SENADO FEDERAL
PROJETO DE LEI DO SENADO
Nº 744, DE 2015

Cria o Programa de Financiamento Preferencial às Instituições Filantrópicas e Sem Fins Lucrativos (PRO-SANTACASAS) para atender instituições filantrópicas e sem fins lucrativos que participam de forma complementar do Sistema Único de Saúde.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Fica criado, no âmbito das instituições financeiras oficiais federais, o Programa de Financiamento Preferencial às Instituições Filantrópicas e Sem Fins Lucrativos (PRO-SANTACASAS), destinado a atender instituições filantrópicas e sem fins lucrativos que participam de forma complementar do Sistema Único de Saúde ao amparo do disposto no art. 199, § 1º, da Constituição Federal.

Art. 2º As instituições financeiras oficiais federais criarão, dentre suas linhas de crédito, duas modalidades do PRO-SANTACASAS:

I – crédito para reestruturação patrimonial, com taxa de juros de meio por cento ao ano, prazos mínimos de carência de dois anos e de amortização de quinze anos; e

II – crédito para capital de giro, com taxa de juros correspondente à TJLP, prazo mínimo de carência de seis meses e de amortização de cinco anos.

§ 1º Em qualquer das operações realizadas ao amparo deste artigo, a cobrança de outros encargos financeiros fica limitada em um por cento ao ano incidente sobre o saldo devedor da operação.

§ 2º As instituições beneficiárias do PRO-SANTACASAS deverão apresentar plano de reforma administrativa a ser implementado no prazo de dois anos contados da assinatura do contrato.

§ 3º A realização das operações de que trata esta Lei deverá ser feita diretamente pelas instituições financeiras oficiais federais, sem a intermediação de qualquer outra instituição.

Art. 3º É a União autorizada a conceder subvenção econômica às instituições financeiras oficiais federais, sob a forma de equalização de taxas de juros e outros encargos financeiros, nas operações de que trata esta Lei, limitada à diferença entre o custo de captação da instituição credora, acrescido dos encargos previstos no § 1º do art. 2º desta Lei, e a taxa de juros contratada nos termos definidos no art. 2º.

Art. 4º O prestador de serviços em saúde terá como limite do crédito passível de equalização o montante equivalente aos últimos doze meses de faturamento relativo a serviços prestados ao Sistema Único de Saúde ou ao valor do saldo devedor de operações financeiras existentes na data da contratação, o que for menor.

Art. 5º O montante de recursos é limitado a R$ 2 bilhões por ano, a serem consignados no Orçamento Geral da União do exercício seguinte ao da aprovação desta lei e nos quatro exercícios seguintes, respeitada a meta de resultado fiscal definida pelo Poder Executivo.

Parágrafo único. O Poder Executivo, por ocasião da elaboração dos orçamentos, deverá discriminar a origem da receita que irá financiar a despesa decorrente desta Lei.

Art. 6º A concessão da subvenção de equalização obedecerá aos limites e normas operacionais a serem estabelecidos pelo Conselho Monetário Nacional quanto a custos de captação e de aplicação dos recursos.

Art. 7º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A história da assistência à saúde no Brasil confunde-se com a das Santas Casas de Misericórdia. Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), somente tinha acesso aos serviços públicos de assistência à saúde quem contribuísse com a previdência social. Nesse período, eram as entidades filantrópicas, principalmente as Santas Casas de Misericórdia, que prestavam assistência médica gratuita aos não beneficiários do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o antigo INAMPS.

Mesmo com a universalização da assistência à saúde, a partir da Constituição de 1988 e da Lei nº 8.080, de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), essas entidades continuaram a desempenhar importante função no sistema de saúde. Trata-se de uma rede hospitalar estruturada e dotada de grande capilaridade pelo País, sendo responsável por um percentual significativo de internações e atendimentos de média e alta complexidade. Em muitas regiões do país, especialmente em municípios de pequeno porte, os únicos serviços hospitalares existentes são os das Santas Casas.

O reconhecimento dado à importância dessas entidades veio por intermédio de convênios celebrados com o poder público, que as admitiu como parceiras dos serviços públicos municipais, estaduais e federais. Por sua natureza e pelas condições impostas pela legislação, as Santas Casas se transformaram em entidades complementares ao SUS, com obrigação contratual de oferecer prestação de, no mínimo, 60% de seus serviços ambulatoriais e hospitalares ao sistema público de saúde.

Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) indicam que há quase 2.100 estabelecimentos hospitalares sem fins lucrativos no país, o que representa um terço do total de hospitais. Juntos, esses estabelecimentos disponibilizam mais de 120 mil leitos para o SUS, número que representa 35% do total de leitos disponíveis ao SUS.

Em relação às internações, entre 2012 e 2015, 41% das internações do SUS foram feitas nas entidades de saúde filantrópicas, especialmente nas Santas Casas.

Apesar de serem isentas das contribuições previdenciárias sobre a folha de salário, sobre a receita ou faturamento (PIS/Cofins) e sobre a importação de bens ou serviços (PIS/Cofins-importação), essas entidades passam pela pior crise financeira de sua história. A dívida é crescente e tem origem exatamente na defasagem dos valores constantes da tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares pagos a elas pelo SUS.

De fato, desde o Plano Real, a tabela do SUS foi reajustada em 93%, em média; em contraste, a inflação medida pelo INPC/IBGE foi de 413%; os preços da energia elétrica subiram 962%; água, 945%, transporte urbano, 1.177% e gás de cozinha, 1025%. Portanto, a defasagem atinge proporções insuportáveis.

É óbvio que os valores da tabela não são a única fonte de verba que o Estado provê como retorno aos serviços prestados ao SUS, mas, mesmo considerando os outros incentivos, o déficit dos hospitais filantrópicos gerado pelo SUS chega a 51%. Para atendimentos de média complexidade, o déficit contábil é de 158%; e, para atendimentos de alta complexidade, o déficit é de 18%. Portanto, a rede está operando com resultado negativo da ordem de 66%. Somente no ano de 2014 o déficit dessas entidades atingiu R$ 9,8 bilhões.

Quanto maior a defasagem na tabela de preços, maior é o seu impacto nas finanças das entidades, principalmente pelo fato de que elas são obrigadas a ofertar 60% dos seus serviços ao SUS. Atualmente, esse percentual é de 74%.

Todo esse desequilíbrio gera uma crise permanente. São múltiplas as faces desse quadro:

a) endividamento crescente e pressão sobre os orçamentos municipais;

b) depreciação física e tecnológica;

c) precarização das relações de trabalho, baixos salários e rotatividade;

d) redução de leitos, fechamento de hospitais e urgências e emergências superlotadas; e

Nesse contexto, o Poder Executivo, reconhecendo as dificuldades financeiras e a importância dessas entidades para o SUS, lançou o PROSUS, instituído pela Lei nº 12.873, de 24 de outubro de 2013 (arts. 23 ao 44).

Mediante concessão de remissão e de moratória de dívidas vencidas no âmbito da Receita Federal e da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), o PROSUS pretendia beneficiar as entidades que se encontrassem em grave situação econômico-financeira. A condição para obtenção do benefício era que apresentassem plano que comprovasse a capacidade de manutenção das atividades e que previsse o aporte de recursos para o pagamento dos tributos devidos.

Por sua vez, a Portaria GM/MS nº 535, de 8 de abril de 2014, que regulamenta a Lei nº 12.873, de 2013, estabeleceu um prazo exíguo, de apenas três meses, para a solicitação de adesão ao PROSUS. E ainda, a entidade solicitante deveria submeter à aprovação do gestor local do SUS a proposta de oferta adicional de procedimentos de média complexidade de, no mínimo, 5% do quantitativo ofertado no exercício de 2013.

É óbvio que essas e outras exigências para adesão ao Programa, aliadas às peculiaridades jurídicas e administrativas de cada instituição filantrópica, inviabilizaram a participação de muitas entidades, sobretudo aquelas que não tinham grandes dívidas tributárias.

Além disso, a obrigação de aumentar em 5% a prestação de serviços de média complexidade ao SUS, para muitas entidades, se revelou inviável. Isto porque não havia demanda assistencial prevista e/ou os estabelecimentos não dispunham de profissionais e equipamentos suficientes para aumentar a sua oferta de atendimentos.

Por esses motivos, mesmo existindo quase 2.100 hospitais filantrópicos no País, a maioria das entidades não conseguiu enquadramento no PROSUS e apenas pouco mais de duzentos pedidos de adesão foram deferidos pelo Ministério da Saúde.

A tentativa de remediar essa situação já está sendo feita pelo Congresso Nacional, por intermédio de emenda apresentada à Medida Provisória nº 685, de 21 de julho de 2015. Ao Projeto de Lei de Conversão (PLV) nº 22, de 2015, proveniente daquela Medida, foram acrescentados dois artigos. O primeiro, o art. 14 do PLV, inclui o art. 34-A na Lei nº 12.873, de 2013, com a seguinte redação:

> Art. 34-A. O Ministério da Saúde não poderá indeferir o pedido de adesão por inaptidão do plano de capacidade econômica e financeira ou excluir a entidade do Prosus enquanto não forem repassados à entidade os recursos financeiros necessários ao incremento da oferta da prestação de serviços a que se referem o inciso II do art. 27 e o inciso V do art. 32 desta lei.

O segundo, o art. 15 do PLV, propõe o seguinte:

Art. 15. As entidades de saúde privadas filantrópicas e as entidades de saúde sem fins lucrativos que tenham obtido o deferimento do pedido de adesão ao Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos que Atuam na Área de Saúde e que Participam de Forma Complementar do Sistema Único de Saúde (PROSUS) poderão incluir no programa, até o 15º dia após a publicação da Lei decorrente da conversão da Medida Provisória nº 685, de 21 de julho de 2015, débitos que tenham sido objeto:

I – de parcelamento concedido anteriormente à data de que trata o § 2º do art. 37 da Lei nº 12.873, de 24 de outubro de 2013; e

II – dos parcelamentos a que se refere o art. 2º da Lei nº 12.996, de 18 de junho de 2014.

Parágrafo único. A inclusão dos débitos a que se refere o caput restabelece a adesão ao Prosus e a moratória concedida pelo programa.

Mesmo com essas alterações, o PROSUS continua sem dar solução para todas as finalidades a que ele mesmo se propõe e que estão elencadas no art. 24 da mesma Lei nº 12.873, de 2013, a saber:

I - garantir o acesso e a qualidade de ações e serviços públicos de saúde oferecidos pelo SUS por entidades de saúde privadas filantrópicas e entidades de saúde sem fins lucrativos;

II - viabilizar a manutenção da capacidade e qualidade de atendimento das entidades referidas no art. 23;

III - promover a recuperação de créditos tributários e não tributários devidos à União; e

IV - apoiar a recuperação econômica e financeira das entidades de saúde privadas filantrópicas e das entidades de saúde sem fins lucrativos.

Com as alterações propostas para o PROSUS no PLV nº 22, de 2015, apenas parte das dificuldades enfrentadas pelas entidades será resolvida, a que diz respeito às dívidas no âmbito da Receita Federal do Brasil (SRF) e da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), o que atende à finalidade III e em parte à IV. Ainda assim, trata-se, apenas, de postergar a solução, visto que o Programa simplesmente concede uma moratória de dívidas vencidas no âmbito da SRF e PGFN, pelo prazo de 180 (cento e oitenta) meses.

Outra tentativa foi a criação do Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), de que trata a Portaria nº 3.410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que consistiu em estímulo financeiro às entidades, porém sob rígidos critérios e ancorados na mesma tabela defasada.

Todas essas medidas, de alguma forma, foram adotadas no sentido de contribuir para a solução do problema, mas não foram e não são suficientes diante do enorme déficit orçamentário e operacional enfrentado pelas entidades filantrópicas. Dessa forma, essas medidas não resolveram e não resolverão a grave situação financeira de que estamos falando.

Até mesmo o reajuste da Tabela do SUS, algo que entendemos necessário para a solução definitiva para o desequilíbrio financeiro, se revela insuficiente para a solução da situação atual, visto que não contemplará os enormes prejuízos que a defasagem da tabela já causou a essas entidades.

Anualmente, aumenta a busca desse segmento por financiamento de capital de giro para manter o nível dos atendimentos. Esse endividamento ocorre, na sua maioria, junto a bancos comerciais com taxas de juros insuportáveis para a atividade que os hospitais exercem.

Considerando apenas a operação de crédito Caixa Hospitais, em 2008, as instituições filantrópicas tomaram R$ 390,6 milhões para capital de giro, contra R$ 834,5 milhões em 2009 (+113,6%). Atualmente, informações da Caixa Econômica Federal indicam que essa linha de crédito já financia perto de R$ 6 bilhões a esses hospitais, na condição de consignados dos recebíveis do SUS.

Trata-se, portanto, de uma situação inédita em que os hospitais sem fins lucrativos (filantrópicos) vêm sistematicamente financiando parte do Sistema Único de Saúde (SUS), situação insustentável e que representa sérias ameaças sobre a sobrevivência dessas instituições a curto e médio prazos.

Só para se ter uma ideia dessas ameaças e do cenário altamente preocupante, podemos citar alguns dados divulgados pela Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB. Dos 480 mil postos de trabalho disponibilizados pelo segmento, cerca de 8,3% deles serão fechados até o final do ano, gerando nada menos do que 39.840 demissões. Dos quase 2.100 estabelecimentos hospitalares existentes, 10,4% (218) estarão encerrando suas atividades ou sendo assumidos pelas prefeituras locais, a maioria em municípios de até 30 mil habitantes e onde se constituem no único recurso de saúde. Serão diretamente atingidos perto de 6,5 milhões de habitantes.

Além disso, estima-se que 11.000 leitos serão fechados, além de outros 8.300 desativados, na tentativa de se diminuir o prejuízo anual. Com essas medidas o acesso da população brasileira aos serviços ofertados pelo SUS ficará muito comprometido e com tendências de se agravar, caso não se adotem medidas saneadoras a curtíssimo prazo.

Nesse contexto, o financiamento parece ser o caminho para equacionamento dos déficits passados. E é exatamente isso que os hospitais tem feito, contraído empréstimos e aumentado, ainda mais, o seu endividamento, colocando em risco a própria existência dessas instituições.

De fato, a dívida total das Santas Casas saltou de R$ 1,8 bilhão em 2005, para R$ 5,9 bilhões em 2009, e R$ 11,2 bilhões em 2011. Em 2015 já ultrapassou a cifra de R$ 21,6 bilhões, dos quais R$ 12 bilhões com o sistema financeiro, em sua maioria constituída de dívida nova para rolar dívida velha.

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

O financiamento obtido termina servindo mais para rolagem da dívida. Os recursos liberados pela Caixa e pelo BNDES não têm sido suficientes e não atendem por não oferecer as condições adequadas.

A título de exemplo, podemos citar aqui informações do próprio BNDES. De acordo com relatório disponível no seu sítio na internet, do total de desembolsos nos últimos dez anos (desde 2005), da ordem de R$ 690 bilhões, R$ 254 bilhões foram celebradas em condições especialíssimas, com taxas de juros menores ou iguais a 2% a.a., dos quais R$ 12 bilhões se referem a operações com taxas de juros “zero”.

Do total de desembolsos desse período, apenas 0,5% (meio por cento), R$ 3,5 bilhões, foram alocados para Comércio e Serviços/Saúde e Serviço Social, a maioria para construção, reforma, ampliação, modernização e implantação de hospitais, com taxas de juros média de 2,9% a.a., prazo médio de carência de 19 meses e prazo médio de amortização de 57 meses.

Nesse montante estão incluídas operações para reestruturação do endividamento bancário relativo ao setor saúde no âmbito do programa de fortalecimento e modernização das entidades filantrópicas integrantes do SUS e saneamento financeiro de hospitais, nos Estados de São Paulo (R$ 46 milhões) e do Paraná (R$ 84,1 milhões). Esse total (R$ 130,1 milhões) equivale a ínfimos 0,0188% do total de operações no período, ou 3,7% das operações totais da rubrica Comércio e Serviços/Saúde e Serviço Social.

O baixo número de operações se deve ao alto custo financeiro. As operações do BNDES SAÚDE, por exemplo, destinado à reestruturação financeira das instituições de saúde, tem custo anual da ordem de 15,88%.

Apesar dessa modesta contribuição do BNDES, o fato é que ela não contempla a maioria das entidades espalhadas pelo país, que continuam enfrentando sua maior crise financeira.

Nossa proposta é no sentido mais amplo, o de criar um Programa de Financiamento Preferencial destinado às Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Filantrópicos, denominado PRO-SANTAS CASAS, não somente no âmbito do BNDES, mas no âmbito de todas as instituições financeiras oficiais federais e sem intermediações.

Para tanto, propomos que as instituições financeiras oficiais federais criem linhas de crédito com essa finalidade em duas modalidades, para reestruturação patrimonial e para capital de giro.

A ideia é que, nessas operações, a União conceda subvenção econômica às instituições financeiras, sob a forma de equalização de taxas de juros, em duas modalidades distintas: crédito para reestruturação patrimonial, com taxa de juros de 0,5% a.a. (meio por cento ao ano), prazos mínimos de carência de 2 (dois) anos e de amortização de 15 (quinze) anos; e crédito para capital de giro, com taxa de juros correspondente à TJLP, prazos mínimos de carência de 6 (seis) meses e de amortização de 5 (cinco) anos.

A equalização de taxas de juros já é bastante conhecida no país e utilizada como instrumento de promoção e incentivo em vários setores, como por exemplo, no setor agrícola e de inovação tecnológica, além do fomento das exportações de bens de capital e outros.

A equalização será limitada à diferença entre o custo de captação da instituição credora e a taxa de juros contratada (0,5% ou TJLP, conforme o caso), e o limite de crédito passível de equalização é o equivalente a doze meses de recebimentos do Sistema Único de Saúde ou ao valor do saldo devedor de operações financeiras existentes na data da contratação, o que for menor, obedecidos os limites e normas operacionais a serem baixados pelo Conselho Monetário Nacional quanto a custos de captação e de aplicação de recursos.

Propomos, também, que a cobrança de quaisquer outros encargos financeiros fique limitada a 1% a.a. (um por cento ao ano) incidente sobre o saldo devedor da operação e que as operações sejam realizadas diretamente pelas instituições financeiras oficiais federais, sem qualquer intermediação.

Além disso, incluímos dispositivo estabelecendo que as instituições beneficiárias do PRO-SANTACASAS deverão apresentar plano de reforma administrativa a ser implementada no prazo de dois anos contados da assinatura do contrato, a fim de contribuir, de forma decisiva, para o completo saneamento da instituição.

Finalmente, incluímos um limite para o montante de recursos a serem destinados a título de subvenção econômica, de R$ 2 bilhões, a serem consignados no Orçamento Geral da União do exercício seguinte ao da aprovação da lei e nos quatro exercícios seguintes.

A esse respeito, é importante ressaltar que os valores consignados no orçamento, embora concedidos a título de subvenção econômica via equalização de taxa de juros, não pode e não deve ser entendido simplesmente como pagamento de juros. Na prática, os prejuízos causados pelo SUS às entidades por obrigá-las a prestar um serviço por um preço inferior aos seus custos, superam, em muito, os recursos que ora proponho sejam alocados via Orçamento Geral da União para cobrir a equalização. Nosso entendimento, nesse aspecto, é o de que os recursos alocados devem ser considerados e interpretados como um investimento na área de saúde por todos os motivos já expostos.

Assim, esperamos estar contribuindo para a solução dessa grave crive enfrentada pelas entidades filantrópicas que atuam na área da saúde, principalmente as Santas Casas, evitando o agravamento da crise e o fechamento de muitas delas.

Pelo exposto, contamos com o apoio dos nobres pares no sentido da aprovação da presente proposta.

Sala das Sessões,

Senador **JOSÉ SERRA**

LEGISLAÇÃO CITADA

Constituição de 1988 - 1988/88
parágrafo 1º do artigo 199
Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 - LEI ORGANICA DA SAUDE - 8080/90
Lei nº 12.873, de 24 de outubro de 2013 - 12873/13
parágrafo 2º do artigo 37
Lei nº 12.996, de 18 de junho de 2014 - 12996/14
artigo 2º
Medida Provisória nº 685, de 21 de julho de 2015 - 685/15

(Às Comissões de Assuntos Sociais; e de Assuntos Econômicos, cabendo à última decisão terminativa)