# O setor hospitalar filantrópico e alguns desafios para as políticas públicas em saúde*

Silvia Victoria Gerschman**
Pedro Ribeiro Barbosa**
Sheyla Maria Lemos Lima**
Alicia Domingues Ugá**
Margareth Crisostomo Portela**
Miguel Murat de Vasconcelos**

SUMÁRIO: 1. Introdução; 2. As disposições relativas ao setor hospitalar filantrópico na Constituição e na legislação posterior; 3. O setor hospitalar filantrópico e a inserção no SUS; 4. A presença dos hospitais filantrópicos no sistema privado; 5. O financiamento do setor hospitalar filantrópico; 6. Alguns mecanismos de controle atualmente praticados sobre o setor; 7. Conclusões.

SUMMARY: 1. Introduction; 2. Dispositions related to the philanthropic hospital sector in the Constitution and later legislation; 3. The philanthropic hospital sector and its insertion in the Unified Health System; 4. The presence of philanthropic hospitals in the private system; 5. Financing the philanthropic hospital sector; 6. A few current methods of control on the sector; 7. Conclusions.

PALAVRAS-CHAVE: hospital filantrópico; legislação sobre filantropia; SUS; regulação em saúde; saúde suplementar; políticas públicas.

---

* Artigo especialmente produzido para este número da *RAP*, recebido em fev. 2003, e baseado em parte dos resultados da pesquisa "Estudo do setor hospitalar filantrópico no Brasil", realizada pelos autores para o BNDES; os principais resultados da pesquisa estão publicados em Barbosa et al., 2002.

** Pesquisadores do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. E-mail: gerschman@ensp.fiocruz.br; pbarbosa@ensp.fiocruz.br; slemos@ensp.fiocruz.br; domigue@ensp.fiocruz.br; mportela@ensp.fiocruz.br; miguel@ensp.fiocruz.br.

KEY WORDS: philanthropic hospital; legislation on philanthropy; SUS; health regulation; supplemental health system; public policies.

Este artigo apresenta e discute dados de recente pesquisa sobre o setor hospitalar filantrópico no país. Discute a evolução recente da legislação sobre a filantropia e seus impactos setoriais na saúde. Apresenta dados e características sobre a presença do setor no SUS e no setor privado, particularmente no subsistema de saúde suplementar. Finalmente, discute como as atuais políticas, marcadamente a legislação sobre a filantropia hospitalar, induzem comportamentos no interesse do sistema público de atenção, problematizando possíveis cenários para o parque hospitalar filantrópico.

The philanthropic hospital sector and a few challenges to public health policies
This paper presents and discusses data from a recent research on the Brazilian philanthropic hospital sector. It discusses the recent evolution of the legislation on philanthropy and its sectorial impacts on health. It presents data and features related to the sector's presence within the Unified Health System (SUS) and the private sector, especially in the supplemental health subsystem. Finally, it discusses how the current policies, especially the legislation on hospital philanthropy, induce behaviors in favor of the public healthcare system, and analyzes possible scenarios for the philanthropic hospital system.

## 1. Introdução

O setor hospitalar filantrópico no Brasil é atualmente responsável por cerca de 1/3 do parque hospitalar existente no país. São 1.917 unidades com aproximadamente 132 mil leitos, a maioria prestadora de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS).[1] Essa enorme rede, espalhada por todo o território nacional, apresenta uma grande heterogeneidade nas suas estruturas gerenciais e tecnológicas, nos perfis e nas práticas assistenciais e, naturalmente, quanto à clientela. Ela cumpre desde funções básicas, desvinculadas de redes de serviços, particularmente no interior do país, até práticas médicas de última geração e elevado grau de complexidade, sobretudo nos grandes centros urbanos, sendo alguns estabelecimentos referências tecnológicas e assistenciais para a saúde no Brasil.

A enorme complexidade e diversidade dessa rede traz consigo muitos e vários desafios, seja no nível mais elementar da operação básica de cada unidade hospitalar, seja na necessidade de políticas governamentais para manutenção, desenvolvimento e futura maior integração desse histórico setor ao sistema de saúde brasileiro, nas esferas pública e privada.

[1] Dados da pesquisa sobre assistência médico-sanitária — AMS/IBGE/1999.

Este artigo discute algumas tendências e desafios relacionados com esse parque hospitalar e, particularmente, a importância de políticas públicas mais estáveis e abrangentes, condizentes com a condição de segmento privado prioritário para a atenção pública em saúde, como reza a Constituição e a Lei nº 8.080/90, que rege o SUS. Consideram-se três dimensões fortemente condicionadoras para o desempenho setorial: a legislação sobre a filantropia para o setor hospitalar, a inserção dos hospitais filantrópicos no SUS e, finalmente, o mesmo setor e suas relações no subsistema privado de atenção. As considerações e análises são naturalmente acompanhadas de achados da pesquisa.

O estudo[2] que deu origem a este artigo foi composto de três partes: a sistematização da legislação sobre filantropia no país, um censo nacional de hospitais filantrópicos e uma pesquisa de campo. Esta última constitui a parte mais densa dos trabalhos, envolvendo 102 entidades espalhadas no país, divididas numa amostra aleatória com 66 entidades e 69 hospitais[3] com menos de 599 leitos; o universo das grandes entidades (599), leitos e mais; compreendendo 81 hospitais[4] e as demais 15 tinham somente um hospital cada — ambos segmentos prestadores de serviços ao SUS; e, finalmente, 10 hospitais não-prestadores de serviços ao SUS e considerados de referência em termos gerenciais e assistenciais. Ao todo, foram 175 hospitais pesquisados. Os dados apresentados neste artigo estão baseados nos questionários aplicados nos diferentes segmentos hospitalares pesquisados.

## 2. As disposições relativas ao setor hospitalar filantrópico na Constituição e na legislação posterior

---

[2] O Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), na sua área de desenvolvimento social, implantou em 1998, após entendimentos com o Ministério da Saúde, o Programa de Fortalecimento e Modernização das Entidades Filantrópicas de Saúde Integrantes do Sistema Único de Saúde, tendo como maior objetivo a recuperação operacional e financeira dessas instituições, estimulando também sua modernização gerencial. No contexto do citado programa e visando maior conhecimento setorial para ajustes nas linhas e prioridades de financiamento, o BNDES demandou à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) a realização de um grande estudo nacional sobre o setor. A pesquisa, preparada em 1999 e posteriormente realizada entre o final de 2000 e todo o ano de 2001, objetivou um estudo setorial que detalhasse o perfil organizacional, gerencial, de produção e financeiro das entidades filantrópicas.

[3] Na amostra, duas entidades se conformam como conglomerados, uma com dois e outra com três hospitais, explicando a diferença entre o número de entidades e o número de hospitais.

[4] Nesse universo, com 26 entidades, 11 se organizam sob a forma de conglomerados hospitalares, totalizando 81 hospitais.

A seguir serão analisados aspectos da legislação relativa à filantropia que condicionam esse parque hospitalar e suas relações com o Estado. Partindo da Constituição de 1988 até o último decreto de 2002, poderemos observar, nesse curto período histórico, as mudanças que se operaram na relação do sistema público de saúde com o setor hospitalar filantrópico.

Na Constituição de 1988, especificamente na seção da saúde, capítulo da seguridade social, define-se a complementaridade dos serviços privados, destacando-se a prioridade aos serviços filantrópicos pelo sistema público de saúde, privilegiando-se esses serviços aos do setor hospitalar privado lucrativo no atendimento à saúde pública (art. 199, §1º). A Lei Orgânica da Saúde, de nº 8.080/90, em seu art. 25 regulamenta a prioridade dos hospitais filantrópicos em relação aos demais do setor privado, para complementação ao setor estatal na prestação de serviços ao SUS.

Após a definição constitucional, a principal lei que regulamenta o setor filantrópico em todas as suas áreas é a de nº 8.742, de 1993,[5] a Lei Orgânica da Assistência Social (Loas/93), que também institui o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), responsável pela concessão dos certificados de filantropia, estando a fiscalização a cargo dos conselhos estaduais e municipais de assistência social.

No que se refere às normas que vão regulamentar o setor hospitalar filantrópico, estas foram definidas pelo Decreto nº 752, de 1993, e permaneceram vigentes até 1998. Nesse decreto o §3º do art. 2º define como entidade beneficente de assistência social de saúde as entidades cujo percentual da oferta de atendimentos ao SUS seja igual ou superior a 60% do total disponível no respectivo hospital, considerando os três últimos exercícios, ficando a entidade dispensada da aplicação de 20% de sua receita bruta em gratuidade para a obtenção do certificado de filantropia.[6]

---

[5] Lei Orgânica da Assistência Social, Lei nº 8.742, de 8-12-1993 (Loas/93), dispõe sobre a assistência social, caracterizando a entidade beneficente de assistência social e os requisitos necessários para ser considerada filantrópica, de modo a obter o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (Cebas), assim denominado a partir da Medida Provisória nº 2.129-6, de 23-2-2001.

[6] Apesar de o decreto instituir que o certificado é condicionado à aplicação de 20% do faturamento anual em gratuidade ou à realização efetiva de atendimentos ao SUS em volume igual ou superior a 60% do total de atendimentos, no §4º, art. 1º, do mencionado decreto, as santas casas e hospitais filantrópicos *filiados à* Confederação Nacional das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Filantrópicos (*CMB*), ficam dispensados da aplicação de 20% da receita bruta anual em gratuidade sempre que *ofereçam* 60% da sua capacidade instalada — internações, atendimentos ambulatoriais e exames ou sessões Sadt — ao SUS mediante ofício protocolado anualmente nos conselhos municipais ou estaduais de saúde. Ou seja, no caso nem sequer havia a exigência da assinatura de convênio ou mesmo da efetiva comprovação quanto à prestação do serviço, apenas bastaria requerer dos conselhos estaduais ou municipais do SUS um atestado do oferecimento de 60% da capacidade instalada.

De fato, as condições de operação do setor estavam formalizadas na lei de modo bastante liberal, facultando-se ainda, pelo Decreto nº 752/93, que a entidade possuidora do certificado requisitasse junto ao INSS a isenção da cota patronal, o que conseguiria, desde que observadas as demais condições dispostas na Lei Orgânica da Seguridade Social relativas à obtenção das isenções. Nessas condições o Estado assegurava um importante subsídio, através de isenção fiscal, ao setor.

A partir de 1998 a concessão do certificado passou a ser regulamentada pelo Decreto nº 2.536/98, que substituiu o Decreto nº 752/93. Nele, a condição de filantropia se mantém associada à observância de atendimentos ao SUS em volumes de internação iguais ou superiores a 60% do total de sua capacidade instalada. No entanto, acrescenta-se a exigência da comprovação anual dos atendimentos. Ao se exigir comprovação dos mesmos, elevam-se sobremaneira as exigências requeridas para a obtenção da condição de filantropia em relação ao Decreto nº 752.

O Decreto nº 2.536/98 sofreu ação de inconstitucionalidade, acatada preventivamente pelo Supremo Tribunal Federal, ainda não julgada no plenário do mesmo. Nesse período, no entanto, várias entidades perderam o certificado, quando do período da renovação, por não atenderem ao disposto no decreto em termos de atendimentos ao SUS, ainda que o CNAS, por norma interna, tenha passado a considerar 60% do total dos atendimentos, aí incluídos exames, e não apenas 60% das internações.

Por último, o Decreto nº 4.327, de agosto de 2002,[7] torna a flexibilizar a legislação ao modificar as condições para a concessão do certificado dispostas no Decreto nº 2.536/98. São três as alternativas possíveis para a obtenção do certificado: aplicar 20% do faturamento bruto anual em gratuidade; disponibilizar 60% do total de internações ao SUS, através de declaração ao gestor local; ou ser considerado hospital estratégico para o SUS.

Esse decreto faculta, portanto, às entidades que entre 1998 e 2001 não tenham atingido o percentual de 60% de internações para o SUS a renovação ou a concessão de certificado de filantropia ao aplicarem 20% do faturamento bruto anual em gratuidade. Igualmente, não mais é exigida a comprovação do percentual de atendimentos ao SUS, sendo a mesma substituída pela *disponibilização* de um percentual de atendimentos para o SUS. No caso de o gestor local do SUS declarar a impossibilidade de contratação de serviços no percentual de 60%, a entidade deverá igualmente demonstrar a aplicação de uma taxa da receita bruta em gratuidade, variando de 20 a 5%, na dependência do efetivo volume de atendimento ao SUS. Para entidades que são conglomerados hospitalares, fica ainda definido em relação ao percentual das internações que

[7] *Diário Oficial* nº 153, Seção 1, sexta-feira, 9-8-2002, "Atos do Poder Executivo".

estas podem ser individualizadas por estabelecimento ou pelo conjunto de estabelecimentos da entidade, permitindo haver dentro de uma entidade hospitais sem qualquer prestação de serviços ao SUS ou mesmo serviços gratuitos, desde que outras unidades hospitalares da entidade o façam em volume correspondente às exigências para toda a entidade. O decreto permite que essa nova condição seja aplicada em decorrência do desempenho da entidade a partir de 1998, gerando nesse caso a possibilidade de renovações do certificado quando este estiver pendente ou mesmo cancelado com base na legislação anterior. Finalmente, o decreto cria outra condição para o acesso ao certificado de filantropia, ao vincular a condição de hospital estratégico para o SUS a critérios definidos pelo Ministério da Saúde (MS), em decreto adicional

No que se refere à definição de hospital estratégico, o Decreto nº 4.481, de 22 de novembro de 2002, define os requisitos a serem preenchidos pelos hospitais gerais ou especializados, sendo condição comum a todas as categorias a realização de no mínimo 30% de internações, medidas em pacientes-dia, para o SUS. São seis as categorias definidas no decreto:

- hospital geral que preste serviços no sistema de alta complexidade em pelo menos quatro grupos entre os definidos pelo Ministério da Saúde, no mesmo decreto;
- hospital geral que tenha ao menos dois programas de ensino em pós-graduação e preste serviços de alta complexidade em três grupos entre os 10 definidos pelo MS;
- hospital especializado com ao menos um programa de ensino de pós-graduação e que preste serviços em alta complexidade no sistema de sua especialidade;
- hospital geral ou especializado enquadrado no sistema estadual de referência hospitalar para atendimento nas áreas de urgência/emergência ou gestão de alto risco;
- hospital geral ou especializado que tenha um programa de ensino em pós-graduação e seja reconhecido pelo MS como centro de referência em uma das áreas definidas pelo ministério;
- hospital geral que tenha um programa de ensino em pós-graduação e que realize atividade estratégica de saúde de interesse do gestor local, com formalização e homologação junto ao Ministério da Saúde.

Para todas as condições, quando houver impossibilidade de prestação de 30% de internações ao SUS os referidos hospitais deverão complementar esse percentual através de serviços gratuitos de internação, devidamente informados ao Ministério da Saúde através de comunicação de internação hospitalar. Espe-

cificamente para casos de atendimento de alta complexidade, poderão ser computados atendimentos em outros níveis, para alcance do percentual mínimo, sempre que estes tiverem como origem o atendimento na alta complexidade.

## 3. O setor hospitalar filantrópico e a inserção no SUS

Como um todo, a participação do setor hospitalar filantrópico no SUS é de grande importância, já que 4,5 milhões de internações/ano, ou seja, 37,5% do total de internações dos pacientes do SUS são realizados pelo setor. Também, para o próprio setor a relevância do SUS é substancial, já que da produção assistencial do setor hospitalar filantrópico, dos hospitais da amostra, 79% das internações realizadas são de pacientes do SUS. Percentual bastante similar, em média, entre 70 e 77%, corresponde às internações do SUS nas grandes entidades — hospitais individuais e conglomerados, respectivamente, considerados no estudo em separado da amostra. Esses dados coincidem com os resultados obtidos através do censo também realizado pela pesquisa.

Na realidade, existe uma relação de interdependência entre o SUS e esse segmento hospitalar, tendo em vista a produção efetuada pelos hospitais filantrópicos da amostra destinada ao SUS, assim como pelas grandes entidades.

A maioria dos hospitais da amostra (53,6%) informa ser o único hospital no município. Ainda que não tenha sido possível identificar qual a distância do hospital mais próximo fora do município, registra-se que a maioria dos hospitais da amostra (94,2%) informa atender população de outros municípios. Para quase 89,9% dos hospitais não houve demandas de atendimento do gestor do SUS que fossem recusadas pelo hospital. Mas 21,7% dos hospitais informam que houve corte de serviços prestados ao SUS por decisão do gestor local. Já nos dados do censo realizado, 765 hospitais (54,1%) informaram aumento dos serviços prestados ao SUS nos anos anteriores à pesquisa, enquanto apenas 226 (15,9%) hospitais registraram diminuição dos serviços e outros 298 (21,1%) hospitais indicam manutenção nos volumes de serviços prestados.[8]

Todas as grandes entidades individuais informam que há outro hospital no município, e todas atendem, também, à população de outros municípios, o que se explica, de uma parte, por estarem localizadas nos grandes centros urbanos e, de outra, por serem hospitais de referência e de maior complexidade, diferentemente dos hospitais da amostra, localizados em pequenos municípios do interior. Nos 81 hospitais dos 11 conglomerados observa-se um padrão de resposta mais próximo da amostra, já que 58 hospitais

[8] Essa questão não foi respondida por 125 hospitais (8,8%).

respondem que são o único hospital no município e 71 hospitais atendem à população de outro município. De fato, atender à população de outro município é uma constante que se reitera para todos os hospitais filantrópicos. O número de hospitais que recusaram demandas do SUS é bem mais alto nas grandes entidades individuais, chegando à metade, enquanto entre os 81 hospitais dos conglomerados somente 18 recusaram demandas do SUS. Os motivos de recusa mais freqüentes nos dois casos se devem à "capacidade instalada" e à alegação de que a "tabela do SUS não remunera adequadamente".

A avaliação da importância das ações e dos programas do SUS, feita pelos serviços hospitalares filantrópicos, evidencia que o piso de atenção básica (PAB), o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) são muito bem avaliados. A maioria dos hospitais (69,6%) declara que o PAB tem impacto positivo para a rede de serviços filantrópicos, 59,4 dos hospitais avaliam positivamente o PACS e 53,6% o PSF. Também merecem destaque, com menor relevância, os 24,6% obtidos pela central de consultas e os 20,3% da central de leitos.

Entre as grandes entidades individuais, várias das atividades/ações e programas são avaliadas positivamente, o que também se observa com os hospitais dos conglomerados; o destaque nos dois casos é para o PAB, o PSF e o PACS.

A variável "participação nas reuniões do Conselho Municipal" acusa uma alta assiduidade na participação dos hospitais da amostra às mesmas. A maioria dos hospitais (63,8%) participa de todas as reuniões. No entanto, o número que não participa de nenhuma reunião é considerável, 18,8%. Nas grandes entidades individuais um pouco menos da metade não participa de nenhuma reunião, e menos da terça parte participa de todas as reuniões; já nos conglomerados essa relação se inverte, pouco menos da metade participa de todas as reuniões, enquanto 15% não participam de nenhuma reunião. Ou seja, nos conglomerados o comportamento é mais similar aos hospitais da amostra devido ao perfil desses hospitais ser mais parecido com os da amostra.

Já no que se refere às reuniões do conselho estadual os resultados mostram evidências contrárias aos achados relativos ao conselho municipal. A assiduidade na participação às reuniões do conselho estadual é baixa, 69,6% dos hospitais não participam de nenhuma reunião, 13% participam de poucas reuniões e apenas 11,6% participam de todas as reuniões. No que se refere às grandes entidades, tanto individuais como conglomerados, os resultados mostram também pouca assiduidade nas reuniões do conselho estadual. Os resultados são comuns a todos os hospitais e confirmam que a participação é mais assídua no espaço municipal onde está localizado o hospital. Isso se deve ao fato de a política municipal gerar maior interesse e mobilização, em função de as decisões no espaço municipal afetarem mais diretamente o hospital.

Para os hospitais chamados pela pesquisa de casos especiais, por serem filantrópicos e não prestarem serviços ao SUS, os resultados da aplicação do

questionário merecem ser tratados separadamente. Entre esses hospitais foram encontrados diversos casos em que há prestação de serviços singulares contratados pelos gestores locais, tratando-se em todos de serviços de alta complexidade. Todos os hospitais que conformam o grupo de entidades especiais atendem a populações de outros municípios e informam que existe outro hospital no município-sede do mesmo. Ainda que se trate de hospitais que não atendem pacientes do SUS, uma parte considerável dos mesmos avalia positivamente o impacto do PSF e a presença de novo hospital e, também, ainda que em menor intensidade, a central de consultas e a central de leitos. Levando-se em consideração que não se poderia esperar participação nas reuniões do conselho municipal, há de se salientar que dois dos 10 hospitais estudados participam da maioria das reuniões.

## 4. A presença dos hospitais filantrópicos no sistema privado

O setor tem uma vigorosa participação enquanto prestador de serviços para operadoras de planos e seguros, destacando-se os médios e grandes hospitais pela formação de um *mix* de clientelas e correspondentes financiamentos e pela diminuição, ao menos relativa, da participação do SUS em prol das operadoras privadas. Tal movimento é mais visível e aparentemente também mais viável nos médios e grandes centros urbanos.

Na amostra considerada na pesquisa, menos de 20% dos hospitais não prestam serviços para o setor privado, tendo todos os demais alguma produção para esse setor. Na média, para esse segmento estudado (amostra) cerca de 20% de todas as internações realizadas pelos hospitais foram para o setor de saúde suplementar ou privado propriamente dito.

Já na condição de operadoras de planos identificou-se mais de uma centena de hospitais que não apresentam uniformidade de estratégias ou comportamentos.[9] Foram encontrados casos em que os planos têm enorme importância na composição da receita das entidades, havendo nesses casos claras estratégias de desenvolvimento. Junto a outros hospitais, especialmente os menores e menos complexos, há inclusive estratégias direcionadas ao repasse de suas carteiras a terceiros, retirando-se desse mercado. A edição da Lei nº 9.656/98 e todo o processo de regulamentação que se seguiu, segundo relatos de dirigentes, têm provocado tanto transferências de carteiras quanto condições ilegais deliberadamente assumidas.

---

[9] O censo realizado identificou 104 hospitais que são simultaneamente prestadores e operadores de planos próprios de saúde; a Confederação Nacional das Santas Casas informa o registro na ANS de 128 hospitais nessa condição de operadores.

Do total de hospitais da amostra somente cinco têm plano próprio, dos quais dois informam não possuir registro da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A média de usuários por hospital vinculados aos respectivos planos é de 21 mil pessoas. Como era de se esperar, todas as operadoras — ou simplesmente planos identificados — praticam alguma exclusão frente às alternativas levantadas pelo questionário aplicado pela pesquisa, sendo praticamente uniforme o comportamento das mesmas em relação às exclusões. Nenhuma das operadoras ou planos oferece qualquer transplante ou hemodiálise, e apenas uma oferece quimioterapia e radioterapia. Foram ainda detectadas limitações quanto ao tempo de internação em UTI e até mesmo em leito normal, além de exclusões de patologias, como Aids.

Os hospitais considerados casos especiais na pesquisa apresentam-se de forma praticamente exclusiva como inseridos nesse sistema privado, todos como prestadores e a metade simultaneamente como operadora de planos. Se considerarmos que da clientela que paga diretamente pelos serviços a maior parte é compensada com o reembolso junto às operadoras de planos e seguros, a prestação de serviços dependeria praticamente de forma exclusiva das operadoras privadas. A maioria desses hospitais atua simultaneamente como prestadores para mais de 50 operadoras de planos de saúde. Essa condição era esperada, em função da complexidade, do tamanho dos mesmos e ainda por estarem basicamente localizados em grandes centros urbanos, onde é grande a demanda no mercado de saúde suplementar. Essas organizações hospitalares são referências reconhecidas nesse segmento assistencial, tendo sido essa uma das condições para comporem esse segmento da pesquisa.

Considerando a prática de exclusões e outras limitações, os planos dos cinco hospitais que são igualmente operadores, entre os 10 casos especiais, são, na média, mais abrangentes nas coberturas do que os encontradas na amostra e nas grandes entidades. Há coberturas identificadas para diversos transplantes, embora exclusões de procedimentos como a hemodiálise estejam presentes em três dos cinco planos. A Aids não se encontra coberta em três dos cinco planos. Todas as operadoras pesquisadas praticam em seus planos ao menos alguma exclusão, e aplicam co-pagamento para serviços ambulatoriais.

Para várias entidades filantrópicas hospitalares que operam planos próprios de saúde, a recente legislação federal e todos os atos legais decorrentes, normatizados pela ANS, impõem exigências nem sempre passíveis de serem cumpridas. Não são raras aquelas que se encontram em discrepância com a atual legislação. As contradições ou limitações podem ser identificadas tanto nos aspectos de cobertura quanto nos econômico-financeiros. O estudo identificou características, ao menos em parte do setor, que apresentam aspectos díspares no plano legal, como, por exemplo, planos de saúde sequer registrados junto à ANS, além de exclusões de cobertura e, ainda, ausência de normas e práticas econômico-financeiras já reguladas. Os dados levantados apresentam uma realidade: tais entidades operadoras de planos de saúde constituem seu próprio hospital ou hos-

pitais como exclusivos, ou quase exclusivos, prestadores de serviços. Essa condição gera sobre a clientela de seus planos, muito provavelmente, um conjunto de exclusões assistenciais condicionadas pela capacidade instalada nos respectivos hospitais. Vale lembrar que embora determinadas entidades filantrópicas tenham implantado planos próprios enquanto estratégia mercadológica relacionada com a perspectiva de um *mix* de financiamento, especialmente as grandes entidades localizadas nos maiores centros urbanos, com menor dependência do SUS, outras apresentam tais produtos como remanescentes e/ou como evolução de antigos "planos de associados" ao hospital ou entidade, existentes há décadas e sem racionalidades mercadológicas ou econômico-financeiras específicas. Esses planos eram típicos das entidades beneficentes, quase sempre ligadas a comunidades de imigrantes por nacionalidade e/ou religiosas.

De outro modo, no plano gerencial e econômico-financeiro muitos desses planos estão igualmente confundidos ou acoplados às estruturas da própria entidade e/ou hospital, deles não se diferenciando quanto a receitas, custos, reservas e todos os demais instrumentos gerenciais, como planos de contas, provisões etc. Uma lógica mais empresarial ou com propósitos efetivos de presença no mercado, com perspectivas de maior competitividade, exigiria efetivo desenvolvimento organizacional, incluindo as necessárias condições para enquadramento legal. Boa parte das entidades sequer se apresenta com operadoras (empresas) constituídas, sendo o plano apenas mais uma atividade dentro do próprio hospital, acarretando claros limites gerenciais.

Parte desse setor, no entanto, se apresenta vigorosa e bem-sucedida em razão da qualificação de suas estruturas hospitalares, reconhecida no país tanto no plano da complexidade e da qualidade assistencial quanto no do desempenho gerencial. Entre os grandes e renomados hospitais do país, públicos e privados, estão inseridos importantes hospitais filantrópicos, particularmente em centros urbanos nas regiões Sul e Sudeste. Entre esses, alguns possuem operadoras de planos de saúde. Mas a condição de prestadores de reconhecida excelência torna parte desses hospitais praticamente exclusiva para o sistema de saúde suplementar.

## 5. O financiamento do setor hospitalar filantrópico

De forma semelhante aos resultados observados em relação à produção assistencial, o SUS exerce um papel central no financiamento do setor hospitalar filantrópico. Considerando as entidades da amostra e a respectiva composição de sua receita financeira, é notória a participação do SUS, que aporta 64% do total. A segunda fonte, em ordem de importância, provém dos convênios com operadoras (reportada por 36 entidades entre as 66 da amostra), que representam 18% da receita em saúde. Deve-se registrar, ainda, que embora referidos por apenas seis entidades, os planos próprios aportam, em

média, um volume de recursos que ocupa o segundo lugar em termos de importância, inferior apenas à participação do SUS para as respectivas entidades, sendo apenas 5% da receita do conjunto da amostra. Note-se que as doações e subvenções representam apenas, respectivamente, 1 e 3% da receita em saúde dessas entidades. Outras fontes em saúde somam 9%.

Composição semelhante é apresentada nas receitas de prestação de serviços de saúde nas grandes entidades individuais, onde há também um predomínio da fonte SUS (que aporta 49% dessas receitas), seguida pela fonte "convênios com operadoras", que representa 31% do valor da receita total, embora referida por apenas 10 entre as 15 entidades. A fonte "particulares" foi referida por 13 entidades, mas aporta apenas 5% da receita proveniente de serviços de saúde. Vale mencionar, ainda, que para as três entidades que oferecem planos próprios de saúde essa fonte quase se iguala à de convênios com operadoras, aportando, em média, respectivamente, R$21 e R$24 milhões (ano de 1999). Nesse grupo, as doações e subvenções representam, juntas, apenas 4% da receita em saúde.

No que tange aos conglomerados hospitalares, as fontes "convênios com operadoras" aumentam para 38%, enquanto a fonte SUS adquire uma importância menor, em relação às grandes entidades individuais, na geração de receitas de saúde, participando com apenas 37% das mesmas. As subvenções participam mais ativamente dessas receitas do que nos demais grupos, aportando 10% da receita em saúde.

Quanto às entidades especiais, há um forte predomínio da fonte "convênios com operadoras", que representa 72% do valor da receita total. O SUS aporta apenas 0,3% da receita dessas entidades, o que era esperado, dada a prestação de serviços ao SUS nesse grupo ser bastante específica e de caráter eventual. A receita com clientes particulares representa 20% da receita auferida pelas 10 unidades especiais estudadas. Em relação a essa fonte, que é auferida diretamente dos pacientes, em sua maior parte é reembolsada aos mesmos pelos planos e seguros de saúde.

Considerando os resultados obtidos pelo censo antes mencionado, os portes financeiros identificados confirmam um parque de organizações hospitalares claramente de micro e pequeno portes,[10] estando essa condição presente em 2/3 do conjunto dos hospitais. Com mais de 38% dos hospitais apresentando faturamento anual inferior a R$700 mil no ano de 1999 (porte micro), muito certamente há limitadíssimas condições de investimentos, fato extremamente importante para o futuro desse segmento. Na outra ponta, ape-

[10] Porte por receita operacional bruta anual: micro até R$700 mil; pequeno entre R$700 mil e R$6.125 milhões; médio entre R$6.125 milhões e R$35 milhões; grande superior a R$35 milhões. Valores vigentes até 8-6-2001 (BNDES).

nas 35 hospitais[11] se enquadram na condição de grande porte financeiro, estando 28 destes localizados nas capitais dos estados.

No âmbito do financiamento do custeio, o Ministério da Saúde implantou o Programa IntegraSUS/MS. Este programa trata de um conjunto de incentivos na tabela geral de procedimentos do SUS exclusivo para o setor, diferenciando os hospitais filantrópicos em três subgrupos: os hospitais estratégicos definidos nacionalmente pelo próprio Ministério da Saúde, num total de 62, que recebem incentivo na tabela igual a 25%, outro composto por até 138 hospitais definidos como estratégicos nos âmbitos estaduais, pelos respectivos gestores, auferindo incentivo de 15% sobre os valores da tabela e, finalmente, todos os demais hospitais filantrópicos com acréscimo de 8% na tabela. O total de recursos aplicados anualmente se aproxima de R$210 milhões, ressaltando-se que esse valor não está condicionado à prestação de serviços, sendo fixado por hospital com base em série histórica de faturamento.

## 6. Alguns mecanismos de controle atualmente praticados sobre o setor

A regulamentação é extensa, considerando todas as dimensões legais, particulares ou não, da condição filantrópica, sendo múltiplos os organismos governamentais atuantes nas três esferas de governo, mas sobretudo os de nível federal. Entre eles destaca-se o envio de relatórios anuais ao INSS, obrigatório para o setor hospitalar filantrópico até o dia 30 de abril de cada ano, relativos ao ano anterior. Para as entidades que gozam de isenção da cota patronal do INSS, o envio do relatório anual é uma condição para a manutenção da mesma.

Dos hospitais filantrópicos da amostra, uma parte considerável não enviou relatório, o que coincidiu com o número de entidades encontradas na pesquisa que não têm isenção da cota patronal.[12] As auditorias feitas pelos órgãos governamentais não aconteceram no caso do INSS. Diferentemente, a presença dos auditores do SUS tem sido mais freqüente, sobretudo na vigilância sanitária e, em menor grau, na assistência e na administração. Houve, também, presença de auditorias de órgãos específicos, tais como o Ministério

[11] Considerados todos os segmentos estudados: amostra, grandes entidades individuais, conglomerados e casos especiais.

[12] A concessão do certificado não torna automática a obtenção da isenção; na amostra pesquisada, 79% das entidades possuíam o Cebas, mas somente 71% gozavam a isenção da cota patronal do INSS; a pesquisa associou tanto a obtenção do Cebas quanto as isenções ao padrão de desenvolvimento gerencial — quanto mais desenvolvida gerencialmente a entidade, maior a facilidade para a obtenção de isenções.

do Trabalho e o CNAS. O envio de relatórios dos hospitais para os órgãos que atuam no exercício da regulação estatal do setor tem sido muito elevado para as secretarias municipais de saúde, o INSS, as secretarias estaduais de saúde, o CNAS e a Receita Federal. Cabe ressaltar que um número também alto de relatórios é enviado para o Ministério da Justiça, o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério do Trabalho.

Praticamente a totalidade das grandes entidades individuais e conglomerados envia relatórios para o INSS. As mesmas receberam, também, com bastante assiduidade a visita do fiscal do INSS. Mais da metade delas passou por auditorias realizadas pelo Ministério do Trabalho. As visitas do SUS correspondem, na sua maioria, ao trabalho de auditores na área de assistência e à fiscalização da vigilância sanitária. Cabe destacar que as grandes entidades individuais e conglomerados apresentam elevada freqüência no envio de relatórios a órgãos da saúde e da Previdência, sendo também alto o número de entidades que enviam relatórios à Receita Federal, ao Ministério da Justiça, ao Ministério Público Federal e ao Ministério do Trabalho.

Quase a totalidade dos hospitais denominados unidades especiais envia relatórios ao INSS, ao Ministério da Saúde, SES, MPAS, CNAS, Ministério da Justiça, Receita Federal e Ministério de Trabalho; a metade deles o faz também para a Anvisa, o Conselho Estadual de Assistência Social e as secretarias estaduais de educação. A maioria dos hospitais não recebeu visita dos fiscais do INSS, mas o SUS tem sido mais presente, sobretudo no que se refere às visitas de auditores da vigilância sanitária. Entre as auditorias de órgãos específicos, cabe mencionar as do Ministério do Trabalho, a Receita Federal e a Receita Estadual.

## 7. Conclusões

O setor hospitalar filantrópico é bem diferenciado, formado por recortes agrupados em pequenos e médios hospitais, em grandes entidades hospitalares compostas por unidades individuais e unidades hospitalares denominadas conglomerados e, por último, pelas outras unidades hospitalares não-prestadoras de serviços ao SUS.[13]

Os resultados obtidos no estudo para o BNDES mostram que esse segmento hospitalar está predominantemente localizado em municípios do interior, onde se encontra a quase totalidade dos hospitais da amostra. Na sua maioria, ainda considerando a amostra, são os únicos hospitais existentes

[13] Na pesquisa esse segmento foi tratado como hospitais "casos especiais", sem que isso signifique representatividade para esse segmento.

nos respectivos municípios, sendo que mais de 1/3 dos mesmos se localiza em municípios com menos de 20 mil habitantes. Com tal capilaridade e presença no território brasileiro, não há como não registrar o papel estratégico do setor hospitalar filantrópico para o SUS, especialmente ao ofertar serviços hospitalares na condição de único prestador em grande quantidade de municípios.

Em relação à dimensão econômico-financeira, cabe destacar a grande dependência que o setor possui em relação ao SUS, particularmente os hospitais de pequeno porte que compõem a amostra. A dependência, expressa pela participação do SUS na composição das receitas, é menor para as grandes entidades e naturalmente inexiste nos casos especiais. Essa condição de maior dependência ao SUS, identificada na amostra, gera uma condição econômica bastante delicada para boa parte do setor. Já as entidades de maior porte financeiro, sobretudo entre as grandes entidades e nos casos especiais, apresentam situação econômica mais saudável, podendo tal condição ser explicada ou, ao menos, associada à maior diferenciação em suas fontes de financiamento — equilíbrio SUS/operadoras privadas de saúde e particulares.

Para os pequenos hospitais que se encontram predominantemente no interior e que em boa parte são únicos em seus municípios, o maior desafio é o da sua migração para projetos mais ajustados, tanto gerencial quanto assistencialmente, às propostas em curso de estender a atenção básica não-hospitalar a essas regiões. Esses hospitais deverão diferenciar-se, em termos de complexidade, para o atendimento às demandas referenciadas da atenção básica, mesmo em localidades em que estas sejam ainda incipientes mas, sem dúvida, apresentem tendências ao crescimento, e/ou, ainda, para a introdução dessas modalidades assistenciais em locais onde sejam inexistentes. Tal processo não ocorrerá sem incentivos e políticas indutoras que deverão certamente combinar novas exigências assistenciais do SUS com lógicas de financiamento a investimentos em tecnologia médico-assistencial, equipamentos, instalações e recursos humanos. De fato, o risco de insolvência para esses hospitais de pequeno porte e em condições de oferecer apenas atenção básica é muito grande, o que coloca boa parte dos mesmos diante do dilema de se ajustar a um novo modelo ou, caso não reúnam condições para tanto, ficarem ameaçados de extinção.

De outro modo — e com mais sucesso em hospitais de centros urbanos médios e grandes —, não há dúvida de que o setor filantrópico desenvolveu, ao longo dos últimos anos, um *mix* de clientelas que reduziu, de forma relativa, sua dependência frente ao sistema público. Embora a pesquisa não disponha de dados para analisar a seletividade desses atendimentos, há indícios de que esse movimento se concentra sobretudo na média e na alta complexidades. Os hospitais de maior complexidade são aqueles que apresentam um *mix* de clientelas com maior participação proporcional do segmento privado. Na condição de operadoras de planos há algumas incógnitas. Apesar da identificação de operadoras tanto na amostra quanto entre as grandes entidades e

mesmo nos casos especiais, os dados não são conclusivos. Ainda resta a pergunta sobre quantos planos são apenas resquícios dos grupos de associados a hospitais beneficentes e quantos são efetivas opções estratégicas para a entrada no mercado da saúde suplementar.

Considerando o interesse da ANS em conformar as regras ditadas pela legislação às necessidades da sociedade como um todo, é preciso, sem dúvida, obter um maior conhecimento sobre as entidades filantrópicas enquanto operadoras de planos de saúde.[14]

Não há dúvida quanto aos movimentos recentes, especialmente após 1998, visando apoio aos hospitais filantrópicos em sua condição como parceiros de singular importância para o SUS. Há no conjunto dos últimos decretos, particularmente aqueles em vigência, Decretos nº 4.327, de agosto de 2002, e nº 4.481, uma forte indução para que o setor se qualifique como parceiro estratégico do SUS em duas grandes condições. Na primeira, um grupo de hospitais definidos como estratégicos, cujo número não deverá ultrapassar duas centenas para um total aproximado de 1.900 hospitais.[15] Na segunda, outro grupo com os demais hospitais, em que prevalecem serviços de menor complexidade prestados ao SUS e para os quais restaria a subvenção obtida através das isenções, após a obtenção do Ceas.

Junte-se a isso o fato de que o grupo de hospitais definidos como estratégicos muito provavelmente coincidiria com aquele que configurou sua oferta tanto para o SUS quanto para o setor privado, mostrando ainda presença marcante nas complexidades de atenção média e alta.

A política do MS apresenta-se particularmente indutora para a alta e a média complexidades, nichos onde se inserem os cerca de 200 hospitais estratégicos potenciais, havendo alta probabilidade de ocorrerem coincidências bem abrangentes entre as definições constantes no IntegraSUS e aquelas presentes no recente Decreto nº 4.481.

Embora reconhecendo a importância histórica e estratégica que esses hospitais têm como prestadores públicos e sua enorme presença como fornecedores de serviços, há de se salientar que as condições em que a maioria opera nos conduzem a formular algumas indagações relativas a um futuro incerto e com riscos importantes, ao menos no médio prazo, para boa parte deles. Referimo-nos,

---

[14] No período de elaboração deste artigo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar organizou edital público para licitar empresa especializada em pesquisa visando projeto específico para o *Dimensionamento dos planos de saúde comercializados por hospitais filantrópicos: relações entre operação de planos de saúde e hospitais filantrópicos — carta-convite Pnud/UAP-ABC 1066/2002.*

[15] Para referência, o atual Programa IntegraSUS, do MS, destinado especificamente ao setor hospitalar filantrópico, cobre até 200 hospitais na condição de estratégicos, sendo 62 definidos nacionalmente pelo MS e os demais indicados pelos respectivos gestores estaduais; todos os demais hospitais filantrópicos também são contemplados pelo programa, embora não enquadrados na condição de estratégicos.

especialmente, àqueles localizados no interior do país e com limitada capacidade tecnológico-gerencial. No que concerne à condição de prestadores, os dados encontrados confirmam a enorme importância do SUS no financiamento setorial, mas também o crescente papel do setor privado para esses hospitais nos aspectos econômico e funcional. Sob esse aspecto, eles realizaram um ajuste no perfil de suas clientelas nas últimas duas décadas, acompanhando e aproveitando a própria consolidação do mercado supletivo de atenção médica. Contudo, os planos próprios não parecem ter crescido o suficiente para garantir uma maior importância relativa das filantrópicas no campo das operadoras de planos.

Cabe, assim, contextualizar a análise exposta neste artigo, trazendo ao debate algumas considerações relativas às políticas governamentais direcionadas ao setor hospitalar filantrópico. Chama a atenção o comportamento errático que as políticas governamentais apresentaram no percurso de sua implantação, visível sobretudo na análise da legislação pós-constitucional.

As leis e decretos que regulamentam a atuação do setor, como vimos, oscilam entre a maior flexibilização quanto às exigências e a maior rigidez na determinação da vinculação setorial ao SUS, como condição para acesso aos subsídios fiscais. Destaca-se o decreto de 1998, diferentemente do Decreto nº 752, de 1993, que ao exigir a comprovação de 60% de internações ao SUS para obtenção do certificado de filantropia acabou sofrendo uma ação de inconstitucionalidade. Os dois últimos decretos, expedidos em 2002, indicam uma aparente posição intermediária quanto aos controles e mesmo indução à prestação de serviços ao SUS. No entanto, permitir que as entidades, alternativamente à prestação de serviços ao SUS, obtenham o certificado apenas com a aplicação de parte de seu faturamento em gratuidade parece apontar saídas para grandes hospitais ou aqueles com forte presença na alta complexidade, que não apresentam maior dependência do SUS, e vice-versa.

Assim, as determinações políticas expressas na legislação são fragmentadas, considerando-se que não respondem a ações unívocas, sustentadas no estabelecimento de prioridades em torno de uma decisão política relacionada ao atendimento à saúde da população usuária do SUS. Observa-se que a definição da condição de filantropia, enquanto constitutiva de um setor que deveria ser parceiro privilegiado para o atendimento do SUS, torna-se mutante e sujeita às pressões de atores conflitantes. Conseguir que os serviços de saúde filantrópicos sejam utilizados pelos usuários exige políticas que favoreçam a oferta de serviços em municípios de pequeno e médio portes, de baixo nível de renda da população, onde se localiza basicamente a maioria dos hospitais filantrópicos pequenos, de baixa complexidade e que são quase sempre únicos no município, tal como demonstram os resultados da pesquisa.

Desse modo, a política deveria adotar incentivos apropriados, acoplados a exigências de adequação desses hospitais em termos de modernização da gestão, instalações, equipamentos e profissionais de saúde visando atender às necessi-

dades de saúde das populações-alvo dos seus municípios. Os decretos recentes terminam por privilegiar uma política direcionada a hospitais das capitais e regiões metropolitanas, onde a oferta de serviços é mais adequada, os hospitais são de grande porte e de média e alta complexidades. Não que os atuais decretos ou programas excluam os hospitais pequenos e menos complexos, mas ao não considerar adicionalmente demandas específicas destes, em especial as necessidades de investimentos para adequações de perfis, eles continuam operando, mas sem perspectivas para o médio e longo prazos. Ou seja, a política do SUS é direcionada no sentido de definir como hospitais estratégicos aqueles mais próximos das condições das grandes entidades e das entidades especiais, conforme classificadas no estudo encomendado pelo BNDES. São os mesmos hospitais que encontram nas estratégias de mercado, independentemente das políticas públicas, as melhores condições de desenvolvimento. Nesse caso, as políticas públicas parecem complementar suas estratégias previamente definidas — média e alta complexidades e *mix* público-privado com maior peso relativo para a saúde suplementar, chegando mesmo à quase inexistência de tal *mix* em favor do segmento privado — privilegiando esses agrupamentos hospitalares, ao lhes facilitar o acesso às condições de filantropia e criar o estímulo para se tornarem hospitais estratégicos do SUS e, nessa condição, receberem novos estímulos.

Do outro lado, a maior parte do setor filantrópico recebe da legislação apenas o necessário para sua sobrevivência, sem maiores induções a futuros promissores. Ainda para esses hospitais menores e menos complexos, as políticas públicas podem e devem, corajosamente, induzir até mesmo ao fechamento ou à transformação de boa parte, fazendo com que deixem o segmento hospitalar de atenção. Dados da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS) apresentam taxas de ociosidade de leitos no SUS superiores a 50%, especialmente na baixa complexidade.[16] No entanto, as atuais estratégias não diferenciam aqueles que podem e devem migrar para referências microrregionais ou regionais, com base em incentivos adicionais, daqueles que efetivamente merecem ser fechados, por efetiva racionalidade da rede de atenção.

Por último, a profusão de órgãos governamentais reguladores e de mecanismos técnico-burocráticos a serem efetivados pelos hospitais, assim como as visitas dos auditores desses órgãos, reforça também as diferenças e desigualdades existentes no setor, se levarmos em conta que são precisamente os hospitais pequenos que carecem de condições técnicas de gestão e, conseqüentemente, são incapazes de cumprir os requisitos burocráticos exigidos pelos órgãos reguladores. De fato, isso dificulta a obtenção de isenções

[16] SAS/MS — Assistência Hospitalar no SUS, dados de 2001.

para esses hospitais, o que se traduziria por estímulos para o desenvolvimento dos mesmos. Propostas mais integradas entre os diversos órgãos federais podem e devem permitir maior racionalidade aos hospitais para o cumprimento das exigências legais e burocráticas, eliminando superposições de exigências e, em especial, estabilizando as normas, tornando-as comuns aos diferentes órgãos reguladores atinentes ao setor, independentemente da natureza dos mesmos.

O que se observa através da evolução da legislação é que não há um padrão que permaneça ao longo do tempo nos dispositivos legais definidores da relação entre o sistema público de saúde e o setor hospitalar filantrópico. As mudanças registradas revelam uma alternância na definição de filantropia para o setor, o que poderia ser explicado pela extensa articulação de interesses do mesmo aliada à importância que o setor hospitalar tem na prestação de serviços ao SUS. De fato, no andamento da pesquisa observou-se que a Confederação Nacional das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Filantrópicos, entidade que representa o setor hospitalar filantrópico, apresenta grande mobilização e profunda identidade de seus membros para com a instituição, assim como presença política nas questões e ações que incidem sobre os destinos do setor.

## Referências bibliográficas

BARBOSA, PEDRO R.; PORTELA, MARGARETH, C. et al. *Hospitais filantrópicos no Brasil*. Rio de Janeiro: BNDES, 2002.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 26. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2000.

PORTELA, MARGARETH C.; UGÁ, ALÍCIA D. et al. Estudo dos hospitais filantrópicos no Brasil. *Revista de Administração Pública*, v. 34, n. 2, p. 79-98, mar./abr. 2000.

GERSCHMAN, S. A descentralização da política de saúde no final dos anos 90. *Revista Brasileira de Administração Pública*, v. 34, n. 4, 2000.