

OS
CAMINHOS DA
REFORMA
PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

37

saúde

EM DEBATE

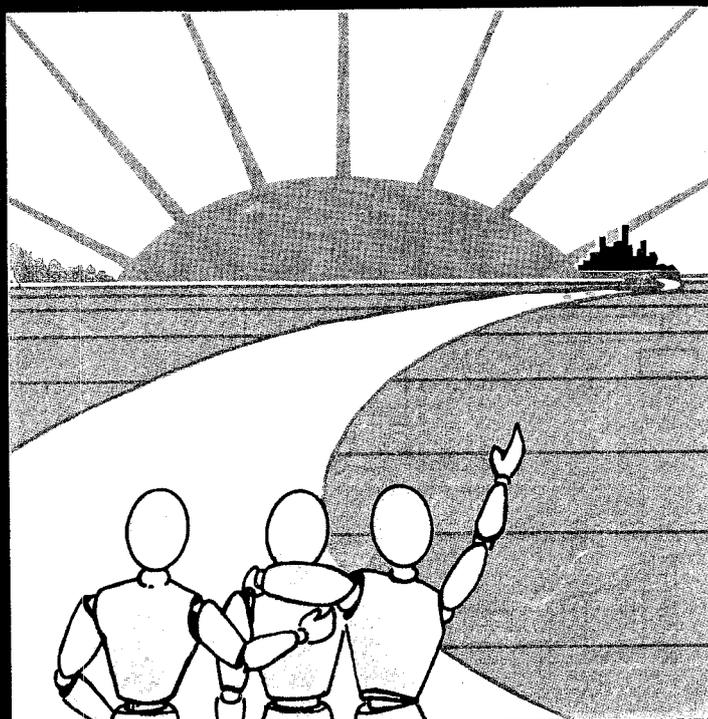
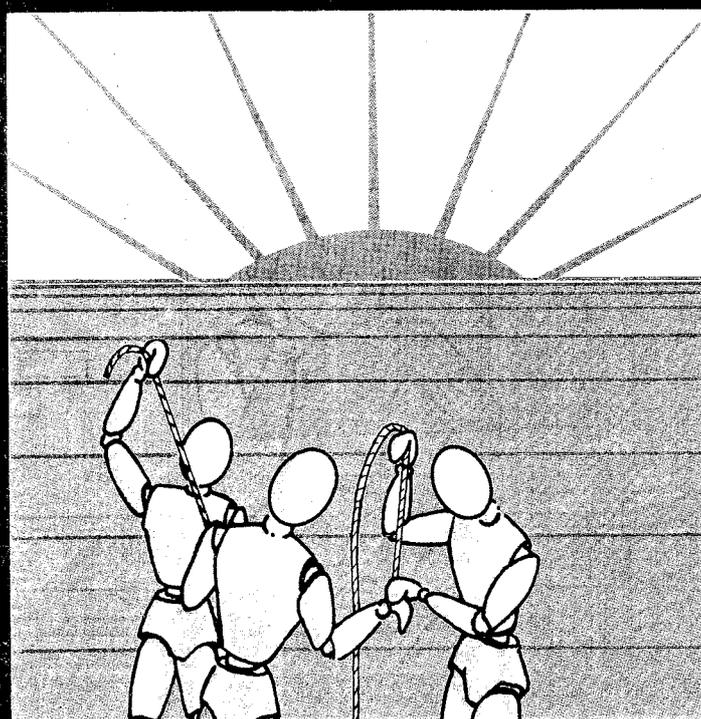
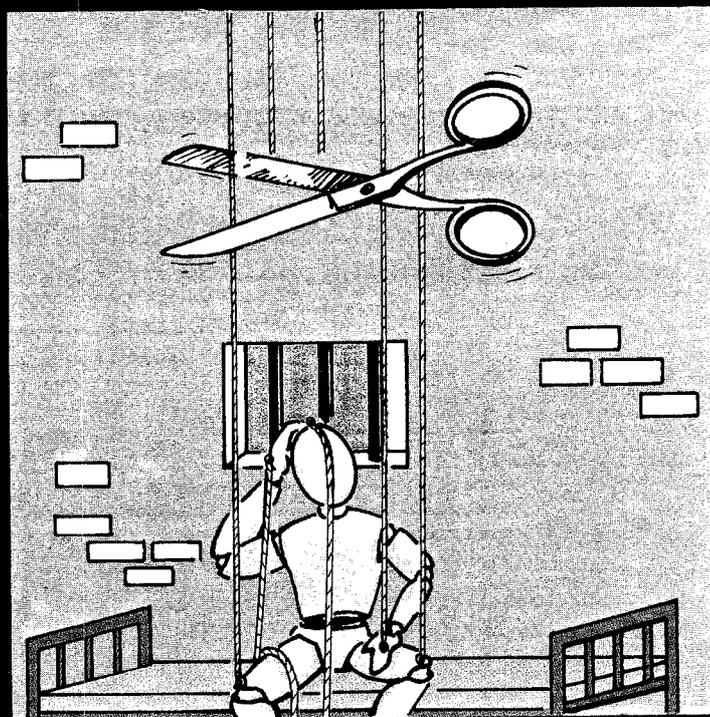
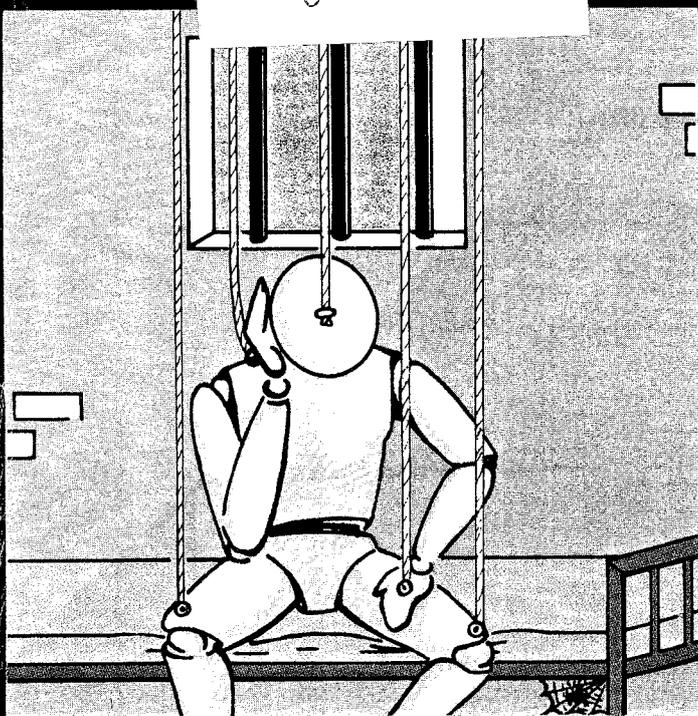
REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

DEZEMBRO / 92

ISSN 0103-1104

Autófo
Jeuir

Cebias



ASPECTOS DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS: SEGURO SAÚDE E OUTRAS MODALIDADES DE MEDICINA SUPLETIVA (*)

Lenir Santos(**)

Objetivo: Regulamentação, pelo Conselho Nacional de Saúde, de algumas fontes de recursos do SUS, visando preservar os princípios da organização do Sistema e garantir a uniformidade de aplicação da legislação sanitária.

Considerando a importância da atuação do CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde na adequada implementação do Sistema Único de Saúde, e tendo em vista a necessidade de pontuação dos aspectos jurídicos de algumas questões básicas no campo do financiamento e da prática do SUS, em consonância com os preceitos constitucionais e da Lei Orgânica da Saúde, encaminhei ao CONASEMS e ao CONASS o presente trabalho, sujeito, ainda, a aperfeiçoamento e estudos mais aprofundados.

Este estudo inicial - na linha do que já tive a oportunidade de apontar em trabalhos anteriores e em várias reuniões técnicas no Ministério da Saúde e na recente IX Conferência Nacional de Saúde, e do que já foi, incidentalmente,

avaliado e discutido por Dirigentes do SUS, levanta, de modo particularizado, as implicações jurídicas de algumas alternativas de captação de recursos adicionais no âmbito do SUS, e propõe fórmulas e mecanismos legalmente aceitáveis de obtenção de renda eventual (ou para evitar prejuízos ou aumento dos ônus do Serviço Público), sem violação dos princípios que informam a organização e o desenvolvimento do SUS.

O estudo tem em vista, em última instância, o Conselho Nacional de Saúde, órgão competente para normatizar, complementarmente e operativamente, e em âmbito nacional, o SUS.

Ressalva-se, entretanto, com base no que dispõe o artigo 24, Parágrafos 1o., 2o., 3o. e 4o. da Constituição Federal, que, na hipótese de o Conselho Nacional de Saúde, deixar de regular a matéria aqui tratada, além de um tempo

(*) Trabalho encaminhado ao CONASEMS e CONASS, em 19.10.1992, sob a forma de Indicação para estudos.

(**) Procuradora da Autarquia da UNICAMP e membro do Núcleo de Pesquisa em Direito Sanitário da USP e do Centro de Estudos e Pesquisas em Direito Sanitário.

razoável, os Estados, o DF e os Municípios poderão exercer a sua competência legislativa plena para atender a suas peculiaridades, até a superveniência das normas gerais baixadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

É imperativo realizar o SUS, de acordo com a Constituição e a Lei Orgânica da Saúde!

Preliminarmente, esclareço que a competência para a regulação das ações e serviços de saúde, sejam as realizadas pelo Poder Público ou pelo setor privado, é do poder Público.

É o art. 197 da Constituição da República quem o diz:

São de relevância pública as ações e os serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre a sua regulação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Por seu turno, reza a Lei Orgânica da Saúde, em seus artigos 1o. e 15, XI:

Art. 1o. esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e os serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública.

Por outro lado, considerando que compete ao Ministério da Saúde - nos termos da organização pública federal - cuidar das ações e serviços de saúde e traçar a política nacional de saúde, seria ele o órgão competente para regular, no âmbito nacional e na área federal, ou propor a normatização das atividades de saúde.

É o que dispõe a Lei 8.028, de 12.4.1990 - que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios - compete ao Ministério da Saúde: a) política nacional de saúde; b) atividades médicas e paramédicas; c) ação preventiva na área da saúde, vigilância sanitária nas fronteiras, nos portos e aeroportos; d) controle de drogas, medicamentos e alimentos; e) pesqui-

sas médico-sanitárias (art. 19, IV).

Portanto, entendemos que o seguro-saúde, hoje regulado no âmbito da SU-SEP, deveria passar, em face da Constituição Federal e da LOS, para o âmbito do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde.

Encerrada essa preliminar, de fundamental importância no campo das competências, passo à análise de cada uma das questões aqui mencionadas que, aliás, foram suscitadas por GUIDO IVAN DE CARVALHO em breve documento anterior encaminhado ao CONASEMS E CONASS.

“É imperativo realizar o SUS, de acordo com a Constituição e a Lei Orgânica da Saúde!”

SEGURO-SAÚDE E OUTRAS MODALIDADES DE MEDICINA SUPLETIVA: RESSARCIMENTO DE DESPESAS A ÓRGÃOS E ENTIDADES PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR

a) A forma de constituição das entidades jurídicas que tem por fim explorar o seguro-saúde.

O Código Civil, em seu artigo 16 define:

Art. 16. São pessoas jurídicas de direito privado:

I - as sociedades civis, religiosas, pias, morais, científicas ou literárias, as associações de utilidade pública e as fundações;

II - as sociedades mercantis.

Parágrafo 1o.) As sociedades mencionadas no n. I só se poderão constituir por escrito, lançado no registro geral (art. 20, Parágrafo 2o.), e reger-se-ão pelo disposto a seu respeito neste Código, Parte-Especial.

Parágrafo 2o.) As sociedades mercan-

tis continuarão a reger-se pelo estatuído nas leis comerciais.

Art. 22. Extinguindo-se uma associação de intuítos não econômicos, cujos estatutos não disponham quanto ao destino ulterior dos seus, e não tendo os sócios adotado a tal respeito deliberação eficaz, devolver-se-á o patrimônio social a um estabelecimento municipal, estadual ou federal, de fins idênticos ou semelhantes.

Parágrafo único. Não havendo no Município ou no Estado, no Distrito Federal ou no Território ainda não constituído em estado, em que a associação teve sua sede, estabelecimento nas condições indicadas, o patrimônio se devolverá à Fazenda do Estado, do Distrito Federal, ou à da União.

Art. 23. Extinguindo-se uma sociedade de fins econômicos, o remanescente do patrimônio social dividir-se-á entre os sócios ou seu herdeiros.

Nos termos do Código Civil são duas as espécies de sociedades: as de intuito não econômico e as de fins econômicos.

As sociedades mercantis regem-se pelo estatuído nas leis comerciais; as demais, pelo Código Civil.

O nascimento de uma entidade de natureza não econômica abre-lhe as portas para o gozo de isenções e imunidades de impostos, taxas, contribuições sociais, etc.

A Constituição da República, em seu artigo 150, IV, c, estatui que é vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios instituir impostos sobre o patrimônio, renda ou serviços das instituições de educação e de assistência social, sem fins lucrativos, **atendidos os requisitos da lei.**

Por sua vez, o Código Tributário nacional (art. 14) subordina essa imunidade tributária aos seguintes requisitos: I - não distribuírem qualquer parcela de seu patrimônio ou de suas rendas, a título de lucro ou participação no seu resultado; II - aplicarem integralmente, no País, os seus recursos na manutenção dos seus objetivos institucionais; III - manterem escrituração de suas rendas e despesas em livros revestidos de formalidades capazes de assegurar sua exatidão.

Vê-se, assim, ser muito fácil criar uma entidade de assistência social, como sendo sem intuito de lucro, para

gozar do benefício do não pagamento de impostos, uma vez que é amplo, vago e ainda indefinido o conceito de assistência social. Como exemplo pode-se citar a Golden Cross e o Hospital Albert Einstein, que são entidades constituídas como *sem fins lucrativos* e por isso não pagam impostos e estão isentas de determinadas contribuições.

Dentre os benefícios, existe o não recolhimento da contribuição social devida pelo empregador sobre a folha de pagamento. É a Lei 8.212/91 que estabelece uma série de requisitos que, se forem atendidos, torna isenta a entidade sem fins lucrativos desse encargo.

Outras normas existem, estaduais e municipais, que isentam essas entidades do pagamento de outros tributos.

Ao lado das entidades sérias, muitas existem que não praticam, em hipótese alguma, a assistência social, no sentido de oferecer, aos mais necessitados, o amparo necessário e, não obstante, gozam de isenções e benefícios diversos em detrimento da própria Sociedade que abriu mão de parcela de tributos arrecadáveis para receberem em troca serviços de interesse público.

Em artigo publicado no jornal *O Estado de São Paulo*, em 21.03.90, GUIDO IVAN DE CARVALHO mencionou:

É fundamental rever os aspectos salientes da relação das instituições privadas que auxiliam os Poderes Públicos na obra do bem comum, como estes: a) o sentido da norma constitucional, que garante imunidade de impostos às instituições de assistência social sem fins lucrativos; b) a necessidade de aperfeiçoamento da legislação ordinária no tocante aos requisitos para o gozo da imunidade tributária e outros favores fiscais e incentivos, de modo a evitar, por exemplo, que dirigentes não remunerados pelo desempenho de cargos nessas instituições exerçam atividade altamente lucrativa no âmbito da entidade ou dela se sirvam de mil formas, ou que a entidade permaneça "fechada" na sua administração e no seu corpo associativo ao ingresso e à participação de outras pessoas interessadas, ou, ainda, (e isto é o mais comum no caso de hospitais ditos "sem fins lucrativos") que cobrem preços extorsivos de qualquer paciente e se deixe o indivíduo carente na fila de

ilusória filantropia;... e) a exata conceituação de entidade sem fins lucrativos e entidade filantrópica, a fim de qualificá-las para o gozo de imunidade de impostos e concessão de benefícios fiscais, auxílios e subvenções e sujeitá-las a efetivo controle finalístico e operativo...

É necessário, pois, que o Conselho Nacional de Saúde adote duas medidas: a) definir o que seja a *parceria* das entidades filantrópicas e das sem fins lucrativos prevista na Lei Orgânica da Saúde; e b) propor o aperfeiçoamento da legislação (lei ou decreto) no sentido do rigor na conceituação e fiscalização das entidades que não têm intuito eco-

"A Golden Cross e o Hospital Albert Einstein, são entidades constituídas como sem fins lucrativos, por isso não pagam impostos"

nômico e gozam de isenções e benefícios fiscais sem nenhum retorno de valor social. Não basta a entidade ser nominalmente *sem fins lucrativos*. É necessário que ela tenha finalidade pública, atenda ao interesse público, de forma objetiva, transparente, e por isso suscetível de acompanhamento, avaliação e controle público.

b) A utilização, pelo cidadão que tem seguro-saúde, dos serviços públicos de assistência médico-hospitalar.

É com grande frequência que o cidadão possuidor de um seguro-saúde utiliza serviços médico-hospitalares sem que a seguradora reembolse o Serviço Público.

Esta questão, já abordada no documento aqui mencionado, até hoje não foi aprofundada pelos dirigentes públicos dos SUS, mas tem sido objeto de muitas conjecturas e discussões, embora ninguém tenha enfrentado esse tema

com a profundidade que merece.

O seguro-saúde foi instituído no Brasil pelo Decreto-Lei n.º 73, de 21.11.66 (art. 129). este Decreto-Lei veio disciplinar o seguro em geral, dispondo sobre o Sistema Nacional de Seguros privados, excluindo, das suas disposições, os seguros do âmbito da Previdência Social. Foram criados, na ocasião, o Conselho Nacional de Seguros Privados e a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), autarquia jurisdicionada ao Ministério da Indústria e Comércio.

O seguro-saúde foi instituído com o fim de dar cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar.

Na realidade, o seguro-saúde veio atender aos reclamos de segmentos da Sociedade, que queriam escolher livremente o seu médico, o seu hospital, o seu laboratório, etc. com as qualificações e a presteza desejadas dos serviços de saúde. O indivíduo quer ter liberdade para escolher o serviço que lhe convém, e a seguradora o reembolsa dos gastos.

É o princípio da *livre escolha* que não existe no Serviço Público de saúde no Brasil, embora exista em outros países, como a França.

O artigo 130 do mencionado Decreto-Lei definiu o seguro-saúde do seguinte modo: *A garantia do Seguro-Saúde consistirá no pagamento em dinheiro, efetuado pela Sociedade Seguradora, à pessoa física ou jurídica prestante da assistência médico-hospitalar ao segurado.*

E o artigo 133 trata da vedação, às Sociedades Seguradoras, de acumular assistência financeira com assistência médico-hospitalar.

Já o artigo 135 regula as entidades organizadas sem objetivos de lucro, por profissionais médicos e paramédicos ou por estabelecimentos hospitalares, que visem a institucionalização de suas atividades para a prática da medicina social e para a melhoria das condições técnicas e econômicas dos serviços assistenciais. (As cooperativas médicas, medicina de grupo, etc.)

Como se pode observar, o seguro-saúde consiste no pagamento em dinheiro, à pessoa física ou jurídica **prestante** da assistência médico-hospitalar, do serviço prestado ao segurado, significando isso a *livre escolha*, pelo segurado, do profissional ou serviço de

saúde do seu interesse bem como o conseqüente reembolso da despesa efetuada.

Ora, se o segurado escolhe, contingencialmente (em caso de acidentes) ou por sua livre vontade, um serviço público, a seguradora estaria obrigada a reembolsar o Serviço Público dos gastos efetuados com aquele paciente, sob pena de enriquecimento ilícito.

A obrigatoriedade do reembolso está diretamente ligada ao atendimento do segurado, não podendo distinguir entre serviço público ou privado. O que deve ser perquirido é somente um ponto: se o segurado obteve assistência médico-hospitalar, não importando onde nem por quem. É irrelevante a indagação se o serviço era público ou privado, a indagação deve restringir-se a saber se o indivíduo era possuidor de um seguro-saúde e se obteve atendimento médico-hospitalar.

O cidadão nada tem a ver com essa cobrança, ou com essa relação de atendimento-reembolso. Isto deve se dar no âmbito da relação Seguradora-Entidade Prestadora do Serviço.

Tal procedimento em nada interfere com o direito do cidadão de ser atendido gratuitamente nos serviços públicos de saúde. A questão do reembolso diz respeito à seguradora, e não ao cidadão.

Esta questão está diretamente ligada com a livre escolha. Na medida em que se restringe a livre escolha e o conseqüente reembolso, dificulta-se a solução para este problema. Mas este fato tem que ser enfrentado pelo SUS, já que não se pode permitir o enriquecimento ilícito das seguradoras de serviços de saúde à custa do dinheiro público. Utilizando-se o cidadão de um serviço público, a seguradora deveria reembolsar imediatamente o órgão ou entidade pública que prestou assistência, gratuitamente, ao seu Segurado, mas teve um custo para a Sociedade.

Lembramos que as questões acima tratadas referem-se também às demais modalidades denominadas supletivas, como a medicina de grupo, as cooperativas médicas, a autogestão e outras.

O assunto foi tratado na obra *Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde* (Editora Hucitec),

em co-autoria com GUIDO IVAN DE CARVALHO, nos seguintes termos:

c) o elenco restrito dos serviços cobertos pelo seguro-saúde privado, os prazos de carência para efetivação da cobertura em determinadas hipóteses e o tempo de internação coberto pelo seguro, diante dos princípios e diretrizes adotados pelo SUS.

Considerando, então: 1) a variedade de "políticas" adotadas em órgãos e serviços do SUS no tocante aos pacientes que têm seguro-saúde, e 2) a ausência de uma orientação uniforme e geral apta a compatibilidade, neste particular, a assistência universal, igualitária e gratuita com a situação da entidade seguradora privada que recebe o prê-

“Se o segurado escolhe, contingencialmente (em caso de acidentes) ou por sua livre vontade, um serviço público, a seguradora estaria obrigada a reembolsar o Serviço Público”

mio do seguro não tendo, em muitos casos, o ônus da cobertura integral (transferida, na prática, para o SUS), sugerimos que a Direção Nacional do SUS - competente para expedir normas gerais em matéria de proteção e defesa da saúde, válidas tanto para o SUS quanto para a iniciativa privada - adote duas providências básicas, ouvindo o Conselho Nacional de Saúde;

1o.) preliminarmente (mediante consultas e entendimentos com o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNPS e a Superintendência de Seguro Privado - SUSEP), que coordene uma solução integrada para o problema do seguro-saúde e o seguro grupal de reembolso de despesas de assistências médica e hospitalar, sua efetivação no âmbito do SUS, quando a cobertura dos riscos de assistência médico-hospitalar for dada pela rede SUS;

2o.) que estabeleça as diretrizes pertinentes ao ingresso do seguro-saúde no

elenco dos recursos de outras fontes de financiamento do SUS (rendas eventuais), de modo a harmonizar quatro fatores essenciais: a liberdade da iniciativa privada na prestação de assistência à saúde (e, conseqüentemente, de firmar contratos de seguro-saúde ou seguro grupal de reembolso de despesas), com o acesso universal e gratuito aos serviços públicos de saúde, a liberdade dos cidadãos de ter seguro privado de saúde e a vedação legal de enriquecimento da pessoa natural ou jurídica, motivado pela exoneração de um encargo livremente assumido e contingencialmente não cumprido às suas expensas.

E nunca é demais insistir que este fato não viola o princípio da gratuidade, o direito do cidadão à saúde (direito público subjetivo), pois, repetimos, o reembolso deve ser feito pela seguradora e não pelo cidadão. Ao cidadão compete, apenas, declarar ser possuidor de um seguro-saúde. Esta declaração o torna *paciente especial*, ou *diferenciado*, com regalias como o atendimento prioritário ou preferencial. O indivíduo deverá ser atendido no Serviço Público como qualquer outro, uma vez que a Constituição garante o *acesso igualitário*. É o princípio da insonomia.

c) As restrições - cada vez maiores - que as seguradoras fazem na prestação de serviços.

Esta questão também tem a ver com a livre escolha.

Ora, isto cada vez mais se torna uma utopia, pois as entidades seguradoras vêm restringindo drasticamente a livre-escolha, que na realidade vem deixando de existir, pois os planos de saúde inibem essa escolha ao exigir que o segurado somente utilize serviços previamente cadastrados ou serviços próprios. Cada vez mais surgem entidades que, ao invés de explorar o seguro-saúde, criam serviços próprios de saúde, obrigando o seu usuário-segurado a só usar desses serviços, escamoteando e deturpando o princípio da livre-escolha, morte do seguro-saúde. Assim, o que deu origem ao seguro-saúde, começa a não mais existir e ninguém está se preocupando em tocar neste ponto crucial.

Não se deve esquecer que é vedado às seguradoras acumular assistência financeira com assistência médico-hospitalar.

tem que passar para o âmbito do Ministério da Saúde.

Outra questão, também de grande importância, é a que se refere ao ressarcimento de serviços de saúde que o Poder Público possa prestar a outra entidade jurídica, pública ou privada.

Existem situações em que um Estado ou Município, por não possuir serviços públicos de saúde, utiliza-se, freqüente ou diariamente, de serviços de outra esfera de governo. Está até previsto na Lei Orgânica da Saúde como um dos critérios para a divisão dos recursos públicos da saúde (art. 35,

VII da Lei 8.080/91).

É necessário que a esfera de governo beneficiada - por não contar com serviços próprios de complexidade compatível com o seu nível - reembolse o órgão público prestador dos serviços de saúde. Aqui, devem-se tomar as devidas cautelas para não ferir os princípios da hierarquização dos serviços, uma vez que serviços de determinada complexidade devem realmente ser prestados por hospitais terciários ou quaternários, sem que isto mereça qualquer tipo de reembolso por parte do outro gestor. (Aqui é necessário lembrar que enquanto o Serviço Público de saúde continuar sendo remunerado por **produção**, sendo tratado como se fora um prestador de gestor nacional (MS-INAMPS) esta situação deixa de fazer sentido, uma vez que, na medida em que alguém produz, este alguém fatura para o INAMPS e recebe a cota correspondente. Este reparo cabe somente quando as contrapartidas financeiras federal,

estadual e municipal entrarem em processo de definição, o que ainda não aconteceu).

Não se pode deixar de considerar, também, a possibilidade de o órgão público prestador de serviços de saúde conveniar com pessoa jurídica do setor privado, ou com o próprio setor público, com vistas à permuta de ações e serviços de saúde.

É uma medida ditada pelo princípio da racionalização dos serviços e economia de meios.

Aquilo que sobra em um serviço e falta em outro seria objeto de troca, permuta, ou até mesmo de ressarcimento dos custos.

Essa modalidade convencional cooperativa ajudará na racionalização dos serviços públicos, sendo instrumento para sua melhoria.

COMUNICADO

Registramos com profundo pesar o falecimento de DOWER MORAES CAVALCANTE, ocorrido em novembro/92.

Cebeano, companheiro de luta pela Reforma Sanitária Brasileira, exercia o cargo de coordenador do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva do Ceará.

Diretoria Nacional