



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: "40 anos da "Virada" do Serviço Social"

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Política social e Serviço Social.

Sub-eixo: Ênfase em Financiamento.

AS INSTITUIÇÕES SEM FINS LUCRATIVOS NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: COMPLEMENTARIDADE INVERTIDA E PRIVATIZAÇÃO

Joseane Barbosa de Lima¹

Resumo: O artigo tem como objetivo discutir a participação do setor filantrópico de saúde na oferta dos serviços públicos de saúde. Para tal, inicialmente buscou-se discutir o subfinanciamento do SUS, posteriormente, apresenta-se alguns dados sobre o setor filantrópico de saúde na relação com o SUS.

Palavras-chave: Saúde. Fundo Público. Instituições sem fins lucrativos.

Abstract: The article aims to discuss the participation of the philanthropic health sector in the provision of public health services. To do so, we initially sought to discuss and the underfunding of the SUS, and then present some data about the philanthropic health sector in relation to SUS.

Keywords: Health. Public Fund. Non-profit institutions.

INTRODUÇÃO

Esse artigo tem como objetivo problematizar a transferência progressiva de recursos do Sistema Único de Saúde para o setor filantrópico. A saúde como direito de todos e dever do Estado foi assegurada na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90, que contemplam um sistema de saúde baseado no modelo de Reforma Sanitária promulgado pelo Movimento Sanitário. As referidas leis também estabelecem um impasse para a participação do setor privado na oferta de serviços de saúde, definindo que a participação do setor privado de saúde só será permitida quando as capacidades do Estado forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população, dando preferência às instituições sem fins lucrativos.

Vários autores têm considerado que há uma complementaridade invertida na relação do SUS com o setor filantrópico e privado de saúde, expressa no grande número de convênios e contratos entre o poder público e o referido setor, colocando o SUS numa posição de dependência dos serviços conveniados. A análise apresentada nesse trabalho é de cunho bibliográfico e documental. No primeiro momento, buscou-

¹ Professor com formação em Serviço Social. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. E-mail: <jo.asocial@hotmail.com>.

se discutir o subfinanciamento do SUS; posteriormente, apresenta-se alguns dados sobre o setor filantrópico de saúde na relação com o SUS, a partir de dados do TCU e de pesquisas realizadas por outros autores.

1 O subfinanciamento da política de saúde brasileira

A saúde como direito de todos e dever do Estado foi garantida na Constituição de 1988 e regulamentada nas Leis 8.080 e 8.142, em 1990 norteadas por princípios como universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social. Antes só tinha direito à saúde quem estivesse inserido formalmente no mercado de trabalho, sendo vinculado a um benefício previdenciário. Com o processo de descentralização, a saúde pública foi organizada nos municípios brasileiros, expandindo-se no território nacional. No entanto, o financiamento dessa política tão importante tem enfrentado sérios dilemas, o que vem dificultando a sua real implementação, tal como formulada na década de 1980.

O financiamento do SUS foi definido já na Constituição Federal de 1988, e fixado em 30% do orçamento da Seguridade Social. Essa determinação constitucional nunca foi efetivamente cumprida, mesmo com a aprovação da lei orgânica da saúde em 1990.

A seguridade social na Constituição de 1988 é composta pelas políticas de saúde, previdência e assistência social, além da proteção ao trabalhador desempregado, incluindo o seguro desemprego. De acordo com Cislighi et.al (2011), esse sistema de proteção social possui um orçamento próprio, sendo composto das contribuições previdenciárias e recursos orçamentários destinados exclusivamente a esse fim, num modelo chamado pelas autoras de vinculação de receitas. Além disso, “a Constituição prevê ainda que, de acordo com as necessidades, o orçamento da seguridade social pode ser complementado pelos recursos do orçamento fiscal” (CISLAGHI et.al, 2011, p.04). No entanto,

Até a edição da primeira LDO (1990), o Art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT destinava 30% do OSS para a Saúde) (...) A partir de 1990, verificou-se, de forma cada vez mais acentuada, a não observância do artigo 55 do ADCT, já mencionado, que regia os repasses do MPAS ao MS. Em 1993, sob a alegação de restrições fiscais e de aumento das despesas da Previdência Social, os recursos originários da folha de salários deixaram de ser repassados ao Ministério da Saúde, passando a financiar exclusivamente a Previdência Social. A interrupção do aporte

desses recursos para saúde gerou grande instabilidade nos anos subseqüentes, aumentando a dependência da saúde em relação a outros recursos do Tesouro Nacional (CISLAGHI et.al, 2011, p.04).

1.

Dada as irregularidades no orçamento que deveria ser destinado à saúde, na segunda metade da década de 1990, o Ministério da Saúde trava embates pela criação de uma fonte específica de financiamento para esta política. Nesse sentido, em 1997, foi implementada a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF). No entanto, Sulamis (2007) afirma que a medida não surtiu os efeitos esperados, pois foi “acompanhada pela substituição de fontes, decrescendo a importância da CSLL e da COFINS no orçamento do MS”. Em 1999, a CPMF deixa de ser fonte exclusiva da Saúde, passando a financiar a Previdência e, a partir de 2001, o Fundo de Combate à Pobreza (SULAMIS, 2007, p.34)

Em 13 de setembro de 2000 foi finalmente aprovada a EC 29 que estabelece o percentual mínimo de aplicação dos recursos da União, Estado e Municípios no apoio à saúde. Foi estabelecido o aumento gradual da vinculação da receita tributária de Estados e municípios a partir do mínimo de 7% em 2000, até os 12% e 15%, respectivamente, em 2004, de acordo com as resoluções nos 316 e 322 do Conselho Nacional de Saúde.

A EC 29 definia que os estados e municípios deveriam, inicialmente, alocar no mínimo 7% das suas receitas na área da saúde, e, até no ano de 2004, atingir o mínimo de 12% no caso dos estados e 15% no caso dos municípios. A União deveria no primeiro ano ampliar em 5% o orçamento do ano anterior e a partir daí corrigir todos os anos o orçamento da saúde pela variação do Produto Interno Bruto - PIB. A EC 29, a despeito da conquista que foi sua aprovação ao estabelecer a vinculação de recursos considerando as três esferas de governo; de garantir e reforçar o papel de controle e fiscalização dos Conselhos de Saúde, não define, porém, qual é a origem dos recursos e é omissa em relação ao percentual de cada política na seguridade, ignorando a existência de disputa nesse âmbito. Entretanto, nenhuma das esferas governamentais cumpriu a vinculação prevista. No nível federal o Ministério do Planejamento considerou como ano-base para o cálculo da EC 29 o ano de 1999 e não o de 2000, como defendia o Ministério da Saúde, o que significou uma redução de 1,19 bilhões de reais no orçamento de 2001, perdas que se acumularam nos reajustes seguintes (SULAMIS, 2007, p.37)

Desse modo, os impasses do financiamento da saúde pública brasileira permanecem em pauta. No decorrer dos anos 2000 sob a gestão do Partido dos Trabalhadores, as condições para o financiamento do Sistema Único de Saúde permaneceram em difíceis condições.

Apenas em 2012 a EC 29 foi regulamentada por meio da Lei nº 141/2012, entretanto, Mendes (2015) destaca que essa regulamentação não conseguiu garantir novos recursos financeiros para a saúde principalmente por parte da união. A referida emenda constitucional foi aprovada no senado três dias após o término da 14ª Conferência Nacional de Saúde que deliberou pela aplicação de 10% da receita corrente bruta para a saúde pela união, 12% sem incidência da Desvinculação de Recursos da União (DRU), garantindo o investimento público na saúde pública. Entretanto [...] “Os parlamentares vinculados ao governo negociaram e venceram manter a mesma base de cálculo do piso nacional da saúde que hoje representa cerca de 7% da receita bruta do governo federal. Com esta proposta aprovada, a saúde perde 30 bilhões de reais” (MARQUES, 2015, p.14).

Destaca-se que há uma intensa disputa pela alocação dos recursos públicos da saúde expressa nos inúmeros arranjos institucionais das parcerias público privadas que comprometem a alocação dos recursos (públicos) da saúde na sustentação, qualificação e ampliação dos próprios serviços públicos. Observa-se, nesse processo, o crescimento do setor privado e filantrópico da saúde, com o apoio do Estado, no livre mercado, e por dentro do SUS. No livre mercado, mediante o crescimento dos planos e seguros privados de saúde, resultante da “universalização excludente”, em que os trabalhadores melhores remunerados vêm, cada vez mais, comprando estes serviços (CORREIA, 2007), e por dentro do SUS, a partir da ampliação de convênios e contratualizações com entidades filantrópicas de saúde numa relação de complementaridade invertida.

2 As instituições filantrópicas de saúde na relação com a saúde pública brasileira

A participação das instituições sem fins lucrativos no âmbito da saúde foi assegurada na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 199, o qual estabelece que “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 às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. O regime do Direito Administrativo no Brasil define ainda que as relações entre a Administração Pública e o setor privado devem ser estabelecidas quando e enquanto

a capacidade de oferta do Estado estiver esgotada e devem se basear nas necessidades da população, sendo formalizadas por meio de contrato de convênio.

Historicamente, as instituições classificadas como sem fins lucrativos são subsidiadas pelo Estado, sob a justificativa da natureza social dos serviços prestados pelas mesmas. Atualmente, são consideradas filantrópicas as entidades portadoras do “Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social” (CEBAS) concedido pelo Ministério da Saúde a pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como Entidade Beneficente de Assistência Social para a prestação de serviços na Área de Saúde. Várias condições são exigidas para a obtenção desse Certificado, tais como: a instituição deve oferecer ao menos 60% de internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais pelo SUS, e o cumprimento de metas pré-estabelecidas que visam melhorar e qualificar o atendimento à população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Importa destacar que as referidas instituições ao serem inscritas no CEBAS, além de celebrar convênios com o poder público com menos burocracia, gozam de generosos benefícios tributários concedidos no §7º do art. 195 da Constituição Federal de 1988 (isenção da contribuição para a Seguridade Social). E ainda: benefício com liberação de emendas parlamentares; maior acesso às propostas e projetos de financiamentos; expansão da infraestrutura e aquisição de equipamentos. Há ainda leis municipais e/ou estaduais que permitem descontos na conta de energia elétrica e taxa de água às entidades portadoras do CEBAS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Portela et.al (2000) ressalta que ao longo do tempo ocorreram distorções nos propósitos beneficentes do setor filantrópico, com incidências visíveis na função social que o originou. Nessa direção, Carneiro (2014) ao analisar a complementaridade invertida no âmbito do Sistema Único de Saúde aponta que as entidades filantrópicas ao serem isentas de tributos, [...] passam a ser [...] legalmente isentas de tributos sobre o lucro, e dispõem de tratamento privilegiado em outros impostos, tais como os que incidem sobre folha de pagamento de pessoal. Assim,

As isenções tributárias que beneficiam os estabelecimentos de saúde, denominados de filantrópicos, na realidade, muitas vezes ocultam o caráter empresarial de que se reveste a maioria dessas instituições, especialmente os estabelecimentos hospitalares [...] Seguramente, a isenção de taxas e impostos, no caso das filantrópicas (por exemplo, as Santas Casas) é praticamente total e constitui fator atenuante na compatibilização dos custos finais de funcionamento de um estabelecimento dessa natureza. Deverão ter o caráter não lucrativo, sem ter o propósito de obter lucros; apesar de que atendem à população que dispõe de planos de saúde, que por vezes tem

tratamento e instalações diferenciadas para essa assistência. (CARNEIRO, 2014, p.49, apud ACIOLE 2006).

Atualmente o setor filantrópico responde por uma importante parcela do complexo hospitalar brasileiro, correspondendo a um total de 1.627 hospitais filantrópicos que prestam serviços ao SUS (CNES, SIA e SIH/DATASUS/MS, 2018). Segundo o Tribunal de Contas da União (2018), os atendimentos prestados pelo setor filantrópico correspondem a 49% dos atendimentos e 41,5% das internações hospitalares no SUS, sendo que, segundo o CEBAS (2018) 1.731 municípios brasileiros possuem hospitais filantrópicos, e em 55,9% desses municípios a assistência hospitalar é realizada unicamente por esse tipo de hospital. No Rio Grande do Sul, os hospitais filantrópicos chegam a representar 70% da rede, número bem mais elevado que a média nacional (CEBAS, 2018). Tais dados evidenciam certa dependência do sistema público aos convênios com as entidades filantrópicas de saúde.

A participação das entidades filantrópicas no setor saúde foi ampliada a partir da Lei 9637/98, mais conhecida como a Lei das Organizações Sociais. Estas, possibilitaram que instituições filantrópicas de saúde tradicionais se diversifiquem para atuar também como Organização Social (ANDREAZZI, 2015).

As Organizações Sociais (OS) foram concebidas no Brasil como instrumento de viabilização e de implementação de Políticas Públicas. Em 1997 o governo estabeleceu critérios para definir, sob a denominação de “Organizações Sociais (OS)”, as entidades que, uma vez autorizadas, estariam aptas a serem “parceiras do Estado”, na condução da “coisa pública”. Trata-se da privatização e da terceirização dos serviços públicos, na medida em que o Estado abdica de ser o executor direto desses serviços, mediante repasse de recursos, de equipamento e instalações públicas e de pessoal para entidades de direito privado, permitindo fazer tudo o que o setor privado faz no espaço estatal e quebrando as amarras impostas pelo direito público (LIMA, 2017).

Destaca-se que após pouco mais de vinte anos da implantação da Lei 9.637/98 foram adotadas legislações específicas em praticamente todos os Estados, no Distrito Federal e em boa parte dos grandes municípios brasileiros. Mais de 200 municípios, administrados por diferentes partidos, firmaram contratos com OS para a gestão de

hospitais, ambulatórios, clínicas de especialidades, centros de distribuição de medicamentos e atendimento móvel de urgência, entre outros

Embora aja uma lei que regulamente as Organizações Sociais considera-se que estas são fortemente inconstitucionais, visto que a Constituição Federal de 1988, e o arcabouço legal do SUS, através da Lei 8080/90 permite somente a participação complementar do setor privado no SUS, e não de forma substituta do público pelo privado como vem ocorrendo com a privatização da saúde por meio da Organizações Sociais da Saúde.

Nesse sentido, o SUS enfrenta o duplo processo de complementaridade invertida: por um lado os convênios com as instituições sem fins lucrativos, que ofertam serviços de ambulatoriais e assistência hospitalar financiados pelos SUS em hospitais da rede filantrópica, e por outro, a transferência da gestão das unidades públicas de saúde, em todos os âmbitos de atenção, para entidades sem fins lucrativos qualificadas como Organizações Sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões realizadas para a reformulação do setor saúde, no âmbito do Movimento da Reforma Sanitária, no ano de 1980, colocou a necessidade de ampliação do conceito de saúde, e a correspondente ação estatal, no sentido de que o Estado deveria assumir efetivamente uma política de saúde integrada as demais políticas econômicas e sociais, e os meios para concretizá-la. A natureza da prestação dos serviços de saúde foi pauta de grande mobilização: se estatizado ou não, se de forma imediata ou progressiva. A estatização imediata foi recusada, havendo consenso sobre a necessidade de estatização progressiva. O desenvolvimento desse debate levou a conclusão da necessidade de expandir e fortalecer o setor público de saúde colocando como meta uma progressiva estatização do setor. Contudo, a análise realizada até aqui demonstra que o sistema de saúde brasileiro permanece na contramão da estatização progressiva defendida pelo Movimento Sanitário, visto que um quarto (1/4) das unidades públicas hospitalares está no âmbito das parcerias público privadas, ou do que estamos chamando de complementaridade invertida no SUS.

O que está em pauta é o fortalecimento progressivo do setor filantrópico e privado de saúde, sustentado pela canalização do fundo público da saúde, expresso sob a forma de contratos e convênios com os referidos setores, em detrimento do financiamento efetivo do SUS e da ampliação das suas unidades ambulatoriais e hospitalares.

REFERENCIAS

ANDREAZZI, Fátima. **Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde**. Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 499-518, set./dez. 2015

BRASIL. Lei n.º 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 18 mai 1998. (Publicação Original). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm>. Acesso em julho de 2013.

Constituição Federal de 1988 Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm, acesso em Maio/2014

_____. Ministério da Saúde. Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/cebas>, acesso 10 de junho de 2019.

CARNEIRO, Rita de Cássia. A complementaridade invertida no SUS: privatização na atenção aos renais crônicos em diálise em Alagoas e no Brasil. **Dissertação de Mestrado**. Programa de Pós graduação em Serviço Social. Universidade Federal de Alagoas, 2014.

CORREIA, Maria Valéria C. A Saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. In: Temporalis. **Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social- ABEPSS**. Ano VII. Janeiro a junho de 2007. p. 11-38.

CISLAGHI, J. F. Hospitais Universitários Federais e novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. BRAVO, M. I. S.; MENEZES, S. B. de. (orgs). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. 1 Ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

LIMA, Joseane Barbosa. A privatização da Saúde por meio das Organizações Sociais: Um estudo da experiência do Rio de Janeiro. **Tese de Doutorado**. Programa de Pós graduação em Serviço Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2017.

MENDES, Áquilas. **A saúde pública universal brasileira na crise contemporânea do capitalismo**. VIII Colóquio Internacional Marx e Engels - Cemarx, Unicamp, Campinas, 2014.

PORTELA, Margareth. Et. Al. Estudo sobre os hospitais filantrópicos no Brasil. **Revista da Administração Pública** v. 34, n. 2. Rio de Janeiro, 2000.

SULAMIS, Dain. **Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, vol.12. Portela et. Al. 2009

Tribunal de Contas da União. **Boas Práticas na Gestão em Parceria com o Terceiro Setor na Saúde**. Disponível em: [https://portal.tcu.gov.br/data/files/30/37/B5/6E/2BC75610C3630256E18818A8/Requisit os%20-%20Francisco%20de%20Assis%20Figueiredo.pdf](https://portal.tcu.gov.br/data/files/30/37/B5/6E/2BC75610C3630256E18818A8/Requisit%20-%20Francisco%20de%20Assis%20Figueiredo.pdf), acessado em 12 de junho de 2019.