DEM-MS).

Rejeitado o Requerimento.

Votação preliminar em turno único.

Aprovado, em apreciação preliminar, o Parecer do Relator, na parte em que manifesta opinião favorável quanto ao atendimento dos pressupostos constitucionais de relevância e urgência e de sua adequação financeira e orçamentária, nos termos do artigo 8º da Resolução nº 01, de 2002-CN.

Votação do Requerimento do Dep. Ronaldo Caiado, Líder do DEM, que solicita preferência para votação da Medida Provisória nº 621/13 sobre o Projeto de Lei de Conversão nº 26/13.

Encaminhou a Votação o Dep. Ronaldo Caiado (DEM-GO).

Verificação da votação solicitada pelos Deputados Eleuses Paiva, na qualidade de Líder do PSD; Onyx Lorenzoni, na qualidade de Líder do DEM; e Armando Vergílio (SSD-GO); em razão do resultado proclamado pela Mesa: " Rejeitado o Requerimento", passando-se à sua votação pelo processo nominal.

Rejeitado o Requerimento. Sim:11; não: 270 ; abstenção:1; total: 282 .

Votação do Requerimento do Dep. Ronaldo Caiado, Líder do DEM, que solicita - nos termos do § 4º do artigo 185 do RICD - verificação da votação, antes do decurso do interstício de uma hora, para votação do Projeto de Lei de Conversão.

Encaminharam a Votação: Dep. José Guimarães (PT-CE) e Dep. Ronaldo Caiado (DEM-GO).

Rejeitado o Requerimento.

Votação, quanto ao mérito, em turno único.

Aprovada a Medida Provisória nº 621 de 2013, na forma do Projeto de Lei de Conversão nº 26/2013, ressalvados os destaques.

Adiada a continuação da votação em face do encerramento da Sessão.

09/10/2013 01:05 Sessão Deliberativa Extraordinária - PLENÁRIO - PLEN

Adiada a continuação da votação por falta de "quorum".

09/10/2013 13:30 Sessão Deliberativa Extraordinária - PLENÁRIO - PLEN

Continuação da votação em turno único.

Retirado o Requerimento do Dep. Ronaldo Caiado, Líder do DEM, que solicita a retirada de pauta desta Medida Provisória.

Foram apresentadas as Emendas Aglutinativas nºs 1 a 13 ao Projeto de Lei de Conversão nº 26/2013.

As Emendas Aglutinativas nºs 4, 5, 6, 10 e 11 não foram acolhidas pela Mesa.

As Emendas Aglutinativas nºs 2 e 3 foram retiradas pelo autor.

Votação do Requerimento do Dep. José Guimarães, Líder do PT, que solicita a votação em globo dos destaques simples.

Aprovado o Requerimento.

Votação, em globo, da admissibilidade dos destaques simples.

Rejeitada, em globo, a admissibilidade dos destaques simples. Em consequência, os referidos destaques estão prejudicados.

Votação da Emenda nº 137, objeto do Destaque da bancada do SDD.

Rejeitada a Emenda nº 137.

Retirado o Destaque da Bancada do DEM, para votação da Emenda nº 19.

Votação do art. 6º e, em decorrência, do art. 7º do Projeto de Lei de Conversão, objeto do Destaque para votação em separado da bancada do PSD.

Encaminharam a Votação: Dep. Eleuses Paiva (PSD-SP) e Dep. Rogério Carvalho (PT-SE).

Verificação da votação solicitada pelos Deputados Eleuses Paiva, na qualidade de Líder do PSD; e Amauri Teixeira, na qualidade de Líder do PT; em razão do resultado proclamado pela Mesa: "Mantido o texto", passando-se à sua votação pelo processo nominal.

Mantidos os artigos destacados. Sim: 193; não: 75; abstenções: 3; total: 271.

Votação do § 2º do art. 7º do Projeto de Lei de Conversão, objeto do destaque para votação em separado da bancada do PPS.

Encaminharam a Votação: Dep. Rogério Carvalho (PT-SE) e Dep. Carmen Zanotto (PPS-SC).

Mantido o dispositivo destacado.

As Emendas Aglutinativas nºs 7, 8, 9 e 12 foram retiradas pelo autor.

Votação da Emenda nº 127, objeto do Destaque da bancada do PMDB.

Encaminhou a Votação a Dep. Nilda Gondim (PMDB-PB).

Aprovada a Emenda nº 127.

Votação da Emenda nº 97, objeto do destaque da bancada do PSD.

Encaminharam a Votação: Dep. Rogério Carvalho (PT-SE) e Dep. Eleuses Paiva (PSD-SP).

Rejeitada a Emenda nº 97.

Votação da Emenda Aglutinativa nº 1, resultante da fusão da Emenda nº 310 apresentada à Medida Provisória nº 621/2013 e do art. 16 do Projeto de Lei de Conversão nº 26/2013.

Encaminhou a Votação o Dep. Marcus Pestana (PSDB-MG).

Aprovada a Emenda Aglutinativa nº 1.

Em consequência, fica prejudicado o Destaque da bancada do PSDB para votação da Emenda nº 310.

Adiada a continuação da votação em face do encerramento da Sessão.

09/10/2013 18:50 Sessão Deliberativa Extraordinária - PLENÁRIO - PLEN

Continuação da votação em turno único.

Votação dos §§ 3º e 4º do art. 16 do Projeto de Lei de Conversão, objeto do destaque para votação em separado da bancada do DEM.

Encaminharam a Votação: Dep. Rogério Carvalho (PT-SE) e Dep. Ronaldo Caiado (DEM-GO).

Mantidos os dispositivos destacados.

Votação da Emenda nº 285, objeto do Destaque da bancada do PDT.

Encaminharam a Votação: Dep. Rogério Carvalho (PT-SE) e Dep. Mandetta (DEM-MS).

Rejeitada a Emenda nº 285. Sim: 134; não: 224; abstenções: 3; total: 361.

Votação do Capítulo V (arts. 23 e 24) do Projeto de Lei de Conversão, objeto do destaque para votação em separado da bancada do PSDB.

Encaminharam a Votação: Dep. Rogério Carvalho (PT-SE) e Dep. Eduardo Barbosa (PSDB-MG).

Suprimido o Capítulo V (arts. 23 e 24) do Projeto de Lei de Conversão.

Prejudicado o Destaque da Bancada do PT, para votação em separado do Capítulo V (arts. 23 e 24) do Projeto de Lei de Conversão.

Votação da Emenda nº 21, objeto do Destaque da bancada do PMDB.

Retirado o Destaque da Bancada do PCdoB, para votação da Emenda nº 229.

Prejudicada a Emenda Aglutinativa nº 13, resultante das Emendas nºs 285 e 229 apresentadas à Medida Provisória nº 621/2013 (prejudicada em face da retirada do Destaque para votação em separado da Emenda nº 229).

Votação da Redação Final.

Aprovada a Redação Final assinada pelo Relator, Dep. Rogério Carvalho (PT-SE).

A matéria vai ao Senado Federal, incluindo o processado (MPV 621-A/2013 - PLV 26/2013).

Encaminhou a Votação o Dep. Rogério Carvalho (PT-SE).

Verificação da votação do destaque solicitada pelo Dep. Eduardo Cunha, Líder do PMDB, em razão do resultado proclamado pela Mesa: "Rejeitada a Emenda", passando-se à sua votação pelo processo nominal.

Rejeitada a Emenda nº 21. Sim: 46; não: 308; abstenções: 15; total: 369.

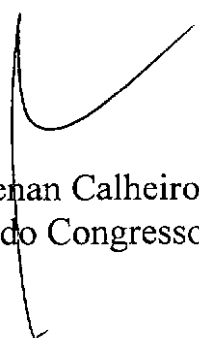
Prejudicado o Requerimento do Dep. Eduardo Cunha, Líder do PMDB, que solicita - nos termos do § 4º do artigo 185 do RICD - verificação da votação, antes do decurso do interstício de uma hora, para votação do Destaque da Bancada do PMDB.

Retirado o Destaque da Bancada do PSC, para votação da Emenda nº 82.

ATO DO PRESIDENTE DA MESA DO CONGRESSO NACIONAL Nº 50, DE 2013

O Presidente da Mesa do Congresso Nacional, cumprindo o que dispõe o § 1º do art. 10 da Resolução nº 1, de 2002-CN, faz saber que, nos termos do § 7º do art. 62 da Constituição Federal, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 32, de 2001, a **Medida Provisória nº 621**, de 8 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União no dia 9, do mesmo mês e ano, que "Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências", tem sua vigência prorrogada pelo período de sessenta dias.

Nacional, 26 de agosto de 2013



Senador Renan Calheiros
Presidente da Mesa do Congresso Nacional

MPV Nº 621

Publicação no DOU	9-7-2013
Designação da Comissão	11-7-2013 (SF)
Instalação da Comissão	14-8-2013
Emendas	até 15-7-2013
Prazo na Comissão	*
Remessa do processo à CD	- -
Prazo na CD	até 5-8-2013 ⁽¹⁾ (até 28º dia)
Recebimento previsto no SF	5-8-2013 ⁽¹⁾
Prazo no SF	de 6-8-2013 a 19-8-2013 ⁽¹⁾ (42º dia)
Se modificado, devolução à CD	19-8-2013 ⁽¹⁾
Prazo para apreciação das modificações do SF, pela CD	de 20-8-2013 a 22-8-2013 ⁽¹⁾ (43º ao 45º dia)
Regime de urgência, obstruindo a pauta a partir de	23-8-2013 ⁽¹⁾ (46º dia)
Prazo final no Congresso	6-9-2013 ⁽¹⁾ (60 dias)
Prazo final prorrogado	5-11-2013 ⁽²⁾

⁽¹⁾ Prazos recontados em virtude do disposto no § 2º do art. 57 da Constituição Federal

⁽²⁾ Prazo prorrogado por Ato do Presidente da Mesa do Congresso Nacional nº 50, de 2013 – DOU (Seção 1) de 27-8-2013

* A Comissão Mista deve, obrigatoriamente, emitir parecer antes de a matéria ser submetida aos Plenários da Câmara dos Deputados e do Senado Federal (art. 62, § 9º - CF / Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4.029 – DOU de 16/3/2012).

MPV Nº 621

Votação na Câmara dos Deputados	9-10-2013
Leitura no Senado Federal	1
Votação no Senado Federal	.

Publicado no DSF, de 11/10/2013