

**RELATÓRIO Nº , DE 2018**

**COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS**

**Avaliação de Políticas Públicas**  
**(em cumprimento à Resolução nº 44, de 2013)**

**Avaliação da Política de Atenção Hospitalar e da Contratualização dos  
Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS)**



SF/18687.17508-02

## SUMÁRIO EXECUTIVO

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), as Santas Casas de Misericórdia acolhiam as pessoas que não eram beneficiárias do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia federal que prestava atendimento médico somente aos empregados no mercado formal de trabalho, com carteira assinada. A partir da promulgação da Constituição Federal e da publicação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), contudo, o sistema de saúde no Brasil passou a ser universal. Nesse novo contexto histórico, a amplitude da rede de hospitais filantrópicos foi elemento fundamental para que o Estado cumprisse a determinação constitucional de assegurar, a todos, acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Ainda hoje, o setor filantrópico é indispensável para o SUS. São 1.514 hospitais gerais e 163 hospitais especializados, que detêm 38% dos leitos, realiza 41,3% das internações e executam procedimentos ambulatoriais complexos, de alto valor agregado, além de empregar 400.000 trabalhadores, entre pessoal de saúde e administrativo, e mais de 80.000 médicos, de todas as especialidades. A esse respeito, pesquisa telefônica realizada pelo Instituto DataSenado, que ouviu 877 pessoas nos meses de agosto e setembro de 2018, avaliou o atendimento nas Santas Casas com um grau de satisfação de 52% de “ótimo” e “bom”. Os destaques positivos foram a localização, as condições de higiene, o atendimento prestado por funcionários responsáveis pelo agendamento, a qualidade do atendimento médico e das instalações. Os problemas apontados foram o tempo de espera para agendamento e o tempo de espera para atendimento. A grande maioria dos entrevistados avaliou que o hospital tinha os equipamentos necessários para o atendimento, mas considerou que os recursos financeiros eram insuficientes. No entanto, apesar da importância para o SUS e do reconhecimento da população, as entidades sem fins lucrativos enfrentam o desafio de manter a qualidade de seus serviços e a viabilidade operacional e financeira, especialmente diante da restrição orçamentária, dos custos crescentes e da demanda por novos investimentos. Assim, desde a implantação do SUS, essas instituições vêm sofrendo progressivo endividamento, o que afeta sobremaneira a continuidade da prestação de serviços. Diante desse quadro, sua sobrevivência está cada vez mais dependente de políticas públicas efetivas. Para estimular a participação dessas entidades no SUS, foram concedidos ao setor benefícios tributários, fiscais e previdenciários, entre eles imunidade a impostos e a contribuições sociais de seguridade social (previdenciárias, sobre receita ou faturamento e sobre importação de bens ou serviços). Além desses incentivos, foram criadas fontes alternativas de financiamento, tais como o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD); o Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos que Atuam na Área da Saúde e que Participam de Forma Complementar do Sistema Único de Saúde (PROSUS); o Programa de Financiamento Específico para Santas Casas e Hospitais Sem Fins Lucrativos que atendem ao SUS (Pró-Santas Casas); e, mais recentemente, recursos do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) para crédito a hospitais filantrópicos, por meio da Medida Provisória nº 848, de 16 de agosto de 2018. Todas essas medidas ainda se mostram insuficientes, pois é necessário que a formulação de políticas públicas leve em consideração a diversidade das entidades que compõem o setor. Ademais, na busca de sustentabilidade, devem ser privilegiados modelos de financiamento que exijam, em contrapartida, melhoria contínua da qualidade do atendimento e ampliação do acesso da população à saúde e da cobertura assistencial.



## ÍNDICE

1	Introdução .....	5
2	Terminologia .....	5
3	Histórico .....	7
4	Perfil do setor .....	11
4.1	Rede assistencial .....	11
4.2	Recursos humanos .....	13
4.3	Produção .....	16
4.3.1	Hospitalar .....	16
4.3.2	Ambulatorial .....	19
5	Arcabouço legal .....	21
5.1	Constituição Federal .....	21
5.2	Leis .....	22
6	Financiamento .....	26
6.1	Incentivos .....	30
6.1.1	Incentivo Financeiro 100% SUS .....	32
6.1.2	Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH) .....	33
6.1.3	Estímulo à contratualização .....	35
6.2	Programas .....	38
6.2.1	PRONON e PRONAS/PCD .....	38
6.2.2	PROSUS .....	38
6.2.3	Pró-Santas Casas .....	41
6.2.4	Recursos do FGTS para crédito a hospitais filantrópicos .....	43
6.3	Recursos repassados às Santas Casas pelo Orçamento da União .....	43
7	Aspectos tributários .....	45
7.1	Isenções .....	49
7.2	Renúncia .....	52
8	Aspectos previdenciários .....	52
9	Audiências públicas .....	54
9.1	Primeira audiência pública .....	54
9.1.1	Participantes .....	54
9.1.2	Abertura .....	55
9.1.3	Depoimentos .....	55
9.1.4	Debates .....	63
9.2	Segunda audiência pública .....	68
9.2.1	Participantes .....	68
9.2.2	Abertura .....	69
9.2.3	Depoimentos .....	69
9.2.4	Debates .....	78
10	Requerimentos de informações .....	78
10.1	RAS nº 19, de 2018 .....	79
10.1.1	Questionamentos .....	79
10.1.2	Respostas ao RAS nº 19, de 2018 .....	80
10.2	RAS nº 20, de 2018 .....	84
10.2.1	Questionamentos .....	84
10.2.2	Respostas ao RAS nº 20, de 2018 .....	85
11	Pesquisas .....	87
11.1	Pesquisa de opinião sobre as Santas Casas - DataSenado .....	87



11.2	Pesquisa sobre a contrapartida do setor filantrópico - FONIF.....	89
12	Iniciativas legislativas .....	89
12.1	Senado Federal.....	90
12.2	Câmara dos Deputados .....	92
13	Considerações finais .....	102



## 1 Introdução

Por força da aprovação do Requerimento nº 2, de 2018-CAS, e em atendimento ao art. 96-B, combinado com os arts. 90, inciso IX; e 100, do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), a “Política de Atenção Hospitalar e da Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS” foi selecionada para ser avaliada pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS) em 2018.

A razão dessa escolha decorreu da importância da atuação das entidades beneficentes de assistência social que prestam serviços ao SUS e para propiciar ao Senado Federal a oportunidade de debater a situação dessas instituições, com ênfase nas Santas Casas de Misericórdia.

O Senador Dalirio Beber foi designado relator da matéria.

## 2 Terminologia

A Carta Magna, em seu art. 199, § 1º, refere-se às “**entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos**” quando dispõe sobre a participação complementar no SUS, diferenciando-as das demais instituições privadas. A mesma terminologia é utilizada na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), ao detalhar essas disposições constitucionais.

Já o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), responsável pelo Sistema Nacional de Informações em Saúde (SNIS), utiliza a expressão “**Entidades sem Fins Lucrativos**”, ao classificar por esfera jurídica os estabelecimentos de saúde, nos seguintes termos:

- Administração Pública: Federal, Estadual ou Distrito Federal, Municipal e Outros.



- Entidades Empresariais: Empresa Pública ou Sociedade de Economia Mista e Demais Entidades Empresariais.
- **Entidades sem Fins Lucrativos.**
- Pessoas Físicas.
- Instituições Extraterritoriais.
- Não especificado ou ignorado.

Por sua vez, a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, que regulamenta o processo de certificação de entidades como beneficentes de saúde, utiliza a expressão “**entidades beneficentes de assistência social com a finalidade de prestação de serviços** nas áreas de assistência social, **saúde** ou educação”.

Outras leis relevantes sobre o tema, valem-se de expressões próprias para se referir ao setor. A Lei nº 12.873, de 24 de outubro de 2013, por exemplo, denomina o programa por ela instituído como Programa de Fortalecimento das **Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos** que Atuam na Área de Saúde (PROSUS). A Lei 13.479, de 5 de setembro de 2017, mais recente, utiliza nomenclatura semelhante à da Constituição da República – Programa de Financiamento Preferencial às **Instituições Filantrópicas e Sem Fins Lucrativos** (Pro-Santas Casas). A Medida Provisória nº 848, de 16 de agosto de 2018, por seu turno, tem como objeto as “**entidades hospitalares filantrópicas e sem fins lucrativos que participem de forma complementar do Sistema Único de Saúde**”.



Desse modo, percebe-se que não existe uma uniformidade na terminologia que define o setor, que historicamente acabou por ser identificado com as Santas Casas, pela inegável importância dessas instituições no contexto da assistência à saúde no Brasil, antes e depois da criação do SUS, como veremos no histórico apresentado na sequência.

Por esse motivo, neste relatório, a terminologia utilizada nas suas diferentes partes tem pequenas variações, de acordo com o tópico abordado e com as informações disponíveis oficialmente.

### 3 Histórico

No apagar das luzes do século XV, mais precisamente em 15 de agosto de 1498, a rainha Dona Leonor (1458-1525), a primeira das ocupantes do trono português do ramo Bragança, protetora do dramaturgo Gil Vicente<sup>1</sup>, fundou em Lisboa uma irmandade dedicada à Virgem da Misericórdia, iniciativa paradigmática de auxílio aos pobres, que logo se tornou um modelo de sucesso, tendo sido estendida aos territórios ultramarinos.<sup>2, 3</sup>

No Brasil, as Santas Casas de Misericórdia fazem parte da história da assistência à saúde desde seus primórdios. De fato, o mais antigo hospital brasileiro é a Santa Casa de Misericórdia de Santos, fundada por Brás Cubas em 1543 e até hoje em funcionamento.<sup>4</sup> Ainda no Brasil Colônia,

---

<sup>1</sup> Iniciador do teatro português.

<sup>2</sup> FRANCO, Renato Júnio. O modelo luso de assistência e a dinâmica das Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa. *Estud. hist. (Rio J.)*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 53, p. 5-25, Junho 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21862014000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21862014000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 out. 2018

<sup>3</sup> CONFEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA, HOSP. E ENTIDADES FILANTRÓPICAS (CMBA). *A história de misericórdia das Santas Casas*. Disponível em: <https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos/historico>. Acesso em: 29 out. 2018.

<sup>4</sup> Alguns pesquisadores sustentam que a Santa Casa de Misericórdia de Olinda (PE) seria a mais antiga do País, tendo sido criada em 1539 e extinta em 1859.



as Santas Casas foram as primeiras instituições a acolherem as pessoas com transtorno mental.<sup>5</sup>

Nesse sentido, já em 1584, o padre jesuíta José de Anchieta exaltava a sedimentação desse processo assistencial no Novo Mundo e registrava:

Em todas as capitanias há Casas de Misericórdia que servem de hospitais, edificadas e sustentadas pelos moradores da terra com muita devoção, (...) curam os enfermos de toda a sorte e fazem outras obras pias (...).<sup>6</sup>

De acordo com a pesquisadora Rita de Cássia Marques, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), contudo, a disseminação do modelo das Santas Casas no território brasileiro não ocorreu de forma tão homogênea:

Esse modelo assistencial da Santa Casa chegou ao Brasil, como a todas as colônias portuguesas, ainda no século XVI, mas não se desenvolveu em todo o território como pregava o *Compromisso* do século XV. As Santas Casas apareceram nas regiões litorâneas, mas tiveram dificuldades em se estabelecer no interior do país, especialmente em Minas Gerais, o que aconteceu somente a partir do século XVIII.<sup>7</sup>

A despeito disso, antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso aos serviços públicos de assistência à saúde no Brasil não era universal e, naquele período, somente as Santas Casas ofereciam

<sup>5</sup> FIGUEIREDO, Gabriel. As origens da assistência psiquiátrica no Brasil: o papel das Santas Casas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 133, Set. 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462000000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000300007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 out 2018.

<sup>6</sup> ANCHIETA, José de. **Cartas, informações, fragmentos históricos e sermões do Padre José de Anchieta**. Disponível em: <https://www.literaturabrasileira.ufsc.br/documentos/?action=midias&id=136067>. Acesso em: 18 out 2018.

<sup>7</sup> CASSIA MARQUES, Rita de. A Caridade criando hospitais em Minas Gerais (Brasil) - séculos XVIII-XX. **Dynamis**, Granada, v. 31, n. 1, p. 107-129, 2011. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-95362011000100006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-95362011000100006&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 19 out 2018.



assistência médica gratuita às pessoas que não eram beneficiárias do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Extinta pela Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, essa autarquia prestava atendimento médico somente àqueles que contribuíssem com a previdência social, ou seja, que fossem empregados com carteira assinada.

O sistema de saúde vigente no País, até então, estava organizado em dois grandes segmentos: o segmento assistencial – de base eminentemente médico-hospitalar – e o segmento da saúde pública, mais voltado para ações preventivas.

Ao primeiro segmento – o médico-hospitalar – competia a assistência à saúde e era integrado pelos seguintes componentes:

- a) atenção previdenciária – de caráter médico-hospitalar, para todos que estivessem inseridos no mercado formal de trabalho;
- b) seguro-saúde – oferta de serviços de saúde para as grandes empresas multinacionais (medicina de grupo, seguro-saúde, cooperativas);
- c) setor privado autônomo – para aqueles que tinham capacidade financeira suficiente para realizar desembolsos diretos (chamados de gastos *out of pocket*, em inglês, ou seja, do próprio bolso);
- d) hospitais universitários – ensino e pesquisa, atenção de maior complexidade;
- e) serviços públicos de segmentos específicos da burocracia estatal – para as Forças Armadas e o funcionalismo público;



f) **setor filantrópico** – para pobres e excluídos do mercado formal de trabalho.

A atenção previdenciária era prestada pelo Inamps, que centralizava os gastos públicos em saúde, por meio de serviços próprios e privados contratados. Desse modo, promoveu uma vultosa inversão de recursos na medicina privada, sendo o responsável pelo acelerado desenvolvimento do complexo médico-industrial privado observado naquele período.

Ao segundo segmento – o da saúde pública – cabiam as ações de prevenção e controle de doenças, voltadas para as grandes endemias, e, residualmente, a atenção à saúde destinada a segmentos específicos da população, que não tinham acesso ao sistema de assistência previdenciário. Ficava a cargo do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde.

Assim, na prática, o sistema público de saúde caracterizava-se por uma dicotomia: de um lado, ações assistenciais curativas, de caráter individual, a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social, e de outro, ações integradas de promoção, prevenção e proteção da saúde, de cunho coletivo, a cargo do Ministério da Saúde.

A área assistencial pública era excludente, não universal, de base contributiva, e fortemente centralizada na esfera federal. No âmbito da saúde pública, o Ministério da Saúde mantinha uma rede própria de unidades ambulatoriais e hospitalares voltadas para agravos específicos, tais como câncer, doenças psiquiátricas, tuberculose, hanseníase, ou para segmentos específicos, como a atenção materno-infantil. Nessa área, também, atuavam as unidades próprias dos estados e municípios.



Não havia, pois, uma rede articulada de serviços que suprisse adequadamente a totalidade das necessidades de saúde da população. Por essas razões, coube às entidades filantrópicas, com atuação destacada das Santas Casas de Misericórdia, o papel de suprir essa omissão do Estado brasileiro, sobretudo perante as populações mais carentes.

Mesmo após a universalização da atenção à saúde, ocorrida a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF) e da edição da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), as Santas Casas<sup>8</sup>, por constituírem uma rede hospitalar bem estruturada e com presença em diferentes regiões do País, continuaram a desempenhar papel relevante, sendo responsáveis por uma parcela significativa das internações hospitalares e dos atendimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, atuando de forma complementar ao SUS.

## **4 Perfil do setor**

### **4.1 Rede assistencial**

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), existem 1.609 hospitais gerais e 192 hospitais especializados, sem fins lucrativos, no Brasil. Isso representa 31,2% do total de hospitais gerais e 19,1% dos hospitais especializados, respectivamente.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Delas derivaram outras entidades de características similares, tais como as Beneficências Portuguesas e os hospitais filantrópicos das comunidades judaica, nipônica e sírio-libanesa, bem como aqueles vinculados a outros movimentos da Igreja Católica, Protestante, Evangélica e Espírita, entre outros.

<sup>9</sup> Dados relativos a julho de 2018.



**Tabela 1** – Estabelecimentos de saúde sem fins lucrativos por tipo.  
Brasil, julho de 2018.

<i>Tipo de estabelecimento</i>	<i>Sem fins lucrativos</i>		<i>Total de estabelecimentos</i>
Centro de saúde/unidade básica de saúde	112	0,3%	37.077
Clinica especializada/ambulatório especializado	2.584	5,2%	49.284
Hospital especializado	192	19,0%	1.008
Hospital geral	1.609	31,3%	5.146
Hospital dia	44	6,6%	671
Policlínica	481	6,1%	7.828
Posto de saúde	45	0,5%	9.083
Pronto atendimento	24	2,0%	1.175
Pronto socorro especializado	2	2,3%	88
Pronto socorro geral	11	3,1%	350
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	466	1,9%	24.172

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Entre os hospitais que prestam serviços ao SUS, as entidades sem fins lucrativos representam cerca de um terço ou mais da rede hospitalar, como se observa na tabela 2.

**Tabela 2** – Hospitais gerais e especializados que prestam serviços ao SUS por esfera jurídica. Brasil, julho de 2018.

<i>Esfera Jurídica/Hospital</i>	<i>Geral</i>		<i>Especializado</i>	
Administração Pública	2090	51,9%	251	44,5%
Entidades Empresariais	423	10,5%	150	26,6%
<b>Entidades sem Fins Lucrativos</b>	<b>1514</b>	<b>37,6%</b>	<b>163</b>	<b>28,9%</b>
<b>Total</b>	<b>4027</b>	<b>100,0%</b>	<b>564</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Ministério da Saúde - CNES

O total dos leitos de internação disponíveis ao SUS – públicos e privados – é em torno de 300 mil. Destes, os leitos de internação oferecidos por hospitais sem fins lucrativos correspondem a 37,52% do total (tabela 3).<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Não são considerados como leitos hospitalares os leitos de observação.



**Tabela 3** – Leitos de internação por esfera jurídica do prestador SUS. Brasil, julho de 2018.

<i>Esfera jurídica</i>	<i>Leitos</i>	
Administração Pública	163.437	54%
Entidades Empresariais	25.153	8%
<b>Entidades sem Fins Lucrativos</b>	<b>113.267</b>	<b>38%</b>
<b>Total</b>	<b>301.857</b>	<b>100%</b>

Fonte: Ministério da Saúde - CNES

## 4.2 Recursos humanos

De acordo com o Cnes (setembro/2018), as entidades sem fins lucrativos que prestam serviços ao SUS empregam cerca de 400.000 trabalhadores em geral, entre pessoal de saúde (nível superior, nível técnico e auxiliar e nível elementar) e pessoal administrativo, conforme tabela 4.

**Tabela 4** – Quantidade de profissionais que trabalham no SUS, por esfera jurídica do prestador. Brasil, setembro de 2018.

<i>Esfera Jurídica</i>	<i>Profissionais</i>	
Administração Pública	1.830.750	78,0%
Entidades Empresariais	113.218	4,8%
Entidades sem Fins Lucrativos	400.516	17,1%
Pessoas físicas	1.431	0,1%
<b>Total</b>	<b>2.345.915</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Ministério da Saúde - CNES

Ainda segundo o Cnes, mais de 80.000 médicos (em setembro de 2018), de várias especialidades, prestam serviços ao SUS nas entidades sem fins lucrativos.

**Tabela 5** – Quantidade de médicos que prestam serviços ao SUS em entidades sem fins lucrativos. Brasil, setembro de 2018.



<i>Médicos</i>	<i>n<sup>o</sup></i>
ANESTESISTA	4.180
Médico Anestesiologista	4.180
CIRURGIÃO GERAL	2.653
Médico Cirurgião Geral	2.653
CLÍNICO GERAL	27.726
Médico Clínico	27.624
Médico Generalista Alopata	102
GINECO OBSTETRA	3.093
Médico Ginecologista Obstetra	3.093
MÉDICO DE FAMÍLIA	52
Médico da estratégia de Saúde da Família	5
Médico de família e comunidade	47
PEDIATRA	6.708
Médico Pediatra	6.708
PSIQUIATRA	948
Médico psiquiatra	948
RADIOLOGISTA	2.126
Médico em radiologia e diagnóstico por imagem	2.126
SANITARISTA	10
Médico sanitarista	10
OUTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	36.015
Médico acupunturista	55
Médico alergista e imunologista	141
Médico anatomopatologista	323
Médico angiologista	566
Médico broncoesofalogista	64
Médico Cardiologista Intervencionista	313
Médico cancerologista cirúrgico	24
Médico cancerologista pediátrico	114
Médico cardiologista	4.633
Médico cirurgião cardiovascular	194
Médico cirurgião da mão	1
Médico cirurgião de cabeça e pescoço	255
Médico cirurgião do aparelho digestivo	271
Médico cirurgião pediátrico	197
Médico cirurgião plástico	526
Médico cirurgião torácico	40
Médico citopatologista	15
Médico coloproctologista	44
Médico dermatologista	641
Médico do trabalho	166
Médico em cirurgia vascular	299
Médico em endoscopia	68
Médico em medicina de tráfego	1
Médico em medicina intensiva	549



<i>Médicos</i>	<i>n<sup>o</sup></i>
Médico em medicina nuclear	115
Médico em medicina preventiva e social	12
Médico endocrinologista e metabologista	344
Médico fisiatra	98
Médico gastroenterologista	434
Médico geneticista	39
Médico geriatra	69
Médico hansenologista	1
Médico hematologista	241
Médico hiperbarista	2
Médico homeopata	27
Médico infectologista	553
Médico legista	5
Médico mastologista	77
Médico nefrologista	1.342
Médico neurocirurgião	251
Médico neurofisiologista clínico	16
Médico neurologista	2.142
Médico nutrologista	175
Médico oftalmologista	2.532
Médico oncologista clínico	2.286
Médico ortopedista e traumatologista	2.230
Médico otorrinolaringologista	828
Médico patologista	28
Médico patologista clínico / medicina laboratorial	60
Médico pneumologista	225
Médico radioterapeuta	206
Médico residente	11.610
Médico reumatologista	155
Médico urologista	412
<b>Total</b>	<b>83.511</b>

Fonte: Ministério da Saúde - CNES

O pessoal de saúde de nível superior que presta serviços ao SUS em entidades sem fins lucrativos (incluindo os médicos) totaliza 167.428 profissionais (setembro de 2018).



## 4.3 Produção

### 4.3.1 Hospitalar

As entidades de saúde sem fins lucrativos contribuem de modo significativo para a produção hospitalar do SUS.

Segundo informações do Datasus, elas foram responsáveis por 41,3% das internações em 2017, sendo 40% das internações de média complexidade e 59% das de alta complexidade (tabela 6).

**Tabela 6** – Internações hospitalares no SUS por esfera jurídica e complexidade. Brasil, 2017.

<i>Esfera jurídica</i>	<i>Média</i>	<i>Alta</i>	<i>Total</i>
Administração Pública	5.730.974	266.086	5.997.060
Entidades Empresariais	652.030	80.553	732.583
Entidades sem Fins Lucrativos	4.242.031	494.478	4.736.509
Não especificado ou ignorado	617	43	660
<b>Total</b>	<b>10.625.652</b>	<b>841.160</b>	<b>11.466.812</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Notas: Dados sujeitos a retificação.

A análise das internações hospitalares por grupos de procedimentos também evidencia a dimensão do setor filantrópico no SUS.

No ano de 2017, os hospitais sem fins lucrativos foram responsáveis por 51% dos procedimentos com finalidade diagnóstica, 40% dos procedimentos clínicos, 43% dos procedimentos cirúrgicos e 59% dos transplantes de órgãos, tecidos e células realizados pelo SUS (tabela 6).<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Os grupos de procedimentos apresentados na tabela 6 estão descritos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – SUS, a saber:

- Procedimentos com finalidade diagnóstica: coleta de material; diagnóstico em laboratório clínico; diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia; diagnóstico por radiologia; diagnóstico por ultrassonografia; diagnóstico por tomografia; diagnóstico por ressonância magnética; diagnóstico por medicina nuclear in vivo; diagnóstico por endoscopia; diagnóstico por radiologia intervencionista;



**Tabela 7** – Internações hospitalares do SUS por esfera jurídica e grupos de procedimentos selecionados. Brasil, 2017.

<i>Esfera jurídica</i>	Diagnóstico	Clínico	Cirúrgico	Transplante
Administração Pública	9.373	3.675.014	2.290.171	22.502
Entidades Empresariais	2.629	428.138	295.168	6.648
Entidades sem fins lucrativos	12.258	2.694.141	1.987.806	42.304
Não especificada/ignorada	-	358	302	-
Total	24.260	6.797.651	4.573.447	71.454

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Quanto ao valor total das internações, o primeiro e o segundo lugares são ocupados, respectivamente, por hospitalizações para tratamento de infecções bacterianas e para procedimentos sequenciais em oncologia. As internações para procedimentos obstétricos (parto normal e cesariano) também se destacam, bem como aquelas para a realização de procedimentos clínicos e cirúrgicos em cardiologia, tratamento de paciente oncológico e transplantes de rim (doador falecido) e fígado, apresentados na tabela 8.

**Tabela 8** – Cinquenta principais procedimentos hospitalares realizados por entidades sem fins lucrativos no SUS, ordenados pelo valor total das internações. Brasil, 2017.

<i>Procedimento</i>	<i>Valor total (R\$)</i>
0303010037 tratamento de outras doenças bacterianas	334.131.891,52

- métodos diagnósticos em especialidades; diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia; diagnóstico em vigilância epidemiológica e ambiental; diagnóstico por teste rápido.
- Procedimentos clínicos: fisioterapia, tratamentos clínicos (outras especialidades), tratamento em oncologia, tratamento em nefrologia, hemoterapia, tratamento odontológicos, tratamento de lesões, envenenamentos e outros decorrentes de causas externas, terapias especializadas, parto e nascimento.
  - Procedimentos cirúrgicos: Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa; cirurgia de glândulas endócrinas; cirurgia do sistema nervoso central e periférico; cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço; cirurgia do aparelho da visão; cirurgia do aparelho circulatório; cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal; cirurgia do sistema osteomuscular; cirurgia do aparelho geniturinário; cirurgia de mama; cirurgia obstétrica; cirurgia torácica; cirurgia reparadora; bucomaxilofacial; outras cirurgias; cirurgia em oncologia; anestesiologia, cirurgia em nefrologia.
  - Transplante de órgãos, tecidos e células: coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante, avaliação de morte encefálica; ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante; processamento de tecidos para transplante; acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante.



<i>Procedimento</i>	<i>Valor total (R\$)</i>
0415020050 procedimentos sequenciais em oncologia	332.999.037,56
0415010012 tratamento c/ cirurgias múltiplas	315.181.961,81
0303140151 tratamento de pneumonias ou influenza (gripe)	279.535.364,46
0411010034 parto cesariano	208.925.831,41
0310010039 parto normal	191.904.848,69
0406030030 angioplastia coronariana c/ implante de stent	175.082.425,47
0406010935 revascularização miocárdica c/ uso de extracorpórea (c/2 ou mais enxertos)	174.062.396,23
0303060212 tratamento de insuficiência cardíaca	151.160.606,27
0415020034 outros procedimentos com cirurgias sequenciais	136.792.648,85
0303160063 tratamento de transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período neonatal	129.499.917,10
0406030022 angioplastia coronariana c/ implante de dois stents	128.077.517,27
0505020092 transplante de rim (órgão de doador falecido)	127.502.329,77
0303040149 tratamento de acidente vascular cerebral - avc (isquêmico ou hemorrágico agudo)	107.208.904,49
0505020050 transplante de fígado (órgão de doador falecido)	103.005.841,79
0415030013 tratamento cirúrgico em politraumatizado	95.753.465,33
0303160055 tratamento de transtornos relacionados c/ a duração da gestação e c/ o crescimento fetal	95.343.044,06
0303170093 tratamento em psiquiatria (por dia)	89.914.527,10
0304100021 tratamento clínico de paciente oncológico	79.231.496,01
0303130059 tratamento de paciente sob cuidados prolongados por enfermidades neurológicas	78.839.207,80
0406010650 implante de marcapasso de câmara dupla transvenoso	74.638.664,05
0303140046 tratamento das doenças crônicas das vias aéreas inferiores	69.607.702,02
0303060190 tratamento de infarto agudo do miocárdio	67.528.415,14
0303140135 tratamento de outras doenças do aparelho respiratório	65.425.522,25
0406010692 implante de prótese valvar	62.169.025,88
0411010026 parto cesariano em gestação de alto risco	58.040.822,62
0415020077 procedimentos sequenciais em neurocirurgia	56.826.318,30
0412040166 toracostomia com drenagem pleural fechada	54.462.314,38
0303060280 tratamento de síndrome coronariana aguda	53.042.072,78
0407010173 gastroplastia c/ derivação intestinal	51.926.220,42
0407030026 colecistectomia	51.323.544,70
0304080020 internação p/ quimioterapia de administração contínua	47.145.616,59
0303160039 tratamento de outros transtornos originados no período perinatal	40.927.191,37
0415040035 debridamento de ulcera / de tecidos desvitalizados	40.143.280,53
0406030049 angioplastia coronariana primária	37.449.323,28
0305020056 tratamento de insuficiência renal crônica	37.375.509,85
0304080039 internação p/ quimioterapia de leucemias agudas / crônicas agudizadas	35.575.389,01
0416080081 reconstrução c/ retalho miocutâneo (qualquer parte) em oncologia	34.615.995,05
0404010377 traqueostomia	33.928.548,79
0303070102 tratamento de outras doenças do aparelho digestivo	29.803.575,44
0506020045 tratamento de intercorrência pós-transplante de órgãos / células-tronco hematopoiéticas	29.247.107,54
0407040102 hernioplastia inguinal / crural (unilateral)	28.677.686,46
0406011206 troca valvar c/ revascularização miocárdica	27.332.432,97
0406010820 plastica valvar e/ou troca valvar múltipla	27.191.257,38
0303010061 tratamento de doenças infecciosas e intestinais	27.031.986,53
0408050632 tratamento cirúrgico de fratura transtrocanteriana	26.763.882,43
0408040092 artroplastia total primária do quadril não cimentada / híbrida	25.150.111,01
0305020048 tratamento de insuficiência renal aguda	24.990.886,94
0407030034 colecistectomia videolaparoscopia	24.716.763,19
0303150050 tratamento de outras doenças do aparelho urinário	24.664.077,62

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Notas: Situação da base de dados nacional em 10/09/2018. Dados sujeitos a retificação.

Já a tabela 9 evidencia que o valor médio das internações para transplantes ocupa nove entre os dez primeiros lugares das internações mais caras. O primeiro lugar é ocupado pelo transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de sangue de cordão umbilical de não aparentado. O órgão sólido cujo transplante resulta no maior valor médio de internação é o fígado.



**Tabela 9 – Cinquenta principais procedimentos hospitalares realizados por entidades sem fins lucrativos no SUS, ordenados pelo valor médio das internações. Brasil, 2017.**

<i>Procedimento</i>	<i>Valor médio (R\$)</i>
0505010046 transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de sangue de cordão umbilical de não aparentado	114.876,79
0505010062 transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de sangue periférico - não aparentado	114.876,03
0505010020 transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de medula óssea - não aparentado	114.211,19
0505020068 transplante de fígado (órgão de doador vivo)	108.043,50
0505020050 transplante de fígado (órgão de doador falecido)	105.755,48
0505020122 transplante de pulmão bilateral	104.394,74
0404010580 cirurgia de implante coclear bilateral	90.589,01
0505010011 transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de medula óssea - aparentado	86.866,88
0505010054 transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de sangue periférico - aparentado	86.261,59
0505020084 transplante de pulmão unilateral	73.423,74
0406010595 implante de cardioversor desfibrilador multi-sítio endocavitário c/ reversão para epimiocárdico por	58.755,03
0406010609 implante de cardioversor desfibrilador (cdi) multi-sítio transvenoso	58.012,89
0505020041 transplante de coração	57.883,95
0406010579 implante de cardioversor desfibrilador (cdi) multi-sítio transvenoso epimiocárdico por toracotomia p	57.761,41
0505020114 transplante simultâneo de pâncreas e rim	57.360,99
0406011176 troca de gerador e de eletrodos de cardio-desfibrilador multisítio	53.193,30
0406011117 troca de gerador de cárdio-desfibrilador multi-sítio	50.417,16
0406011222 unifocalização de ramos da artéria pulmonar s/ circulação extracorpórea	48.603,15
0505020092 transplante de rim (órgão de doador falecido)	45.814,71
0404010571 cirurgia de implante coclear unilateral	45.565,77
0404010148 implante coclear	44.589,51
0406010587 implante de cardioversor desfibrilador de câmara dupla transvenoso	42.998,54
0406010560 implante de cardioversor desfibrilador de câmara única transvenoso	41.587,41
0505020076 transplante de pâncreas	40.012,95
0406011168 troca de gerador e de eletrodos de cardio-desfibrilador	37.340,37
0505020106 transplante de rim (órgão de doador vivo)	33.577,42
0406010366 correção de interrupção do arco aórtico	32.985,52
0406010285 correção de estenose aórtica (0 a 3 anos)	31.107,95
0406010331 correção de hipoplasia de ventrículo esquerdo	30.348,66
0406010463 correção de tronco arterioso persistente	30.178,21
0406011109 troca de gerador de cardio-desfibrilador de câmara única/ dupla	29.471,85
0406010781 plástica / troca de válvula tricúspide (anomalia de Ebstein)	29.403,09
0406011362 correção de estenose mitral congênita (criança e adolescente)	29.188,62
0406010447 correção de transposição dos grandes vasos da base (criança e adolescente)	27.819,85
0406011290 ampliação de via de saída do ventrículo esquerdo (criança e adolescente)	27.639,96
0404010628 cirurgia para prótese auditiva ancorada no osso	27.589,91
0406010269 correção de dupla via de saída do ventrículo direito	27.555,68
0406040168 correção endovascular de aneurisma / dissecação da aorta abdominal e ilíacas c/ endoprotese bifurcada	27.112,17
0406010471 correção de ventrículo único	26.517,66
0406010498 correção do canal atrioventricular (total)	26.095,16
0406010617 implante de marcapasso cardíaco multi-sítio endocavitário c/ reversão p/ epimiocárdico (por toracoto	26.004,71
0406010250 correção de drenagem anômala total de veias pulmonares	25.874,14
0406011397 correção de hipertrofia septal assimétrica (criança e adolescente)	25.604,73
0406010420 correção de tetralogia de Fallot e variantes (criança e adolescente)	25.511,70
0303130059 tratamento de paciente sob cuidados prolongados por enfermidades neurológicas	24.972,82
0408030828 tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior onze níveis	24.464,83
0406011419 correção de insuficiência mitral congênita (criança e adolescente)	24.202,60
0406011303 anastomose cavo-pulmonar bidirecional (criança e adolescente)	24.144,03
0505010070 transplante autogênico de células-tronco hematopoiéticas de medula óssea -	24.121,11
0406010153 correção de atresia pulmonar e comunicação interventricular	23.782,76

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Notas: situação da base de dados nacional em 12/09/2018. Dados sujeitos a retificação.

### 4.3.2 Ambulatorial

No que tange à produção ambulatorial do SUS, as entidades sem fins lucrativos realizaram menos de 10% do total de procedimentos. Apesar

de reduzida em termos quantitativos, essa produção tem alto valor agregado, haja vista que os pagamentos a elas efetuados alcançam quase 30% do total geral (tabela 10).<sup>12</sup>

**Tabela 10** – Produção ambulatorial do SUS por esfera jurídica do prestador. Brasil, 2017.

<i>Esfera Jurídica</i>	<i>Quantidade</i>		<i>Valor (R\$)</i>	
Administração Pública	3.453.594.157	87%	9.155.531.481,75	48%
Entidades Empresariais	227.833.045	6%	4.495.641.496,97	24%
Entidades sem Fins Lucrativos	296.820.658	7%	5.375.276.783,13	28%
Pessoas físicas	205.035	0%	2.242.771,88	0%
<b>Total</b>	<b>3.978.452.895</b>	<b>100%</b>	<b>19.028.692.533,73</b>	<b>100%</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Em relação ao grau de complexidade dos procedimentos, as entidades sem fins lucrativos executaram 18% dos procedimentos de média complexidade<sup>13</sup> e 2% dos procedimentos de alta complexidade<sup>14</sup> no ano de 2017 (tabela 11).

<sup>12</sup> As informações constantes da tabela 10 referem-se à quantidade de procedimentos aprovados para pagamento pelas Secretarias de Saúde e ao valor aprovado para pagamento pelas Secretarias de Saúde.

<sup>13</sup> O Ministério da Saúde considera a “média complexidade” como um dos três níveis de atenção à saúde do SUS. Trata-se de ações e serviços que visam a oferecer assistência prestada por profissionais especializados e uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. São exemplos de procedimentos de média complexidade: procedimentos especializados realizados por médicos, outros de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumato-ortopédicos; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultrassonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses; anestesia.

<sup>14</sup> Procedimentos de “alta complexidade” são aqueles de tecnologia avançada e de alto custo. As principais áreas que oferecem serviços de alta complexidade do SUS são: assistência ao paciente com doença renal crônica (diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumato-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfecta; fibrose cística e reprodução assistida.



**Tabela 11** – Produção ambulatorial do SUS (quantidade) por esfera jurídica do prestador e complexidade do procedimento. Brasil, 2017.

<i>Esfera Jurídica</i>	<i>Média complexidade</i>		<i>Alta complexidade</i>	
Administração Pública	1.024.220.710	68%	935287.130	97%
Entidades Empresariais	212.067.157	14%	14.342.206	1%
Entidades sem Fins Lucrativos	265.903.883	18%	18.297.360	2%
Pessoas Físicas	192.355	0%	582	0%
<b>Total</b>	<b>1.502.384.105</b>	<b>100%</b>	<b>967.927.278</b>	<b>100%</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Os valores de pagamento aprovados foram de 2,3 bilhões de reais para a média complexidade e 2,8 bilhões de reais para a alta complexidade, o que representa, respectivamente, 22% e 37% do total pago pela produção ambulatorial (tabela 12).

**Tabela 12** – Produção ambulatorial do SUS (valor em R\$) por esfera jurídica do prestador e complexidade do procedimento. Brasil, 2017.

<i>Esfera Jurídica</i>	<i>Média complexidade</i>		<i>Alta complexidade</i>	
Administração Pública	6.466.451.854,82	62%	2.063.458.801,00	27%
Entidades Empresariais	1.618.581.382,83	16%	2.716.324.598,59	36%
Entidades sem Fins Lucrativos	2.332.655.741,74	22%	2.812.556.249,94	37%
Pessoas Físicas	1.448.148,27	0%	95.923,61	0%
<b>Total</b>	<b>10.419.137.127,66</b>	<b>100%</b>	<b>7.592.435.573,14</b>	<b>100%</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

A participação das entidades sem fins lucrativos na atenção básica não é significativa.

## 5 Arcabouço legal

### 5.1 Constituição Federal

Por determinação constitucional, as ações e serviços de saúde podem ser executados diretamente pelo Estado ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado:



**Art. 197.** São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Isso significa que o SUS pode abarcar serviços de titularidade privada, com ou sem fins lucrativos, os quais podem participar de forma complementar ao sistema público, mediante contrato e convênio, com preferência para estes últimos.

Desse modo, a participação das entidades filantrópicas na assistência à saúde está especificamente prevista no § 1º do art. 199 da CF:

**Art. 199.** A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

.....

## 5.2 Leis

Na mesma linha do texto constitucional (art. 199, § 1º), o art. 4º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, não deixa dúvidas quanto à complementariedade de serviços privados.

As normas sobre essa participação complementar, previstas no art. 24 e seguintes da Lei 8.080, de 1990, determinam que, quando as disponibilidades públicas forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada, devendo formalizar essa relação jurídica mediante contrato ou convênio, observadas as normas de direito



público. Na ocorrência dessa hipótese, de acordo com o disposto no art. 25, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência.

No entanto, para adquirir status de entidade de saúde beneficente e, com isso, passar a dispor dos benefícios que a legislação brasileira oferece, as entidades necessitam de prévia obtenção da Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social (CEBAS). Trata-se de documento oficial concedido pelo Governo Federal às entidades sem fins lucrativos que prestam serviços nas áreas de educação, assistência social ou saúde.

Portanto, somente são reconhecidas como “Entidade Benéfica de Assistência Social”, na área de saúde, as entidades que recebem Cebas, concedida pelo Ministério da Saúde a pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos.

A obtenção da Cebas possibilita a isenção das contribuições sociais<sup>15</sup> e a celebração de convênios com o poder público, entre outros benefícios. Para os efeitos trabalhistas, entretanto, essas entidades equiparam-se ao empregador comum, ou seja, pagam todos os encargos trabalhistas.

Para a aquisição da Cebas, as entidades solicitantes devem assumir as obrigações e atender aos requisitos que estão determinadas pela Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, *in verbis*:

**Art. 4º** Para ser considerada beneficente e fazer jus à certificação, a entidade de saúde deverá, nos termos do regulamento:

---

<sup>15</sup> Contribuição a cargo da empresa (patronal) prevista nos arts. 22 e 23 da Lei nº 8.212, de 1991, no valor de 20% sobre a folha de pagamentos.



I - **celebrar contrato, convênio ou instrumento congênere com o gestor do SUS;**

II - **ofertar a prestação de seus serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento);**

III - **comprovar, anualmente, da forma regulamentada pelo Ministério da Saúde, a prestação dos serviços de que trata o inciso II, com base nas internações e nos atendimentos ambulatoriais realizados.**

.....

**Art. 5º** A entidade de saúde deverá ainda **informar, obrigatoriamente, ao Ministério da Saúde**, na forma por ele estabelecida:

I - **a totalidade das internações e atendimentos ambulatoriais realizados para os pacientes não usuários do SUS;**

II - **a totalidade das internações e atendimentos ambulatoriais realizados para os pacientes usuários do SUS;** e

III - **as alterações referentes aos registros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.**

*Parágrafo único.* A entidade deverá manter o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado, de acordo com a forma e o prazo determinado pelo Ministério da Saúde.

De maneira geral, as entidades devem celebrar contrato com gestor local do SUS e oferecer prestação de, no mínimo, 60% de seus serviços (ambulatoriais e hospitalares) ao sistema público de saúde. Além disso, os hospitais devem informar ao Ministério da Saúde sobre o número de internações e de atendimentos ambulatoriais realizados e sobre alterações referentes aos registros no CNES.

Por sua vez, o art. 21 da referida lei determina que compete ao Ministério da Saúde conceder ou renovar a Cebas da área de saúde que preencherem os requisitos previstos:

**Art. 21.** A análise e decisão dos requerimentos de concessão ou de renovação dos certificados das entidades beneficentes de assistência social serão apreciadas no âmbito dos seguintes Ministérios:

I - da Saúde, quanto às entidades da área de saúde;



.....

Além dos temas já mencionados – participação no SUS e regulamentação da filantropia –, a legislação infraconstitucional que dispõe sobre as entidades sem fins lucrativos também se preocupou com o financiamento do setor e a regulamentação de novas formas de parceria entre o SUS e o terceiro setor: as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), situação sintetizada no quadro 1.



**Quadro 1** – Legislação das entidades sem fins lucrativos.

Participação no SUS		Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde.
Filantropia		Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, certificação das entidades beneficentes de assistência social e isenção de contribuições para a seguridade social.
		Lei nº 13.650, de 11 de abril de 2018, certificação das entidades beneficentes de assistência social, na área de saúde.
Programas de financiamento	PRONON PRONAS/ PCD	Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012, Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência.
	PROSUS	Lei nº 12.873, de 24 de outubro de 2013, Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos que Atuam na Área da Saúde e que Participam de Forma Complementar do Sistema Único de Saúde – PROSUS.
		Lei nº 13.202, de 8 de dezembro de 2015, altera a Lei nº 12.873, de 2013.
		Lei nº 13.204, de 14 de dezembro de 2015, que reabre o prazo de adesão ao Prosus.
	Pro-Santas Casas	Lei nº 13.479, de 5 de setembro de 2017, cria o Programa de Financiamento Preferencial às Instituições Filantrópicas e Sem Fins Lucrativos (Pro-Santas Casas).
Terceiro setor		Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, a Lei das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS).
		Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, Lei das Organizações Sociais (OS).



SF/18687.17508-02

**6 Financiamento**

A partir da criação do SUS, diferentemente do período anterior, as Santas Casas deixaram de prestar atendimento gratuito e, pelo fato de se vincularem ao sistema, passaram a receber pagamento pelos atendimentos prestados.

A despeito disso, há anos as instituições de saúde filantrópicas vêm alegando persistente crise financeira.

Com efeito, as dívidas contraídas pelas entidades sem fins lucrativos junto às instituições financeiras, fornecedores, impostos e passivos trabalhistas representam hoje a maior dificuldade enfrentada pelo setor. Segundo relatório da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), essas dívidas passaram de 1,8 bilhão de reais, em 2005; para 5,9 bilhões, em 2009; 11,2 bilhões, em 2011; e 21,6 bilhões, em 2015, dos quais 12 bilhões de reais com o sistema financeiro, em sua maioria constituída de novos empréstimos para rolar dívidas anteriores.<sup>16</sup>

Além disso, dados da mesma CMB, estimados até maio de 2015, revelam que as entidades integrantes do Sistema amargavam dívidas da ordem de 3,6 milhões de reais com fornecedores, 2,6 bilhões de reais relativos a impostos e contribuições não recolhidos, 1,5 bilhão de reais em passivos trabalhistas e 1,8 bilhão de reais em salários e honorários médicos atrasados (tabela 13).

---

<sup>16</sup> CÂMARA DOS DEPUTADOS. Confederação das Santas Casas diz que dívida das filantrópicas é culpa da defasagem da tabela do SUS. 05/07/2017. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/537434-CONFEDERACAO-DAS-SANTAS-CASAS-DIZ-QUE-DIVIDA-DAS-FILANTROPICAS-E-CULPA-DA-DEFASAGEM-DA-TABELA-DO-SUS.html>. Acesso em: 25 out. 2018.



**Tabela 13 - Dívidas das Santas Casas e hospitais filantrópicos (posição em 31/05/2015)**

<i>OBRIGAÇÕES PENDENTES</i>	<i>VALOR (em R\$ mil)</i>	<i>%</i>
Sistema financeiro	12.090.873	56,1
Fornecedores	3.636.219	16,9
Impostos e contribuições não recolhidos <sup>17</sup>	2.595.848	12,0
Passivos trabalhistas	1.476.823	6,8
Salários atrasados e honorários médicos	1.767.854	8,2
<b>TOTAL</b>	<b>21.567.617</b>	<b>100,0</b>

Fonte: CMB.

Ainda de acordo com a CMB, a falta de sustentabilidade financeira das entidades do setor filantrópico tem levado à perda de mão de obra qualificada e, conseqüentemente, redução da capacidade de gestão e da qualidade da assistência disponibilizada. Nesse cenário, as Santas Casas e hospitais sem fins lucrativos contabilizaram a redução de cerca de 11 mil leitos em 2015 e o fechamento de quase 40 mil postos de trabalho.<sup>18</sup>

Aventa-se que o principal motivo da crise seja o subfinanciamento, cuja expressão mais evidente parece ser a defasagem dos valores pagos aos prestadores de serviços de saúde, constantes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – Tabela SUS (Tabela SUS). De fato, é consenso entre os prestadores de serviço do setor, que, excetuando-se uma minoria de

<sup>17</sup> Contribuições sociais devidas.

<sup>18</sup> Segundo o presidente da CMB, Edson Rogatti, em audiência pública realizada na Câmara dos Deputados, em 21 de junho de 2016, o SUS paga, em média, 60% do que é gasto com cada atendimento. Ele afirma que as Santas Casas e hospitais filantrópicos têm mais gestão do que os hospitais públicos, já que, mesmo com todo o subfinanciamento, continuam sendo os maiores parceiros do SUS. Rogatti informou que, a crise está impactando a Saúde Pública, pois, em 2015, foram fechados 218 hospitais filantrópicos, 11 mil leitos e 39 mil trabalhadores foram demitidos. “A participação dessas entidades nos atendimentos também foi reduzida: passou de 88% em 2012 para 60% em 2015, mas nunca deixamos de atender nossos pacientes”. **CMB apresenta situação dos filantrópicos em audiência na Câmara dos Deputados**. Disponível em: <http://www.femipa.org.br/noticias/cmb-apresenta-situacao-dos-filantropicos-em-audiencia-na-camara-dos-deputados/>. Acesso: em 1 nov. 2018.



procedimentos altamente especializados, os valores pagos pelo SUS são insuficientes para cobrir os custos dos procedimentos.

A CMB credita essa situação de crise à persistência de uma prática equivocada de remuneração dos serviços prestados ao SUS, que impacta negativamente as condições econômico-financeiras das entidades.

Essa opinião também é compartilhada pela Federação das Santas Casas da Misericórdia e Hospitais Beneficentes do Paraná (FEMIPA), segundo a qual as principais dificuldades enfrentadas pelos hospitais se devem à baixa remuneração praticada pela Tabela SUS – que remunera apenas 60% dos custos dos procedimentos – e à falta de recursos que deveriam ser investidos diretamente pelo poder público. Alega, ainda, que o segmento enfrenta constantes atrasos no repasse da remuneração pelos serviços prestados.<sup>19</sup>

O Ministério da Saúde contra argumenta que um número significativo de procedimentos foi reajustado nos últimos anos e que os valores da Tabela SUS são parâmetros mínimos de remuneração, apenas valores de referência, sendo facultado aos gestores negociar o pagamento a maior, de seu próprio Tesouro.<sup>20</sup>

Outro aspecto relativo ao financiamento, que deve ser mencionado, é que, além dos recursos do SUS, algumas dessas instituições também se valem de convênios com planos de saúde, inclusive próprios, e prestam serviços para clientela particular.

---

<sup>19</sup> FEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS DA MISERICÓRDIA E HOSPITAIS BENEFICENTES DO PARANÁ (FEMIPA). **F.A.Q.** Disponível em: <http://www.femipa.org.br/faq/>. Acesso em: 25 out. 2018.

<sup>20</sup> Vide resposta ao Requerimento de Informações (RAS) n° 19, de 201, encaminhado ao Ministro de Estado da Saúde, acerca da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.



Por fim, de acordo com o Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, os recursos financeiros destinados aos hospitais privados sem fins lucrativos, provêm das seguintes fontes (tabela 14)<sup>21</sup>:

**Tabela 14 - Síntese dos recursos financeiros destinados aos hospitais privados sem fins lucrativos. Brasil, 2017.**

<i>Fonte</i>	<i>Valor (R\$)</i>
Pagamento por produção <sup>1</sup>	12,3 bilhões
Incentivos financeiros <sup>2</sup>	2,4 bilhões
Convênios <sup>3</sup>	526,4 milhões
Isenções <sup>4</sup>	6,8 bilhões
<b>Total de recursos</b>	<b>22 bilhões</b>

Fontes: <sup>1</sup> SIH e SIA/DATASUS/MS; <sup>2</sup> CGHOSP/DAHU/SAS/MS; <sup>3</sup> Painel Transferências Abertas (<http://www.transferenciasabertas.planejamento.gov.br>); <sup>4</sup> Demonstrativo dos Gastos Tributários PLOA 2017 – Ministério da Fazenda.

## 6.1 Incentivos

O Ministério da Saúde, ao longo dos últimos anos, tem buscado estreitar a parceria com os hospitais filantrópicos, com foco na ampliação da prestação de serviços.

Assim, de modo complementar ao pagamento por produção, foram instituídos incentivos financeiros.

Três desses incentivos estão alocados no Bloco de Financiamento das Ações de Média e Alta Complexidade (MAC):

<sup>21</sup> DEPARTAMENTO DE CERTIFICAÇÃO DE ENTIDADES BENEFICENTES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL EM SAÚDE (DCEBAS/SAS/MAS). **A relevância das Instituições Filantrópicas no cenário nacional e a observância de seus direitos e garantias constitucionais.** Apresentação de PowerPoint. Brasília, 5 de abril de 2018. Disponível em: <http://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento/download/7837cbd4-134f-4485-9006-99e451d7ff92>. Acesso em: 7 nov. 2018.



- incentivo de orçamentação global: repassado aos gestores para financiamento de determinados estabelecimentos com base em seus custos reais aproximados;
- incentivo para qualificação de serviços: diretamente relacionado à execução de metas de qualidade, sem exigência de aumento de produção por parte do estabelecimento;
- incentivo para qualificação de leitos: para complementar diárias hospitalares, tem, como contrapartida, o cumprimento de metas de qualidade.

Entre outros incentivos que o setor recebe, destacam-se os seguintes: Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC); Incentivo Financeiro 100% SUS; Timemania; recursos das redes (Rede de Urgência e Emergência – RUE, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial); habilitações (leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional – UCINCo, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru – UCINCa, Unidade de Cuidados Prolongados – UCP etc.).

Os recursos disponíveis para esses incentivos estão baseados nas seguintes normas:

- Incentivo Financeiro 100% SUS: Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, artigos 340 a 349;
- Habilitação de leitos de UTI Adulto e Pediátrico e Unidade Coronariana (UCO): Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, Título X - Do



Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico ou Grave e Título IX - Da linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio (IAM) e o protocolo clínico sobre síndromes coronarianas agudas (SCA), deverá ser realizada pelo Estado e/ou Município;

- Habilitação de Unidades Neonatais (UTJN, UCINCo e UCINCa): Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, do Título IV - Que define os critérios de classificação e habilitação de leitos neonatais, deverá ser realizada pelo Estado e/ou Município;
- Unidade de Cuidados Prolongados (UCP): Portaria de Consolidação nº 03 e nº 06, de 28 de setembro de 2018;
- Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) e/ou Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH): Portaria GM/MS nº 2.925/2017 definiu que os hospitais que recebem o Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) permanecerão recebendo os valores já repassados em portarias específicas.

Alguns desses incentivos serão pormenorizados na sequência.

### **6.1.1 Incentivo Financeiro 100% SUS**

O “Incentivo Financeiro 100% SUS” destina-se a hospitais privados sem fins lucrativos cuja totalidade dos serviços ambulatoriais e hospitalares atende exclusivamente ao SUS.

Excepcionalmente, hospitais que prestem, no mínimo, 80% de seus atendimentos ambulatoriais exclusivamente para o SUS podem aderir



ao referido incentivo, caso sejam o único prestador de saúde hospitalar do município e destinem a totalidade dos seus leitos de internação ao SUS.

Previsto na Seção VII da Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde (PRC) nº 6, de 28 de setembro de 2017, o incentivo é repassado em doze parcelas mensais, cada uma equivalente a 1/12 (um doze avos) do valor total do incentivo, o qual será calculado da seguinte forma:

I - 20% (vinte por cento) do valor anual da produção de média complexidade aprovada no ano-base de 2011, para os primeiros 12 (doze) meses de vigência do incentivo, a contar da data de publicação da Portaria nº 929/GM/MS, de 10 de maio de 2012;

II - 20% (vinte por cento) do valor anual contratualizado na média complexidade, a partir do 13º mês de vigência do incentivo, a contar da data da publicação da Portaria nº 929/GM/MS, de 10 de maio de 2012.

De 2012 (ano de implantação do incentivo) até 2017, 99 hospitais aderiram ao incentivo, o que corresponde a um impacto financeiro anual de 135.824.600,93 reais.<sup>22, 23</sup>

### **6.1.2 Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH)**

No intuito de aprimorar a qualidade, fortalecer a gestão, ampliar o acesso e aumentar o financiamento da atenção hospitalar foi instituído o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), por meio da Portaria nº 142, de 27 de janeiro de 2014, do Gabinete do Ministério da Saúde.

O IGH consistiu no repasse de incentivos financeiros a estabelecimentos hospitalares públicos e privados que atendessem a

---

<sup>22</sup> Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/assistencia-hospitalar/incentivo-financeiro-100-sus>. Acesso em: 7 nov. 2018.

<sup>23</sup> De acordo com a resposta ao Requerimento de Informações (RAS) nº 19, de 2018, encaminhado ao Ministro de Estado da Saúde, acerca da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, o valor anual repassado é de 144.763.755,32 reais e contempla 101 hospitais.



determinados critérios de elegibilidade. No caso dos hospitais constituídos como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, os requisitos eram os seguintes:

**Art. 4º** Farão jus ao IGH:

.....  
 II - hospitais constituídos como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, com ou sem certificação de HE, que cumpram os seguintes requisitos:

a) **no mínimo, 30 (trinta) leitos operacionais** devidamente cadastrados no SCNES; e

b) **Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social (CEBAS)** ou protocolo de requerimento de renovação apresentado nos termos da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, que garanta à entidade, até apreciação final do Ministério da Saúde, os direitos das entidades certificadas.

§ 1º Os estabelecimentos hospitalares constituídos como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos que possuírem de 30 (trinta) a 50 (cinquenta) leitos operacionais deverão possuir taxa de ocupação dos leitos SUS de, no mínimo, 30% (trinta por cento) no período definido como série histórica para cálculo do IGH e, pelo menos, 25 (vinte e cinco) ou mais leitos operacionais disponibilizados ao SUS para fazerem jus ao IGH.

§ 2º Na hipótese de descumprimento superveniente de quaisquer dos requisitos para concessão do IGH previstos neste artigo, o repasse do IGH será suspenso.

Os valores do IGH foram calculados de acordo com o faturamento referente aos procedimentos de média complexidade ambulatorial e hospitalar realizados entre junho de 2012 e maio de 2013:

**Art. 7º** O valor do IGH corresponderá, no mínimo, a **50% (cinquenta por cento) da série histórica de referência da produção total da Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar** do hospital contratualizado, nos termos da Portaria nº 3.410/GM/MS, de 2013, e que cumpram os critérios de elegibilidade descritos no art. 4º e não incidam nos critérios de inelegibilidade descritos no art. 5º.

.....  
 § 5º A série histórica de referência de que trata o "caput" compreende o período entre as competências de junho de 2012 e



maio de 2013, podendo ser alterada a qualquer tempo a critério do Ministério da Saúde.

.....

Além disso, o IGH poderia ser ainda maior para entidades filantrópicas habilitadas como “Hospital 100% SUS” (70% da série histórica de referência da produção de média complexidade ambulatorial e hospitalar) e para entidades filantrópicas habilitadas como “Hospital 100% SUS” e certificadas como “Hospital de Ensino” (80% da série histórica de referência da produção de média complexidade ambulatorial e hospitalar).

Posteriormente, a portaria que instituiu o IGH foi revogada e incorporada à Portaria de Consolidação (PRC) nº 6, de 28 de setembro de 2017, *consolidação das normas sobre o financiamento dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde*.

Em 1º de novembro de 2017, a Portaria nº 2.925, do Gabinete do Ministério da Saúde, revogou os arts. 324 à 339, do Capítulo II, da Seção VII, “Do Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH)”, da PRC nº 6, de 2017, que dispunham sobre o IGH.

Tal portaria também substituiu o termo “Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH)” pelo termo “Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC)” no Anexo II do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que estabelece diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS.

### **6.1.3 Estímulo à contratualização**

O processo de contratualização é a formalização de um instrumento contratual entre o gestor do SUS e o representante legal do



hospital sob sua gestão, pelo qual se estabelecem metas quantitativas e qualitativas de atenção à saúde e de gestão hospitalar.

Esse processo iniciou-se em 2004, quando o Ministério da Saúde instituiu medidas de reestruturação dos hospitais de ensino e dos hospitais filantrópicos. Para isso, implantou, naquela ocasião, um novo modelo de financiamento para esses hospitais, baseado no repasse de incentivos financeiros calculados a partir da série histórica da produção hospitalar de cada estabelecimento.

Na visão do Ministério da Saúde, a contratualização apresenta as seguintes vantagens:<sup>24</sup>

- programação orçamentária e financeira;
- facilitação dos processos de avaliação, controle, regulação dos serviços ofertados;
- possibilidade de investimento na gestão hospitalar;
- adequação dos serviços conforme a demanda e necessidades do gestor local de saúde;
- maior transparência na relação com o gestor local do SUS;
- melhor inserção institucional na rede de serviços de saúde;
- ampliação dos mecanismos de participação e controle social;

---

<sup>24</sup> Disponível em < <http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/assistencia-hospitalar/contratualizacao>>. Acesso em: 12 set. 2018.



- possibilidade questionamento e enfrentamento dos arranjos de poder institucional;
- valorização dos aspectos referentes ao ensino, pesquisa, e produção de conhecimento;
- integração ensino-serviço;
- indução de um maior comprometimento do corpo de colaboradores da unidade hospitalar (contrato interno);
- melhor alocação e gestão dos recursos públicos por meio da racionalização do gasto e da qualidade do serviço prestado; e
- fortalecimento da relação entre o gestor e o prestador de serviço, uma vez que as metas passam a ser formuladas em parceria.

As diretrizes para contratualização de hospitais no âmbito do SUS foram estabelecidas em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e estão atualmente previstas no Capítulo I do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação (PRC) nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS.

Para estimular a formalização de contratos entre gestores do SUS e hospitais, o Ministério da Saúde criou o Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC). Esse incentivo foi instituído pela Portaria nº 2.925, de 1º de novembro de 2017, que substituiu e renomeou o IGH para IAC. A referida portaria não alterou os valores repassados aos hospitais na modalidade IAC publicados em portarias específicas.



Atualmente, 1.034 hospitais recebem o IAC, o que representa um impacto financeiro de 2.359.515.474,07 reais ao ano.<sup>25, 26</sup>

Não há previsão normativa para novas adesões, mas o repasse do IAC continua para as instituições já aderentes (portarias específicas).

## **6.2 Programas**

### **6.2.1 PRONON e PRONAS/PCD**

O Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD) foram criados pela Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012, com a finalidade de captar e canalizar recursos para a prevenção e o combate ao câncer e para estimular e desenvolver a prevenção e a reabilitação da pessoa com deficiência, respectivamente.

Esses programas buscam incentivar ações e serviços desenvolvidos por entidades, associações e fundações privadas sem fins lucrativos que atuam no campo da oncologia e da pessoa com deficiência.

### **6.2.2 PROSUS**

A despeito das isenções tributárias e dos incentivos financeiros, a maioria entidades sem fins lucrativos que atuam junto ao SUS não conseguiu equilibrar seus orçamentos, permanecendo financeiramente deficitárias.

---

<sup>25</sup> Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/assistencia-hospitalar/contratualizacao>. Acesso em: 7 nov. 2018.

<sup>26</sup> De acordo com a resposta ao Requerimento de Informações (RAS) nº 19, de 2018, encaminhado ao Ministro de Estado da Saúde, acerca da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, o valor anual repassado é de 2.351.744.946,84 de reais e contempla 1.026 hospitais.



Por essas razões, foi criado o Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos que Atuam na Área da Saúde e que Participam de Forma Complementar do Sistema Único de Saúde (PROSUS).

Instituído pela Lei nº 12.873, de 24 de outubro de 2013, o Prosus é considerado o principal programa governamental voltada ao saneamento das dívidas do setor.

Posteriormente, a Portaria nº 535, de 8 de abril de 2014, do Gabinete do Ministério da Saúde, que regulamenta a Lei nº 12.873, de 2013, estabeleceu prazo de até três meses contados da data da publicação para a solicitação de adesão ao Prosus. Além disso, determinou que a entidade solicitante deveria submeter proposta de aumento de, pelo menos, 5% no quantitativo de procedimentos de média complexidade ofertado em 2013, especificando o que já estava previsto em lei de forma genérica.<sup>27</sup>

Mais recentemente, as Leis nº 13.204, de 14 de dezembro de 2015, e nº 13.202, de 8 de dezembro de 2015, resultantes da conversão das Medidas Provisórias (MP) nº 684 e nº 685, ambas de 21 de julho de 2015,

---

<sup>27</sup> A Lei nº 12.873, de 24 de outubro de 2013, estabelece os requisitos para a adesão ao Prosus nos seguintes termos:

**Art. 32.** A manutenção da entidade de saúde privada filantrópica e da entidade de saúde sem fins lucrativos no Prosus é condicionada ao cumprimento, cumulativo, dos seguintes requisitos:

- I - execução do plano de recuperação econômica e financeira;
- II - recolhimento regular e espontâneo das obrigações tributárias federais correntes, devidas a partir do mês seguinte ao da data da publicação do deferimento do pedido de adesão à moratória, inclusive as retenções legais na condição de responsável tributário na forma da lei;
- III - atendimento das demais condições estabelecidas pelo Ministério da Saúde;
- IV - adimplemento do contrato, convênio ou instrumento congênere firmado com o gestor local do SUS e das regras fixadas no âmbito do SUS para a prestação de serviços a serem executados no âmbito do Prosus; e
- V - incremento da oferta da prestação de serviços ao SUS de, no mínimo, 5% (cinco por cento) do montante já ofertado, com referência no ano de 2013.



permitiram a reabertura do prazo de adesão ao Prosus e a inclusão de débitos de parcelamentos no programa.

O prazo dado para a reabertura da adesão ao Prosus foi de três meses, contado a partir da data de publicação da Lei nº 13.204, de 2015. Já as entidades que obtiveram deferimento no pedido de adesão ao Prosus e da moratória ainda puderam incluir no programa os débitos de parcelamentos anteriores a abril de 2014 e os parcelamentos a que se refere o artigo 2º da Lei nº 12.996, de 2014. A medida foi estabelecida pela Lei nº 13.202, de 2015.<sup>28, 29</sup>

O Prosus consiste na concessão de moratória e remissão das dívidas vencidas no âmbito da Secretaria da Receita Federal do Brasil e da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional das entidades privadas filantrópicas e das entidades sem fins lucrativos que atuam na área da saúde, que participam de forma complementar do SUS e se encontram em grave situação econômica e financeira.

De acordo com a resposta da Procuradoria-Geral Adjunta de Gestão da Dívida Ativa da União e do FGTS (PGDAU) ao Requerimento de Informações (RAS) nº 20, de 2018, o montante de créditos tributários e não tributários inscritos em dívida ativa da União incluídos no Prosus é de 928.376.115,02 de reais, sendo que 120 entidades aderiram ao programa.<sup>30</sup>

---

<sup>28</sup> Disponível em: <http://www.cmb.org.br/cmb/index.php/noticias/1299-reaberto-o-prazo-de-adesao-do-prosus>. Acesso em: 12 jun. 2017.

<sup>29</sup> A Lei nº 13.204, de 2015, também alterou a Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014, marco regulatório das Organizações da Sociedade Civil. O texto final ratificou a retirada dos serviços complementares de saúde do escopo da lei. Entre as alterações, está o acréscimo ao art. 3º, que prevê as situações em que a lei não se aplica, incluindo os convênios e contratos celebrados com entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, nos termos do parágrafo 1º do art. 199 da CF.

<sup>30</sup> Requerimento de Informações (RAS) nº 20, de 2018, encaminhado ao Ministro de Estado da Fazenda, acerca das questões fiscais, tributárias e previdenciárias que envolvem as entidades beneficentes de assistência social que prestam serviços de saúde ao SUS e os programas governamentais a elas direcionados.



Todavia, em virtude das peculiaridades jurídicas e administrativas de cada instituição filantrópica, as exigências para a adesão ao Prosus – plano para comprovar a capacidade de manutenção das suas atividades e previsão de aporte de recursos para o pagamento dos tributos devidos, entre outras – inviabilizaram a participação de muitas entidades, sobretudo aquelas que não tinham grandes dívidas tributárias.

Além disso, a CMB manifestou preocupação quanto à obrigação de aumentar em 5% a prestação de serviços de média complexidade ao SUS, visto que, em muitos casos, ou não há demanda assistencial prevista, ou os estabelecimentos não dispõem de profissionais e de equipamentos suficientes para aumentar a sua oferta de atendimentos.

Assim, dadas as exigências para a adesão, e como diversas entidades não conseguiram enquadramento no Prosus, a CMB alega ser importante a existência de alternativa que conceda condições especiais para que as entidades de saúde sem fins lucrativos parcelem seus débitos.

Por esses motivos, pequena parcela dos hospitais filantrópicos teve seus pedidos de adesão ao Prosus deferidos pelo Ministério da Saúde.

### **6.2.3 Pró-Santas Casas**

Em 2017, foi aprovada a Lei nº 13.479, de 2017, que criou o Programa de Financiamento Específico para Santas Casas e Hospitais Sem Fins Lucrativos que atendem ao SUS (Pró-Santas Casas). O programa, com previsão de duração de cinco anos, cria uma linha de financiamento especial para essas entidades pagarem suas dívidas e se reestruturarem.



O Pró-Santas Casas consiste em duas linhas de crédito operadas por bancos públicos (Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES, Caixa Econômica Federal e Banco do Brasil), com recursos previstos no Orçamento Geral da União. Serão liberados dois bilhões de reais anuais consignados no Orçamento Geral da União, totalizando dez bilhões ao final do período.

As instituições financeiras oficiais federais poderão criar linhas de crédito em duas modalidades: para reestruturação patrimonial e para capital de giro. A ideia é que, nessas operações, a União conceda subvenção econômica às instituições financeiras, sob a forma de equalização de taxas de juros, em duas modalidades distintas: crédito para reestruturação patrimonial, com taxa de juros de 0,5% ao ano, prazos mínimos de carência de dois anos e de amortização de quinze anos; e crédito para capital de giro, com taxa de juros correspondente à Taxa de Juros de Longo Prazo (TJLP), prazos mínimos de carência de seis meses e de amortização de cinco anos. A cobrança de quaisquer outros encargos financeiros será limitada a 1,2% ao ano, incidente sobre o saldo devedor da operação. Determina-se um limite para o montante de recursos a serem destinados a título de subvenção econômica, de 2 bilhões de reais, a serem consignados no Orçamento Geral da União.

Para aderir ao Pró-Santas Casas, as instituições deverão apresentar um plano de gestão a ser implantado em até dois anos, contados a partir da assinatura do contrato. O limite do crédito será equivalente aos últimos doze meses de faturamento relativos aos serviços prestados pela entidade por meio do SUS ou ao valor do saldo devedor de outras operações financeiras existentes, o que for menor.



Representantes do setor, entretanto, argumentam que o programa não representa uma solução à crise dos hospitais, mas apenas um alívio temporário. Por fim, o programa ainda aguarda regulamentação e previsão orçamentária.

#### **6.2.4 Recursos do FGTS para crédito a hospitais filantrópicos**

Recentemente, foi editada a Medida Provisória nº 848, de 16 de agosto de 2018, que *altera a Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, que dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço [FGTS], para possibilitar a aplicação de recursos em operações de crédito destinadas às entidades hospitalares filantrópicas e sem fins lucrativos que participem de forma complementar do Sistema Único de Saúde.*

Essa iniciativa tem por objetivo possibilitar que os recursos do FGTS possam ser emprestados, também, às entidades hospitalares filantrópicas e sem fins lucrativos que participam de forma complementar ao SUS. Além disso, determina que pelo menos 5% do total das aplicações do FGTS sejam destinadas para operações de crédito à essas entidades.

#### **6.3 Recursos repassados às Santas Casas pelo Orçamento da União**

Os recursos repassados (pagos) para as Santas Casas de Misericórdia por meio do Orçamento da União, no período de 2015 a 2017, discriminados por ações orçamentárias, estão apresentados na tabela 15.

Nas Ações 2160 e 8585, não foram apresentadas emendas orçamentárias, ou seja, seus recursos são oriundos dos projetos de lei encaminhados pelo Poder Executivo ao Poder Legislativo; na Ação 4525, a totalidade dos recursos foi alocada por meio de emendas parlamentares, visto



que essa Ação não consta de referidos projetos de lei; e na Ação 8535 grande parte dos recursos foi alocada por meio de emendas parlamentares.

Ressalte-se, ainda, que a Ação 216O - Apoio à Manutenção das Santas Casas de Misericórdia, Estabelecimentos Hospitalares e Unidades de Reabilitação Física de Portadores de Deficiência, Sem Fins Econômicos (Lei Nº 11.345, de 14 de setembro de 2006, regulamentada pelo Decreto nº 6.187, de 14 de agosto de 2007), foi incluída no Orçamento da União apenas em 2017. Trata-se da única Ação contemplada no Orçamento da União que menciona especificamente as Santas Casas de Misericórdia.<sup>31</sup>



SF/18687.17508-02

---

<sup>31</sup> A pesquisa foi feita por nota de empenho. Caso contrário, poucas dotações específicas para as Santas casas seriam encontradas, quais sejam somente as “carimbadas” na Lei Orçamentária.

**Tabela 15** – Recursos repassados pelo Orçamento da União para as Santas Casas de Misericórdia (Ações 216O, 4525, 8535 e 8585), nos exercícios financeiros de 2015 a 2017.

<i>Ano</i>	<i>Ação (código/descrição)</i>	<i>Valor pago (R\$)</i>	<i>Totais anuais (R\$)</i>
2015	4525-Apoio à manutenção de unidades de saúde	11.018.765,59	<b>550.598.328,36</b>
2015	8535-Estruturação de unidades de atenção especializada em saúde	106.602.586,81	
2015	8585-Atenção à saúde da população para procedimentos em média e alta complexidade	432.976.975,96	
2016	4525-Apoio à manutenção de unidades de saúde	6.573.778,74	<b>554.780.286,03</b>
2016	8535-Estruturação de unidades de atenção especializada em saúde	109.382.235,97	
2016	8585-Atenção à saúde da população para procedimentos em média e alta complexidade	438.824.271,32	
2017	216O-Apoio à manutenção das Santas Casas de misericórdia, estabelecimentos hospitalares e unidades de reabilitação física de portadores de deficiência, sem fins econômicos (Lei nº 11.345, de 2006)	2.750.027,98	<b>618.524.018,56</b>
2017	4525-Apoio à manutenção de unidades de saúde	10.800.302,00	
2017	8535-Estruturação de unidades de atenção especializada em saúde	112.246.406,85	
2017	8585-Atenção à saúde da população para procedimentos em média e alta complexidade	492.727.281,73	

Fonte: Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI), em 16.11.2018. Consultoria de Orçamentos, Fiscalização e Controle do Senado Federal (CONORF).

Ademais, com a aprovação da Medida Provisória nº 848, de 16 de agosto de 2018, estima-se que serão repassados para as Santas Casas cerca de 4,4 bilhões reais oriundos do FGTS, a cada ano.

## 7 Aspectos tributários

No que tange aos benefícios tributários, o Constituinte de 1988 optou por conferir imunidade às instituições de educação e de assistência social, sem fins lucrativos, do pagamento de impostos. Assim, o art. 150 da CF – cuja seção é intitulada “Das Limitações do Poder de Tributar” – veda a



instituição de impostos (federais, estaduais e municipais) sobre a renda, patrimônio e serviços dessas entidades, desde que relacionados às suas finalidades essenciais, a saber:

**Art. 150.** Sem prejuízo de outras garantias asseguradas ao contribuinte, é vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios:

.....  
**VI – instituir impostos sobre:**  
 .....

c) **patrimônio, renda ou serviços** dos partidos políticos, inclusive suas fundações, das entidades sindicais dos trabalhadores, **das instituições de educação e de assistência social, sem fins lucrativos, atendidos os requisitos da lei;**

.....  
 § 4º As vedações expressas no inciso VI, alíneas "b" e "c", compreendem somente o patrimônio, a renda e os serviços, **relacionados com as finalidades essenciais das entidades** nas mencionadas.  
 .....

Quanto às contribuições para o financiamento da seguridade social, a CF, em seu art. 195, garante imunidade, desde que a entidade seja qualificada como beneficente de assistência social, nos seguintes termos:

**Art. 195.** A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I – do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:

a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;

b) a receita ou o faturamento;

c) o lucro;

II – do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão



concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201;

III – sobre a receita de concursos de prognósticos.

IV – do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar.

.....  
**§ 7º São isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.**  
 .....

Como se nota, tanto o comando do art. 150, inciso VI, alínea “c” (imunidade a impostos), quanto a norma do § 7º do art. 195 (imunidade a contribuições sociais de seguridade social), todos da CF, exigem a regulação por meio de lei.

Para ser qualificada como entidade sem fins lucrativos e gozar da imunidade a impostos (art. 150, inciso VI, alínea “c”), as entidades devem cumprir os requisitos do art. 14 do Código Tributário Nacional (CTN), que assim dispõe:

**Art. 14.** O disposto na alínea “c” do inciso IV do artigo 9º é subordinado à observância dos seguintes requisitos pelas entidades nele referidas:

I – não distribuírem qualquer parcela de seu patrimônio ou de suas rendas, a qualquer título;

II – aplicarem integralmente, no País, os seus recursos na manutenção dos seus objetivos institucionais;

III – manterem escrituração de suas receitas e despesas em livros revestidos de formalidades capazes de assegurar sua exatidão.

.....  
 Para gozar da imunidade relativa a contribuições sociais de seguridade social (art. 195, § 7º), a entidade necessita de prévia obtenção da Cebas.



Como citado anteriormente neste relatório, trata-se de documento concedido pelo Governo Federal às entidades sem fins lucrativos que prestam serviços de assistência social. Para a aquisição da certificação, as entidades solicitantes, na área de saúde, devem assumir as obrigações que estão determinadas pela Lei nº 12.101, de 2009.

No plano do direito em vigor, a entidade que atenda aos requisitos constitucionais e aos previstos no art. 14 do CTN e às exigências da Lei nº 12.101, de 2009, são imunes a impostos e a contribuições sociais de seguridade social, por força do art. 150, inciso VI, “c”, e do art. 195, § 7º, todos da CF.

É vasta, portanto, a concessão de benefícios fiscais às entidades de assistência social que acumulem os requisitos de não terem fins lucrativos e serem beneficentes de assistência social.

Caso não preencham os requisitos legais ou não obtenham decisão judicial os afastando, por eventual inconstitucionalidade, por exemplo, devem recolher impostos e ou contribuições sociais de seguridade social.

A título exemplificativo, as entidades que se amoldem às exigências constitucionais e legais, não devem:

- a) Contribuições previdenciárias (alínea “a” do inciso I do art. 195);
- b) Contribuições sobre a receita ou faturamento (Contribuição para os Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público – Contribuição para o



PIS/Pasep e Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – COFINS) (alínea “b” do inciso I do art. 195); e

- c) Contribuições sobre importação de bens ou serviços (Contribuição para os Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público incidente na Importação de Produtos Estrangeiros ou Serviços – Contribuição para o PIS/PASEP-Importação e Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social devida pelo Importador de Bens Estrangeiros ou Serviços do Exterior – COFINS-Importação) (inciso IV do art. 195).

Cite-se, ainda, benefício fiscal infraconstitucional concedido pelo art. 70 da Lei nº 13.043, de 13 de novembro de 2014, que reduziu a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/Pasep e da Cofins incidentes sobre a receita decorrente da venda de equipamentos ou materiais destinados a uso médico, hospitalar, clínico ou laboratorial, quando adquiridos, por exemplo, por entidades beneficentes de assistência social.

Existe, como se nota, vasto arcabouço legislativo que concede benefícios fiscais às entidades beneficentes de assistência social na área de saúde.

## **7.1 Isenções**

As entidades beneficentes de assistência social contam com proteção constitucional para não suportarem a incidência de impostos nem de contribuições sociais.



Em conformidade com o texto constitucional<sup>32</sup>, é vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, instituírem impostos sobre patrimônio, renda ou serviços das instituições de assistência social, sem fins lucrativos, atendidos os requisitos da lei. Ainda de acordo com a CF<sup>33</sup>, são isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.

Como visto, o benefício da não incidência tributária está condicionado ao atendimento das exigências legais. De modo a regular o dispositivo constitucional relativo à imunidade de impostos, foi publicado o art. 14 do CTN<sup>34</sup>. Também regularam o assunto os arts. 12 a 14 da Lei nº 9.532, de 10 de dezembro de 1997.

Todavia, o Supremo Tribunal Federal (STF), no julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 1.802, declarou inconstitucionais os arts. 13 e 14, a alínea “f” do § 2º e o § 1º do art. 12 da Lei nº 9.532, de 1997.

No que se refere às contribuições sociais, o art. 55 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, disciplinava originalmente a fruição da não incidência tributária pelas entidades beneficentes.

Após algumas alterações, o benefício fiscal passou a ser regulado pela Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009. Segundo as disposições normativas, as instituições que atuam na área de saúde também

---

<sup>32</sup> Em conformidade com o disposto na alínea “c” do inciso VI do art. 150 da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB).

<sup>33</sup> De acordo com o § 7º do art. 195 da CRFB.

<sup>34</sup> Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966.



possuem direito ao benefício fiscal, desde que atendidas as condições fixadas em lei.

É relevante destacar que os dispositivos legais que condicionaram a fruição do benefício fiscal foram questionados judicialmente, pois, para muitos, a regulação constitucional exigiria formalmente lei complementar.

O Plenário do STF, no julgamento das ADIs<sup>35</sup> nºs 2.028, 2.036, 2.228 e 2.621, declarou inconstitucionais dispositivos previstos na Lei nº 9.732, de 1998, que, além de promoverem alterações na Lei nº 8.212, de 1991, estabeleceram critérios para fruição do benefício fiscal. Para a Suprema Corte, os requisitos para gozo da imunidade devem estar previstos em lei complementar, a teor do art. 146, III, da CF.

Em decorrência da inexistência de norma específica para regular o § 7º do art. 195 da CF e considerada a natureza tributária das contribuições sociais, apenas o CTN – que foi recepcionado como lei complementar – constitui norma apta a fixar os requisitos para a fruição da imunidade.

Assim, até que lei complementar regule a matéria, as regras aplicáveis ao caso são as estabelecidas no art. 14 do referido código.

Especificamente para o processo de certificação das entidades beneficentes que atuam na área de saúde, foi publicada a Lei nº 13.650, de

---

<sup>35</sup> Em virtude da posterior edição da Lei nº 12.101, de 2009, que revogou dispositivos da Lei nº 8.212, de 1991, as ações foram recebidas como Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF).



11 de abril de 2018. Essa lei flexibilizou a forma de comprovação dos requisitos para obtenção do certificado.

## 7.2 Renúncia

No concernente aos gastos tributários, a Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB)<sup>36</sup> projetou, para o ano de 2018, a renúncia de 1,294 bilhão de reais, 698 milhões de reais e 1,941 bilhão de reais, em relação ao IRPJ<sup>37</sup>, à CSLL<sup>38</sup> e à COFINS<sup>39</sup>, respectivamente, que seriam devidos pelas entidades sem fins lucrativos que atuam na área de assistência social e saúde.

Por sua vez, a renúncia projetada para as entidades filantrópicas (sem distinção de área de atuação) em relação às contribuições previdenciárias (cota patronal) foi de 11 bilhões de reais.<sup>40</sup>

## 8 Aspectos previdenciários

Questão relevante na análise das entidades filantrópicas que prestam serviços ao SUS é a isenção da contribuição patronal à seguridade social de que usufruem, o que impacta a sustentabilidade previdenciária brasileira, uma vez que gera relevante renúncia fiscal.

---

<sup>36</sup> Conforme publicação: Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária (Gastos Tributários) – PLOA 2018. Disponível em: <http://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/renuncia-fiscal/previsoes-ploa/arquivos-e-imagens/texto-dgt-ploa-2018-arquivo-final-para-publicacao.pdf>. Acesso em: 12 de junho de 2018.

<sup>37</sup> Imposto sobre a Renda das Pessoas Jurídicas.

<sup>38</sup> Contribuição Social sobre o Lucro Líquido.

<sup>39</sup> Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social.

<sup>40</sup> Conforme publicação: Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária (Gastos Tributários) – PLOA 2018. Disponível em: <http://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/renuncia-fiscal/previsoes-ploa/arquivos-e-imagens/texto-dgt-ploa-2018-arquivo-final-para-publicacao.pdf>. Acesso em: 12 de junho de 2018.



A tabela 16 traz os valores da renúncia de receitas previdenciárias nos últimos dez anos. As principais renúncias decorrem da desoneração de folha de pagamentos, de benefícios a entidades filantrópicas, de benefícios aos exportadores do setor rural, de benefícios ao microempreendedor individual e de benefícios a microempresas e empresas de pequeno porte que optaram pelo Simples Nacional. As renúncias das entidades filantrópicas são as mais representativas depois daquelas do Simples Nacional (a desoneração da folha de pagamento inclui diferentes setores e está reduzindo).

**Tabela 16** - Renúncia de receitas previdenciárias decorrentes de benefícios concedidos às entidades filantrópicas e total das renúncias por todas as causas. Brasil, 2007 – 2016.

	<i>Entidades filantrópicas (R\$)</i>	<i>Renúncia total (R\$)</i>
2007	4.410.000,00	14.044.000,00
2008	4.984.000,00	15.558.000,00
2009	5.703.000,00	17.044.000,00
2010	6.368.000,00	17.932.000,00
2011	7.109.000,00	20.408.000,00
2012	8.099.000,00	30.664.000,00
2013	8.720.000,00	44.769.000,00
2014	10.428.000,00	57.956.000,00
2015	11.170.000,00	66.487.000,00
2016	11.562.000,00	57.737.000,00

Fonte: Aspectos fiscais da seguridade social no Brasil, Tesouro Nacional, 2017.

Em 2016, o déficit previdenciário teria sido 41% inferior ao registrado, caso fossem eliminadas todas as renúncias previdenciárias.<sup>41</sup>

<sup>41</sup> SECRETARIA DO TESOURO NACIONAL. Aspectos fiscais da seguridade social no Brasil. Tesouro Nacional, 2017. Disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/0/Relat%C3%B3rio+de+Previdencia+corrigido/8d3d80fa-8c36-4e7d-abf6-c9eb7865c60b>. Acesso em: 23 out. 2018.



Cabe destacar que as renúncias das entidades filantrópicas constantes na tabela 16 englobam a prestação de serviços na área de assistência social, saúde ou educação.

No ano de 2017, as renúncias totalizaram 3,8 bilhões de reais em saúde e assistência e 4,6 bilhões de reais em educação<sup>42</sup>.

## **9 Audiências públicas**

### **9.1 Primeira audiência pública**

Audiência pública realizada no dia 5 de abril de 2018, em atendimento ao Requerimento da Comissão de Assuntos Sociais (RAS) n° 36, de 2016, de autoria da Senadora Ana Amélia.

#### **9.1.1 Participantes**

- Sr. Claudemir Rodrigues Malaquias, Chefe do Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros da Secretaria da Receita Federal do Brasil;
- Sr. Brunno Ferreira Gontijo, representante do Ministério da Saúde;
- Dr. Douglas Carneiro, Coordenador-Geral de Acompanhamento da Rede Socioassistencial Privada do Sistema Único de Assistência Social, do Ministério do Desenvolvimento Social.

---

<sup>42</sup> PORTAL G1. **Renúncia fiscal soma R\$ 400 bi em 2017 e supera gastos com saúde e educação** 03/09/2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/renuncia-fiscal-soma-r-400-bi-em-2017-e-supera-gastos-com-saude-e-educacao.ghtml>. Acesso em: 25 out. 2018.



- Sr. Custódio Pereira, Presidente do Fórum Nacional das Instituições Filantrópicas (FONIF);
- Pedro Mello, pesquisador sênior da DOM Strategy Partners.

A sessão foi presidida pela Senadora Ana Amélia.

### **9.1.2 Abertura**

O Presidente abriu a sessão agradecendo a presença dos convidados e relatando que acompanhou reunião entre representantes dos setor filantrópico e o Presidente do Senado, Senador Eunício Oliveira, onde foi discutida a possibilidade de agilizar a regulamentação da Lei nº 13.479, de 5 de setembro de 2017, que cria o Programa de Financiamento Preferencial às Instituições Filantrópicas e Sem Fins Lucrativos (Pro-Santas Casas) para atender instituições filantrópicas e sem fins lucrativos que participam de forma complementar do SUS.

Em seguida, a Senadora Ana Amélia passou a palavra aos depoentes.

### **9.1.3 Depoimentos**

#### **1. Do Sr. Claudemir Rodrigues Malaquias**

Para o Sr. Claudemir, avaliar a sustentabilidade da Previdência é necessário antes de conceder qualquer benefício a determinados setores. Afinal, segundo ele, toda desoneração que afeta as contas da Previdência não deve comprometer a sustentabilidade do sistema.



O Sr. Claudemir mostrou haver preocupação com as desonerações tributárias destinadas a vários setores. O descompasso entre a arrecadação e a renúncia em vários setores beneficiados, segundo ele, tem contribuído para o desequilíbrio da Previdência Social.

Exemplifica que, no caso das entidades sem fins lucrativos, em 2007, a arrecadação foi de 1,4 bilhão de reais e, em 2016, 3,647 bilhões de reais. Já as renúncias, segundo ele, têm um patamar crescente bem maior. Alega que o País saiu de 4,41 bilhões de reais, em 2007, e chegou a algo em torno de 10,236 bilhões de reais, em 2016. Segundo ele, esses números mostram uma comparação “entre aquilo com que efetivamente o setor está participando na conta previdenciária, na arrecadação, e a parte em que está sendo beneficiado”.

Assim, afirma que a alta desoneração da conta previdenciária é responsável pelo desequilíbrio da Previdência, o que compromete a sustentabilidade do sistema.

Diante disso, o palestrante evoca os desafios a serem enfrentados para reequilíbrio do sistema. Além da redução das desonerações, há necessidade de “assegurar a efetividade do resultado das entidades [beneficentes sem fins lucrativos]”, já que muitas dessas entidades assim o são somente do ponto de vista jurídico para deter o direito de gozar dos benefícios.

Propõe, por fim, que seja revisto o rol de entidades para verificar se realmente estão oferecendo a contrapartida que é exigida em razão do benefício fiscal.



## 2. Do Sr. Brunno Ferreira Gontijo

O depoente, que é da área de certificação das entidades filantrópicas no Ministério da Saúde, trouxe informações a respeito da relevância e da importância do setor filantrópico no SUS.

Afirma que, de modo geral, o sistema de informações do Ministério da Saúde identifica, atualmente, 7,8 mil estabelecimentos filantrópicos. Desse total, 40% prestam serviços ao SUS, seja hospitalar ou ambulatorial. Essas entidades estão presentes em 1.731 municípios. Em 55% deles, representam a única assistência hospitalar disponível. Isso quer dizer que “em torno de praticamente mil municípios, a única unidade hospitalar é um hospital filantrópico, ou seja, [...] não têm sequer um hospital público”.

O Sr. Brunno informou **que setor filantrópico responde por 30% dos hospitais, 37% dos leitos, e 41% das internações hospitalares.** A distribuição geográfica dessas entidades, por região, ocorre da seguinte forma: 60 no Norte, 470 no Nordeste, 166 no Centro-Oeste, 1.337 no Sudeste e 1.150 no Sul. **Conclui que, praticamente, 75% das unidades filantrópicas estão no Sul e no Sudeste.**

**Em relação aos hospitais, 1,7 mil prestam serviços ao SUS. Destes, 378 atendem exclusivamente ao SUS (100% SUS), sendo que a maioria desses estabelecimentos está situada na Região Nordeste.**

No que tange às especialidades de alta complexidade (cardiologia, oncologia etc.), essas entidades respondem por aproximadamente 58,9% dos atendimentos no SUS. Mais especificamente, o setor filantrópico é responsável por 55% das internações e dos transplantes; 67% das quimioterapias e 67% das cirurgias oncológicas.



Em seguida, o expositor apresentou dados sobre as transferências de recursos feitas pelo Ministério da Saúde às entidades beneficentes sem fins lucrativos em 2017, direta ou indiretamente: pagamento por produção, 12,3 bilhões; incentivos financeiros (IAC, 100% SUS, REHUF), 2,4 bilhões; convênios, transferência de equipamentos, compras, reformas, 526,4 milhões; isenções tributárias (projeção retirada dos demonstrativos contábeis do Ministério da Fazenda, 6,8 bilhões. Isso perfaz um total, em 2017, de 22 bilhões de reais em transferências técnicas de recursos às entidades filantrópicas.

Em relação às linhas de crédito, o palestrante alegou que Ministério da Saúde “sempre trabalhou em parceria com o BNDES, Caixa Econômica e está tentando incorporar o Banco do Brasil”. Anteriormente, havia atuação conjunta com o BNDES para a disponibilização de recursos financeiros para reestruturação das unidades filantrópicas. Atualmente, por intermédio do Ministério da Saúde, a Caixa Econômica Federal oferece financiamento de até 35% do faturamento da entidade no período de doze meses anterior ao da solicitação.

Informa sobre a aprovação da Lei nº 13.479, de 2017, que cria duas linhas de crédito – patrimonial e capital de giro, para tentar suprimir dificuldade com as taxas de juros. Na reestruturação patrimonial, carência de dois anos mais 0,5% ao ano no seu giro; na linha de crédito para capital de giro, seis meses de carência, com taxa de juros vinculada à TJLP.

Informa que, em suma, há 944 entidades que recebem incentivos.

Por fim, versou sobre o Prosus: “foi uma moratória dada às entidades filantrópicas, para uma dívida de 15 anos, até março de 2014,



dívida adquirida junto à Receita Federal e à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional. Quem entrou na moratória tem um prazo de 15 anos, pagando o tributo corrente, o mesmo valor do tributo corrente abateria na moratória”.

### **3. Do Dr. Douglas Carneiro**

Inicialmente, o Dr. Douglas apresentou “a visão da assistência social sobre o trabalho [das] organizações da sociedade civil”. Informa que “estimativa realizada pela Secretaria-Geral da Presidência da República, junto com a Fundação Getúlio Vargas e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada identifica hoje no Brasil mais de 400 mil organizações da sociedade civil”.

Segundo ele, tais entidades apresentam-se de diversas formas: organizações religiosas, associações patronais e profissionais, organizações de desenvolvimento e de defesa de direitos. Informa que 10% delas atuam na assistência social. As demais áreas são: cultura, educação, saúde, meio ambiente.

Em seguida, o depoente destaca as diversas formas de financiamento dessas entidades: recursos públicos, recursos de fontes privadas, doações de pessoas físicas, pessoas jurídicas, objetos de cooperação internacional com agências de fomento, de cooperação, inclusive com agências e organizações no próprio País, que desenvolvem e apoiam financeiramente um conjunto de organizações que atuam diretamente no atendimento ao cidadão.

Quando aos aspectos da distribuição geográfica das entidades beneficentes de assistência social, o palestrante informa que atualmente há mais de 32 mil organizações reconhecidas pelos Conselhos Municipais de



Assistência, que atuam em mais de 3,8 mil municípios no Brasil. Há expressiva concentração dessas organizações nas Regiões Sul e Sudeste.

O Dr. Douglas assinala que, atualmente, 5,5 mil organizações estão certificadas pelo Ministério do Desenvolvimento Social. Segundo ele, essas entidades atuam em 1,9 mil municípios e oferecem serviços cuja demanda vem aumentando expressivamente.

A principal oferta são os Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, destinados a pessoas expostas a riscos sociais, com mais de 215 mil atendimentos registrados.

Em segundo lugar em número de atendimentos, estão os Serviços de Proteção Social Especial, ofertados às pessoas com deficiência e aos idosos e suas famílias. Por sua vez, os acolhimentos institucionais voltados para crianças e adolescentes e pessoas idosas se destacam na terceira colocação com mais de 53 mil atendimentos, sendo que são mais de duas mil unidades no Brasil.

O palestrante alerta que 94% do acolhimento para idosos é promovido por organizações da sociedade civil. Isso deve a questões históricas, mas também ao fato de o Estatuto do Idoso conceder a essas organizações a possibilidade de reter até 70% do benefício previdenciário ou benefício assistencial. Isso chega a representar cerca de 40% das receitas dessas organizações, sem contar as isenções fiscais e as parcerias com o Poder Público. Nos serviços de acolhimento de idosos, o setor público representa cerca de 65% do financiamento dessas organizações.

Para encerrar, diante desse panorama, o Sr. Douglas evocou potenciais desafios do setor: coordenação e adequação da oferta dos serviços;



financiamento adequado desses serviços e avaliação da efetividade do trabalho de entidades que recebem incentivos fiscais do poder público.

#### **4. Do Sr. Custódio Pereira**

O Sr. Custódio Pereira iniciou sua palestra fazendo um breve relato histórico do setor filantrópico no Brasil, lembrando que a primeira instituição foi Santa Casa de Misericórdia de Santos, fundada em 1551. Ressaltou que, no Brasil, as instituições filantrópicas, especialmente as confessionais, atuam há cerca de 500 anos por meio do trabalho de jesuítas beneditinos e irmãs de caridade.

Um detalhe destacado pelo palestrante é que, durante sua história, as instituições filantrópicas jamais haviam se unido para defender seus interesses comuns, faltando, assim, articulação política coletiva e colegiada. Diante dessa falta de representatividade, em 2015, as referidas instituições se uniram e criaram o Fórum Nacional das Instituições Filantrópicas (FONIF).

De acordo com Sr. Custódio, o Fonif defende dos interesses das instituições filantrópicas que atuam nas áreas de assistência social, educação e saúde, congregando praticamente todas as instituições representativas desses setores. Atualmente, representam cerca de nove mil instituições que possuem Cebas nas três áreas de atuação.

No que tange aos às imunidades conferidas ao setor filantrópico, o Sr. Custódio apresentou pesquisa mostrando que a imunidade conferida a essas entidades corresponde a 2,87% do total da arrecadação de Previdência Social. Isso, segundo ele, permite a conclusão de que tais entidades não são responsáveis pelo déficit previdenciário no Brasil.



O palestrante ainda mostrou que essa pesquisa evidenciou que, em suas três áreas de atuação, o setor filantrópico retorna os cofres públicos todo o montante que recebe em decorrência das imunidades fiscais de que têm direito.

Na área da saúde, alega que 53% dos pacientes do SUS são atendidos pelas instituições filantrópicas, ao passo que o setor é responsável pela realização de mais de 60% das cirurgias de alta complexidade no SUS. Diante disso, o estudo estimou que o setor coloca muito mais recursos do que aqueles que recebe como imunidade.

Segundo o palestrante, a pesquisa estima que que, na área de saúde, o setor filantrópico, para cada um real de imunidade, retornam ao Poder Público 5,73 reais.

Diante desses dados, termina a palestra agradecendo o apoio da Senadora Ana Amélia e reforçando a importância dos hospitais filantrópicos, que, segundo ele, possuem grande capilaridade territorial, prestam atendimento em municípios extremamente pobres e, em muitos casos, são as únicas unidades de saúde disponíveis na localidade em que se situam.

## **5. Do Sr. Pedro Mello**

O Sr. Pedro Mello iniciou sua palestra com breve relato sobre a atuação da empresa que trabalha, que, segundo ele, atua no mercado há mais de 15 anos e, há 10 anos, implementa uma metodologia chamada *Intangible Assets Management* (IAN), gestão dos ativos intangíveis. Alega ter, como clientes, 54 das 100 maiores empresas brasileiras.



No que tange ao setor filantrópico, o Sr. Pedro apresentou detalhes do estudo que sua empresa realizou para avaliar o retorno tangível e intangível que essas entidades trazem em contrapartida à imunidade constitucional do pagamento da contribuição para a Previdência Social.

De maneira sumária, apresentou dados que corroboram a tese de que o setor, por meio de sua atuação nas áreas de saúde, educação e assistência social, faz jus às imunidades a ele conferidas.

#### **9.1.4 Debates**

##### **Senadora Ana Amélia**

Sugeriu ao Sr. Custódio Pereira que buscasse informações junto aos representantes dos órgãos do Poder Executivo presentes (Receita Federal, Ministério de Desenvolvimento Social e Ministério da Saúde) para obter subsídios para a definição das prioridades que devem pautar a atuação da Comissão de Assuntos Sociais.

##### **Sr. Custódio Pereira**

Ressaltou que o estudo realizado pela DOM Strategy Partners aferiu cientificamente o retorno à sociedade proporcionado pelo setor filantrópico em decorrência das isenções e imunidades fiscais de que tem direito.

Conclamou que Ministérios e Receita Federal aprofundem a análise de dados sobre a atuação das entidades filantrópicas para sistematizá-los e, assim, medir o “retorno para a sociedade para o mesmo real que é investido” no setor.



Reclamou que a divergência de dados oficiais sobre os benefícios sociais destinados ao setor impede o real dimensionamento da sua atuação no País. A quantificação e a qualificação oficial desses benefícios justificaria maior atenção e apoio do Poder Público no que diz respeito à obtenção de mais recursos e incentivos.

### **Senadora Ana Amélia**

Reconheceu a importância de haver uma organização institucional de representatividade do setor filantrópico junto aos órgãos do Poder Executivo.

Enfatizou que, hoje, já há um grau de uniformização das demandas do setor de modo que facilitará a definição das políticas públicas que efetivamente atendam as entidades filantrópicas.

Clamou por maior articulação de atuação dos órgãos públicos em relação ao setor filantrópico.

Relembrou que o setor filantrópico superou o estigma de serem agentes de “pilarantropia” ao mostrar à sociedade a qualidade e a seriedade do trabalho executado, mesmo diante da carência de recursos financeiros, a qual não é compensada pelas imunidades fiscais.

Concluiu que há necessidade urgente de os setores público e filantrópico abordarem questões como qualidade da gestão e do gasto público. Julga que isso é um tema crucial para qualquer sistema de saúde, público ou privado.



Enfim, perguntou se Sr. Brunno teria alguma sugestão para a efetivação da articulação dos órgãos públicos no que diz respeito ao apoio ao setor filantrópico.

### **Sr. Brunno Ferreira Gontijo**

Diante da pergunta da Senadora Ana Amélia, o Sr. Brunno alegou que o trabalho de certificação de entidades beneficentes no Ministério da Saúde é um processo transparente e “com 95% de confiabilidade”. Acrescentou que as informações são compartilhadas com outros órgãos do Poder Executivo, notadamente os Ministérios da Educação e do Desenvolvimento Social.

### **Senadora Ana Amélia**

Pediu ao Sr. Douglas para comentar as colocações do Sr. Custódio.

### **Sr. Douglas Carneiro**

Alegou que houve aperfeiçoamento na gestão dos processos e da análise da certificação nos três ministérios (educação, saúde e desenvolvimento social).

Informou que o Ministério de Desenvolvimento Social foi reconhecido pelo Prêmio Inovação da Escola Nacional de Administração Pública no ano passado.

Ressaltou ser fundamental o diálogo e a articulação entre os ministérios envolvidos e a Receita Federal.



**Senadora Ana Amélia**

Perguntou quais são os critérios para definir a desoneração tributária, haja vista que há setores mais beneficiados que outros.

**Sr. Claudemir Rodrigues Malaquias**

Alegou ser complicado tratar sobre a definição de políticas públicas e de suas fontes de financiamento.

Informou que o Ministério da Fazenda se pauta em assegurar que as políticas públicas sejam financiadas por uma fonte transparente e que o destinatário (beneficiário) dessa política tenha reconhecimento na sociedade.

No entanto, afirmou que, nos últimos tempos, grande parte das desonerações foi direcionada a beneficiários sem expressão social e isso tem gerado questionamentos sobre a justificativa dessas desonerações.

No caso do setor sem fins lucrativos, exemplificou que, em 2016, a Receita Federal autuou 197 entidades que não cumpriram os requisitos legais exigidos. Nesses casos, para que se pudesse reiniciar a cobrança tributária, os ministérios setoriais comunicaram a Receita Federal sobre a perda da Cebas por essas entidades.

Informou que o crédito tributário total dessas 197 empresas foi de quase 3 bilhões de reais, sendo que, em 2016, o total da renúncia fiscal do setor filantrópico foi de 10,5 bilhões de reais. Segundo ele, isso quer dizer que se deve aprimorar governança dos órgãos públicos para a gestão adequada dos mecanismos de concessão e, no caso de descumprimento dos critérios, de revogação da Cebas.



Alegou que a agilidade na revogação da Cebas de entidades que descumprem as exigências legais é fundamental, pois a cobrança retroativa de tributos só leva em consideração os últimos cinco anos. Citou o caso de uma Cebas que está com processo em suspensão há mais de dez anos e, nesse caso, não será possível a cobrança total da dívida tributária.

Concluiu ponderando que se houvesse agilidade na cobrança dos tributos, não se estaria discutindo endividamento excessivo das entidades do setor de saúde.

### **Senadora Ana Amélia**

Perguntou ao Sr. Pedro Mello sobre qual seria a pauta para uma agenda positiva para o setor filantrópico.

### **Sr. Pedro Mello**

Alegou que, além de melhorar a transparência das informações do setor, é necessário aprimorar a integração das diferentes bases de dados sobre o setor filantrópico.

Citou que o Fonif está com a iniciativa de construir um observatório da filantropia. Acredita que a consolidação de dados sobre o setor facilitará o acesso da sociedade e do Poder Público à informação. Segundo ele, isso evidenciará ainda mais a relevância do trabalho das entidades sem fins lucrativos no País.

Julga que, tradicionalmente, o setor filantrópico pouco divulga à sociedade o trabalho que realiza e, por isso, é fundamental que os setores se organizem e usem o Fonif como um veículo de propagação de balanços e relatórios das atividades realizadas.



Acha, portanto, que a pauta deveria ser a disponibilização à sociedade os dados do setor de forma organizada.

Indagou, por fim, que é preciso aperfeiçoar a avaliação dos serviços prestados pelas entidades beneficentes, sobretudo diante da disponibilidade de sistemas de informação e de bases de dados para isso. Para tanto, julga que falta interlocução entre órgãos do Poder Executivo, de modo a promover análises mais integradas, convergindo dados de ministérios, Receita Federal e representantes da sociedade civil.

A Presidente agradeceu a presença de todos e encerrou a sessão às 11h08m.

## **9.2 Segunda audiência pública**

Audiência Pública realizada no dia 26 de junho de 2018, em atendimento aos RAS nºs 2 e 13, de 2018, de autoria, respectivamente, dos Senadores Marta Suplicy e Dalirio Beber.

### **9.2.1 Participantes**

- Sr. José Luiz Spigolon, Diretor-Geral da CMB;
- Sr. Custódio Pereira, Presidente do Fórum Nacional das Instituições Filantrópicas (FONIF);
- Sr. Adriano Carlos Ribeiro, representante da Confederação Nacional da Saúde;
- Sr. Humberto Lucena Pereira da Fonseca, Secretário de Estado da Saúde do Distrito Federal e Vice-Presidente do



Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS),  
Região Centro-Oeste; e

- Sr. Rodrigo César Faleiro de Lacerda, representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

A sessão foi presidida pelo Senador Dalirio Beber.

### **9.2.2 Abertura**

O Presidente abriu a sessão agradecendo a presença dos convidados. Evocou a importância do debate sobre as questões referentes aos hospitais filantrópicos no âmbito do SUS e, em seguida, concedeu a palavra ao Sr. José Luiz Spigolon.

### **9.2.3 Depoimentos**

#### **1. Do Sr. José Luiz Spigolon**

Iniciou sua apresentação alegando que o setor filantrópico dispõe de cerca 2,5 mil instituições: 1.358 são certificadas pelo Ministério de Saúde como entidade beneficente de assistência social. Porém, as demais 1.135, segundo o Sr. Spigolon, não gozam de nenhum benefício previdenciário, pois não têm a certificação (Cebas) devido a problemas com os secretários municipais de saúde de suas respectivas localidades.

Apresentou números a respeito da atuação do setor filantrópico no SUS, com base em dados de abril de 2018, do Ministério da Saúde: 1.704 unidades hospitalares; oferta de 132.500 leitos (o que representa 37% de toda a capacidade de atendimento do SUS); forte participação na oferta de



procedimentos de alta complexidade; responsável por quase 70% de todos os procedimentos de quimioterapia, de radioterapia, de internações em cirurgias oncológicas, em cirurgias cardiológicas; e realização de 58,14% dos transplantes de órgãos.

Em seguida, discorreu sobre a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) instituída, em 2013, pelo Ministério da Saúde, com o apoio da CMB. Todavia, esta entidade, já em 2016, encaminhara ao Ministério nota técnica alertando que o subfinanciamento do SUS impedia que muitos hospitais atendessem integralmente as determinações da referida política.

No que tange à contratualização com o setor filantrópico, o palestrante informou que, apesar de a Lei nº 8.080, de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), prever que a participação complementar do setor privado (preferencialmente as entidades sem fins lucrativos) no SUS se dará mediante contrato ou convênio, esses instrumentos não são utilizados.

Alegou que o setor filantrópico sempre teve dificuldades de estabelecer contratos e convênios com gestores do SUS por vários motivos: não se admite definição de data de pagamento dos serviços prestados; não se admite a inclusão de cláusulas com multa e punição de atrasos de pagamento; não se admite a definição de periodicidade de reajuste e de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro; e os pagamentos de atendimento excedentes às metas pactuadas e solicitados pela central de regulação do sistema gestor não são pagos.

Diante dessas dificuldades, o Ministério da Saúde criou o incentivo à contratualização. Todavia, segundo o Sr. Spigolon, esse incentivo não obteve o resultado esperado, já que apenas cerca de 750



instituições foram beneficiadas. Acrescentou que, por ausência de contratos, muitas instituições perderam os seus certificados de entidades beneficentes de assistência social.

O palestrante acredita que o problema da contratualização será resolvido com a aprovação da Lei nº 13.650, de 2018, que prevê punição aos gestores nos casos de omissão em formular a contratação com o setor filantrópico.

Segundo ele, outro problema enfrentado pelo setor filantrópico no âmbito do SUS é a retenção, por secretarias municipais e estaduais de saúde, de valores de pagamentos que o Ministério da Saúde repassa regularmente às entidades.

Citou o caso de um estabelecimento em Pernambuco cujo pagamento de 14 milhões por serviços prestados ficou retido em virtude da troca do prefeito na localidade.

Em seguida, apontou outras disfunções que o setor enfrenta: exigências de se produzir mais serviços para poder receber emendas parlamentares; elevada interinidade de secretários municipais de saúde. Alega que, segundo a Confederação Nacional de Municípios, em média, o *turnover* de secretários de saúde no cargo é de dois por ano.

Afirmou, por fim, que esse quadro que o setor filantrópico enfrenta dificulta qualquer tipo de planejamento do serviço de saúde, o que reflete o resultado de pesquisa que revelou que 75% da população brasileira desaprova o SUS.

## **2. Do Sr. Adriano Carlos Ribeiro**



Queixou-se da distribuição *per capita* dos recursos da União e da falta de clareza das atribuições dos gestores de cada ente federado. Informou, também, que diversas prefeituras em diferentes unidades da Federação não têm repassado recursos de emendas parlamentares.

No que tange à contratualização, alegou que há distorção entre custo do hospital e o valor efetivamente pago, fator que justifica o endividamento do setor.

### **3. Do Sr. Custódio Pereira**

O Sr. Custódio Pereira, Presidente do Fórum Nacional das Instituições Filantrópicas – FONIF, enfatizou que a missão do Fórum é “atuar em defesa dos interesses das entidades beneficentes de assistência social, de educação e de saúde, promovendo sinergia e fortalecimento do setor, visando plena garantia dos direitos constitucionais”, com a visão de “ser reconhecido nacionalmente pela sua atuação em prol das entidades filantrópicas” e com o lema de atuar “unidos por uma causa comum, acolhendo a riqueza da diversidade.”

Discorreu sobre o histórico do setor, bem como sobre o estado atual das instituições filantrópicas no Brasil.

Segundo ele, pesquisa realizada pelo Fonif apontou que as imunidades conferidas ao setor filantrópico representam 2,87% da arrecadação total da Previdência Social.

Diante disso, ressalta que o problema da previdência não foi gerado pelas entidades filantrópicas. Disse que a pesquisa ainda evidenciou



que dos 10 bilhões de reais que recebe em imunidades fiscais, o setor retorna à sociedade 60 bilhões de reais.

Ao final foram apresentados pelo Presidente do Fonif os desafios no âmbito do SUS, nas suas palavras:

- subfinanciamento: as tabelas não tiveram reajustes há mais de dez anos e, na maioria dos itens, todos os procedimentos são deficitários, salvo algumas exceções, como os transplantes;
- não atualização da tabela: a remuneração e o cadastramento dos itens das tabelas demoram muito e procedimentos já utilizados e medicamentos de protocolos internacionais não são financiados por não atualização das tabelas. Existem várias próteses que não têm cobertura do SUS, por exemplo a âncora utilizada em cirurgias ortopédicas;
- falta de investimento em equipamento e modernização;
- grande demora no cadastro das redes e leitos de UTI e equipes: o cadastro tem que ser aprovado pela comissão bipartite e depois pela comissão tripartite ao chegar no Ministério da Saúde. Às vezes o cadastramento leva mais de ano para que o pagamento aconteça;
- organização e regionalização: a municipalização descentralizou demais os poderes dando tanto aos pequenos como aos grandes municípios muita autonomia, dificultado os trabalhos em rede, o que diminuiria a duplicação de equipamentos e permitiria a regionalização de serviços especializados;
- não existência de prontuário eletrônico e a falta de relação entre os serviços leva à repetição de exames e morosidade nos atendimentos;
- centralização de cuidado no profissional, no médico e na ainda pouca valorização dos outros profissionais: Seria necessário ampliar a promoção e prevenção, focando nas experiências exitosas como da Estratégia de Saúde da Família e trabalhar na valorização dos outros profissionais, dando mais autonomia aos serviços;
- distanciamento entre academia e serviço: pouco incentivo para pesquisa clínica que possa ter um



- impacto real nos serviços que pudessem ser transformadores e inovadores;
- judicialização excessiva: tem atrapalhado muito os serviços, pois os juízes definem e determinam situações de atendimento que não deveriam ser de competência jurídica e sim técnica.

Em suma, os principais problemas que o setor enfrenta são os seguintes: falta de reajuste da tabela de procedimentos (exceto os transplantes); falta de investimento em equipamentos e em modernização; grande demora no cadastro das redes e dos leitos de UTI; falta de prontuário eletrônico; distanciamento com o setor acadêmico; pouco incentivo em pesquisa clínica; e judicialização excessiva da saúde.

O Sr. Custódio Pereira concluiu sugerindo a criação de uma “Lei Rouanet” para a área de saúde.

#### **4. Do Sr. Humberto Lucena Pereira da Fonseca**

Ressaltou a importância das instituições filantrópicas para a saúde pública, que atualmente recebem mais de 50% do orçamento total do SUS.

Para ele, o sistema de administração direta na saúde pública é insustentável: não há uma velocidade suficiente capaz de dar resposta às necessidades de saúde. Já as instituições filantrópicas conseguem isso, porque trabalham em um sistema diferente.

Citou, como exemplo, que a instituição de saúde que tem a maior eficiência por real gasto é uma Santa Casa, a Santa Casa da Bahia, que produz o maior número de procedimentos com o mesmo recurso.



Ressaltou que, no Distrito Federal (DF), existe uma dificuldade: não há hospitais filantrópicos do tipo Santa Casa, pois eles se desenvolveram até mais ou menos a metade do século XX e Brasília nasceu em 1960. Todavia, há uma entidade filantrópica no DF, que é o Instituto de Cardiologia do Distrito Federal, que faz praticamente todos os transplantes e que consegue funcionar de uma forma mais eficiente.

Por isso, o Governo do DF tem investido em outros modelos de administração, que pensem a forma de fazer saúde para a saúde, e não com base na Lei nº 8.666, de 1993, que certamente não foi pensada para a saúde e que hoje gera uma série de problemas para os gestores.

Concordou com o Sr. Spigolon sobre a alta rotatividade de secretários municipais de saúde, que ocorre também no caso dos secretários estaduais.

Ainda segundo ele, hoje, o financiamento de saúde pública corresponde a 3,8% do PIB. Já é um ponto percentual acima do que era há vinte anos.

Todavia, a participação do Ministério da Saúde não cresceu, continuou em 1,7%. Isso significa que todo esse aumento da carga, esse aumento da demanda por saúde pública está recaindo sobre os Estados e Municípios e, certamente, também dos filantrópicos.

Afirmou que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) apoia os seguintes pleitos do setor filantrópico: atualização da tabela; novos investimentos e necessidade de melhorar o cadastramento dos serviços para que se consiga receber o financiamento.



Queixou-se, por fim, da perseguição aos gestores da saúde por órgãos de controle. Julga que parece haver uma responsabilidade objetiva de todos os gestores, independentemente de haver orçamento e haver possibilidade de realizar e de entregar absolutamente tudo que é solicitado.

Acredita que é necessário planejamento para que todos tenham acesso à saúde, mas com a devida alocação dos recursos e considerando a sua limitação. Segundo ele, essa situação piorou com a aprovação do art. 3º da Lei nº 13.650, de 2018, que altera o art. 11 da Lei nº 8.429, de 1992 (Lei de Improbidade Administrativa).

### **5. Do Sr. Rodrigo César Faleiro de Lacerda**

Alegou que acredita na força do planejamento que parte das necessidades e princípios apontados a partir dos conselhos, dos vereadores, da comunidade, para que se organize, da melhor forma, a Rede de Atenção.

Segundo ele, o planejamento regional integrado traz as responsabilidades dos entes da Federação em relação à Rede de Atenção, como também da participação do Ministério da Saúde no nível macrorregional, base para a organização e o planejamento.

Julga ser necessário fazer uma análise situacional das várias regiões o País para identificar as necessidades, as possíveis sobreposições de ações e serviços de saúde, para reequilibrar o panorama atual, em que há regiões do País “superprestadoras” de serviço e outras com deficiências.

Acredita que, nesse processo, os filantrópicos sejam parte importante da Rede de Atenção e, assim, julga ser muito importante a



contratualização e a organização de forma planejada com responsabilidades adstritas aos três entes da Federação.

Alega que hoje fica a cargo do Estado ou do Município a responsabilidade de contratualizar, de financiar, de gerir, de monitorar e de avaliar as entidades de forma desarticulada. Diante disso, acha que se deve mais bem organizar esse processo.

Alega que a Lei nº 13.650, de 2018, trouxe avanços, uma vez que facilitará o processo de contratualização e de organização de incentivo às entidades filantrópicas. Porém, traz as mesmas preocupações que o Sr. Humberto colocara a respeito da perseguição aos gestores do SUS pelos órgãos de controle do Estado.

Segundo ele, a dificuldade é a desarticulação entre as gestões das secretarias estaduais e municipais de saúde, pois, por mais que as entidades estejam sediadas nos municípios, a gestão está na secretaria estadual.

Assim, acha que se deve buscar alternativas e parcerias para que não se prejudique a continuidade dos serviços e para não trazer prejuízos ao SUS, uma vez que o gestor poderá ser penalizado por improbidade.

Reconhecendo a importância do setor filantrópico no processo de organização e da Rede de Atenção, citou dificuldades: financiamento que deveria ser por critério de rateio e insuficiência de recursos.

Concluiu por haver necessidade de aprimorar o processo de organização e planejamento regional para atender às necessidades do território, identificar vazios assistenciais e sobreposições de serviço e ações



de saúde, além de especificar as responsabilidades de cada ente da Federação, distribuindo responsabilidades. Segundo ele, os municípios hoje aplicam em torno de 24% em saúde e há municípios aplicando acima de 30%. Alega que o município termina sendo responsabilizado por aquilo que não está empoderado para efetivar.

Por fim, o palestrante fez as seguintes propostas: buscar equidade, cooperação e governança na gestão do SUS; organizar a Rede de Atenção; mudar a forma de financiamento; incentivar a contratualização; melhorar o monitoramento, a avaliação e a informação, porque hoje há muitos dados e pouca informação para a tomada de decisão e os dados fragmentados e não contribuem para o processo de planejamento; apurar as diferenças regionais dos custos da saúde (o custo que se tem na Região Sudeste não é o mesmo que o da Região Norte ou Nordeste, até mesmo dentro de cada estado os custos são diferenciados, os parâmetros são diferenciados); a rotatividade dos secretários é uma situação que preocupa também, mas fortalecer e institucionalizar o processo de planejamento pode minimizar os impactos dessa rotatividade.

#### **9.2.4 Debates**

Ao fim da audiência se manifestaram a Presidente Marta Suplicy, a Senadora Regina e o Senador Eduardo Amorim. Em seguida, foi encerrada a audiência pública.

### **10 Requerimentos de informações**

Foram encaminhados dois requerimentos de informações para subsidiar os trabalhos de avaliação da “Política de Atenção Hospitalar e da



Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS)”.

## **10.1 RAS nº 19, de 2018**

### **10.1.1 Questionamentos**

Encaminhado ao Ministro de Estado da Saúde, acerca Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – Tabela SUS, no qual foram solicitadas as seguintes informações:

1. Acerca da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – Tabela SUS: a. Que procedimentos tiveram seus valores majorados nos últimos cinco anos? b. Quando ocorreu o último reajuste linear da Tabela? Qual alíquota foi aplicada nessa ocasião? c. Que reajustes de procedimentos estão previstos para 2018? Quando serão efetuados e quais procedimentos serão contemplados? d. União, Estados, Distrito Federal e Municípios podem pagar valores superiores aos da Tabela para serviços de saúde vinculados ao SUS? i. O Ministério da Saúde remunera determinados estabelecimentos de saúde com valores superiores aos da Tabela? Que serviços são esses e quais são as instituições contempladas? ii. Que critérios são utilizados para pagamentos diferenciados? iii. Qual é o embasamento normativo para a execução de pagamentos em valores acima dos previstos na Tabela?

2. O Ministério da Saúde concede incentivos financeiros a determinados estabelecimentos de saúde, além dos valores constantes na Tabela? a. Como isso é feito e em que circunstâncias? b. Que serviços são esses e quais são as instituições contempladas? c. Que critérios são utilizados



para pagamentos desses incentivos? d. Existem incentivos específicos para as entidades beneficentes de assistência social que prestam serviços de saúde ao SUS? i. Como isso é feito e em que circunstâncias? ii. Quais são eles? iii. Qual a sua base normativa? iv. Há previsão de novos incentivos? v. Que instituições estão sendo atualmente beneficiadas pelos incentivos?

3. Qual é a participação do setor de entidades beneficentes de assistência social que prestam serviços de saúde ao SUS, e especificamente das Santas Casas de Misericórdia, em termos de número de estabelecimentos, recursos físicos e produção, em 2017: i. Na assistência ambulatorial? ii. Na assistência hospitalar?

4. Quais são as quantidades de procedimentos e os valores totais pagos pelo Ministério da Saúde às entidades beneficentes de assistência social que prestam serviços de saúde ao SUS, e especificamente às Santas Casas de Misericórdia, por complexidade do procedimento (atenção básica, média complexidade e alta complexidade) e por grupo de procedimentos (de acordo com a Tabela SUS), no ano de 2017: i. Na assistência ambulatorial? ii. Na assistência hospitalar?

### **10.1.2 Respostas ao RAS nº 19, de 2018**

A resposta do Ministério da Saúde foi encaminhada à CAS por meio do Despacho CGSI/DRAC/SAS/MS, de 03 de julho de 2018, abaixo transcrito: <sup>43</sup>

1. Trata-se do Requerimento nº 19/2018 da CAS solicitando Informações a respeito de Políticas Públicas de Assistência à Saúde.

2. Cabe esclarecer que os valores da Tabela de Procedimentos do SUS referem-se a parâmetros mínimos de remuneração dos

---

<sup>43</sup> Cumpre salientar que na resposta o Ministério da Saúde relaciona detalhadamente os principais reajustes aplicados aos procedimentos, medicamentos, órteses e materiais especiais do Sistema Único de Saúde – Tabela SUS de 2010 a 2018, que não serão transcritos aqui.



procedimentos. O Ministério da Saúde vem reajustando um número significativo de procedimentos ambulatoriais e hospitalares.

3. De acordo com a PT GM nº1606 de 11 de setembro de 2001, os valores dos procedimentos que constam na Tabela de Procedimentos, Medicamentos do SUS são utilizados apenas como referência, sendo facultado aos Gestores de Saúde estaduais e/ou municipais, negociar o pagamento de valores a maior nos procedimentos para os estabelecimentos sob sua gestão, desde que sejam pagos com recursos próprios.

4. Cumpre ressaltar, também, que o Ministério da Saúde tem buscado alterar a lógica de pagamento por procedimento, no que concerne ao financiamento das ações e serviços de saúde.

5. Nesse sentido, ao longo dos últimos 15 anos foram desenvolvidas diversas Políticas pelo Ministério da Saúde, visando mudanças no modelo de financiamento e à indução de novas formas de pagamentos de gestores a prestadores. Nessa seara, foi adotada, de maneira ainda complementar, a modalidade de pagamento de incentivos financeiros.

6. Atualmente, existem três tipos de incentivos financeiros que são alocados no Bloco de Financiamento das Ações de Média e Alta Complexidade (MAC): (a) incentivo de orçamentação global; (b) incentivo para qualificação de serviços e (c) incentivo de qualificação de leitos.

7. O incentivo de orçamentação global é aquele repassado aos gestores para financiamento de determinados estabelecimentos, com base nos seus custos reais aproximados.

8. O incentivo para qualificação de serviços está diretamente relacionado à execução de metas de qualidade, sem exigência de aumento de produção por parte do estabelecimento.

9. Por fim, o incentivo para qualificação de leitos foi instituído principalmente no âmbito das Redes Temáticas de Atenção à Saúde, visando à complementação do valor de diária de internação em leitos, tendo como contrapartida o cumprimento de metas de qualidade. Este incentivo, diferentemente do incentivo para qualificação de serviços, é calculado com base em uma produtividade esperada para o leito. São exemplos deste tipo de incentivo: qualificação de leitos de UTI, qualificação de leitos de retaguarda clínica, qualificação de leitos para gestantes de alto risco (GAR).

Em anexo ao Despacho CGSI/DRAC/SAS/MS, de 03 de julho de 2018, foi encaminhado à CAS o PARECER TÉCNICO Nº 1461/2018-CGHOSP/DAHU/SAS/MS, abaixo transcrito:



INTERESSADO: Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal

ASSUNTO: Política Nacional de Atenção Hospitalar e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS

Trata-se do Ofício 92/2018-Presidência/CAS datado do dia 13/06/2018, oriundo da Senadora Marta Suplicy, que encaminha solicitação de informações em face dos trabalhos de avaliação de “Política de Atenção Hospitalar e da Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS), eleita a política pública do Poder Executivo para avaliação no corrente ano, conforme expresso no Requerimento da CAS nº 2, de 2018.

O Ministério da Saúde, ao longo dos últimos anos, tem empenhado esforços no sentido de estreitar a parceria com os hospitais filantrópicos brasileiros visando o desenvolvimento de políticas específicas para este segmento estratégico, com foco na ampliação da prestação de serviços assistenciais desse grupo de hospitais ao SUS.

Cabe lembrar que a Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP – dispõe sobre a priorização de participação, em caráter complementar, das entidades filantrópicas e sem fins lucrativos na prestação de serviços de saúde aos usuários do SUS e que o financiamento é tripartite.

O processo de contratualização é a formalização do instrumento contratual entre o gestor do SUS e o hospital sob sua gestão, com o objetivo de qualificação da assistência e gestão hospitalar implicando na definição de metas quanti-qualitativas a serem pactuados entre as partes.

No que diz respeito ao financiamento dos hospitais que prestam serviço para o SUS, além dos valores estabelecidos na Tabela de Procedimentos também existem as políticas, programas e incentivos que favorecem o perfil e participação desses estabelecimentos de saúde na Rede de Atenção à Saúde.

Destacamos os incentivos (Incentivo de Adesão à Contratualização - IAC, Incentivo Financeiros 100% SUS, Timemania etc), os recursos nas redes (Rede de Urgência e Emergência – RUE, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial), as habilitações (leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI, UCINCo, UCINCa, Unidade de Cuidados Prolongados – UCP etc), os investimentos, as reformas, dentre outros.

Os recursos disponíveis por esta coordenação estão baseados nas seguintes legislações:

- Incentivo Financeiro 100% SUS: Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, artigos 340 a 349, que contempla 101 hospitais com o repasse anual de R\$ 144.763.755,32;

- Habilitação de leitos de UTI Adulto e Pediátrico e Unidade Coronariana (UCO): Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28



de setembro de 2017, Título X - Do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico ou Grave e Título IX – Da linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio (IAM) e do protocolo clínico sobre síndromes coronarianas agudas (SCA), que deverá ser realizado pelo Estado e/ou Município através do sistema SAIPS, por meio do acesso à página: [www.saips.saude.gov.br](http://www.saips.saude.gov.br);

- Habilitação de Unidades Neonatais (UTIN, UCINCo e UCINCa): Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, do Título IV- Que define os critérios de classificação e habilitação de leitos neonatais, deverá ser realizada pelo Estado e/ou Município através do sistema SAIPS, por meio do acesso à página: [www.saips.saude.gov.br](http://www.saips.saude.gov.br);

- Unidade de Cuidados Prolongados (UCP): Portaria de Consolidação nº 03 e nº 06, de 28 de setembro de 2018;

- Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) e/ou Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH): Portaria GM/MS nº 2.925/2017 definiu que os hospitais que recebem o Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) permanecerão recebendo os valores já repassados em portarias específicas. O valor anual repassado é de R\$ 2.351.744.946,84 que contempla 1.026 hospitais. Nesse sentido, não há legislação vigente para novas adesões, mas continua o repasse do IAC previstos nas portarias específicas publicadas.

As informações prestadas pelo Ministério da Saúde acerca da produção hospitalar e do número de hospitais existentes no CNES, em 2017, estão descritas na tabela 17.

**Tabela 17** – Produção hospitalar – internações, no SUS, por natureza jurídica. Brasil, 2017.

<i>NATUREZA JURÍDICA/PRODUÇÃO</i>		<i>PRODUÇÃO HOSPITALAR</i>		
<i>NATUREZA JURÍDICA</i>	<i>Nº DE ESTAB.</i>	<i>NÚMERO DE INTERNAÇÕES</i>	<i>VALOR (em R\$)</i>	<i>PERMANÊNCIA (dias)</i>
HOSPITAL FILANTRÓPICO	1.879	4.845.089	7.013.536.478,19	24.316.305
HOSPITAL PRIVADO	2.538	774.568	1.199.840.498,95	4.569.569
HOSPITAL PÚBLICO	3.105	5.975.233	6.227.562.548,55	32.806.304
TOTAL GERAL	7.522	11.594.890	14.440.939.525,69	61.692.178

As informações prestadas pelo Ministério da Saúde acerca da produção ambulatorial e do número de estabelecimentos ambulatoriais existentes no CNES, em 2017, estão descritas na tabela 18.



**Tabela 18** – Produção hospitalar – procedimentos ambulatoriais, no SUS. Brasil, 2017.

<i>NATUREZA JURÍDICA/PRODUÇÃO</i>		<i>PRODUÇÃO AMBULATORIAL</i>			
		<i>VALOR</i>		<i>VALOR</i>	
<i>NATUREZA JURÍDICA</i>	<i>Nº DE ESTAB.</i>	<i>QUANTIDADE APROVADA</i>	<i>APROVADO (em R\$)</i>	<i>QUANTIDADE APRESENTADA</i>	<i>APRESENTADO (em R\$)</i>
HOSPITAL FILANTRÓPICO	1.879	219.693.875	4.386.993.325,34	236.877.555	4.524.439.788,07
HOSPITAL PRIVADO	2.538	26.866.614	733.190.557,75	28.000.697	747.921.320,89
HOSPITAL PÚBLICO	3.105	525.232.195	4.015.390.171,95	580.314.861	4.385.808.944,16
TOTAL GERAL	7.522	771.792.684	9.135.574.055,04	845.193.113	9.568.170.053,12

## 10.2 RAS nº 20, de 2018

### 10.2.1 Questionamentos

Encaminhado ao Ministro de Estado da Fazenda, acerca das questões fiscais, tributárias e previdenciárias que envolvem as entidades beneficentes de assistência social que prestam serviços de saúde ao SUS e os programas governamentais a elas direcionados, no qual foram solicitadas as seguintes informações:

1. Acerca dos débitos com tributos, incluídas as contribuições previdenciárias, das entidades beneficentes de assistência social que prestam serviços de saúde ao SUS, e especificamente das Santas Casas de Misericórdia: a. Qual é o montante da dívida tributária consolidada do setor, por modalidade de tributo? b. Que programas governamentais voltados ao saneamento dessas dívidas estão vigentes? i. Quais são as suas principais características? ii. Qual o número de instituições participantes de cada programa?

2. Acerca do Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos que Atuam na Área da Saúde e que Participam de Forma Complementar do Sistema Único

SF/18687.17508-02

de Saúde (PROSUS): a. Qual é o montante de créditos tributários e não tributários devidos à União abrangidos pelo Prosus? b. Qual é o número de instituições aderentes? c. Qual a taxa de inadimplência? d. O Ministério da Fazenda considera que o Prosus atingiu os objetivos pretendidos?

3. Há previsão de instituição de novos programas governamentais com vistas ao fortalecimento das entidades privadas filantrópicas e das entidades sem fins lucrativos que atuam na área de saúde?

4. Sobre os gastos tributários relativos as entidades beneficentes da assistência social que prestam serviços a saúde ao SUS, e especificamente aos gastos com as Santas Casas de Misericórdia e hospitais filantrópicos: a. Qual é o montante das perdas de receita com gastos tributários, por tipo de tributo? b. Quais outros benefícios e incentivos recebidos por essas entidades geram perda de receita? c. Qual é o montante desses benefícios, por modalidade?

### **10.2.2 Respostas ao RAS nº 20, de 2018**

A resposta foi dada por meio do DESPACHO Nº 25/2018/PGFN-MF, que aprovou a Nota SEI nº 26/2018/PGDAU-CDA-COAGED/PGDAU-CDA/PGDAU/PGFN-MF e as respectivas planilhas eletrônicas que a instrui, fornecendo as seguintes informações, logo após as perguntas, alegando para as demais que “o questionamento escapa à esfera de competências desta PGDAU”:

Trata-se de Nota destinada a responder ao Requerimento de Informação do Exmo. Senador Dalírio Beber, no que diz respeito às atividades de gestão e cobrança da dívida ativa da União desempenhadas pela PGDAU.

O solicitante requer as seguintes informações, cujas respostas se encontram após o questionamento:



1. Acerca dos débitos com tributos, incluídas as contribuições previdenciárias, das entidades beneficentes de assistência social que prestam serviços de saúde ao SUS, e especificamente das Santas Casas de Misericórdia:

a) Qual é o montante da dívida tributária consolidada do setor, por modalidade de tributo?

**Resposta:** A PGFN não dispõe de relação com os CNPJs das Santas Casas de Misericórdia nem das entidades de assistência social que prestam serviços de saúde ao SUS para levantar de forma precisa os dados solicitados. Diante dessas limitações, mas com o propósito de atender da melhor forma o pedido, seguem em anexo planilhas detalhadas e consolidadas com os débitos tributários inscritos em dívida ativa da União referentes a pessoas jurídicas cadastradas na seção “saúde humana e serviços sociais” do CNAE, cujo grupo da natureza jurídica na base CNPJ seja o de entidade sem fins lucrativos. Para fins de interpretação da planilha, por dívida em situação regular, entende-se aquela parcelada, garantida ou suspensa por decisão judicial. Dívida irregular é aquela que permanece em cobrança.

b) Que programas governamentais voltados ao saneamento dessas dívidas estão vigentes?

**Resposta:** O Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades Sem Fins Lucrativos que atuam na área de saúde (Prosus), criado pela Lei 12873/13, é o principal programa vigente relativo ao setor de saúde.

i. Quais são as suas principais características?

**Resposta:** no âmbito da dívida ativa da União, a principal característica do Prosus é a suspensão da cobrança por 15 anos (moratória), combinada com o perdão do montante recolhido anualmente a título de tributos correntes, no mesmo valor, das dívidas incluídas na moratória, conforme previsto na Lei nº 12.873/13.

ii. Qual o número de instituições participantes de cada programa?

**Resposta:** há 120 aderentes no âmbito da PGFN.

2. Acerca do Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas das Entidades sem Fins Lucrativos que atuam na área da Saúde e que participam de forma complementar do Sistema Único de Saúde (Prosus):

a) Qual é o montante de créditos tributários e não tributários devidos à União abrangidos pelo Prosus?

**Resposta:** o montante de créditos tributários e não tributários inscritos em dívida ativa da União incluídos no Prosus é de R\$ 928.376.115,02.

b) Qual é o número de instituições aderentes?



**Resposta:** são 120 aderentes no âmbito da PGFN, considerando o número de CNPJs raiz.

c) Qual é a taxa de inadimplência?

**Resposta:** o monitoramento das condições de manutenção no programa é feito pelo Ministério da Saúde. A cobrança dos créditos inscritos em dívida ativa da União incluídos no Prosus foi suspensa por 180 meses pela moratória prevista no §1º do art. 37 da Lei 12873/2013. Assim, não há hipótese de inadimplemento no âmbito da PGFN.”

## 11 Pesquisas

### 11.1 Pesquisa de opinião sobre as Santas Casas - DataSenado

Em setembro de 2018, o Instituto DataSenado realizou uma pesquisa para avaliar o atendimento prestado pelo SUS nas Santas Casas presentes nos municípios brasileiros.

Foram ouvidas 877 pessoas, por telefone fixo, do dia 15 de agosto a 13 de setembro de 2018. Entre os respondentes, 697 avaliaram o atendimento recebido pessoalmente na instituição médica de seu município. Outros 109 não receberam atendimento, mas afirmaram conhecer alguém que foi atendido pelo SUS nas Santas Casas dos municípios em que moram. Entre esses últimos, 90 afirmaram poder avaliar o atendimento recebido pelo conhecido. Aqueles que não foram atendidos ou responderam que não conseguiam avaliar o atendimento recebido pelo conhecido não fizeram parte do público-alvo analisado na pesquisa.

Em relação ao perfil dos entrevistados, a maioria (70%) reside na Região Sudeste – que é a região que concentra maior número de Santas Casas. Quase três quartos são do sexo feminino, a metade tem mais de 40 anos, quase a metade tem escolaridade até o ensino fundamental (45%) e a renda familiar é de até 5 salários mínimos (68%).



A pesquisa evidenciou um grau de satisfação de 52% entre os entrevistados, avaliando como “ótimo” ou “bom” o atendimento recebido.

Os destaques positivos foram: localização, condições de higiene, atendimento prestado por funcionários responsáveis pelo agendamento, qualidade do atendimento médico e qualidade das instalações, que atingiram mais de 50% de “ótimo” e “bom” entre os entrevistados.

Os destaques negativos foram: tempo de espera para agendamento (30% de “ótimo” e “bom”) e tempo de espera para atendimento (25%).

A grande maioria dos entrevistados (75%) avaliou que a Santa Casa tinha os equipamentos necessários para o atendimento. Ainda assim, considerou insuficientes os recursos financeiros destinados ao hospital (83%).

Em relação às pessoas que não foram atendidas pelo SUS na Santa Casa de seus municípios, mas afirmaram conhecer alguém que recebeu atendimento, a grande maioria (84%) conhecia pacientes que foram internados. O atendimento recebido por essas pessoas foi caracterizado de maneira favorável pela maioria dos entrevistados (57% de “ótimo” e “bom”).

Uma ressalva que pode ser feita em relação aos resultados da pesquisa é que entre os municípios selecionados para a amostra não havia nenhuma capital.



## **11.2 Pesquisa sobre a contrapartida do setor filantrópico - FONIF**

A pesquisa foi realizada pela DOM Strategy Partners, de maio de 2015 a junho de 2016, para o Fórum Nacional das Instituições Filantrópicas (FONIF). Teve, como objetivo, avaliar o impacto das isenções tributárias concedidas às entidades beneficentes de assistência social – atuantes nas áreas de assistência social, educação e saúde – no déficit da Previdência Social, bem como a contrapartida de serviços que essas instituições oferecem à população.<sup>44</sup>

De acordo com o levantamento realizado, a imunidade assegurada pela CF às filantrópicas representa menos de 3% da arrecadação da previdência. Além disso, para cada real concedido na forma de imunidade tributária a essas instituições, há um retorno de seis reais em benefícios à população.

Ainda segundo a pesquisa, em 968 municípios brasileiros, o único hospital existente em seu território é de natureza filantrópica.

## **12 Iniciativas legislativas**

Foi realizada uma pesquisa nos sítios eletrônicos do Senado Federal e da Câmara dos Deputados – Sistema de Informações do Senado Federal (SICON)<sup>45</sup> e o Sistema de Tramitação das Proposições Legislativas

---

<sup>44</sup> Disponível em:

[https://d335luupugsy2.cloudfront.net/cms/files/39762/1501877872PESQUISA\\_FONIF\\_FINAL-1.pdf](https://d335luupugsy2.cloudfront.net/cms/files/39762/1501877872PESQUISA_FONIF_FINAL-1.pdf). Acesso em: 31 out. 2018.

<sup>45</sup> Mecanismo de busca de matérias em tramitação no Senado Federal, discursos de Senadores, legislação federal, artigos de jornais e publicações em bibliotecas da Rede Virtual de Bibliotecas Congresso Nacional (RVBI). Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/sicon/PreparaPesquisa.action>.



(SILEG Proposições)<sup>46</sup> – para localizar proposições legislativas que tramitam no Congresso Nacional e que versam sobre modificações na legislação relacionada a entidades beneficentes de assistência social na área da saúde.

Para tanto utilizaram-se as seguintes palavras-chave: *entidades beneficentes SUS, hospitais filantrópicos SUS, Santa Casa SUS, saúde SUS* “*entidade sem fins lucrativos*” (as aspas servem para indicar que “entidades sem fins lucrativos” foi pesquisada como expressão exata).

A pesquisa foi realizada nos dias 26, na Câmara dos Deputados, e 29, no Senado Federal, em outubro de 2018, e conduzida pelo Núcleo de Suporte Técnico-Legislativo (NSTLEG), da Consultoria Legislativa do Senado Federal.

## 12.1 Senado Federal

As seguintes proposições tramitam no Senado Federal e versam sobre modificações na legislação relacionada a entidades beneficentes de assistência social na área da saúde:

- 1) Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 456, de 2013
  - a) Ementa: Concede isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e da Contribuição para o PIS/PASEP sobre os artigos e equipamentos médicos, odontológicos, hospitalares e de laboratórios nas operações destinadas aos entes públicos e às entidades beneficentes de assistência social.

---

<sup>46</sup> Mecanismo de busca de matérias em tramitação na Câmara dos Deputados. Disponível em: <http://www.camara.leg.br/sileg/default.asp>.



- b) Autor: Senadora Ana Amélia
  - c) Data: 05/11/2013
  - d) Situação Atual: Em tramitação na Comissão de Assuntos Sociais do Senado
- 2) Projeto de Lei da Câmara (PLC) nº 125, de 2013 (tramitou na Câmara como Projeto de Lei [PL] nº 2014, de 2011)
- a) Ementa: Altera o art. 110 da Lei nº 12.249, de 11 de junho de 2010.
  - b) Explicação da Ementa: altera o art. 110 da Lei nº 12.249, de 11 de junho de 2010, dispondo que as entidades certificadas até o dia 26 de novembro de 2009, que prestam serviços assistenciais de saúde não remunerados pelo SUS a trabalhadores ativos e inativos e respectivos dependentes econômicos ou beneficiários, decorrentes do estabelecido em norma coletiva de trabalho ou em lei estadual anterior à vigência da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, desde que, simultaneamente, apliquem no mínimo 20% (vinte por cento) do valor total das isenções de suas contribuições sociais na prestação de serviços de internação hospitalar e atendimento ambulatorial ao SUS não remunerados, mediante pacto com gestor local, terão concedida a renovação, na forma do regulamento.
  - c) Autor: Deputado Federal Arnaldo Faria de Sá (PTB/SP)
  - d) Data: 13/12/2013
  - e) Situação Atual: Em tramitação - Pronto para deliberação do Plenário desde 2015
- 3) Projeto de Lei de Conversão (PLV) nº 26, de 2018 (tem origem na Medida provisória [MPV] nº 848, de 2018)
- a) Autor: Poder Executivo
  - b) Data da apresentação: 17/08/2018



- c) Ementa: Altera a Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, que dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço, para possibilitar a aplicação de recursos em operações de crédito destinadas às entidades hospitalares filantrópicas e sem fins lucrativos que participem de forma complementar do Sistema Único de Saúde.
- d) Obs.: Esta matéria também está entre os itens encontrados no site da Câmara
- 4) PLC nº 115, de 2017 (tramitou na Câmara como PL nº 5675, de 2016)
- a) Autor: Deputado Federal Marcio Alvino - PR/SP
- b) Data da apresentação no Senado: 05/10/2017
- c) Ementa: Dispõe sobre a impenhorabilidade de bens de hospitais filantrópicos e Santas Casas de Misericórdia.
- d) Situação: Em tramitação na Comissão de Assuntos Sociais do Senado
- e) Obs.: Esta matéria também está entre os itens encontrados no site da Câmara
- 5) PLS nº 368, de 2017
- a) Ementa: Institui o Programa Nacional de Apoio à Assistência Filantrópica Social e à Saúde.
- b) Autor: Senador Dalirio Beber
- c) Data: 03/10/2017
- d) Situação Atual: Em tramitação na Comissão de Assuntos Econômicos do Senado

## **12.2 Câmara dos Deputados**

As seguintes proposições tramitam na Câmara dos Deputados e versam sobre modificações na legislação relacionada a entidades beneficentes de assistência social na área da saúde:



- 1) PL nº 9227, de 2017
  - a) Autor: Dr. Sinval Malheiros - PODE/SP
  - b) Data da apresentação: 29/11/2017
  - c) Ementa: Concede anistia e remissão de débitos tributários de forma incondicionada para instituições que atuam na área de saúde de forma filantrópica.
  - d) Situação: Aguardando Parecer do Relator na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)
  
- 2) PL nº 8183, de 2014
  - a) Autor: Arnaldo Faria de Sá - PTB/SP
  - b) Data da apresentação: 03/12/2014
  - c) Ementa: Altera a redação dos artigos 8º e 8º-B, da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, com redação dada pela Lei nº 12.868, de 15 de outubro de 2013, para permitir a concessão ou renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) de entidade de saúde, que, por não haver interesse do gestor local do SUS na contratação dos serviços de saúde ofertados ou de contratação abaixo do percentual mínimo exigido, aplique o total ou percentual do valor usufruído com a isenção das contribuições sociais na área da saúde com a prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares não remunerados, mediante pacto com o gestor local do SUS.
  - d) Situação: Pronta para Pauta na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)
  
- 3) Projeto de Lei Complementar (PLP) nº 433, de 2017
  - a) Autor: Arnaldo Faria de Sá - PTB/SP
  - b) Data da apresentação: 24/10/2017



- c) Ementa: Estabelece as condições legais, requeridas pelo preceito contido no §7º do artigo 195 da Constituição Federal, para entidades beneficentes de assistência social com a finalidade de prestação de serviços nas áreas de assistência social, saúde e ou educação gozarem da imunidade tributária em relação às contribuições para a seguridade social; e dá outras providências.
  - d) Dados Complementares: Altera a Lei nº 5.172, de 1966.
  - e) Situação: Aguardando Parecer do Relator na Comissão de Educação (CE)
- 4) PL nº 7982, de 2017
- a) Autor: Pedro Cunha Lima - PSDB/PB
  - b) Data da apresentação: 28/06/2017
  - c) Ementa: Modifica o Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967, para tornar o atraso do repasse de recursos do Sistema Único de Saúde às entidades beneficentes de assistência social na área de saúde crime de responsabilidade do Prefeito Municipal.
  - d) Situação: Tramitando em Conjunto - Apensado ao PL 7658/2017
- 5) PL nº 8446, de 2017
- a) Autor: Covatti Filho - PP/RS
  - b) Data da apresentação: 31/08/2017
  - c) Ementa: Altera o art. 98 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 - Código de Processo Civil.
  - d) Dados Complementares: Garante aos hospitais filantrópicos o direito à gratuidade da justiça.
  - e) Situação: Aguardando Parecer do Relator na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC)



- 6) PLP nº 245, de 2013
- a) Autor: Marcus Pestana - PSDB/MG
  - b) Data da apresentação: 05/03/2013
  - c) Ementa: Dispõe sobre a criação de sistema integrado de compras da saúde com a formação de um registro nacional de preços para os Municípios, Estados e hospitais filantrópicos
  - d) Situação: Aguardando Designação de Relator na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC)
- 7) PL nº 7153, de 2014
- a) Autor: Edinho Bez - PMDB/SC
  - b) Data da apresentação: 19/02/2014
  - c) Ementa: Destina recursos aos hospitais filantrópicos situados em locais de interesse turístico.
  - d) Situação: Pronta para Pauta na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)
- 8) PL nº 5675, de 2016
- a) Autor: Marcio Alvino - PR/SP
  - b) Data da apresentação: 28/06/2016
  - c) Ementa: Dispõe sobre a impenhorabilidade de bens de hospitais filantrópicos e Santas Casas de Misericórdia.
  - d) Situação: Aguardando Apreciação pelo Senado Federal
- 9) PL nº 6123, de 2013
- a) Autor: Sandra Rosado - PSB/RN
  - b) Data da apresentação: 16/08/2013



- c) Ementa: Proíbe o corte no fornecimento de energia elétrica para os hospitais filantrópicos, e dá outras providências.
- d) Situação: Tramitando em Conjunto - Apensado ao PL 1058/2007
- 10) PL nº 2269, de 2015
- a) Autor: Luciano Ducci - PSB/PR
- b) Data da apresentação: 08/07/2015
- c) Ementa: Estabelece desconto nas tarifas de energia elétrica para Hospitais Filantrópicos.
- d) Dados Complementares: Altera a Lei nº 10.438, de 2002.
- e) Situação: Tramitando em Conjunto - Apensado ao PL 38/2015
- 11) PL nº 9967, de 2018
- a) Autor: Roberto Freire - PPS/SP
- b) Data da apresentação: 05/04/2018
- c) Ementa: Destina recursos às Santas Casas de Misericórdia e demais entidades privadas sem fins lucrativos que atuem no atendimento médico, ambulatorial ou hospitalar.
- d) Situação: Aguardando Parecer do Relator na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)
- 12) PL nº 6832, de 2006
- a) Autor: André Zacharow - PMDB/PR
- b) Data da apresentação: 30/03/2006
- c) Ementa: Altera o § 1º do art. 22 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, cria o Fundo de Assistência às Santas Casas de Misericórdia e aos Hospitais Filantrópicos, e dá outras providências.



- d) Dados Complementares: Majora a alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido - CSLL, devida pelas instituições financeiras citadas.
  - e) Situação: Tramitando em Conjunto - Apensado ao PL 1952/2003
- 13) PL nº 834, de 2015
- a) Autor: Covatti Filho - PP/RS
  - b) Data da apresentação: 19/03/2015
  - c) Ementa: Cria a Tarifa de Energia da Saúde e altera a Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
  - d) Situação: Tramitando em Conjunto - Apensado ao PL 38/2015
- 14) PL nº 2884, de 2008
- a) Autor: Lobbe Neto - PSDB/SP
  - b) Data da apresentação: 26/02/2008
  - c) Ementa: Altera o Código de Trânsito Brasileiro, de modo a repassar 15% (quinze por cento) da receita arrecadada com a cobrança de multas de trânsito para as Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Públicos.
  - d) Dados Complementares: Altera a Lei nº 9.503, de 1997.
  - e) Situação: Tramitando em Conjunto - Apensado ao PL 3052/2004
- 15) PL nº 9856, de 2018
- a) Autor: Marcelo Álvaro Antônio - PR/MG
  - b) Data da apresentação: 21/03/2018
  - c) Ementa: Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, inserindo obrigação de atualização anualmente da tabela de participação complementar do SUS.



- d) Situação: Tramitando em Conjunto - Apensado ao PL 6342/2013
- 16) PL nº 5641, de 2016
- a) Autor: Antonio Brito - PSD/BA
  - b) Data da apresentação: 21/06/2016
  - c) Ementa: Dispõe sobre sanções aos entes federativos nos casos de atrasos ou interrupções de repasses de recursos do Sistema Único de Saúde - SUS - às entidades que especifica.
  - d) Situação: Pronta para Pauta na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)
- 17) PL nº 9857, de 2018
- a) Autor: Marcelo Álvaro Antônio - PR/MG
  - b) Data da apresentação: 21/03/2018
  - c) Ementa: Concede anistia às Santas Casas de Misericórdia, entidades hospitalares sem fins econômicos e hospitais de natureza filantrópica quanto às contribuições devidas e não recolhidas oriundas de débitos tributários, previdenciários, com o fundo Nacional de Saúde e com bancos públicos.
  - d) Situação: Tramitando em Conjunto - Apensado ao PL 9227/2017
- 18) PL nº 1124, de 2007
- a) Autor: Walter Ihoshi - DEM/SP
  - b) Data da apresentação: 22/05/2007
  - c) Ementa: Direciona às Santas Casas de Misericórdia percentual da arrecadação das loterias e concursos de prognósticos administrados pela Caixa Econômica Federal.



- d) Situação: Aguardando Parecer do Relator na Comissão de Finanças e Tributação (CFT)
- 19) PL nº 4342, de 2012
- a) Autor: Gorete Pereira - PR/CE
  - b) Data da apresentação: 22/08/2012
  - c) Ementa: Dispõe sobre a concessão de moratória e parcelamento de débitos tributários federais de titularidade de hospitais, Santas Casas de Misericórdia e entidades filantrópicas de atendimento à Saúde e dá outras providências.
  - d) Situação: Aguardando Parecer do Relator na Comissão de Finanças e Tributação (CFT)
- 20) PL nº 4104, de 2015
- a) Autor: Marcelo Belinati - PP/PR
  - b) Data da apresentação: 16/12/2015
  - c) Ementa: Altera dispositivos da Lei Nº 11.345, de 14 de setembro de 2006, e dá outras providências, estabelecendo novos percentuais de destinação dos recursos da Timemania para o setor saúde (Santas Casas de Misericórdia, de entidades hospitalares sem fins lucrativos), inclusive para a saúde bucal.
  - d) Situação: Tramitando em Conjunto - Apensado ao PL 3127/2015
- 21) PL nº 10479, de 2018
- a) Autor: Professor Victório Galli - PSL/MT
  - b) Data da apresentação: 21/06/2018
  - c) Ementa: Regulamenta o repasse de recursos de emendas parlamentares em natureza de despesa de custeio destinado ao



incremento PAB/MAC a hospitais e Santas Casas filantrópicas, através do Fundo Nacional de Saúde - FNS.

d) Situação: Aguardando Designação de Relator na Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP)

22) PL nº 7271, de 2017

a) Autor: Irajá Abreu - PSD/TO

b) Data da apresentação: 30/03/2017

c) Ementa: Altera o § 2º do art. 9º da Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, que "Dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço, e dá outras providências", para incluir as Santas Casas de Misericórdia dentre as hipóteses de aplicação dos recursos provenientes do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS).

d) Situação: Pronta para Pauta na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)

23) PL nº 259, de 2011

a) Autor: Carlos Bezerra - PMDB/MT

b) Data da apresentação: 08/02/2011

c) Ementa: Altera o caput do art. 1.822 e o art. 1.844 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, que institui o Código Civil.

d) Dados Complementares: Estabelece que os bens arrecadados na declaração de vacância de herança passarão ao domínio das Santas Casas de Misericórdia.

e) Situação: Pronta para Pauta na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC)



- 24) PL nº 6832, de 2006
- a) Autor: André Zacharow - PMDB/PR
  - b) Data da apresentação: 30/03/2006
  - c) Ementa: Altera o § 1º do art. 22 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, cria o Fundo de Assistência às Santas Casas de Misericórdia e aos Hospitais Filantrópicos, e dá outras providências.
  - d) Dados Complementares: Majora a alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido - CSLL, devida pelas instituições financeiras citadas.
  - e) Situação: Tramitando em Conjunto - Apensado ao PL 1952/2003
- 25) PL nº 5639, de 2016
- a) Autor: Antonio Brito - PSD/BA
  - b) Data da apresentação: 21/06/2016
  - c) Ementa: Dispensa as entidades privadas filantrópicas e sem fins lucrativos do pagamento de juros e multa de mora decorrentes de débitos tributários para com a União quando ocorrer atraso no pagamento dos serviços prestados por aquelas entidades junto ao SUS.
  - d) Situação: Aguardando Designação de Relator na Comissão de Finanças e Tributação (CFT)
- 26) PLV nº 26, de 2018 (tem origem na MPV 848/2018)
- a) Autor: Poder Executivo
  - b) Data da apresentação: 17/08/2018
  - c) Ementa: Altera a Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, que dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço, para possibilitar a aplicação de recursos em operações de crédito destinadas às entidades



hospitalares filantrópicas e sem fins lucrativos que participem de forma complementar do Sistema Único de Saúde.

d) Situação: aguardando deliberação da Comissão Mista

### **13 Considerações finais**

A “Política de Atenção Hospitalar e da Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS” foi selecionada para ser avaliada pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS) em 2018.

A razão dessa escolha decorreu da grande importância da atuação das assim chamadas “entidades beneficentes de assistência social que prestam serviços ao SUS”, que, a depender da fonte ou legislação consultada, recebem diferentes denominações.

Isso, contudo, torna mais difícil a caracterização desse setor, que, historicamente, acabou por ser identificado com as Santas Casas, pela inegável importância dessas instituições no contexto da assistência à saúde pública no Brasil, antes e depois da criação do SUS, como veremos no histórico apresentado na sequência. Por esse motivo, neste relatório, a terminologia utilizada em suas diferentes partes tem pequenas variações, de acordo com o tópico abordado e com as informações disponíveis oficialmente.

Em termos históricos, esse segmento faz parte dos primórdios da assistência à saúde. Exemplo disso é a Santa Casa de Misericórdia de Santos (SP), fundada por Brás Cubas há 475 anos, que é o mais antigo hospital do País ainda em funcionamento e o maior da Região Metropolitana da Baixada Santista.



A partir daí, até a criação do SUS, em 1988, coube às entidades filantrópicas, com destaque para as Santas Casas de Misericórdia, oferecer assistência médica gratuita aos mais carentes, ou seja, aqueles que não eram beneficiários do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), órgão que atendia apenas aos trabalhadores com carteira assinada e seus dependentes.

Com a promulgação da Constituição Federal e a consequente universalização do acesso à saúde, essas entidades continuaram a desempenhar papel extremamente relevante, tornando-se parceiros preferenciais do Poder Público na estruturação do SUS.

Note-se, também, que a elas se agregaram outras entidades do terceiro setor, como os serviços sociais autônomos e instituições de características similares, tais como as Beneficências Portuguesas e os hospitais filantrópicos das comunidades judaica, nipônica e sírio-libanesa, bem como aqueles vinculados a outros movimentos da Igreja Católica, Protestante, Evangélica e Espírita, as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), entre outras.

A relevância do setor filantrópico é evidenciada por seus números.

Atualmente, 1.514 hospitais gerais e 163 hospitais especializados, sem fins lucrativos, prestam serviços de internação ao SUS. Eles detêm 38% dos leitos de internação (113.267 leitos) e são responsáveis por 41,3% das internações, sendo 40% das internações de média complexidade e 59% das de alta complexidade.



Em face de sua ampla contribuição no campo assistencial, o setor filantrópico emprega 400.000 trabalhadores, entre pessoal de saúde e administrativo, além de mais de 80.000 médicos de todas as especialidades.

A importância e boa imagem do setor filantrópico que presta serviços para o SUS foi corroborada por pesquisa telefônica realizada pelo Instituto DataSenado.

O nosso instituto ouviu 877 pessoas, nos meses de agosto e setembro de 2018, que avaliaram o atendimento nas Santas Casas com elevado grau de satisfação. A maioria absoluta caracterizou a assistência recebida como “ótima” ou “boa”.

Os destaques positivos foram a localização, as condições de higiene, o atendimento prestado por funcionários responsáveis pelo agendamento, a qualidade do atendimento médico e a qualidade das instalações.

A grande maioria dos entrevistados avaliou que o hospital que realizou o atendimento tinha os equipamentos necessários para o atendimento.

Apesar da relevância para o SUS e do reconhecimento da população de que o setor filantrópico presta um trabalho de excelência – o que a pesquisa realizada pelo DataSenado evidenciou claramente foi que essas entidades enfrentam o desafio de manter a qualidade de seus serviços e a viabilidade operacional e financeira, especialmente diante da restrição orçamentária, dos custos crescentes e da demanda por novos investimentos.



De fato, a falta de sustentabilidade financeira das atividades que exercem tem levado à perda do equilíbrio econômico e financeiro, com consequente redução da capacidade de gestão e da qualidade da assistência, assim como a evasão de mão de obra qualificada.

As dívidas contraídas pelas entidades sem fins lucrativos junto às instituições financeiras, fornecedores, impostos e passivos trabalhistas representam hoje a maior dificuldade enfrentada pelo setor. Segundo relatório da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), essas dívidas passaram de 1,8 bilhão de reais, em 2005; para 5,9 bilhões, em 2009; 11,2 bilhões, em 2011; e 21,6 bilhões, em 2015, dos quais 12 bilhões de reais com o sistema financeiro, em sua maioria constituída de novos empréstimos para rolar dívidas anteriores.

Além disso, dados da mesma CMB, estimados até maio de 2015, revelam que as entidades integrantes do Sistema amargavam dívidas da ordem de 3,6 milhões de reais com fornecedores, 2,6 bilhões de reais relativos a impostos e contribuições não recolhidos, 1,5 bilhão de reais em passivos trabalhistas e 1,8 bilhão de reais em salários e honorários médicos atrasados.

Ainda de acordo com a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, a falta de sustentabilidade financeira das entidades do setor filantrópico tem levado à perda de mão de obra qualificada e, conseqüentemente, redução da capacidade de gestão e da qualidade da assistência disponibilizada. Nesse cenário, as Santas Casas e hospitais sem fins lucrativos contabilizaram a redução de cerca de 11 mil leitos em 2015 e o fechamento de quase 40 mil postos de trabalho



Nesse sentido, para estimular a participação dessas entidades no SUS, foram concedidos ao setor benefícios tributários, fiscais e previdenciários, entre eles imunidade a impostos e a contribuições sociais de seguridade social (previdenciárias, sobre receita ou faturamento e sobre importação de bens ou serviços).

Também foram instituídos vários incentivos que incluíam o setor, a saber:

- Incentivo Financeiro 100% SUS, destinado principalmente aos hospitais sem fins lucrativos e que destinem a totalidade de seus serviços de saúde (ambulatoriais e hospitalares) exclusivamente ao SUS;
- Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), com o objetivo de aprimorar a qualidade da atenção hospitalar e apoiar o fortalecimento da gestão dos hospitais, bem como induzir a ampliação do financiamento e do acesso às ações e serviços de saúde na atenção hospitalar;
- Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC), para incentivar a formalização do instrumento contratual entre o gestor do SUS e o representante legal do hospital sob sua gestão, com o objetivo de qualificação da assistência e gestão hospitalar.

Além dos incentivos do Ministério da Saúde, foram criadas as seguintes fontes de financiamento:



- Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD), instituídos pela Lei nº 12.715, de 2012, para incentivar ações e serviços desenvolvidos por entidades, associações e fundações privadas sem fins lucrativos que atuam no campo da oncologia e da pessoa com deficiência.
- Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos que Atuam na Área da Saúde e que Participam de Forma Complementar do Sistema Único de Saúde (PROSUS), instituído pela Lei nº 12.873, de 2013, que permitiu moratória e remissão de débitos.
- Programa de Financiamento Específico para Santas Casas e Hospitais Sem Fins Lucrativos que atendem ao SUS (Pró-Santas Casas), criado pela Lei nº 13.479, de 2017.
- Recursos do FGTS para crédito a hospitais filantrópicos, por meio da Medida Provisória nº 848, de 2018.

No entanto, todas essas medidas se mostraram insuficientes e paliativas. Há anos, as instituições de saúde filantrópicas vêm enfrentando grave crise financeira, conseqüente ao subfinanciamento, defasagem da tabela que precifica os procedimentos do SUS, atrasos no repasse de recursos e escassez de investimentos.



O editorial publicado pelo jornal *O Estado de S. Paulo*, **Um fôlego para as Santas Casas**, do dia 19 de agosto deste ano, comenta que a Medida Provisória 848/2018 vai tirar a rede filantrópica da sala de emergência e que foi dado um passo importante para pelo menos aliviar as graves dificuldades enfrentadas pelas Santas Casas e os hospitais filantrópicos.

De acordo com a matéria, a MP traz um reforço e, por mais importante que a iniciativa seja, não se pode perder de vista que tanto a MP como o Pró-Santas Casas são medidas paliativas. Isso é reconhecido pelo próprio presidente Michel Temer, com sua referência à “sala de emergência” da qual elas estão saindo, e pelo ministro da Saúde, Gilberto Occhi, quando afirma: “Esperamos dar um fôlego a essas entidades”.

Isso nos leva à seguinte pergunta: até quando vamos continuar negligenciando um setor que tanto contribuiu, e contribui, para a consecução do direito à saúde no Brasil?

As Santas Casas e os hospitais filantrópicos respondem por mais de 50% dos atendimentos do SUS e, se eles entrarem em colapso, leva junto toda a rede pública de saúde, da qual depende a imensa população carente.

A Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB) alega que os problemas financeiros do setor decorrem, em grande parte, da defasagem dos valores de remuneração de procedimentos da Tabela SUS. Essa é a principal e mais antiga reivindicação da rede filantrópica: a revisão da tabela de procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS).



Ao longo de sucessivos governos ficou tão defasada que, hoje em dia, cobre apenas 60% dos custos. Como os 40% restantes não caem do céu, esse é o ponto central da crise da rede, que a obriga a se endividar continuamente para cobrir essa diferença.

É por isso que o governo precisa urgente começar a pensar em uma maneira de fazer a revisão da tabela do SUS.

Outrossim, destaca a falta de transparência dos critérios e valores para a remuneração de serviços e a retenção (atraso) de pagamentos por parte dos gestores estaduais e municipais, ainda que haja repasses regulares do Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Ressalta haver dificuldades no processo de contratualização com o SUS. A ausência de contrato formal ainda ocorre, apesar das disposições legais que obrigam a celebração de contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde e determinam que seja mantido o equilíbrio econômico e financeiro desses instrumentos.

Entre as causas apontadas para a ausência de contratualização, destaca-se a alta rotatividade de secretários municipais e estaduais, o que gera descontinuidade nas políticas públicas de saúde e, frequentemente, a recusa em reconhecer os acordos assinados pelo antecessor.

Outra causa decorre da recusa, por parte dos gestores, de aceitar cláusulas contratuais padrão, quais sejam: data para pagamento dos serviços prestados; multas ou penalidades por atraso dos pagamentos; periodicidade e critérios de reajuste para manutenção do equilíbrio econômico e financeiro do contrato; e pagamentos de atendimentos excedentes às metas pactuadas, mesmo quando encaminhados por centrais de regulação do SUS.



Para reverter esse quadro, a Comissão de Assuntos Sociais aprovou o Projeto de Lei da Câmara (PLC) 187/2017, que teve a oportunidade de relatar, alterando as regras para obtenção e renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (Cebas), simplificando exigências para os prestadores de serviços que não possuíam contratualização com requerimentos protocolados até 31 de dezembro de 2018. Nesses casos, a comprovação da prestação de serviços das filantrópicas ao Sistema Único de Saúde (SUS) poderá ser feita com uma declaração do gestor local do SUS, flexibilizando uma exigência documental que não consegue ser cumprida por 45% das entidades, apesar de efetivamente auxiliarem o sistema público de saúde.

A aprovação da Lei nº 13.650, de 11 de abril de 2018, que comina penalidades aos gestores que transferem recursos a entidades privadas que prestam serviços na área de saúde, sem a prévia celebração de contrato, convênio ou instrumento congêneres, representou uma importante contribuição do Congresso Nacional para auxiliar a resolver essas dificuldades.

Em face do exposto, aliado a crônica falta de recursos para fazer frente a crescente demanda por saúde, é imperativo a construção de uma política pública, ou melhor, uma Política de ESTADO, para atender à Atenção Hospitalar, especificamente para que os prestadores de serviços – Hospitais Filantrópicos, deem prosseguimento aos serviços prestados à sociedade brasileira.

Aos problemas apontados pela CMB somam-se as conclusões de estudos que buscaram caracterizar a rede hospitalar filantrópica no Brasil e suas relações com o SUS. Eles apontam possíveis caminhos para a



formulação de políticas públicas adequadas às especificidades dos diferentes segmentos que compõem o setor.<sup>47, 48</sup>

Segundo esses estudos, existe uma relação de interdependência entre o SUS e os hospitais filantrópicos. Exemplo disso, é a amplitude dos serviços ofertados ao SUS: de um lado, são os únicos presentes em muitos municípios do interior; de outro, prestam serviços de alta complexidade em capitais e cidades de maior porte.

A despeito disso, constata-se o seguinte paradoxo: ao tamanho de sua rede, à expressiva participação no total de internações do SUS e à interiorização no território nacional, contrapõe-se a fragilidade econômica e gerencial de parte significativa desse setor, o que ameaça a sua sobrevivência e a do próprio SUS.<sup>49</sup>

Nesse sentido, o setor filantrópico merece atenção especial no que concerne à formulação de políticas públicas na área da saúde e precisa ser considerado na sua diversidade, o que exige ações e tratamentos diferenciados.

Para tanto, registramos uma recomendação que é, ao mesmo tempo, um apelo ao Poder Executivo: urge a criação de um órgão específico, no âmbito do Ministério da Saúde, para oferecer suporte gerencial e

---

<sup>47</sup> PORTELA, M. C. *et al.* Estudo sobre os hospitais filantrópicos no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, jan. 2000. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6270>. Acesso em: 6 nov. 2018.

<sup>48</sup> PORTELA, Margareth C *et al.* Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 811-818, dez. 2004. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000600009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 25 out. 2018.

<sup>49</sup> p. 817, *Idem*.



administrativo às instituições filantrópicas, sobretudo àquelas que são a única referência hospitalar em centenas de pequenos municípios.

Destacamos, o exemplo do Estado de São Paulo, com advento da Lei nº 16.109, de 13 de janeiro de 2016, que tornou permanente o Auxílio Financeiro às Instituições Filantrópicas - Santas Casas SUStentáveis.

Agora, naquele Estado a classificação dos hospitais filantrópicos são de três tipos: hospitais estruturantes, de referência em atendimentos complexos, como cirurgias cardiovasculares e torácica, hemodiálise e neurocirurgias, que recebem repasse 70% superior ao pago pelo SUS; hospitais estratégicos, de médio porte, que recebem mais 40%; e hospitais de apoio, de pequeno porte, com repasse de 10%.

Esta classificação atribuída deve ter aderência à Política Nacional de Atenção Hospitalar o que otimiza recursos e contribui com o desenho da rede de urgência e emergência.

Essa Política de Estado de Atenção Hospitalar que ora sugerimos, deverá aportar recursos para o custeio dessas entidades, a fim de viabilizar a continuidade da rede filantrópica.

Definido pela Constituição Federal, em seu art. 196, a Saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Contudo, diante dos recursos disponíveis serem escassos, essa universalidade ainda não foi alcançada. O atendimento na área de Saúde deve incluir o maior número possível de pessoas, mesmo com as limitações orçamentárias. Por esse motivo é primordial fortalecer e aperfeiçoar a estrutura dos hospitais filantrópicos e entidades sem fins lucrativos de saúde, tão somente, por já serem uma



realidade de parceria público privada na atuação do SUS em todo o território nacional.

Diante da grave situação fiscal brasileira e dos desafios impostos à universalização do atendimento à Saúde, é mais barato continuar utilizando a rede filantrópica do que construir novas unidades hospitalares. Um exemplo disso, é a implantação das Unidades de Pronto Atendimento, que foram estimuladas pelo Governo Federal. Muitos municípios que promoveram essas construções não conseguem arcar com os custos de manutenção, inclusive com o custeio de pessoal e, não raramente, essas unidades estão sobrepostas a rede hospitalar ora existente. Em resumo, o modelo de gestão da rede pública de saúde, na maioria dos casos, é bem mais oneroso do que o modelo de gestão dos hospitais filantrópicos.

Neste sentido, destacamos, como exemplo, estudo publicado pelo Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina – TCE - SC, no ano de 2017: “Análise econométrica da Eficiência dos Hospitais Estaduais de Santa Catarina - Um comparativo entre modelos de gestão”.

Destacamos no presente estudo do TCE- SC:

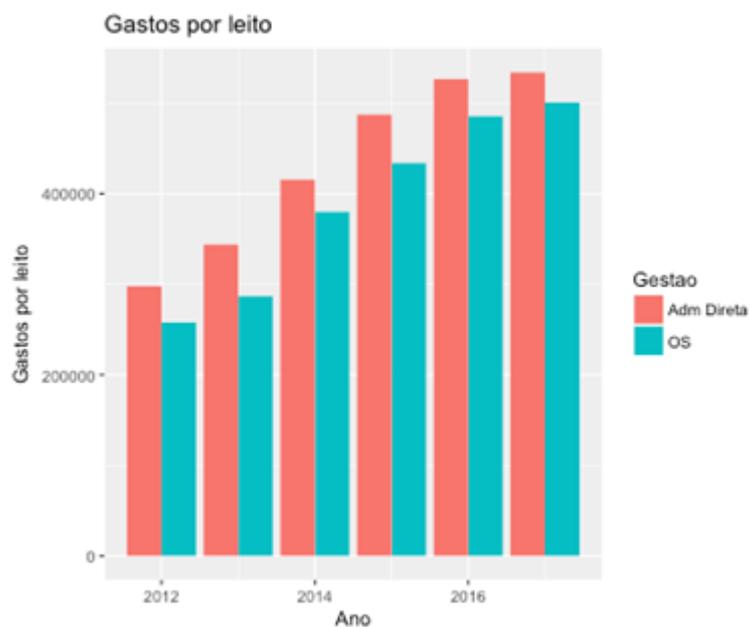
- Embora existam imperfeições, as OSS são capazes de ofertar mais serviços hospitalares com menor utilização de recursos;
- As unidades hospitalares são cada vez mais caras e a produtividade total tem se reduzido ao longo do tempo;
- Existem recursos mal aproveitados que não geram a produção que deveriam



Para adoção deste modelo, importante frisar os seguintes eixos de gestão:

- Foco na formulação das metas nos contratos de gestão das OSS, mensurando indicadores e desempenho;
- Constante melhoria tecnológica do parque tecnológico, de modo a reduzir o custo de produção e, por conseguinte melhoria no atendimento e tratamento dos agravos;
- Fortalecer as estruturas de controle, responsável pelo monitoramento das OSS;
- Em termos financeiros, a baixa eficiência dos hospitais de gestão própria corresponde a um desperdício anual de R\$ 671 milhões em recursos do Estado, o que equivale a dois hospitais regionais.

Comparação entre valores médios de gastos por leito por modelo de gestão, de 2012 a 2017



Por fim sua conclusão afirma: “mais do que qualquer combinação de recursos utilizados na produção hospitalar, o fato de ser uma Organização Social de saúde (OSS) é o principal determinante para a eficiência na prestação do serviço”.

Consideramos oportuno ter como amostra os dados apontados pelo Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina, por acreditarmos que o que acontece com o estado catarinense se repete em vários estados brasileiros.

É necessário um olhar mais especial com os hospitais de menor porte e complexidade que predominam no interior do País. Muitas vezes, os únicos existentes no município, são mais vulneráveis e apresentam risco de sobrevivência. Requerem, portanto, o uso extensivo de instrumentos de gestão e medidas de ajuste econômico e financeiro, de base contratual, promovidas pelo Poder Público.<sup>50</sup>

Vocacionar os hospitais de pequeno porte, já que muitos têm as suas singularidades, são a única porta de entrada hospitalar da sua região, são de locais remotos, e possuem dificuldade de contratação de profissionais, principalmente médicos. Muitas vezes são as prefeituras e Câmaras que arcam com as despesas. Sendo assim, sugerimos um Grupo de Trabalho, envolvendo todos os gestores e prestadores de serviços, para definir ações que viabilizem estas estruturas, por conseguinte, valorizando a vida dos brasileiros que necessitam de um pronto atendimento médico, nas regiões de vazio assistencial.

---

<sup>50</sup> p. 817, Ibidem.



Outro ponto que merece destaque, ao concluir o presente relatório é que existem fortes indícios de que o setor filantrópico, a despeito de seus problemas, acaba por ser mais eficiente, muitas vezes, que os serviços próprios do SUS, atendendo à população com melhor custo-benefício, custo-efetividade e qualidade.

A capacidade instalada do setor filantrópico, acumulada ao longo de mais de quinhentos anos de prestação continuada de bons serviços, também não pode ser negligenciada. Porém, temos assistido ao fechamento de leitos e de hospitais. Além disso, abundam na imprensa denúncias de obras inacabadas e, até mesmo, obras concluídas, mas que nunca foram postas em funcionamento.

Com a sua experiência e sua vocação assistencial, o setor filantrópico é a alternativa mais lógica para ser convocado, pelo Poder Público, na forma de parcerias.

**A causa filantrópica deve ser a causa do SUS!**

No SUS, as ações de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada segundo a complexidade de atenção, baseada nos princípios da universalidade, integridade e equidade. Este Sistema propõe uma mudança profunda no modelo de planejar, organizar e gerir as ações e serviços de saúde. O princípio de integralidade se assenta na compreensão de que as pessoas têm o direito de serem atendidas no conjunto de suas necessidades, e que os serviços de saúde devem estar organizados de modo a oferecer todas as ações requeridas por essa atenção integral. Dessa forma, o SUS deve desenvolver ações sobre o ambiente e sobre a pessoa destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como à reabilitação.



Fato é que, torna-se evidente que o setor filantrópico é indispensável na atual estrutura do SUS. Porém, a sua sobrevivência depende de políticas públicas efetivas. Na busca de sustentabilidade, devem ser privilegiados modelos de financiamento que utilizem, de forma plena, o que já existe e que é oferecido pelo setor filantrópico há séculos.

Vale mais a pena colocar em pleno funcionamento uma estrutura já existente, do que criar novos serviços próprios, que apenas irão carrear consigo as já conhecidas mazelas da administração pública.

No entanto, todas as crises também podem ser vistas como oportunidades. Nesse caso, a oportunidade é clara: aproveitar o setor filantrópico em toda a sua potencialidade e capacidade.

Assim, para evitar o sacrifício do setor, o papel do Congresso Nacional, nessa questão, é abraçar a causa filantrópica, mediante as seguintes ações.

Elaboração de um Plano de gestão entre o Ministério da Saúde e as Secretarias estaduais para que se otimize a locação de recursos para os hospitais filantrópicos conforme a capacidade instalada, a vocação e a produção realizada por essas entidades para evitar desperdícios.

Para aprimorar a transparência do uso de recursos públicos sugerimos a implantação nacional de um cronograma de pagamento, acessível a toda população, demonstrando os contratos entre os gestores estaduais e plenos com os prestadores de serviços. A publicidade dos pagamentos pendentes irá facilitar a ordem e sequência das pendências financeiras com os prestadores de serviços. A ação seria coordenada pelo



Fundo Nacional de Saúde (FNS), disponibilizada em seu site e replicada aos gestores da rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desta maneira, teremos os dados contendo as ordens de pagamentos pendentes, com a data e o serviço prestado, e a ordem de pagamento e o montante devido, com informações para toda a sociedade e os prestadores de serviços.

Para diminuir as enormes filas nas cirurgias eletivas devemos usar a estrutura dos hospitais filantrópicos por terem uma capilaridade nacional, com centros cirúrgicos de referência que, muitas vezes, estão em melhores condições do que os hospitais públicos. Essa ação irá otimizar custos e diminuirá a aflição dos que carecem deste serviço.

Integração dos dados de produção assistencial da Saúde Suplementar e serviços públicos, possibilitando o desenvolvimento de estatísticas populacionais de Saúde para planejamento e execução das ações.

Ampla diagnóstico regional da média e alta complexidade do nosso país destacando, em cada Estado, a sua rede de atendimento e os serviços prestados para demonstrar desde os vazios assistenciais bem como sobreposição de prestação de serviços. O que temos hoje são vários Municípios e Estados com construções de unidades hospitalares sem aderência aos planos do Ministério da Saúde que, após inaugurados, o custeio deste hospital é tão oneroso que impossibilita a prestação de serviços para a sua comunidade.

Participação da União no percentual do Orçamento dos Estados e no Distrito Federal evidenciando assim, o dispêndio de cada Ente da Federação nas atividades relacionadas à saúde. Diante deste resultado e



cruzando os dados dos serviços ofertados pela rede hospitalar poderemos constatar se os recursos usados estão devidamente atendendo as demandas e necessidades dos brasileiros.

Compilar as informações da rede hospitalar regional, destacando os serviços prestados, os indicadores, metas dos serviços e a fila por atendimento pendente, assim poderemos detectar os gargalos na assistência e promoção a saúde.

A atenção básica, estratégica e atuante, do Ministério da Saúde irá possibilitar que a rede de hospitais filantrópicos melhore o seu atendimento. Por isso, a ação programada e conjunta é de extrema importância para que as informações advindas da rede básica sejam intercambiadas com os dados da média e alta complexidade e, assim possam fazer com que os limitados recursos despendidos sejam efetivamente usados para melhoria do atendimento da rede SUS.

O objetivo é que a análise dos processos de incentivos e habilitações hospitalares estejam embasados em um estudo técnico com indicativo de inclusão no arcabouço do planejamento das políticas de Estado.

A revisão da tabela de procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) é a principal e mais antiga reivindicação da rede filantrópica. Ao longo de sucessivos governos ficou tão defasada que, hoje em dia, cobre apenas 60% dos custos, esse é o ponto central da crise da rede, que a obriga a se endividar continuamente para cobrir essa diferença.

Nesse sentido é imprescindível que o governo faça com maior celeridade possível, a tão esperada revisão da tabela do SUS.



Vivemos em um período em que se constata a real necessidade da criação de Parcerias público-privadas, as famosas PPPs, na solução dos graves problemas enfrentados na infraestrutura do nosso país, já que o Poder Público, não tem capacidade de sozinho investir nas principais áreas de interesse da população.

Por que não considerarmos que a área da Saúde pode e deve caminhar nesta mesma direção: a disponibilidade de todas as estruturas das entidades filantrópicas para o setor público garantir a todos os brasileiros o cumprimento do que a nossa Constituição Federal estabelece em nível de SUS.

Assim sendo, esta Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, deseja que o Ministério da Saúde trate os hospitais filantrópicos como verdadeiros integrantes das PPPs para a gestão da saúde pública brasileira.

Por fim, esperamos que o presente estudo, contribua para aprimorar as políticas públicas voltadas para o setor filantrópico do SUS.

Sala da Comissão,

Senador DALIRIO BEBER  
Relator

