

RELATÓRIO

Resumo do relatório de “Avaliação da Política de Atenção Hospitalar e da Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS)”, da Comissão de Assuntos Sociais.

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.

Da mesma maneira, a CMB 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.

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.^{1,2}

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.³

Nesse sentido, o setor filantrópico merece atenção especial no que concerne à formulação de políticas públicas na área da saúde e precisa

¹ 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.

² 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. Acesso em: 25 out. 2018.

³ p. 817, *Idem*.



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 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 Estadual 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

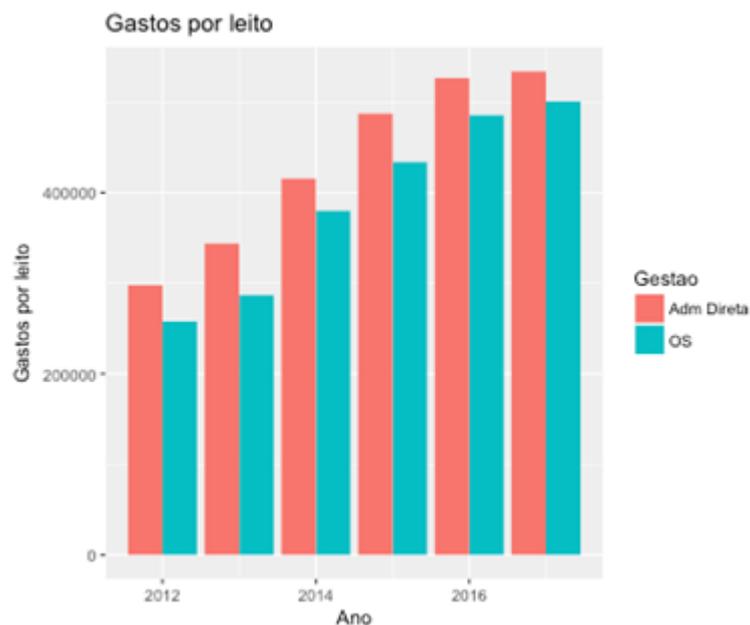
Para adoção deste modelo, importante frisar os seguintes eixos de gestão:

- 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.⁴

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.

Outro ponto que merece destaque, ao concluir o presente relatório é que existem fortes indícios de que o setor filantrópico, a despeito

⁴ p. 817, Ibidem.



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.

Amplio 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

