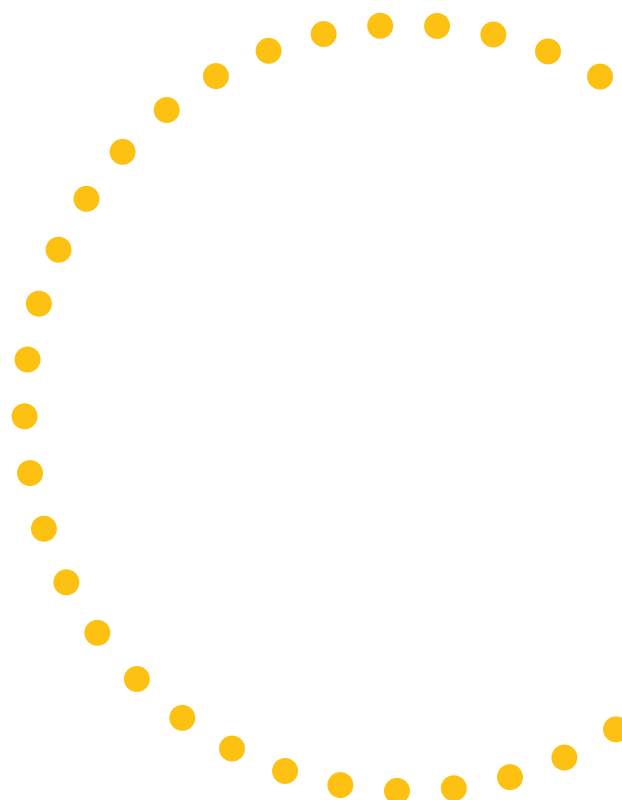
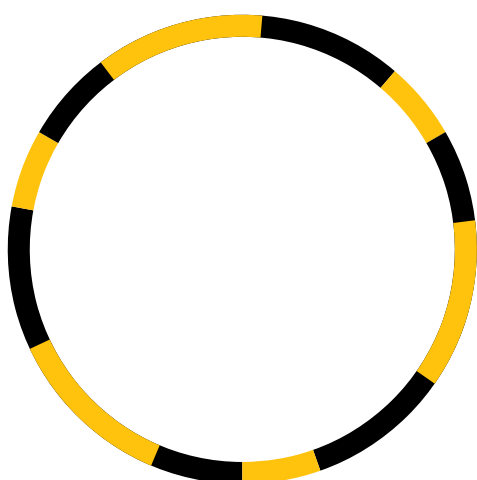




3



Subsídios ao setor privado de saúde no Brasil



1

2

3

4

5

6

7

8

9



IEPS

Instituto de Estudos
para Políticas de Saúde

UMANE

Subsídios ao setor privado de saúde no Brasil

AUTORES

Marcella Semente (IEPS)

Victor Nobre (IEPS)

OUTUBRO 2024



REALIZAÇÃO

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde
Umane

APOIO

National Institute for Health and Care Research (NIHR)

COORDENAÇÃO

Rudi Rocha

REVISÃO TÉCNICA

Leonardo Rosa, Helena Arruda,
Vinicius Peçanha, Paulo Chapchap

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Fábrica de Ideias Brasileiras

AGRADECIMENTOS

Este projeto recebeu comentários e críticas de oficinas com especialistas e representantes da academia, do governo e de entidades do setor privado e da sociedade civil. Agradecemos a todas as pessoas que contribuíram para este trabalho.

CREATIVE COMMONS

Permitida a reprodução sem fins lucrativos, parcial ou total, por qualquer meio, se citados a fonte e os Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e Umane como instituições responsáveis.

IEPS.ORG.BR | UMANE.ORG.BR



Sumário

	Apresentação	6
	Sumário Executivo	7
3.1	Introdução	9
3.2	Dados e métodos	11
3.3	Gasto tributário federal em saúde	13
3.4	Outras formas de financiamento público da saúde privada	29
3.5	Discussão	38
3.6	Considerações finais	44
	Referências	45
	Anexos	48



**IEPS**Instituto de Estudos
para Políticas de Saúde**SUBSÍDIOS AO SETOR PRIVADO DE SAÚDE NO BRASIL**

Biografia dos autores

MARCELLA SEMENTE

Analista de Relações Institucionais do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). Doutoranda em Demografia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), mestra em População, Território e Estatísticas Públicas, especialista em Gestão de Programas e Projetos Sociais, graduanda em Estatística e formada em Comunicação Social e Jornalismo pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Foi assistente de pesquisa no IPEA e analista de dados na Gênero e Número.

VICTOR NOBRE

Assistente de Relações Institucionais do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). Mestrando em Administração Pública e Governo pela Fundação Getúlio Vargas (FGV/EAESP) e bacharel em Economia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Foi bolsista PIBIC-UFRJ na área de Mercado de Trabalho e pesquisador voluntário no Manchetômetro-IESP-UERJ. Áreas de interesse incluem economia da saúde, análise de dados, políticas públicas e economia do crime.



Apresentação

Este estudo faz parte da pesquisa Setor Privado e Relações Público-Privadas da Saúde no Brasil: Em Busca do Seguro Perdido, resultado de uma parceria entre o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e a Umame, que apresenta um panorama inédito e profundo sobre o setor privado de saúde no Brasil e suas relações com o setor público.

Ao todo, a pesquisa reúne nove estudos que abordam aspectos fundamentais do setor privado em saúde. Os diagnósticos foram construídos ao longo de um ano de trabalho e contou com a colaboração de pesquisadores e autoridades públicas em oficinas de discussão, entrevistas e análise de dezenas de bases de dados.



Sumário Executivo

Neste capítulo, caracterizamos os subsídios fiscais da União ao setor privado de saúde e analisamos sua evolução recente. Esses gastos cresceram expressivamente nos últimos anos e equivalem a uma parcela cada vez maior do orçamento federal para a saúde. Em 2024, a previsão é de que a União deixe de arrecadar R\$ 77,9 bilhões por conta destes subsídios. Adicionalmente, analisamos a dívida relativa ao ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) – dos custos dos procedimentos realizados no SUS em beneficiários cobertos por planos de saúde – e os custos envolvidos no fenômeno de judicialização da saúde.

O gasto tributário em saúde é majoritariamente destinado ao subsídio de despesas médicas (34,6%) declaradas pelos contribuintes do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF) e das despesas com assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados (17,3%) deduzidas do Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ). Em conjunto, esses subsídios são responsáveis por 51,9% do gasto tributário em saúde, ou R\$ 39,9 bilhões. Tais gastos são impulsionados diretamente pelo aumento da frequência de utilização dos serviços de saúde e pelo aumento de seus preços, não tendo sido observado aumento expressivo da população coberta por planos de saúde no período. Planos de saúde correspondem a 75% das despesas médicas declaradas no IRPF e, entre 2011 e 2020, seu crescimento na participação desses gastos foi de 10 p.p, enquanto todas as demais despesas retraíram sua participação. No mesmo período, as despesas com médicos declaradas no IRPF diminuíram em 43%.

Atualmente, R\$1,04 bilhão está inscrito na Dívida Ativa da União relativo ao ressarcimento ao SUS. Houve redução dos valores pagos e crescimento dos valores suspensos judicialmente, pendentes e em parcelamento, entre 2020 e 2022. Neste último ano, os valores suspensos judicialmente responderam por 49% dos valores. Dentre as modalidades de operadoras de planos de saúde, medicina de grupo concentra mais da metade dos procedimentos cobrados, mas responde por 82% dos valores devidos.

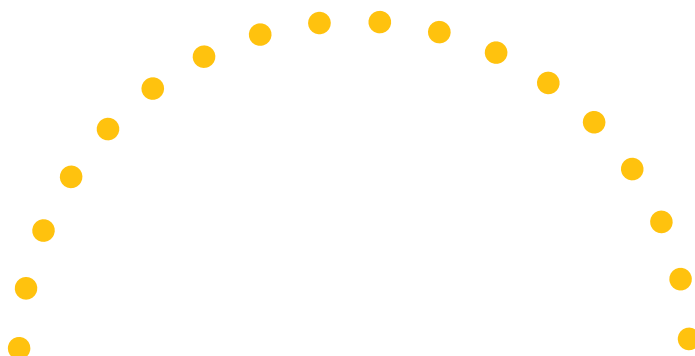
A previsão de recursos destinados pela União às demandas judiciais relativas à saúde para 2021 era de R\$2,04 bilhões. Segundo o Tribunal de Contas da União (TCU), entre 2014 e 2018, a estimativa é de que a União



tenha gasto, em média, R\$1,1 bilhão por ano. Ainda segundo o órgão, o aumento da judicialização da saúde representa um risco à sustentabilidade da prestação de serviços públicos de saúde no contexto do SUS.

O estudo aponta uma lacuna de instrumentos de governança, de avaliação e de revisão sistemática dos gastos tributários. Diferente das despesas diretas do orçamento público, os dispositivos que regem o gasto tributário não atendem a critério semelhante de revisão, atualização ou controle, e alguns deles sequer possuem prazo de vigência. Por essa razão, o aumento dessa despesa foge à capacidade de governança das autoridades administrativas, respondendo automaticamente à demanda de consumo de saúde e aos preços de mercado praticados, de modo predominante, e à oferta de serviços e produtos subsidiados. Além disso, fica evidente que o gasto tributário não está sujeito ao mesmo nível de transparência das despesas diretas, e não permite a identificação dos principais beneficiários e avaliação da efetividade da política de subsídios fiscais.

O aumento contínuo dos valores associados ao gasto tributário em saúde – cujo principal componente não dispõe de limite vinculado e reflete automaticamente à frequência de consumo e preço de mercado – e a decorrente perda de arrecadação por parte da União demandam a discussão premente de medidas para seu arrefecimento e reestruturação. A ausência da arrecadação desses recursos impacta diretamente o financiamento da saúde pública no país.



3.1

Introdução

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Constituição de 1988, o sistema suplementar de saúde passou a conviver com o sistema público. De fato, a rede de serviços de saúde do SUS abrange estabelecimentos privados e filantrópicos conveniados ao SUS, além daqueles de propriedade do setor público. Segundo o Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar (SIB/ANS), atualmente, pouco mais de um quarto da população brasileira tem acesso a planos de saúde; e há ainda o consumo direto de saúde privada (*out of pocket*), isto é, quando o indivíduo realiza o pagamento pela prestação do serviço diretamente ao estabelecimento ou ao profissional de saúde.

De acordo com os dados mais recentes da Conta Satélite do IBGE, o consumo de bens e serviços de saúde no Brasil chegou a 9,7% do Produto Interno Bruto (PIB) em 2021. Desse total, 5,7% foram despesas de consumo de famílias¹, enquanto 4,0% despesas de consumo do governo. Embora a despesa total com saúde no Brasil, como proporção do PIB, seja próxima à média dos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), o gasto público apresenta uma das menores participações.

Parte do gasto público em saúde, no entanto, não é realizado de forma direta ou tampouco tem como finalidade o financiamento, aquisição ou investimento em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). É o caso das despesas indiretas da União realizadas por meio do gasto tributário em saúde, que vêm crescendo sistematicamente (Nobre; Faria, 2022; Ocké-Reis; Gama, 2016). O gasto tributário em saúde compreende isenções fiscais que datam desde a Constituição, como aquelas concedidas a entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos de assistência social e saúde; como deduções fiscais referentes ao consumo de saúde privada – com planos de saúde e despesas médico-hospitalares –, implementadas a partir de meados dos anos 90 e, ainda, subsídios fiscais a medicamentos e produtos químicos e farmacêuticos, criados no início dos anos 2000, dentre outros.

1 Famílias e instituições sem fins de lucro a serviços das famílias (ISFLSF).



Além do gasto tributário em saúde, o Estado ainda é compelido a realizar gastos por meio do que se convencionou chamar de judicialização da saúde – quando indivíduos acionam o Estado na justiça a fim de que ele forneça acesso a medicamentos, materiais, procedimentos ou tratamentos médicos, dentre outros produtos ou serviços de saúde. Esse fenômeno cresce continuamente: segundo Ayres *et al.* (2019), as ações judiciais com reivindicações no tema de saúde cresceram 130% entre 2008 e 2017. Há ainda os valores devidos de ressarcimento ao SUS das despesas que o sistema público de saúde realizou com atendimento a beneficiários de planos privados de saúde. Por fim, há o fornecimento de assistência de saúde suplementar a servidores públicos federais².

A fim de dar visibilidade ao gasto público que se destina ao financiamento do setor de saúde privada no Brasil, este capítulo tem por objetivo reunir, caracterizar e dimensionar os mecanismos pelos quais o Estado, no nível federal, subsidia o setor. Para tanto, este capítulo está dividido em três seções, além desta introdução. A primeira seção analisa a evolução das transferências indiretas na área da saúde via sistema tributário, despesa que constitui a principal forma de financiamento da saúde privada no país; em uma subseção, são discutidas as deduções com despesas médicas no IRPF, item que representa o maior gasto tributário em saúde. A segunda seção trata da judicialização da saúde, no setor público, e do ressarcimento ao SUS das operadoras de planos de saúde por atendimentos prestados aos seus beneficiários. Por fim, discutem-se os principais resultados e as implicações do crescimento e das características do subsídio ao setor de saúde privado.

2 Previsto no Artigo 230 da Lei nº 8.112/1990.

3.2

Dados e métodos

O subsídio ao setor privado de saúde envolve diversos meios de transferência de recursos e, por essa razão, diferentes fontes de dados foram utilizadas neste capítulo. Na primeira seção, sobre gasto tributário em saúde, foram analisados os dados relativos a itens de saúde contemplados por renúncia fiscal entre 2015 e 2024, provenientes dos Demonstrativos dos Gastos Tributários das Bases Efetivas (DGT) de 2016 a 2021, disponibilizados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB). Segundo a RFB, o método utilizado para estimar o gasto tributário no país é o da perda de arrecadação *ex post* – mensuração da perda de arrecadação decorrente da imposição de uma regra desonerativa –, método de cálculo mais utilizado entre os países da OCDE (Brasil, 2023). A principal limitação desse método é que ele não leva em consideração as alterações de comportamento dos contribuintes face à desoneração fiscal.

Na subseção sobre gasto federal direto e indireto em saúde, foram utilizadas as dotações orçamentárias atualizadas dispostas nas Leis Orçamentárias Anuais (LOA), disponibilizadas no Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI), acessados por meio do Sistema de Informação de Planejamento e Orçamento (SIOP). Já na subseção sobre a distribuição espacial do gasto tributário em saúde, a análise ficou restrita às Grandes Regiões do país e ao ano de 2021, pois é o menor nível de desagregação disponibilizado e o último ano com dados consolidados, respectivamente. Para o cálculo do gasto tributário *per capita* por região foram utilizadas estimativas retroprojetadas do tamanho populacional para 2021 obtidas por meio dos Censos Demográficos de 2010 e 2022.

Na subseção sobre deduções com despesas médicas no Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF), os dados foram obtidos das bases da Declaração do Imposto de Renda da Pessoa Física (DIRPF) e das bases de Distribuição de Renda por Centis classificadas segundo a Renda Tributável Bruta, disponibilizadas pelo Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros (Cetad) da Receita Federal.

Na segunda e última seção, para a análise do fenômeno conhecido como judicialização da saúde, foram utilizadas informações da Base Nacional



de Dados do Poder Judiciário (DataJud), que reúne dados dos Tribunais de Justiça estaduais e do Distrito Federal, Regionais Federais, Eleitorais, Militares e Superiores. E, por fim, a análise da dívida ativa, oriunda do não ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde, foi realizada a partir dos dados disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS/MS).

Foram utilizadas ainda estatísticas da Conta Satélite de Saúde do IBGE. Em todos os resultados, os valores foram reportados em valores correntes de dezembro de 2023, utilizando o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). A principal limitação deste estudo reside na variedade de fontes de dados a que se foi necessário recorrer devido à fragmentação das formas de financiamento público e, consequentemente, nos diferentes períodos de análise dos dados, selecionados de acordo com sua disponibilidade e precisão³.

Além disso, o estudo também ficou restrito ao subsídio à saúde privada no nível federal, devido à inviabilidade de abranger estados e municípios sem um sistema integrado de informações fiscais, no caso do gasto tributário, e de informações mais detalhadas, no caso da judicialização. No entanto, enquanto ente federativo, é a União quem apresenta a maior capacidade de arrecadação e, portanto, o maior volume de renúncias. De modo semelhante, embora o DataJud reúna informações de tribunais estaduais, regionais e federais, não existe um sistema integrado que consolida e disponibiliza os valores movimentados pelas ações judiciais, e as estimativas dependem sobremaneira de relatórios pontuais. Adicionalmente, os órgãos governamentais não apresentam relatórios periódicos com o detalhamento do gasto total do Ministério da Saúde com a judicialização da saúde, e os estudos sobre o tema geralmente utilizam recortes específicos – temáticos ou geográficos –, frequentemente relacionados aos valores despendidos para aquisição de medicamentos.

3 Por exemplo, para as análises mais detalhadas do gasto tributário, optou-se por utilizar os dados de 2020, já consolidados, em vez das projeções; e, para a judicialização da saúde, optou-se por interromper o período de análise em 2022, uma vez que os resultados para 2023, embora disponíveis, são muito recentes, destoam do comportamento dos anos anteriores e tem mais chances de sofrerem atualizações.

3.3

Gasto tributário federal em saúde

O Estado pode renunciar a uma potencial arrecadação por meio de seu sistema de tributação em benefício da maior disponibilidade econômica dos contribuintes, caracterizando uma transferência indireta de recursos. Quando essa renúncia é feita por meio de desvios ou exceções às regras gerais que regulam o sistema tributário e é utilizada com a finalidade de atender objetivos econômicos e sociais de interesse público – como o incentivo a setores econômicos considerados estratégicos, a compensação de gastos dos contribuintes com serviços relevantes oferecidos de maneira incompleta pelo Estado ou a compensação a entidades civis por oferecerem serviços complementares considerados típicos de Estado – essa renúncia é denominada gasto tributário (Pellegrini, 2018).

As renúncias fiscais que decorrem em gasto tributário em saúde podem ser efetivadas por meio dos impostos e contribuições sociais⁴ cobrados de pessoas físicas e jurídicas. O gasto é operacionalizado na forma de isenção ou imunidade, redução de alíquota, dedução e abatimento, ou ainda presunção creditícia, a depender da norma legal que regula a desoneração fiscal.

No Brasil, enquanto pessoas físicas têm a possibilidade de deduzir da base de cálculo do imposto de renda seus gastos com médicos, exames, hospitais e planos de saúde, dentre outros; pessoas jurídicas podem deduzir do lucro tributável, sobre o qual incide o imposto, os gastos com saúde realizados em prol de seus empregados, declarando-os como despesa operacional. Pessoas físicas e jurídicas podem ainda deduzir do imposto doações a programas de atenção à saúde. Entidades filantrópicas e sem fins lucrativos de assistência à saúde, das quais fazem parte as Santas Casas de Misericórdia, por exemplo, ficam isentas do pagamento de impostos e contribuições quando ofertam pelo menos 60% de seus atendimentos ao SUS. Cadeias de produção e comercialização de medicamentos e produtos químicos e farmacêuticos também são beneficiados.

4 As contribuições sociais, diferentemente dos impostos, têm como finalidade custear uma atuação específica do Estado, normalmente de interesse das categorias profissionais ou econômicas, de modo que as receitas recolhidas têm destino certo.

O termo “gasto tributário” foi introduzido na literatura e na comunidade internacional como uma forma de comparação com o gasto público (Pellegrini, 2018). No Brasil, a despesa pública indireta em saúde representa 8,3% do gasto total com saúde, quase o dobro da participação média observada nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), de 4,6% (Paes, 2014). Enquanto as transferências diretas permaneceram estagnadas na última década (IEPS, 2023), observa-se um aumento nas transferências indiretas em saúde (Ocké-Reis e Dos Santos, 2011; Ocké-Reis e Gama, 2016).

Esse crescimento é acompanhado de um conflito distributivo na alocação dos recursos da despesa pública indireta, uma vez que a maior parte desses gastos beneficia indivíduos de faixas de renda média e alta, excluindo os estratos mais baixos da população brasileira (Ocké-Reis e Dos Santos, 2011; Mendes e Weiller, 2015; Silveira e Passos, 2018). Esse cenário vai de encontro ao princípio de progressividade do imposto de renda, previsto na Constituição.

3.3.1 Evolução e caracterização do gasto tributário em saúde

Gasto tributário em saúde por tributo

As desonerações fiscais que resultam em gasto tributário em saúde incidem sobre seis categorias distintas de tributos, que incluem dois impostos: i. Imposto de Renda Sobre Pessoa Física (IRPF) e ii. Imposto sobre a Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ); e quatro contribuições sociais: i. Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS); ii. Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL); iii. Contribuição Social para Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP); e iv. Contribuição para a Previdência Social⁵ (aqui abreviado como CPS). Informações mais detalhadas sobre os elementos relacionados à saúde que são objeto de desoneração, dedução, crédito presumido, isenção ou imunidade, assim como os dispositivos legais que os regulamentam, podem ser encontradas no Anexo I.

Nos últimos anos, tem havido um aumento constante nos dispêndios tributários relacionados à saúde no país (Nobre e Faria, 2023). Em 2015, o montante correspondente alcançou R\$52,2 bilhões em termos reais. Seis anos depois, em 2021, elevou-se para R\$72,0 bilhões, representando um incremento de 37,9%. As projeções para 2024 indicam um valor estimado de R\$77,9 bilhões, um aumento significativo de 49,1% ao longo de uma década⁶.

No que tange à distribuição relativa desses gastos, o setor da saúde ocupa a terceira posição entre as áreas com maiores dispêndios tributários em 2021 – tendo ocupado a segunda posição até 2020. Corresponde a 14,1% do total das despesas indiretas da União, ficando atrás dos segmentos de

5 Contribuição ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), também chamada de Contribuição Previdenciária Patronal.

6 A avaliação do aumento nos dispêndios tributários em saúde concentrou-se exclusivamente nos elementos cujas despesas foram estimadas pela Receita Federal do Brasil (RFB) desde o início até o final da série temporal, garantindo assim a comparabilidade dos dados. Em outras palavras, os valores relacionados aos benefícios de assistência médica, odontológica e farmacêutica oferecidos aos funcionários, que são dedutíveis da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), foram excluídos do cálculo. Isso se deve ao fato de que esses gastos passaram a ser estimados pela RFB somente a partir do ano de 2018.

Comércio e Serviço, que responde por 22,1% dos gastos tributários, e de Agricultura, com 14,9%.

Entre esses tributos, destaca-se o Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) como o principal gerador de gasto tributário em saúde (**FIGURA 1**). Em 2021, o gasto vinculado a esse imposto atingiu R\$24,9 bilhões, correspondendo a 34,6% do gasto tributário total em saúde. Isso significa que mais de um terço de todo o gasto indireto em saúde pela União contribui para custear as despesas médicas privadas de contribuintes pessoas físicas⁷.

Na sequência, as renúncias fiscais oriundas da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) alcançaram R\$18,1 bilhões em gasto tributário em saúde, representando 25,1%. Os principais beneficiários são empresas envolvidas na venda no mercado interno ou importação de produtos químicos e itens destinados aos serviços de saúde⁸, bem como na importação de produtos farmacêuticos⁹ e na produção ou importação de medicamentos¹⁰. Em 2021, subsídios no valor total de R\$8,5 bilhões foram destinados a produtos químicos e farmacêuticos, enquanto R\$7,0 bilhões foram alocados para medicamentos, correspondendo a 46,9% e 38,6% do gasto em saúde renunciado via COFINS, respectivamente.

As transferências indiretas associadas ao Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ) contribuem, em média, com 17,3% do gasto tributário total em saúde, totalizando R\$12,4 bilhões em 2021. A renúncia fiscal via IRPJ é predominantemente composta por deduções relacionadas a despesas com assistência médica, odontológica e farmacêutica para empregados, que respondem por 73,7% do gasto via IRPJ. Adicionalmente, a imunidade concedida às entidades sem fins lucrativos de assistência à saúde compõe 24% desse valor¹¹. Em 2021, essas deduções representaram R\$9,2 bilhões do gasto tributário em saúde, enquanto a imunidade contribuiu com R\$3,0 bilhões. Juntas, essas categorias representam 97,7% do gasto indireto em saúde via IRPJ¹².

7 Deduções relativas ao Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD) representam uma parcela mínima, equivalente a 0,02%, do gasto tributário em saúde por meio do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF).

8 A comercialização no mercado interno e a importação de produtos químicos e intermediários de síntese, categorizados em posições específicas da Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados (TIPI), estão incluídas nas atividades abordadas. Isso engloba também a importação de produtos destinados ao uso em serviços de saúde, bem como para campanhas de saúde realizadas pelo poder público e laboratórios, todos classificados em posições específicas na TIPI. Para mais informações, consultar o Anexo I.

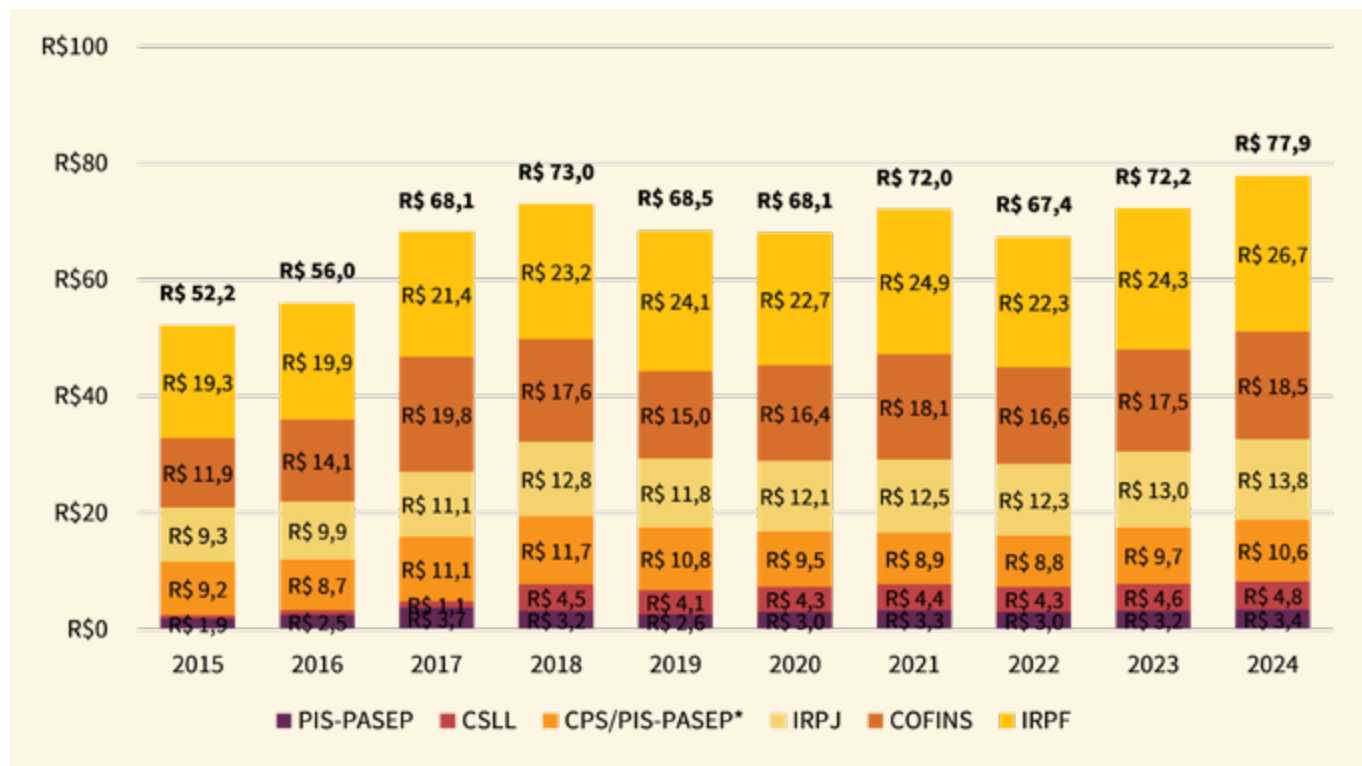
9 Produtos farmacêuticos classificados em posições selecionadas da Nomenclatura Comum do Mercosul (NCM).

10 Industrialização ou importação de medicamentos classificados em posições selecionadas da TIPI. Mais detalhes no Anexo I.

11 Organizações sem fins lucrativos dedicadas à assistência social, detentoras do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS), conferido pelo Ministério da Saúde a entidades jurídicas privadas sem finalidade lucrativa, gozam de imunidade em relação ao Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ) e às contribuições sociais, incluindo a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS).

12 Os demais gastos tributários em saúde, equivalentes a 2,3% do montante via Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ), estão associados ao Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e ao Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD).

FIGURA 1 – GASTO TRIBUTÁRIO EM SAÚDE SEGUNDO O TRIBUTOS (EM BILHÕES), POR ANO, BRASIL, 2015-2024



Fonte: Secretaria da Receita Federal do Brasil. Demonstrativos dos Gastos Tributários - Bases Efetivas (DGT), 2016 a 2021. Valores reais corrigidos pelo IPCA de dez.2023. Nota: Os tributos PIS/PASEP e a Contribuição para a Previdência Social foram consolidados devido às isenções concedidas a entidades filantrópicas, as quais englobam diversas funções orçamentárias, tais como saúde e educação, entre outras. A Receita Federal do Brasil (RFB) disponibiliza apenas o montante agregado referente à função saúde, justificando assim a consolidação desses tributos.

Em seguida, estão as desonerações associadas à Contribuição para a Previdência Social e PIS/PASEP¹³ relacionadas ao gasto tributário com entidades filantrópicas. Tais entidades, por sua natureza jurídica, são isentas de impostos de acordo com a Constituição Federal. No entanto, apenas as renúncias fiscais relacionadas às contribuições sociais entram no cálculo do gasto tributário. As renúncias dessas entidades totalizaram R\$8,9 bilhões em 2021, equivalente a 12,3% do gasto tributário total em saúde.

Por último, as renúncias provenientes da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e da Contribuição para o PIS/PASEP representam as parcelas de menor contribuição proporcional dentro do panorama do gasto tributário em saúde, totalizando, em média, 10% das despesas - sendo 6,1% e 4,6%, respectivamente. A relevância do montante gasto via CSLL tornou-se mais pronunciada a partir de 2018, momento em que a Receita Federal começou a calcular as renúncias relacionadas às despesas médicas, odontológicas e farmacêuticas para os funcionários¹⁴. Em 2021, estima-se que o gasto tributário via CSLL para esses fins tenha alcançado R\$3,3 bilhões, enquanto outros R\$1,1 bilhão teriam sido direcionados a renúncias envolvendo entidades sem fins lucrativos dedicadas à assistência à saúde.

13 Os tributos PIS/PASEP e Contribuição para a Previdência Social são agrupados porque as isenções concedidas a entidades filantrópicas abrangem diversas funções orçamentárias, incluindo saúde, educação, entre outras. A Receita Federal fornece apenas o valor agregado destinado à função saúde, tornando necessário o agrupamento desses tributos para análise conjunto do impacto nas áreas específicas.

14 Conforme as informações fornecidas pela Receita Federal do Brasil (RFB), até o ano de 2018, não se dispunha de dados suficientes para gerar uma estimativa de qualidade satisfatória das renúncias relacionadas à Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados por meio da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL). Até esse ponto, essas renúncias eram calculadas exclusivamente por meio do Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ).

Gasto tributário por item de saúde

Os elementos relacionados à saúde que integram o gasto tributário podem ser categorizados como subsídios fiscais direcionados à demanda ou subsídios vinculados à oferta de produtos e serviços de saúde. No total, existem dez componentes de saúde que recebem algum tipo de subsídio fiscal e constituem a despesa indireta em saúde da União. No âmbito da demanda, destacam-se os subsídios à assistência privada à saúde, ou seja, ao consumo privado de saúde, por meio das deduções do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF) relacionadas às i) despesas médicas e, do Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ), às ii) despesas com assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados. Em relação à oferta, os subsídios abrangem iii) entidades filantrópicas; iv) entidades sem fins lucrativos de assistência à saúde; v) produtos químicos e farmacêuticos; vi) medicamentos; vii) Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon); viii) Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD); ix) equipamentos para uso médico, hospitalar, clínico ou laboratorial; e x) água mineral. Os seis primeiros itens representam praticamente a totalidade do gasto tributário em saúde, enquanto o restante, correspondente a 1%, está relacionado ao Pronon, Pronas/PCD e a equipamentos para uso médico, hospitalar, clínico ou laboratorial.

Os subsídios à demanda por assistência privada à saúde foram responsáveis por 51,9% de todo o gasto tributário em saúde em 2021. Esse montante se divide em 34,6% provenientes das deduções relacionadas às despesas médicas (IRPF) e 17,3% das despesas com assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados (IRPJ) (**FIGURA 2**). As deduções de despesas médicas no IRPF abrangem gastos com planos de saúde, médico-hospitais e outros relacionados à saúde¹⁵, não estando sujeitas a um teto de restrição como é o caso das deduções com gastos educacionais¹⁶.

Em termos absolutos, as deduções vinculadas ao consumo privado de saúde por pessoas físicas representaram o segundo maior aumento no gasto tributário em saúde no período, totalizando um acréscimo de R\$7,4 bilhões projetado para 2024, em comparação com 2015. Esse valor ficou atrás apenas do aumento nos subsídios a produtos químicos e farmacêuticos, que cresceram R\$7,7 bilhões. Estima-se que nos últimos dez anos, a União destine cerca de R\$228 bilhões em transferências indiretas para custear despesas médicas particulares. É relevante notar que apenas cerca de 20% da população adulta – pouco mais de 31 milhões de pessoas –, os 20% mais ricos, declaram Imposto de Renda e, consequentemente, usufruem dos benefícios fiscais proporcionados pelo IRPF. Destes, os contribuintes com renda mensal superior a 10 salários mínimos concentram

15 “A base de cálculo do imposto devido no ano-calendário será a diferença entre as somas: I - de todos os rendimentos percebidos durante o ano-calendário, exceto os isentos, os não-tributáveis, os tributáveis exclusivamente na fonte e os sujeitos à tributação definitiva; II - das deduções relativas: aos pagamentos efetuados, no ano-calendário, a médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e hospitais, bem como as despesas com exames laboratoriais, serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias.” Mais informações em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9250.htm.

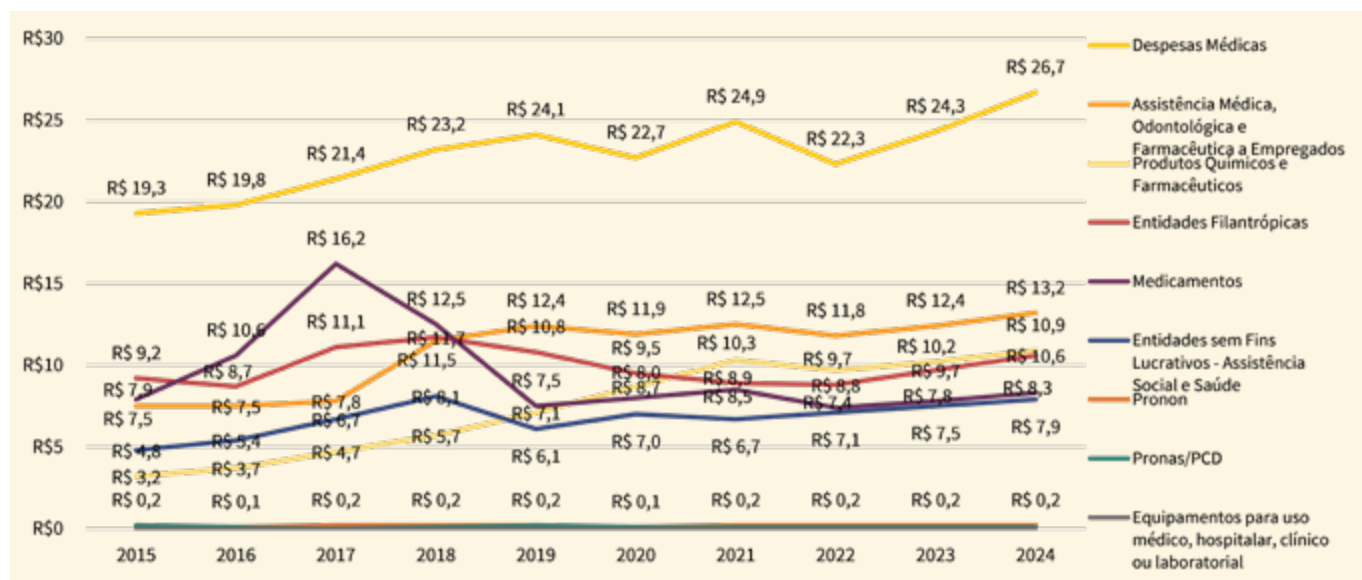
16 O limite anual de dedução com gastos educacionais foi de R\$3.561,50 por pessoa em 2023.

60% do valor das deduções de despesas relacionadas ao consumo privado de saúde (Silveira e Passos, 2018).

Desde 2018, o subsídio concedido pela União a empresas para assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados representa o segundo maior gasto tributário na área, totalizando R\$12,5 bilhões em 2021, com projeção de R\$13,2 bilhões para 2024. Além disso, é o segundo item que apresenta o maior aumento em termos relativos, com um crescimento de 75% ao longo de dez anos. Em termos acumulados, esse subsídio totalizou mais de R\$108 bilhões em gasto tributário em saúde, correspondendo a 17,3% do total em 2021.

Os subsídios a entidades filantrópicas mantiveram-se próximos a R\$10 bilhões anualmente, representando 12,3% do gasto tributário em saúde em 2021, apresentando ligeira redução desde 2018, mas com projeção de crescimento para 2023 e 2024. Já os subsídios a entidades sem fins lucrativos de assistência à saúde aumentaram 39% entre 2015 e 2021. Em conjunto, essas entidades responderam por 21,6% do gasto tributário em saúde. A isenção das contribuições sociais para entidades filantrópicas e beneficentes é obtida por meio do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (Cebas). Um dos principais critérios para a obtenção do Cebas é a prestação de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) em pelo menos 60% dos atendimentos e procedimentos.

FIGURA 2 – GASTO TRIBUTÁRIO SEGUNDO O ITEM DE SAÚDE (EM BILHÕES) POR ANO, BRASIL, 2015-2024



Fonte: Secretaria da Receita Federal do Brasil. Demonstrativos dos Gastos Tributários - Bases Efetivas (DGT), 2016 a 2021. Valores reais corrigidos pelo IPCA de dez.2023.

Em 2023, hospitais filantrópicos e beneficentes representavam cerca de 25% dos hospitais no país, estando presentes em 23% dos 5.570 municípios brasileiros e, em 15% deles, são os únicos serviços de assistência (hospitalar e ambulatorial) à saúde existentes, o que evidencia sua importância para o SUS¹⁷. Eles chegam a responder por cerca de 68% dos transplantes de órgãos, tecidos e células realizados pelo SUS e por 35% dos procedimentos cirúrgicos (Malik e Costa, 2024). No entanto, essa denominação abrange diferentes

17 O quarto capítulo deste volume traz uma caracterização mais detalhada do setor.

tipos de instituições, desde Santas Casas de Misericórdia até instituições que, aparentemente lucrativas, adquirem a natureza jurídica de filantrópicas por meio de alguns artifícios (Veloso e Malik, 2010). Por exemplo, a participação no Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) constitui um meio alternativo para a obtenção do Cebas por hospitais, garantindo-lhes a mesma imunidade a contribuições sociais desfrutada por entidades sem fins lucrativos de assistência à saúde¹⁸.

O setor de produtos químicos e farmacêuticos foi o que mais ganhou destaque no gasto tributário em saúde. Apresentou o maior crescimento absoluto e relativo ao longo do período, sendo responsável por 14,3% do gasto em saúde em 2021, superando os subsídios a medicamentos e entidades sem fins lucrativos. Projetam-se subsídios a produtos químicos e farmacêuticos de R\$10,9 bilhões em 2024, mais de dez vezes o valor subsidiado em 2014. Do aumento observado no gasto tributário em saúde entre 2015 e 2024, 30% são atribuíveis a esse setor. Os subsídios a medicamentos representam 11,8% das despesas indiretas.

Gasto federal direto e indireto em saúde

A Lei Orçamentária Anual (LOA) estabeleceu um montante de R\$182,6 bilhões para o Ministério da Saúde em 2023¹⁹. Em contraste, a Receita Federal estima um gasto tributário em saúde de R\$72,2 bilhões para o mesmo ano. Isso significa que, a cada dez reais destinados ao Ministério da Saúde, a União realiza um gasto tributário de quatro reais. Dessa quantia, 52% referem-se a subsídios para a assistência à saúde privada, considerando exclusivamente as deduções do imposto devido relacionadas a despesas com planos de saúde e assistência médica por pessoas físicas e jurídicas.

Estudos anteriores do IEPS já indicavam a tendência de subfinanciamento da saúde pública em contraposição ao crescimento acelerado dos subsídios para a saúde privada (IEPS, 2022). Enquanto o gasto tributário em saúde aumentou em 49,1% nos últimos dez anos, o orçamento do Ministério da Saúde teve um aumento de apenas 2,5% entre 2013 e 2023, incluindo o orçamento relacionado à Covid-19 (Nobre e Faria, 2023).

Essa situação de aumento expressivo do gasto tributário em saúde em comparação com a estagnação do orçamento da pasta é preocupante, especialmente devido à natureza regressiva das renúncias fiscais, tanto em termos de distribuição de renda quanto de alocação regional desses recursos. Piola, Benevides e Vieira (2018) alertam para a persistência da desigualdade regional na aplicação de recursos para a Atenção à Saúde da Pessoa (ASPS), com diferenças significativas entre as regiões do país. Além disso, municípios com maior arrecadação própria tendem a ter uma capacidade maior de financiamento da saúde, resultando em disparidades na aplicação de recursos (Rocha e Szklo, 2021). O gasto tributário, em princípio,

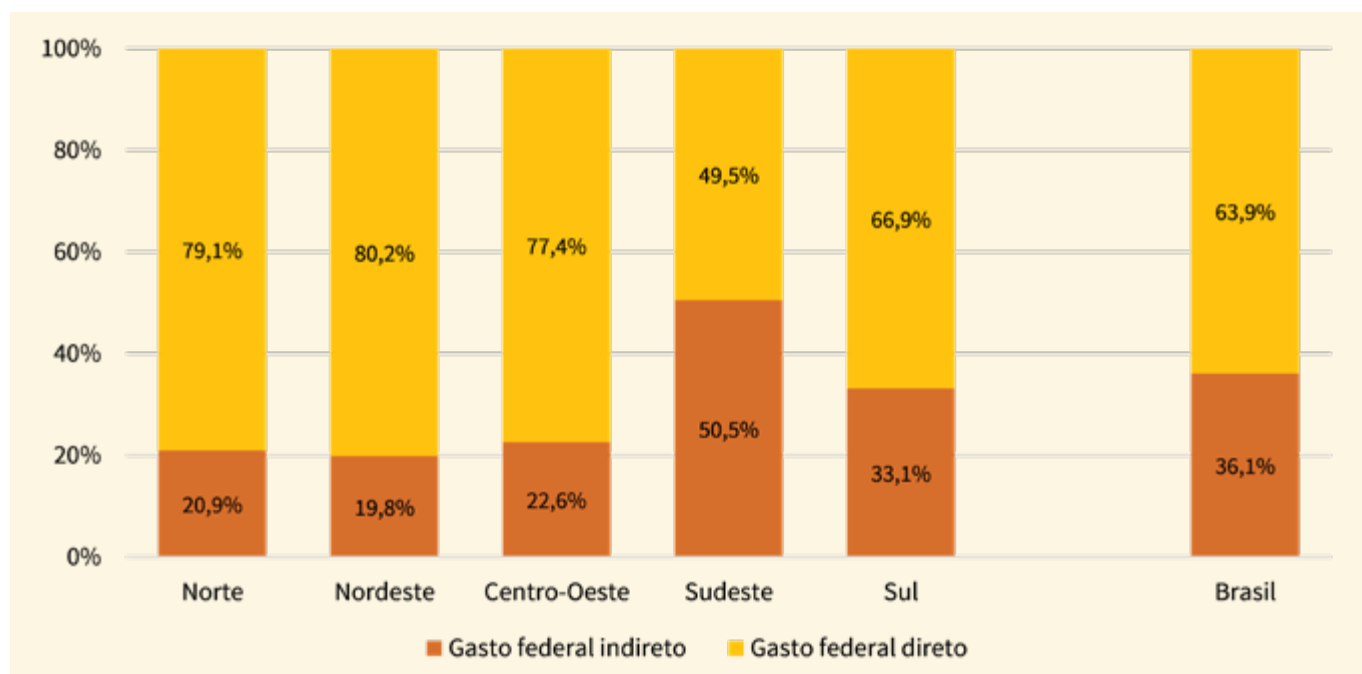
18 Os hospitais envolvidos no Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) recebem a denominação de Entidades de Saúde de Reconhecida Excelência (ESRE). Entre essas entidades, incluem-se a Real e Benemérita Associação Portuguesa de Beneficência, a Associação Beneficente Síria, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, a Sociedade Beneficente de Senhoras - Hospital Sírio Libanês, a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein e a Associação Hospitalar Moinhos de Vento.

19 Considerando em conjunto os gastos em saúde relativos à Covid-19, sem eles, a previsão é de R\$178,7 bilhões.

poderia servir como um mecanismo de redistribuição, mas os dados revelam que isso não ocorre efetivamente.

Em 2021, as regiões Norte e Nordeste receberam menos de 40% da média nacional do gasto tributário per capita em saúde. O **FIGURA 3** ilustra a composição das transferências indiretas (gasto tributário) e diretas (orçamento da pasta do Ministério da Saúde) da União para estados e municípios na área da saúde, destacando que o Sudeste lidera em termos de despesas indiretas em relação ao gasto total. Enquanto no Sudeste o gasto tributário representou 50,5% do total em 2021, nas regiões Norte e Nordeste esse percentual foi de aproximadamente 20%.

FIGURA 3 – COMPOSIÇÃO DO GASTO TRIBUTÁRIO FEDERAL EM SAÚDE SEGUNDO A FORMA DE TRANSFERÊNCIA, POR GRANDE REGIÃO, BRASIL, 2021



Fonte: Secretaria da Receita Federal do Brasil. Demonstrativos dos Gastos Tributários - Bases Efetivas (DGT), 2021. SIAFI, 2021. Nota: Para o cálculo do percentual de gasto em saúde do Ministério da Saúde, foram considerados apenas os repasses em que pode ser identificado quais estados ou municípios foram contemplados com esses recursos.

Essa tendência não se limita à área da saúde, sendo uma característica intrínseca ao gasto tributário como um todo. Essa constatação está alinhada com os resultados apresentados no boletim de avaliação sobre a distribuição regional dos gastos tributários conduzido pela Secretaria de Avaliação e Planejamento do Ministério da Economia (Brasil, 2019b). Esse estudo apontou que estados menos desenvolvidos receberam menos de um terço da média nacional dos benefícios tributários per capita em 2015.

A redução na arrecadação por meio de subsídios fiscais também acarreta consequências, diminuindo as transferências constitucionais para os fundos de participação estaduais e municipais. Isso tem um impacto adverso na capacidade de implementação das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) em municípios com recursos mais limitados, pois o financiamento da saúde pública nesses locais depende predominantemente das transferências de recursos federais. Conforme apontado pela Confederação Nacional dos Municípios, mais de 3 mil cidades têm uma dependência significativa do fundo de participação municipal, representando 54% dos municípios do país (Brasil, 2019a).

Distribuição regional do gasto tributário em saúde

O gasto tributário mantém uma associação com a distribuição geográfica dos atores privados envolvidos, refletindo a concentração espacial da estrutura produtiva nacional (Brasil, 2019b). A região Sudeste destaca-se como a principal receptora de subsídios tributários em todas as áreas, representando 52% do total, seguida pela região Sul, com uma participação de 15%. De acordo com Paes (2019), os gastos tributários direcionados ao setor privado são quase o dobro das transferências diretas da União, que favorecem regiões menos desenvolvidas. Assim, os recursos renunciados pela União acabam predominantemente concentrados nas regiões mais desenvolvidas.

Na esfera da saúde, o padrão de distribuição geográfica do gasto tributário permanece evidente. Entre os principais subsídios tributários da União, os setores de medicamentos, produtos químicos e farmacêuticos destacam-se pela maior concentração espacial, direcionando 91% dos recursos para o Sudeste (Brasil, 2019). No ano de 2021, as despesas indiretas em saúde favoreceram de maneira expressiva as regiões Sudeste e Centro-Oeste (**FIGURA 4**), alcançando um gasto per capita de R\$541 e R\$453, respectivamente, valores 52% e 27% acima da média nacional per capita de R\$358. Em contrapartida, as regiões Norte, Nordeste e Sul apresentaram gastos per capita de R\$135, R\$142 e R\$299, respectivamente.

Uma vez que o volume da renúncia fiscal está diretamente relacionado à base tributável – isto é, ao número de agentes e volume de recursos sujeitos à tributação –, medicamentos e produtos químicos e farmacêuticos não são os únicos a mostrar concentração de subsídios fiscais. Ao comparar o gasto tributário per capita regional em relação ao gasto médio per capita do Brasil para cada item de saúde (**FIGURA 5**), vemos que os custos dos subsídios ao Sudeste e Centro-Oeste predominam não apenas no montante total de subsídios, conforme observado no gráfico anterior, mas em cada categoria de saúde.

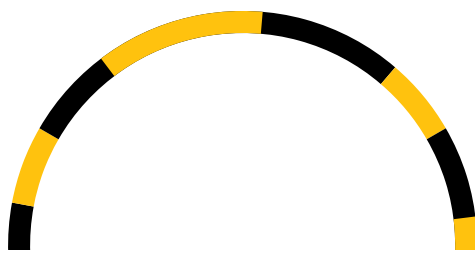
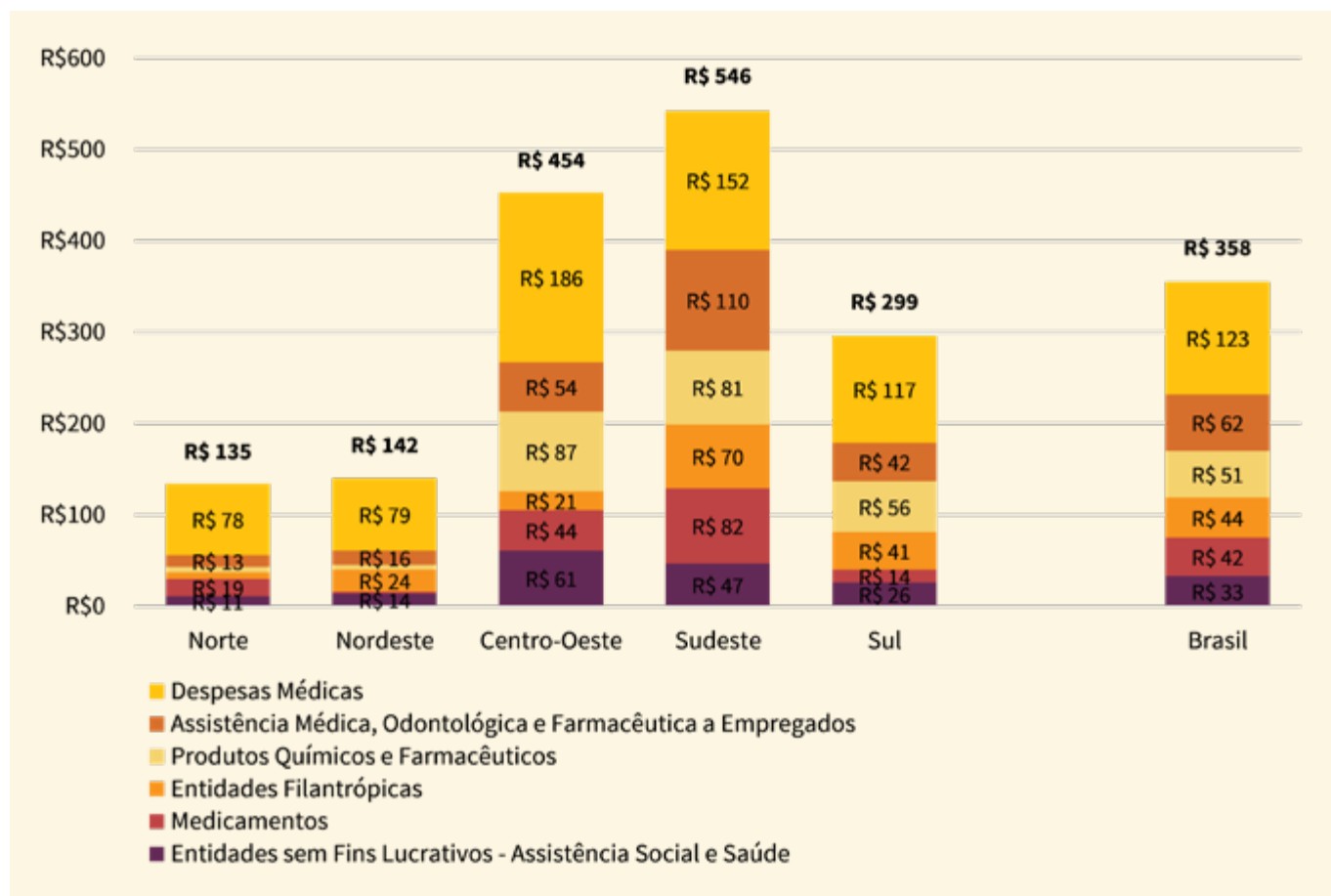


FIGURA 4 – GASTO TRIBUTÁRIO EM SAÚDE POR HABITANTE, SEGUNDO ITEM DE SAÚDE, POR GRANDE REGIÃO, BRASIL, 2021



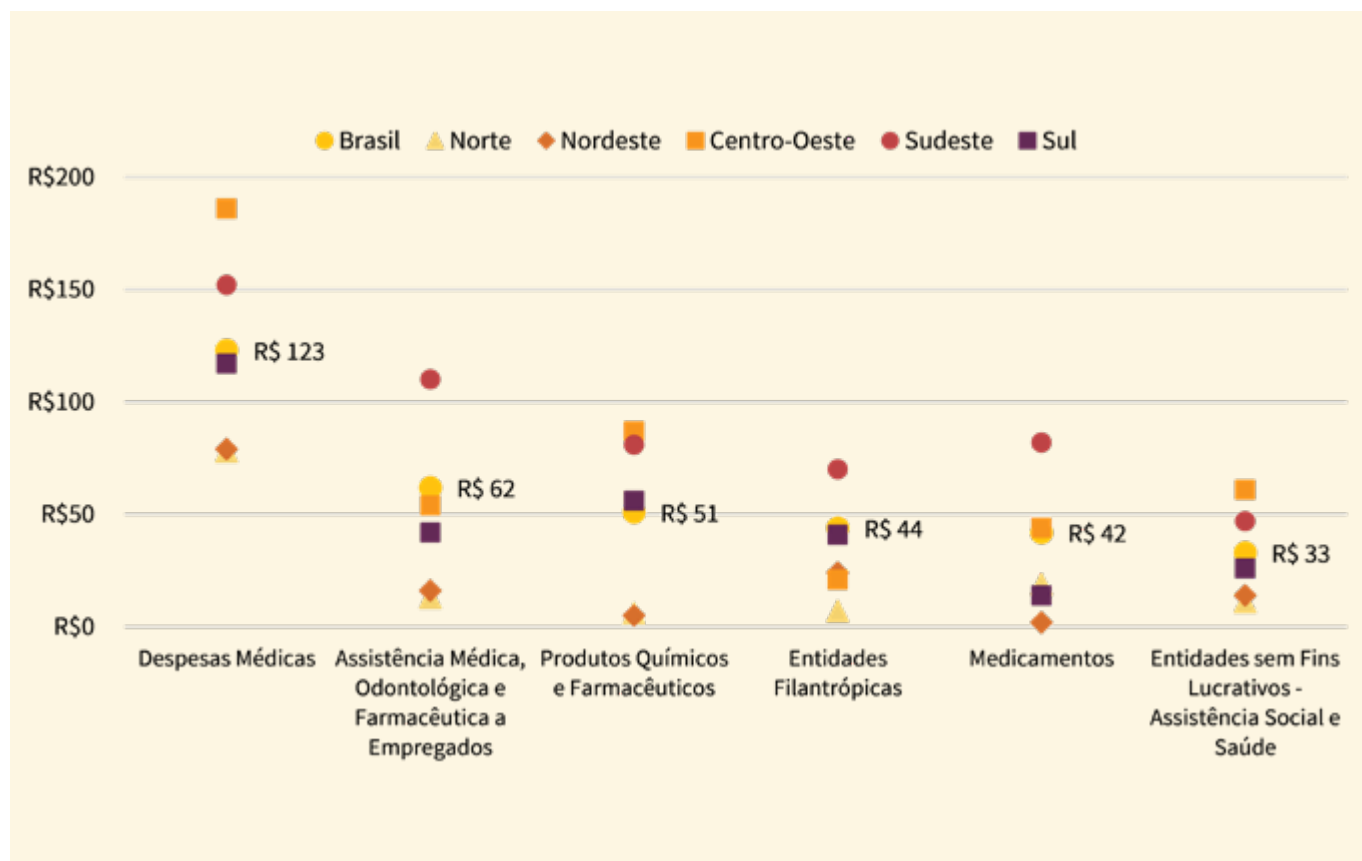
Fonte: Secretaria da Receita Federal do Brasil. Demonstrativos dos Gastos Tributários - Bases Efetivas (DGT), 2021. Valores reais corrigidos pelo IPCA de dez.2023.

Em todas as regiões do Brasil, as deduções referentes a despesas médicas se destacam como o principal componente do gasto tributário per capita em saúde. A região Centro-Oeste se destaca com o maior gasto per capita, R\$186, mais que o dobro do observado nas regiões Norte (R\$78) e Nordeste (R\$79) e 51% acima da média nacional (R\$123). Esse valor significativamente alto é impulsionado, principalmente, pelo Distrito Federal, onde o gasto médio por contribuinte é mais que o dobro em comparação com os estados da mesma região.

O segundo maior gasto per capita médio do país está relacionado aos subsídios concedidos a empresas para assistência médica, odontológica e farmacêutica aos empregados. Nesse aspecto, é o Sudeste que lidera com o custo mais elevado, atingindo R\$102 por pessoa, quase o dobro da média nacional e oito vezes superior aos subsídios destinados às regiões Norte e Nordeste.

Em síntese, a distribuição regional do gasto tributário em saúde revela a predominância dos estados do Centro-Oeste e Sudeste, que apresentam os maiores custos per capita. As regiões Norte e Nordeste, por outro lado, recebem cerca de um terço da média nacional das despesas indiretas per capita em saúde, evidenciando uma desigualdade acentuada na alocação de recursos. Essa disparidade regional é intensificada principalmente pelo gasto com despesas médicas.

FIGURA 5 – GASTO TRIBUTÁRIO POR HABITANTE, SEGUNDO ITEM DE SAÚDE E GRANDE REGIÃO, BRASIL, 2021



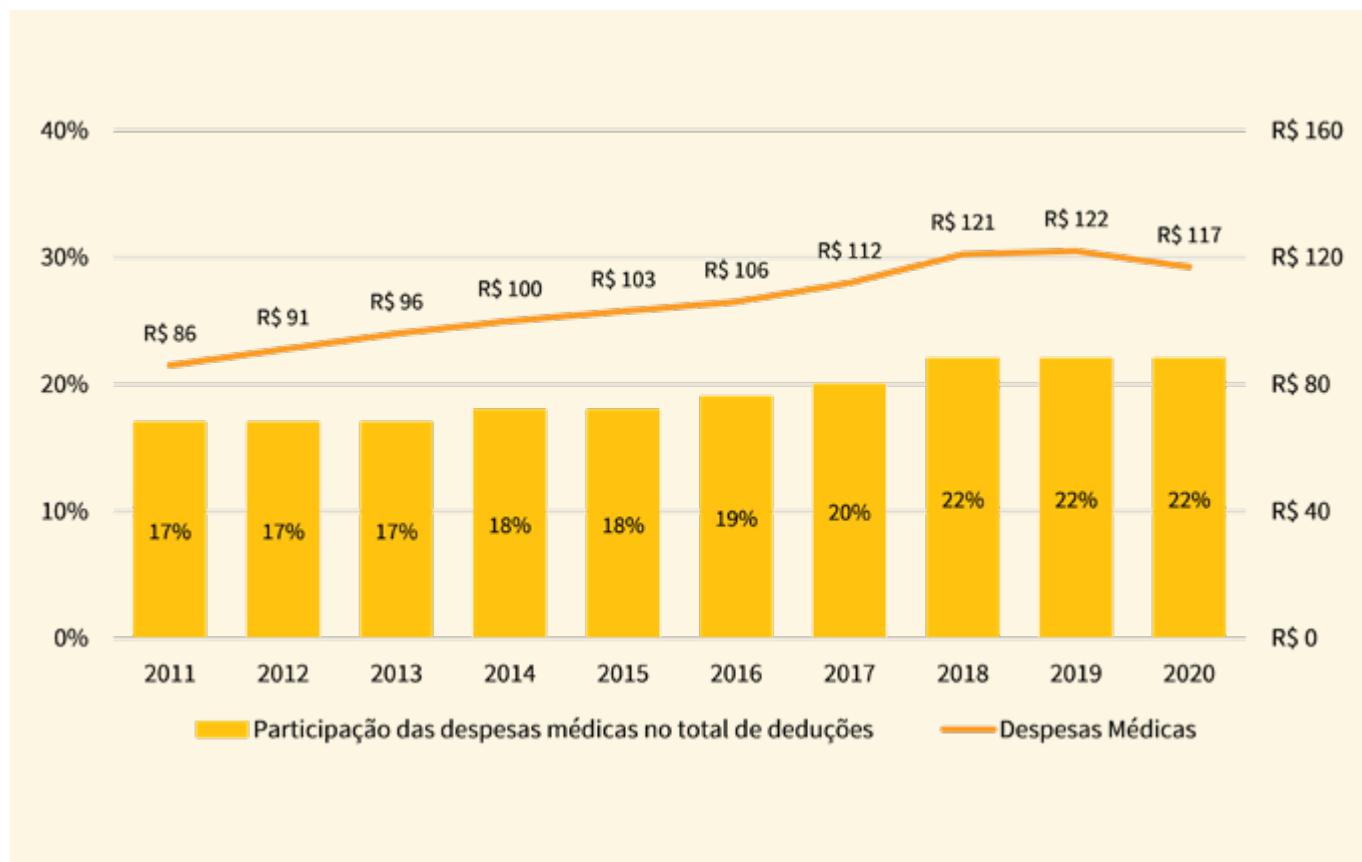
Fonte: Secretaria da Receita Federal do Brasil. Demonstrativos dos Gastos Tributários - Bases Efetivas (DGT), 2021. Valores reais corrigidos pelo IPCA de dez./2023.

3.3.2 Deduções com despesas médicas no Imposto de Renda da Pessoa Física

Por constituir o maior gasto tributário em saúde, esta seção trata especificamente das deduções com despesas médicas no IRPF. Uma distinção se faz necessária entre o gasto tributário com despesas médicas e as despesas declaradas e deduzidas da base de cálculo do IRPF, uma vez que para chegar ao gasto tributário aplicam-se as alíquotas de imposto relativas a cada faixa de renda sobre o respectivo valor declarado com despesas médicas. Portanto, os valores apresentados nesta subseção representam a evolução do perfil de despesas médicas dos contribuintes e sua evolução em relação ao total de deduções do IRPF.

As despesas médicas não apenas representam o principal gasto tributário em saúde, como sua participação relativa dentre todas as despesas dedutíveis do imposto de renda vem crescendo continuamente, saindo de 17% em 2011 até alcançar 22% de todas as deduções em 2020 (FIGURA 6). Ou seja, em uma década foi observado um crescimento de 5 pontos percentuais em sua participação, fazendo com que, atualmente, as despesas médicas representem mais de um quinto de todas as deduções fiscais no IRPF.

FIGURA 6 – GASTO DECLARADO COM DESPESAS MÉDICAS (EM BILHÕES) E PARTICIPAÇÃO NO TOTAL DE DEDUÇÕES DO IRPF POR ANO, BRASIL, 2011-2020

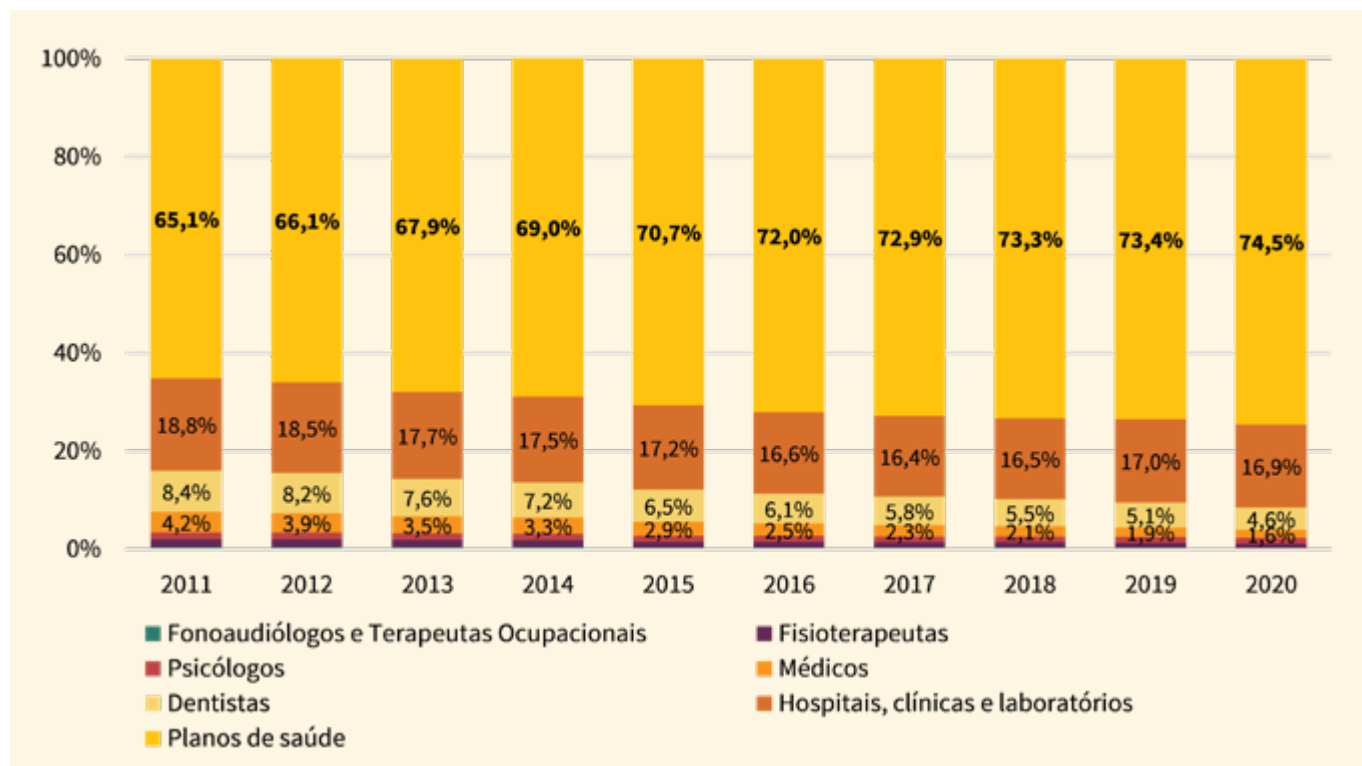


Fonte: Secretaria da Receita Federal do Brasil. Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros (Cetad). Grandes Números do IRPF.

Esse aumento ocorre em paralelo ao crescimento da participação dos gastos com planos de saúde nas despesas médicas declaradas no IRPF (**FIGURA 7**). Embora essa participação sempre tenha representado pelo menos dois terços de todas as despesas médicas, ela saltou quase 10 p.p. entre 2011 e 2020, passando de 65,1% para 74,5%. Planos de saúde também foram o único tipo de despesa médica cuja participação relativa aumentou no período, o que implicou na retração de todos os demais tipos de despesas com saúde em termos relativos. Depois das despesas com planos de saúde, destacam-se os custos com hospitais, clínicas e laboratórios, cuja participação no total de despesas de saúde tem arrefecido lentamente, ficando próxima de 17% nos últimos anos.

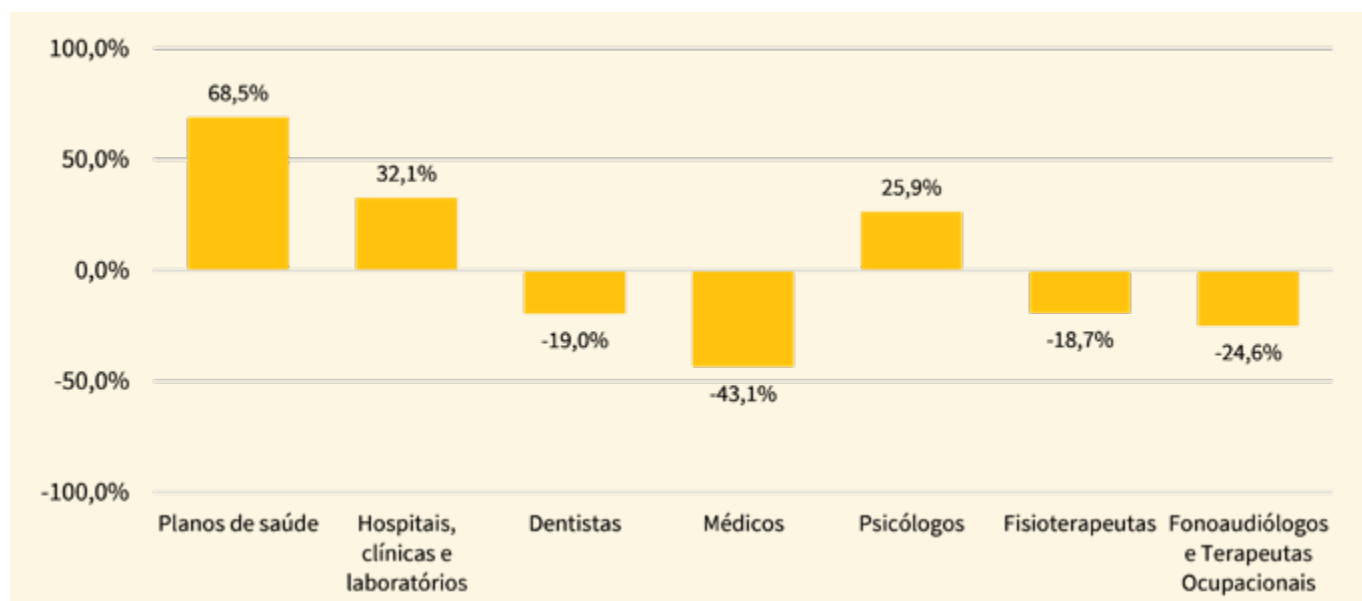


FIGURA 7 – GASTO COM DESPESAS MÉDICAS DECLARADAS NO IRPF POR TIPO DE DESPESA MÉDICA E ANO, BRASIL, 2011-2020



Fonte: Receita Federal do Brasil (RFB). Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros (Cetad). Grandes Números do IRPF.

FIGURA 8 – VARIAÇÃO PERCENTUAL DO GASTO COM DESPESAS MÉDICAS DECLARADAS NO IRPF POR TIPO DE DESPESA MÉDICA, BRASIL, 2011-2020



Fonte: Receita Federal do Brasil (RFB). Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros (Cetad). Grandes Números do IRPF.

O aumento da importância relativa dos planos de saúde nas despesas médicas declaradas no IRPF não se dá apenas em termos relativos. No mesmo período, enquanto o gasto total declarado em saúde aumentou 36,1%, as despesas com planos de saúde aumentaram em 68,5% em uma década (**FIGURA 8**). O aumento das despesas declaradas com hospitais, clínicas e laboratórios, assim como com psicólogos, também foi significativo, de 32% e 26%, respectivamente. No sentido contrário, estão as despesas com médicos, que apresentaram redução, em termos reais, de 43%.

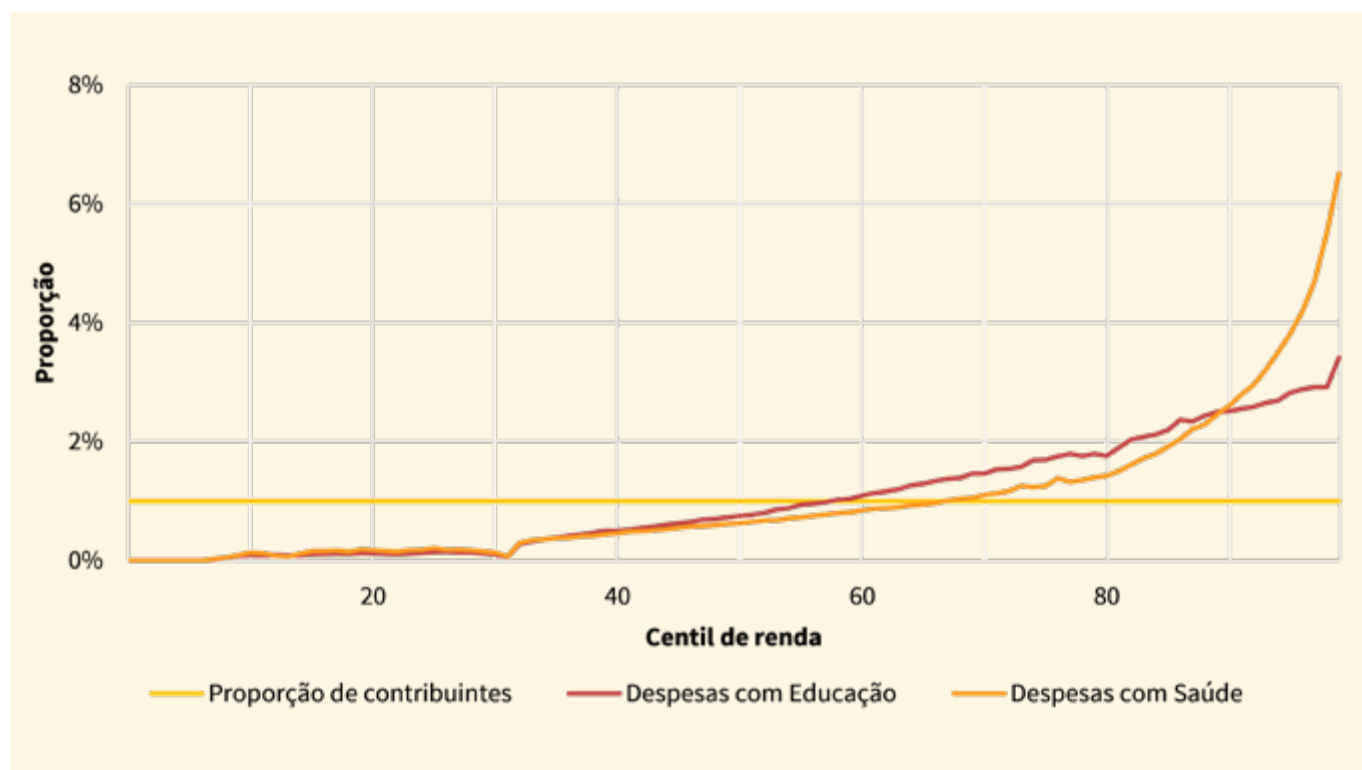
Despesas médicas por centil de renda no IRPF

Enquanto o gasto público exibe uma característica altamente progressiva – isto é, beneficia majoritariamente os estratos de menor renda na população –, o gasto privado, de maneira geral, acompanha o nível de concentração de renda – significativamente elevado no país (Silveira; Gaiger, 2021). Em estudo utilizando a Pesquisa de Orçamento Familiares sobre a elasticidade e concentração das despesas de consumo, Vaz e Hoffmann (2020) apontam que o nível de concentração do gasto privado em saúde é mais pronunciado do que o referente às despesas de consumo – ou seja, a categoria de despesas com saúde é um item que aprofunda a concentração das despesas de consumo. Em simultâneo, os benefícios fiscais na área da saúde concedidos via IRPF se concentram nos estratos mais elevados da distribuição de renda.

De acordo com relatório da Secretaria de Política Econômica do Ministério da Fazenda sobre a distribuição pessoal da renda e da riqueza considerando o total de declarações do IRPF de 2022 (Brasil, 2023), deduções estiveram concentradas principalmente em despesas médicas (35,8% do total) e previdência oficial (32,2%). O mesmo relatório aponta o alto nível de concentração das deduções relacionadas a despesas médicas nos estratos de renda mais elevada e a falta de limites para tais deduções como uma distorção que reduz a progressividade do IRPF.

Uma comparação entre a distribuição percentual das despesas declaradas com educação e saúde no IRPF em 2020, segundo centil de renda tributável bruta (**FIGURA 9**), evidencia o diferente grau de concentração de tais despesas. Os 10% mais ricos são responsáveis por 28% das despesas declaradas com educação e por 40% das declaradas com saúde. À medida em que observamos os últimos centis de renda, notamos que a proporção de despesas com saúde declaradas por esses contribuintes cresce numa progressão acelerada, atingindo o dobro da proporção relativa a despesas com instrução. Importante ressaltar o limite estabelecido pelo imposto de renda para deduções de despesas com instrução, de R\$3.561,50 por pessoa em 2023.

FIGURA 9 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS DESPESAS COM EDUCAÇÃO E COM SAÚDE DECLARADAS NO IRPF E DA QUANTIDADE DE CONTRIBUINTES POR CENTIL DE RENDA, BRASIL, 2020

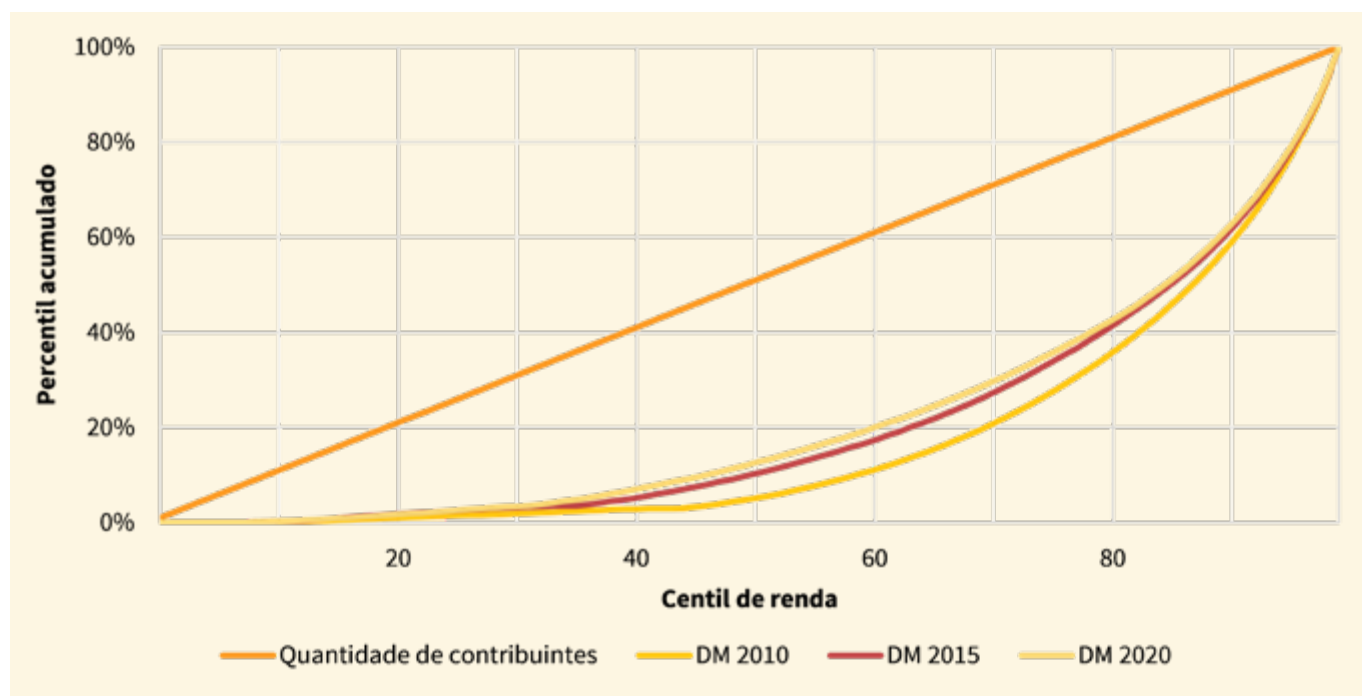


Fonte: Receita Federal do Brasil (RFB). Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros (Cetad). Grandes Números do IRPF.

Ao analisar a evolução da distribuição percentual acumulada das despesas médicas no IRPF (**FIGURA 10**), observa-se leve redução da concentração das despesas, com pequena contração da participação dos contribuintes acima do percentil 70 (P70) e aumento das despesas no P30-P60. Por exemplo, os contribuintes na metade inferior da distribuição de renda eram responsáveis por menos de 5% das despesas médicas declaradas em 2010; essa participação subiu para 10% em 2015 e 12% em 2020. No entanto, a diferença observada nos centis superiores é modesta: a concentração de despesas médicas declaradas pelos 10% mais ricos saiu de 47% para 42% entre 2010 e 2020 e, entre os 5% mais ricos, a redução foi apenas de 27% para 25%.

Segundo Sayd (2003), dois fatores, diretamente relacionados ao rendimento tributável, explicam o comportamento das despesas médicas e a regressividade do gasto tributário associado: a capacidade de gasto em saúde e a alíquota aplicada ao rendimento tributável líquido para determinar o valor do imposto devido, pois quanto mais elevado o rendimento, maior é a porcentagem de desconto na tributação destinada a cobrir despesas com saúde. Uma simulação realizada pela Secretaria de Avaliação de Políticas Públicas do Ministério da Fazenda (2019) sugere que, se as deduções relacionadas a despesas médicas no IRPF fossem eliminadas, ganhos de equidade poderiam ser alcançados, tanto em termos individuais quanto espaciais, principalmente em regiões com menor capacidade de financiamento dos serviços de saúde pública (Brasil, 2020).

FIGURA 10 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL ACUMULADA DAS DESPESAS MÉDICAS (DM) DECLARADAS NO IRPF E DA QUANTIDADE DE CONTRIBUINTES POR CENTIL DE RENDA, BRASIL, ANOS SELECIONADOS, 2010-2020



Fonte: Receita Federal do Brasil (RFB). Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros (Cetad). Declaração do Imposto de Renda Pessoa Física (DIRPF). Distribuição de Renda por Centis classificadas segundo a Renda Tributável Bruta.

As deduções vinculadas a planos de saúde representaram 72,2% do total de gastos em saúde deduzidos do IRPF, o que destaca a relevância dessas deduções como meio de financiamento para os serviços de saúde suplementar no Brasil. Apesar dos usuários de planos ou seguros privados de saúde também constituírem um público alvo potencial para o SUS, tal dinâmica sugere certo grau de desigualdade na utilização das deduções (Brasil, 2020).

Importante ressaltar que, segundo estimativas da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADc) de 2022, menos de 20% da população brasileira apresentam rendimento domiciliar per capita superior a R\$1.989. Isto implica afirmar que os benefícios tributários concedidos via IRPF são apropriados somente pela parcela correspondente aos 20% mais ricos da população.

3.4

Outras formas de financiamento público da saúde privada

3.4.1. Dívida relativa ao ressarcimento ao Sistema Único de Saúde

Diferentemente do gasto tributário em saúde, as transferências de recursos federais para a saúde privada relativas aos valores devidos de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à judicialização da saúde no âmbito federal são menores e têm um crescimento não tão sistemático. No entanto, ambos os mecanismos de financiamento já ultrapassam, individualmente, o patamar de um bilhão de reais, com tendência de crescimento. O processo de judicialização da saúde tem se intensificado cada vez mais, movimentando quantidades maiores de recursos do que a inscrição na dívida ativa resultante dos valores devidos de ressarcimento, porém, por se tratar de um fenômeno mais fragmentado, cuja análise depende de relatórios e estudos pontuais e não permite análise de série histórica dos valores despendidos, optou-se por discuti-lo na última seção.

O ressarcimento ao Sistema Único de Saúde por operadoras de planos de saúde está previsto na Lei nº 9.656 de 1998, que estabelece a cobrança todas as vezes em que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) identifica que um paciente foi atendido na rede pública para um serviço que poderia obter na rede suplementar da qual é beneficiário por meio de contrato com seu plano de saúde. Os recursos arrecadados vão para o Fundo Nacional de Saúde (FNS), do Ministério da Saúde, que destina verbas aos governos federal, estadual e municipal para a cobertura e investimentos em ASPs.

Nem todos os montantes inicialmente identificados são passíveis de cobrança, sendo necessário percorrer as instâncias administrativas de contestação. Após receber a notificação de cobrança, as operadoras podem apresentar contestações administrativas sobre os atendimentos, que serão avaliadas pela agência. Quando as cobranças se referem a casos nos quais o beneficiário estava em período de carência ou tinha uma doença preexistente, por exemplo, as operadoras não estão obrigadas a reembolsar o SUS.

No capítulo 1 deste volume, foram analisadas as cobranças e a conduta financeira de determinadas operadoras. Nele, os autores apontam que características de um modelo aparentemente mais lucrativo, da perspectiva das operadoras, podem estar correlacionadas a um alto grau de utilização

do SUS por parte de seus beneficiários. Nesta seção, é analisada a evolução das cobranças e pagamentos por modalidade de operadora.

Segundo dados da ANS, entre 2013 e 2022, a taxa de impugnação²⁰ dos atendimentos a beneficiários de planos de saúde prestados e identificados pelo SUS foi de 55,5%. Ou seja, das 5,9 milhões de cobranças relativas à autorização de internação hospitalar (AIH) ou autorização de procedimento ambulatorial (APAC) identificadas pela ANS, 55,5% das cobranças foram impugnadas em primeira instância e 45% seguiram o processo para ressarcimento. Embora o sequenciamento de recursos e contestações sejam mecanismos necessários para assegurar a devida cobrança, eles também podem constituir instrumento para retardar, reduzir ou cancelar as obrigações de pagamento. Dentre as 3,3 milhões de cobranças impugnadas, no entanto, a maior parte (46%) foi indeferida com manutenção do valor ao alcançar outras instâncias, seguindo para ressarcimento ao SUS; já a anulação do valor foi deferida em 30% dos casos; outros 20% foram deferidos ou indeferidos com redução do valor de cobrança. No mesmo período, a taxa de recursividade – percentual de atendimentos impugnados recorridos em segunda instância – foi de 40%.

De acordo com levantamento do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, as internações identificadas para ressarcimento correspondem a cerca de 2% a 3% de todas as internações (AIH) realizadas no SUS e a aproximadamente 3% a 4% do total de internações na saúde suplementar. Com exceção de 2021, segundo ano da pandemia de Covid-19, quando os procedimentos relativos a tratamento de infecção pelo coronavírus foram responsáveis pelo maior montante cobrado no ano (R\$193 milhões em valores reais), ao longo da série de dez anos, os procedimentos que implicam em maiores valores de cobrança são relativos a sessões de hemodiálise, transplante de rim (órgão de doador falecido), tratamento com cirurgias múltiplas e tratamento de outras doenças bacterianas (ANS, 2022).

O volume de atendimentos prestados pelo SUS a beneficiários e, consequentemente, o montante cobrado, varia bastante conforme a classificação das operadoras de planos privados de assistência à saúde (**FIGURA 11**). As operadoras na modalidade de medicina de grupo, cuja participação no total de atendimentos identificados pela ANS foi de 53% em 2022, responderam por 55% do valor cobrado, e as cooperativas médicas por outros 28%. Juntas, elas foram responsáveis por 85% dos atendimentos realizados no SUS nesse ano e identificados para ressarcimento. Dentre essas duas principais modalidades de operadoras, destaca-se a diferença na proporção do valor pago em relação ao valor cobrado: em 2017, enquanto as cooperativas médicas haviam pago ao SUS 63% dos valores cobrados, a categoria medicina de grupo havia pago apenas 30%; em 2022, essa diferença se intensificou, com proporção de 72% e 23%, respectivamente.

Ao considerar o alto volume de atendimentos registrado pela medicina de grupo e o baixo percentual de pagamento das cobranças, nota-se que esse grupo concentra em grande medida os valores devidos de reembolso ao SUS, com tendência de aumento da dívida: em 2017, as operadoras de

20 Após a identificação do atendimento e notificação, a operadora pode apresentar impugnação (1ª instância), levando à discussão administrativa sobre o valor cobrado.

medicina de grupo concentraram 71% do valor devido ao SUS e, em 2022, passaram a concentrar 82%.

A partir de 2015, exames e terapias ambulatoriais de alta e média complexidade (identificados por meio da APAC) passaram a ser ressarcidos ao SUS, ampliando o número de atendimentos e valores cobrados, e aumentando, consequentemente, os valores pagos a partir de 2016²¹ (**FIGURA 12**). Até 2019, era possível observar uma tendência de crescimento dos valores pagos, mas a partir de 2020 o volume pago reduziu, ficando abaixo de R\$750 milhões por ano.

FIGURA 11 – VALORES DE RESSARCIMENTO AO SUS SEGUNDO SITUAÇÃO DO PAGAMENTO POR MODALIDADE DA OPERADORA, BRASIL, 2017 E 2022



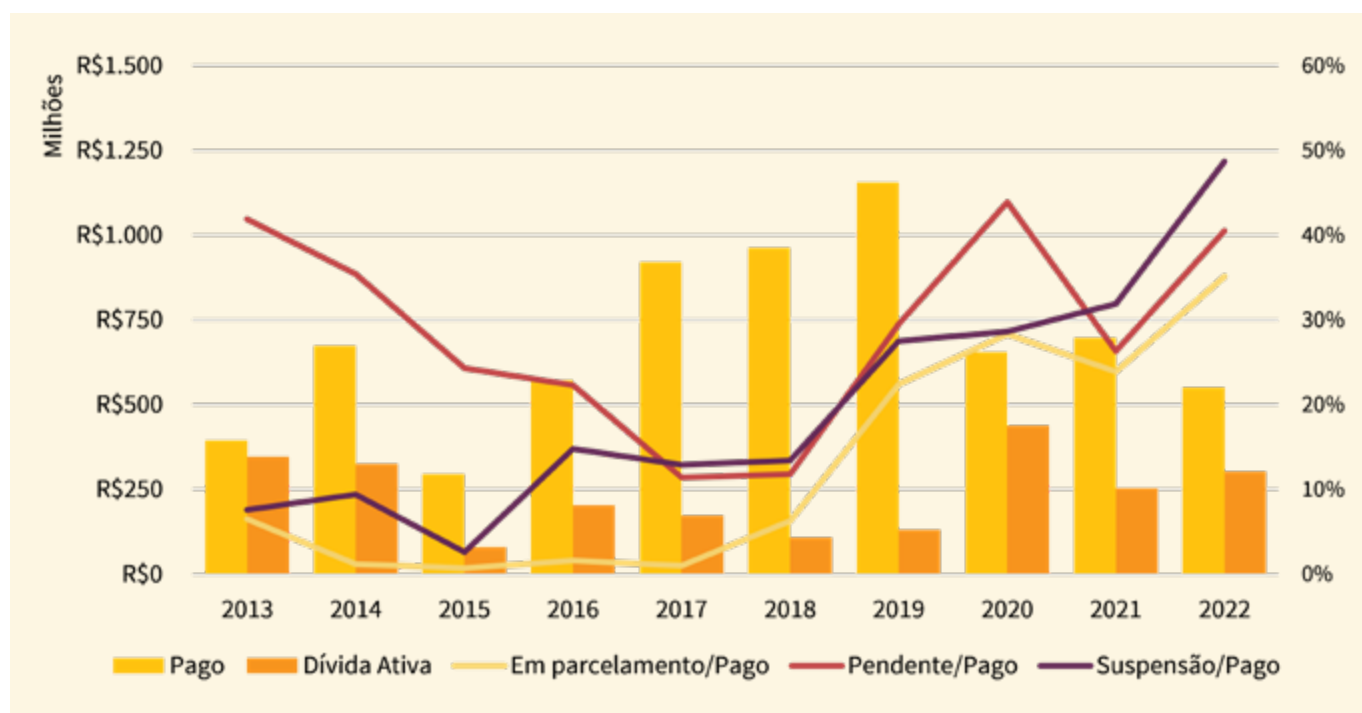
Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS/MS). Nota: valores originais, sem acréscimo de encargos.

21 Também contribuiu para o aumento dos valores cobrados a determinação do TCU, em 2017, de cobrança dos serviços APAC prestados entre abril de 2012 e dezembro de 2017. (ANS, 2022)

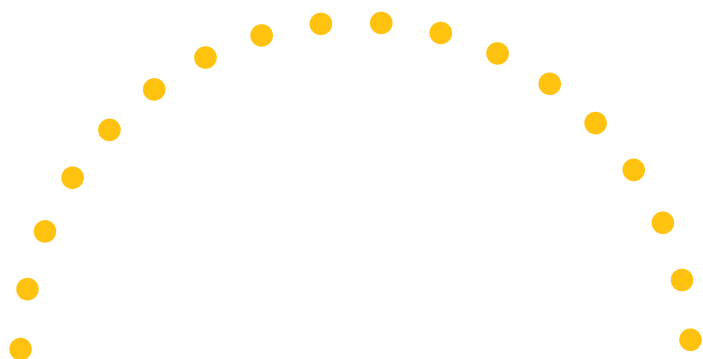
Em paralelo à redução dos valores pagos entre 2020 e 2022, nota-se que os valores encaminhados para inscrição na Dívida Ativa voltaram a atingir valores significativos, representando 67% e 55% dos valores pagos nos anos de 2020 e 2022, respectivamente. De acordo com a ANS, atualmente R\$1,04 bilhão está inscrito na Dívida Ativa e, historicamente, o ressarcimento ao SUS já encaminhou R\$1,9 bilhão para inscrição.

Essa dinâmica foi acompanhada pelo crescimento relativo dos valores suspensos, pendentes e em parcelamento – em relação ao valor pago. Os valores suspensos judicialmente chamam especial atenção pelo crescimento contínuo ao longo dos anos e, em 2022, chegaram a equivaler 49% dos valores pagos. No mesmo ano, os valores pendentes e em parcelamento equivalem, respectivamente, a 41% e 35% do montante pago.

FIGURA 12 – VALOR PAGO, VALOR ENCAMINHADO PARA INSCRIÇÃO NA DÍVIDA ATIVA E RAZÃO ENTRE VALORES DE RESSARCIMENTO AO SUS SEGUNDO DIFERENTES SITUAÇÕES DE PAGAMENTO E O VALOR PAGO, POR ANO DE VENCIMENTO, BRASIL, 2013-2022



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS/MS). Nota: valores originais, sem acréscimo de encargos.

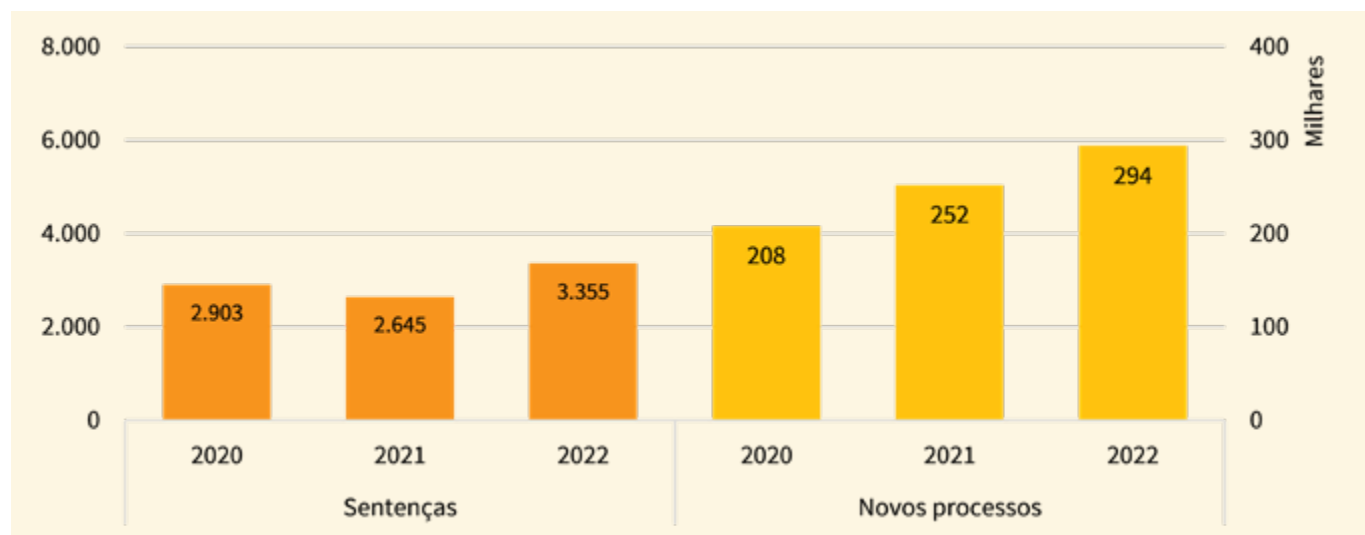


3.4.2 Judicialização da saúde

O primeiro caso de judicialização da saúde chegou à Suprema Corte Federal (STF) em 1997 e, desde então, houve um aumento significativo nas ações judiciais com reivindicações relativas ao direito à saúde ao longo dos anos: entre 2008 e 2017, relatório do Insper, que analisou cerca de 800 mil processos judiciais sobre direito à saúde no país, apontou crescimento de 130% das ações em primeira instância no período – contra 50% de aumento geral (Insper-CNJ, 2019). O fenômeno da judicialização envolve também o setor privado de saúde, mas neste capítulo o foco recai apenas sobre os processos que acionam judicialmente o poder público.

Dados da Base Nacional de Dados do Poder Judiciário (DataJud)²² para o triênio 2020-2022 reforçam a tendência preocupante: o número de novos casos²³ relativos à saúde no âmbito do setor público recebidos pelos Tribunais de Justiça aumentaram 41,2% (FIGURA 13). Apenas em 2022, foram registrados mais de 293 mil processos. Enquanto isso, no mesmo período, o número de sentenças²⁴ relativas à saúde julgadas pelos tribunais também aumentou, mas em proporção menor, de 15,6%. Em 2022, ano com maior número de sentenças julgadas, observou-se o resultado de apenas 3.355 julgamentos – ou seja, a cada 87 novos processos no tema, 1 sentença foi julgada.

FIGURA 13 – NÚMERO DE NOVOS PROCESSOS E NÚMERO DE SENTENÇAS JULGADAS NA ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA PELOS TRIBUNAIS DE JUSTIÇA, BRASIL, 2020-2022



Fonte: Base Nacional de Dados do Poder Judiciário (DataJud).

22 O DataJud reúne informações de processos físicos ou eletrônicos do Superior Tribunal de Justiça, Tribunal Superior do Trabalho, Tribunais Regionais Federais, Tribunais do Trabalho, Tribunais Eleitorais, Tribunais Militares e Tribunais dos Estados e do Distrito Federal e Territórios.

23 Novos casos consideram as situações: Denúncia/queixa recebida, Distribuído, Execução não criminal iniciada, Recebido pelo Tribunal, Fase processual iniciada, Classe evoluída para ação penal, Liquidação iniciada. Cada processo é contabilizado apenas uma vez em cada fase processual.

24 Sentenças julgadas consideram Julgamento com resolução de mérito, Julgamento sem resolução de mérito e Julgamento sem especificação. Pode existir em um mesmo processo dois ou mais julgamentos considerados.



De modo geral, podemos compreender a judicialização da saúde a partir de duas perspectivas: i) a que busca o exercício do direito já reconhecido e incorporado na política de saúde, porém negado – quando se tenta acessar medicamentos ou tratamentos já incorporados ao SUS – ou ii) a que busca direitos não reconhecidos – quando se tenta acessar medicamentos ou tecnologias ainda sem registro na Anvisa ou não incorporadas ao SUS, por exemplo (Schulze; Neto, 2015). Em revisão sistemática sobre o tema, Freitas, Fonseca e Queluz (2020) identificam tanto estudos que apontam que muitos dos medicamentos solicitados estavam presentes em listas do SUS e, frequentemente, eram medicamentos de baixo custo (Massau; Baily, 2014; Biehl et al., 2012); como estudos que encontram maior percentual de demandas para acesso a medicamentos fora das listas do SUS, como em Machado *et al.* (2011), que identificaram esse tipo de demanda em 56% dos casos, dos quais 71% dos pacientes foram atendidos no sistema privado.

Dentre os temas mais recorrentes quando se trata de judicialização da saúde no sistema público, estão a solicitação de medicamentos de alto custo que não compõem as políticas de saúde; correção de obstáculos para entrega de serviços, como *home care*, leitos, e medicamentos que fazem parte das listas do SUS, mas que não estão acessíveis para a população (IESS, 2020). Observa-se, contudo, a ausência de um comportamento comum da judicialização da saúde no Brasil, indicando uma variação regional dos tipos de demanda conforme as diferentes regiões do país, exigindo uma abordagem regionalizada e contextualizada.

Isso é comprovado ao comparar o número de processos judiciais relativos à saúde a cada 100 mil habitantes entre estados: por exemplo, entre 2009 e 2017, o Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul (TJMS) possuía uma média de 111 processos, enquanto o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJRJ) registrava média de 15,7 processos. Outra diferença é quanto à natureza dos pedidos por estado: no Pará, a judicialização da saúde envolve cumprir políticas de saúde já estabelecidas, como solicitar medicamentos incluídos no rol do SUS; já em São Paulo, a maioria dos pedidos é de solicitação de medicamentos não incluídos nessas listas (Insper, 2019).

A seguir, é possível observar a evolução dos assuntos objeto das sentenças julgadas (FIGURA 14) e dos novos processos (FIGURA 15) entre 2020 e 2022. Considerando que as sentenças julgadas refletem assuntos dos casos anteriores ao triênio, a comparação entre ambos os gráficos contribui na compreensão das mudanças nas demandas de saúde judicializadas.

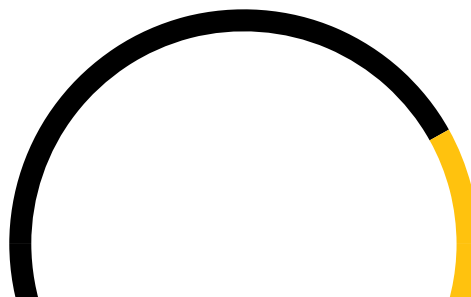
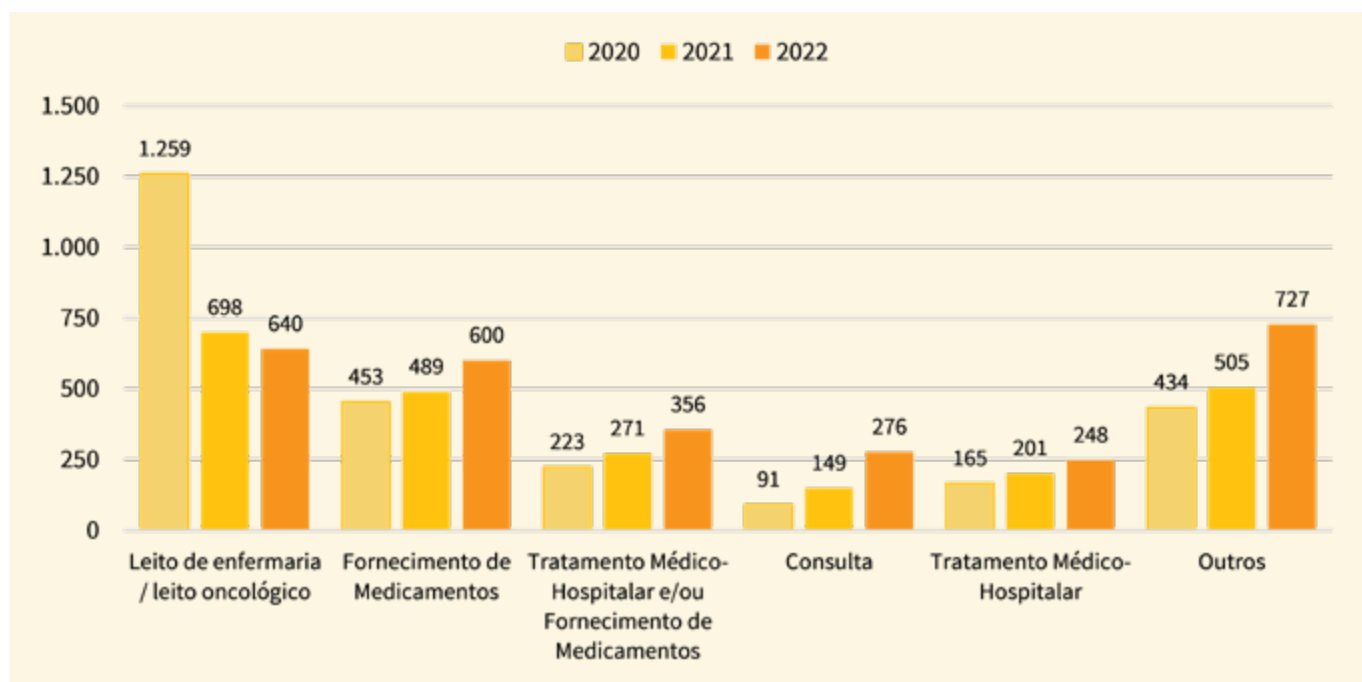


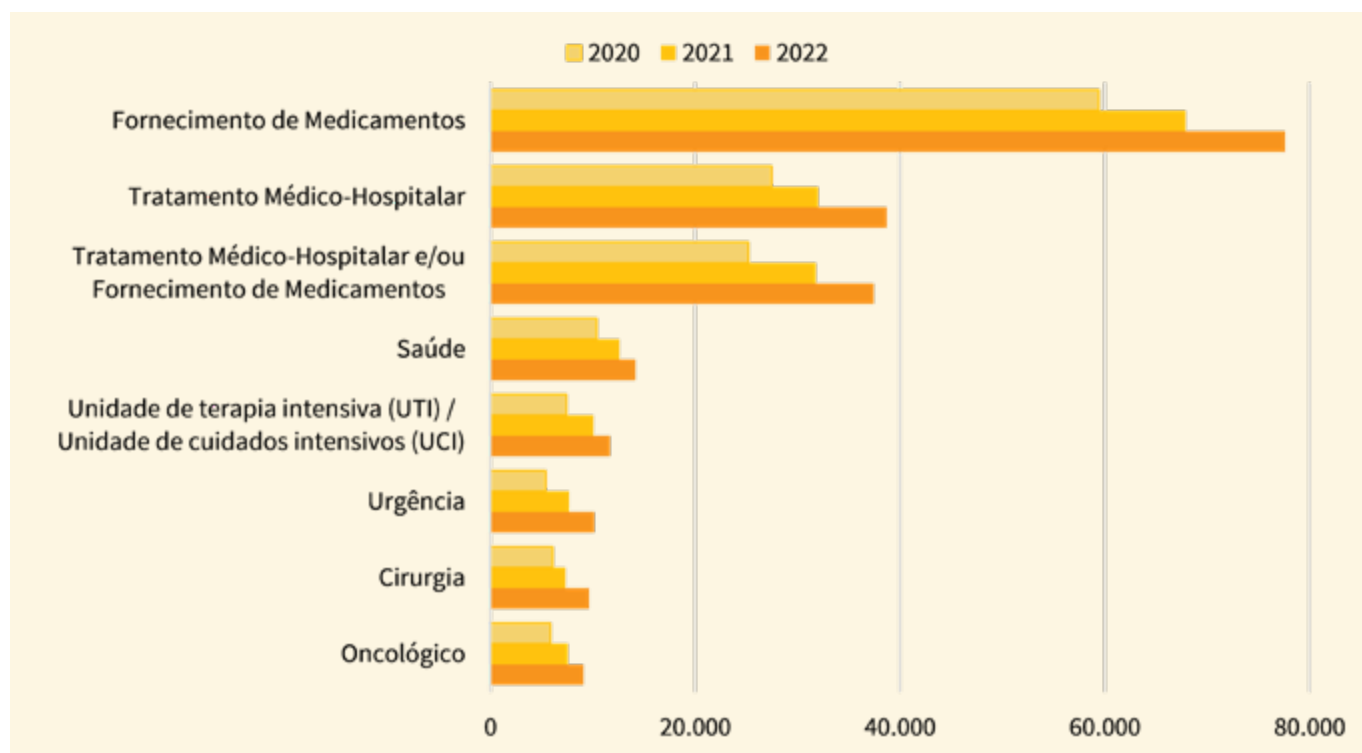
FIGURA 14 – SENTENÇAS JULGADAS NA ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA SEGUNDO O ASSUNTO, POR ANO, BRASIL, 2020-2022



Fonte: Base Nacional de Dados do Poder Judiciário (DataJud).

As sentenças julgadas entre 2020 e 2022 trataram majoritariamente de demandas relacionadas ao acesso a leitos de enfermaria ou oncológicos e fornecimento de medicamentos, com tendência crescente do último – o que se confirma no **FIGURA 15**, onde esse assunto é o principal tema dos novos casos do triênio. Enquanto as sentenças relativas a leito de enfermaria/oncológico reduziram em quase 50%, as relativas a fornecimento de medicamentos cresceram em 32% e tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos, em 60%. O maior aumento, no entanto, foi observado nas sentenças referentes a consultas, que triplicaram, saltando de 91 em 2020 para 276 em 2022.

FIGURA 15 – NOVOS PROCESSOS JUDICIAIS NA ÁREA DA SAÚDE SEGUNDO O ASSUNTO, POR ANO, BRASIL, 2020-2022



Fonte: Base Nacional de Dados do Poder Judiciário (DataJud).

Os custos relacionados a processos judiciais para a aquisição de medicamentos são custeados, desde 2014, exclusivamente por meio dos recursos destinados à ação orçamentária que suporta o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) no Ministério da Saúde. A participação das despesas decorrentes de demandas judiciais nessa ação²⁵, segundo Vieira (2023), crescem desde 2012, tendo atingido 25% do orçamento do CEAF em 2019 – entre 2017 e 2019, esse gasto manteve-se no patamar de R\$1,1 bilhão. Além disso, em 2019, apenas 10 medicamentos foram responsáveis por 94,6% do gasto federal com demandas judiciais para a aquisição de medicamentos (R\$950 milhões), o que resulta em uma disponibilidade reduzida de recursos para a cobertura do extenso rol de medicamentos desse componente, que é destinado à totalidade da população (Vieira, 2023).

A concentração dos recursos em uma pequena lista de medicamentos reforça a preocupação trazida por Ribeiro e Vidal (2018), de que o custo dos medicamentos não seja considerado um aspecto crucial nas decisões judiciais.²⁶ Dentre os novos processos registrados no período, além do fornecimento de medicamentos, destacam-se também o das demandas relativas a tratamento médico-hospitalar, que apresentou crescimento superior a 40%. O maior crescimento observado, no entanto, foi de demandas relacionadas à urgência (88% mais casos em 2022), Unidade de

25 Considerando apenas os gastos de demandas judiciais registrados nessa ação orçamentária.

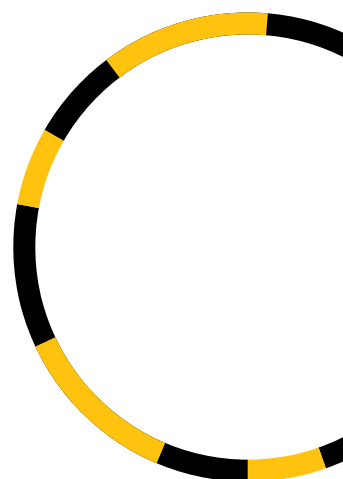
26 Os repasses da União aos estados e municípios relativos ao ressarcimento para cobrir despesas dos entes federativos com compra de remédios judicializados foi suspenso em 2017 e foi retomado pela Portaria nº 1.805 de 2023. Ver mais em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.805-de-9-de-novembro-de-2023-522126202>.



Terapia Intensiva (UTI) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) (58%) e cirurgias (58%).

Um aspecto fundamental da questão da judicialização da saúde é a hipótese de seu potencial regressivo – que implica na realocação de recursos escassos dos estratos mais pobres para os mais ricos. Essa hipótese ganha credibilidade diante da escassez de defensores públicos e casos de justiça realizados de forma gratuita (IESS, 2020). Em contrapartida, Freitas, Fonseca e Queluz (2020) apontam a falta de consenso sobre as características de renda dos demandantes, uma vez que alguns artigos identificam preponderância de ações judiciais sendo representadas pela Defensoria Pública.

Além disso, há uma disparidade entre ações coletivas e individuais, indicando que tribunais e juízes possam estar mais inclinados a decidir casos individuais de maneira favorável do que a promover reformas estruturais na política pública de saúde por meio de ações coletivas (Insper-CNJ, 2019b).





3.5

Discussão

Ao considerar o gasto total em saúde, observamos que o gasto público apresenta uma característica progressiva, enquanto o gasto privado, de maneira geral, reproduz o nível de concentração de renda existente no país. Nesse sentido, como Silveira e Gaiger (2021) argumentam que, caso o gasto público representasse uma parcela do gasto total em saúde semelhante àquela observada em nações com sistemas de saúde públicos universais e amplamente financiados, a natureza progressiva predominaria. Dessa forma, mesmo diante da regressividade no financiamento da saúde pública – devido ao peso da tributação indireta –, as despesas com saúde teriam efeitos redistributivos.

Esse cenário é agravado pela crescente perda de arrecadação da União atribuída ao gasto tributário em saúde, que registrou aumento de pelo menos 49% em 10 anos. Em paralelo, o orçamento do Ministério da Saúde manteve-se estagnado, apresentando aumento de 2,5% (Nobre e Faria, 2023) – decorrente, em grande medida, dos custos com o enfrentamento à pandemia de Covid-19. Enquanto em 2014 estima-se que o gasto tributário em saúde da União tenha correspondido a 27% dos recursos destinados ao Ministério da Saúde, atualmente, esse gasto equivale a 40% do orçamento da pasta, uma elevação de 13 p.p. em dez anos. A implicação dessa tendência, de incremento sistemático das despesas indiretas face à estagnação das despesas diretas em saúde, é do aumento do financiamento do setor privado – principal beneficiário dos subsídios – em detrimento do setor público de saúde, como já vem sendo observado nos últimos anos.

Não obstante, as transferências indiretas por meio de subsídios fiscais constituem prerrogativa legítima e comum dos governos para fomentar políticas públicas, assim como o faz por meio de despesas diretas, frequentemente elas não têm o mesmo nível de transparência exigido das despesas diretas no orçamento público. Em análise sobre a forma com que gastos tributários são reportados pelos países que compõem a OCDE e o G20, o Brasil é classificado no grupo que disponibiliza um “relatório básico de gastos tributários”, juntamente com outros 25 países – dentre eles Chile, Finlândia e Estados Unidos (Redonda; Neubig, 2018). Entre as lacunas identificadas nos relatórios brasileiros, destacamos como mais relevante

a ausência de avaliação sistemática dos gastos tributários – além da não estimação de todos os gastos detectados.

Além da maior complexidade e menor transparência que caracterizam a despesa indireta em comparação com a despesa direta, o gasto tributário não está sujeito aos mesmos mecanismos de governança que regem o planejamento e orçamento públicos – nem a mecanismos semelhantes. Isto é, enquanto periodicamente os instrumentos básicos de planejamento e orçamento²⁷, que definem a alocação de recursos e prioridades em termos de políticas públicas, são construídos, apreciados e votados envolvendo os poderes executivo e legislativo, os dispositivos que regem o gasto tributário não atendem a critério semelhante de revisão, atualização ou controle, e alguns deles sequer possuem prazo de vigência. Consequentemente, o aumento dessa despesa foge à capacidade de governança das autoridades administrativas, respondendo automaticamente à demanda de consumo de saúde e aos preços de mercado praticados, de modo predominante, e à oferta de serviços e produtos subsidiados.

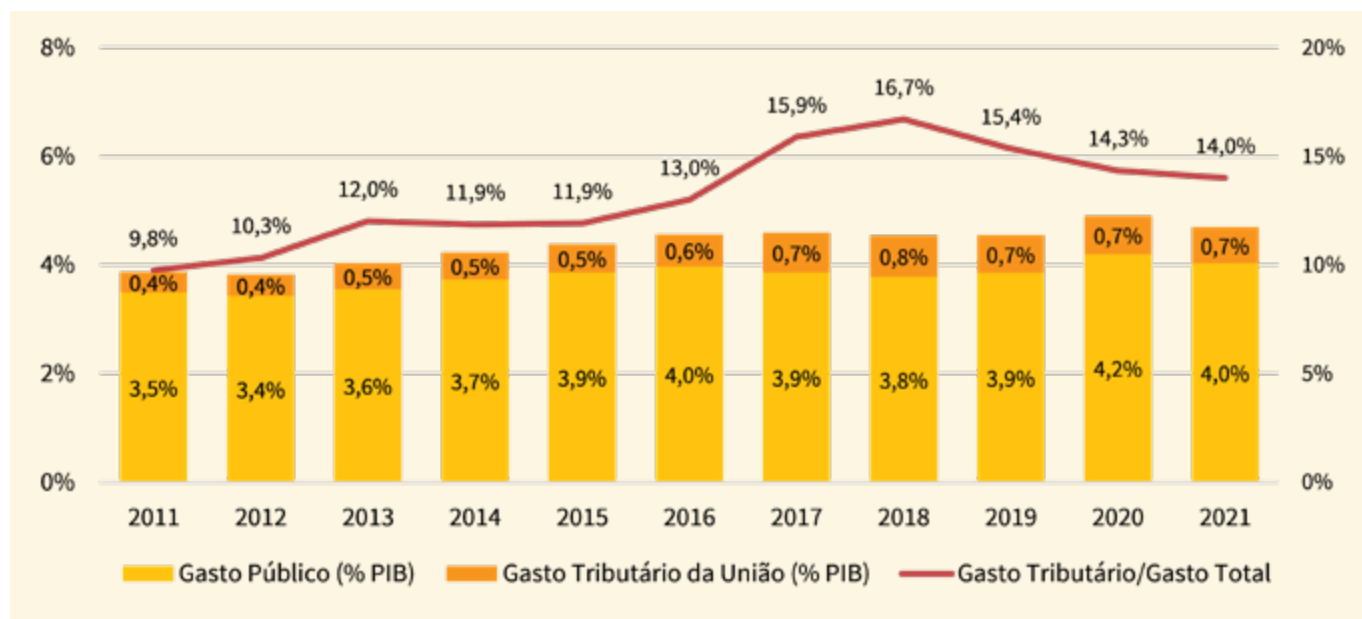
Ao aprovar com ressalvas a prestação de contas do exercício de 2023²⁸, o TCU fez dois alertas relativos à concessão e ampliação de benefícios tributários: embora tenha atingido a ordem de R\$ 519 bilhões em renúncia de receita, no mesmo ano, foram instituídas outras 32 desonerações fiscais, com impacto negativo de R\$ 68 bilhões na arrecadação. Em perspectiva comparada, o orçamento do Ministério da Saúde (R\$ 231 bilhões) autorizado para 2024 equivale a menos da metade do total de recursos renunciados. Particularmente na saúde, essa dinâmica fica evidente ao confrontar o gasto tributário em saúde com o gasto público observado na Conta-Satélite de Saúde, onde é possível perceber a expansão do gasto tributário na composição do gasto total em saúde²⁹, em comparação ao gasto público – valores em proporção do PIB (**FIGURA 16**). Entre 2010 e 2021, o gasto tributário em saúde cresceu sua participação no gasto total em 4 p.p. e chegou a representar 17% de todo o gasto em 2018. Em 2021, ficou em 14%.

27 Estabelecidos pela Constituição de 1988, são eles: o Plano Plurianual (PPA), elaborado a cada quatro anos, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), o Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), elaborados, discutidos e aprovados anualmente.

28 Ver mais em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/tcu-aprova-com-ressalvas-as-contas-do-presidente-da-republica-de-2023.htm>

29 Como gasto total em saúde foi considerada a soma entre o gasto público em saúde e o gasto tributário em saúde.

FIGURA 16 – GASTO PÚBLICO EM SAÚDE E GASTO TRIBUTÁRIO EM SAÚDE COMO PROPORÇÃO DO PIB E PARTICIPAÇÃO DO GASTO TRIBUTÁRIO NO GASTO TOTAL EM SAÚDE, BRASIL, 2010-2021



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais. Secretaria da Receita Federal do Brasil. Demonstrativos dos Gastos Tributários - Bases Efetivas (DGT).
Nota: O último ano com dados da Conta-Satélite de Saúde disponibilizados pelo IBGE é 2021.

Desse montante, cerca de 75% são apropriados pelo setor privado. Notavelmente, a assistência privada à saúde é a principal beneficiária, absorvendo 51,9% do gasto tributário total na área por meio de deduções de despesas relacionadas ao consumo privado de saúde, via Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) e Imposto de Renda Pessoa Jurídica (IRPJ), ou R\$ 39,9 bilhões. Para fins de comparação, o total de recursos pagos pelo SUS na prestação de todos os 13,3 milhões de atendimentos hospitalares realizados em 2023 foi de R\$ 20,6 bilhões³⁰. Particularmente as deduções relacionadas a despesas médicas no IRPF respondem por um terço das despesas públicas indiretas em saúde, o que implica não apenas na perda de arrecadação do estado para fins de financiamento da assistência privada à saúde, como também na redução da progressividade do imposto de renda a partir de tais deduções – para as quais não há limite absoluto ou proporcional.

Estudo recente sobre os efeitos de mudanças no IRPF sobre a desigualdade (Martins e Gomes, 2024) avaliou simulações de alguns cenários, dentre eles, o fim das deduções de gastos com saúde e educação privados e o ii) fim de isenção de taxa de lucros e dividendos. Os autores concluem que o fim dos gastos tributários com saúde e educação possui um impacto arrecadatório considerável, de R\$ 34 bilhões, mas um efeito redistributivo menor, assim como sobre a progressividade do sistema; a medida com maior potencial arrecadatório e de aumento da progressividade do sistema tributário seria a taxa de lucros e dividendos – aumento de 18% na arrecadação, cerca de R\$ 58 bilhões, e uma queda de 0,6% no Gini. Isso porque o perfil desses gastos tributários é diferente: enquanto 73% das deduções com saúde e educação estão concentradas entre os centis 10º e 1º (aqueles

30 Os valores repassados são referentes à Tabela SUS e podem não refletir os custos integrais dos procedimentos realizados. Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

de renda entre R\$ 6.764 e R\$ 35.673), 82% dos gastos com a isenção de lucros e dividendos estão no 1% mais rico.

Diversos países oferecem incentivo fiscal para indivíduos e seguradoras, mas as leis fiscais variam consideravelmente entre eles. Na União Europeia, houve esforços para reduzir esse tipo de incentivo em muitos estados membros e, atualmente, não existe qualquer dedução fiscal relativa a despesas com saúde na Bélgica, Dinamarca, Finlândia, França, Suécia e Reino Unido; existe uma dedução fiscal muito limitada na Alemanha e nos Países Baixos; Áustria e Espanha tomaram medidas substanciais para reduzir os benefícios fiscais; Irlanda e Portugal são as exceções à tendência de remover ou reduzir os incentivos (Mossialos e Thomson, 2002). Dentre os países da OCDE, a Austrália se assemelha à Irlanda pelos incentivos fiscais e níveis de cobertura de segurados, que se aproximam de metade das respectivas populações. Já Estados Unidos e Canadá se destacam pela presença de incentivos fiscais que favorecem a oferta e a adesão à cobertura do empregador (Colombo e Tapay, 2004).

No Brasil, não se pode argumentar que o aumento do subsídio à demanda, nesse período, foi impulsionado pelo aumento de beneficiários de planos de saúde: entre 2014 e 2023, segundo dados da ANS, o número de beneficiários passou de 50,5 milhões para aproximadamente 51 milhões – aumento inferior a 1%; enquanto o gasto tributário com as deduções relativas à demanda por serviços de saúde via IRPF e IRPJ cresceu 49%. Isso implica dizer que o aumento do gasto tributário foi alavancado praticamente em sua totalidade pelo aumento de preços e frequência de uso de serviços privados, e não pela ampliação da cobertura de beneficiários.

A regulação atual da ANS se aplica apenas a reajustes de planos de saúde individuais – com efeito, eles apresentam o menor índice de aumento dentre as categorias de planos, mesmo assim, o aumento observado foi de 35,4% em cinco anos (2018 a 2022). O mesmo estudo, do Instituto de Defesa do Consumidor (Idec, 2023), sugere ainda que consumidores de perfil individual ou familiar estão migrando para planos coletivos, cujos contratos registram os mais altos índices de reajuste – contratos empresariais de pequeno porte tiveram aumento de 82,4% do valor inicial no mesmo período.

O financiamento por meio de subsídios à oferta de produtos e serviços de saúde, de modo geral, cresce de forma mais moderada, com exceção do setor de produtos químicos e farmacêuticos, cujo subsídio fiscal aumentou em dez vezes entre 2014 e 2023. Atualmente, esse setor responde por 14% de todo o gasto tributário em saúde, acompanhado de perto do setor de medicamentos, com 12%.

A avaliação da efetividade dos subsídios nos preços dos medicamentos aponta que a inflação dos medicamentos desonerados foi inferior à observada nos medicamentos não desonerados, alinhando-se com a finalidade dos subsídios tributários aplicados nesse setor. No entanto, observa-se uma concentração significativa de subsídios a medicamentos mais consumidos pelas famílias com maior renda.

Do outro lado dos subsídios ao consumo de saúde privada – que beneficiam individualmente os contribuintes e comprometem metade do gasto tributário em saúde – e à oferta de medicamentos e produtos farmacêuticos – que respondem por outros 26% –, estão os gastos com entidades

filantrópicas e sem fins lucrativos. Elas respondem por pouco mais de um quinto do gasto tributário, no entanto, a contrapartida estabelecida, de destinação obrigatória de ao menos 60% dos atendimentos ao SUS, é acompanhada anualmente por meio da produção hospitalar do ano anterior.

Os resultados encontrados a respeito da regressividade nas desonerações relacionadas às despesas médicas no IRPF, com a concentração de benefícios entre os indivíduos de maior renda, corroboram aqueles já documentados na literatura (Piola et al., 2010; Paes, 2014; Ocké-Reis, 2021). A avaliação dos subsídios ao setor de medicamentos também indica um viés regressivo, com uma concentração de subsídios nos medicamentos mais consumidos por famílias de maior renda.

Embora haja aspectos positivos, como a ampliação do debate sobre o direito à saúde e a inclusão de procedimentos e tratamentos no âmbito do SUS, fato é que a judicialização da saúde pode resultar em aumento ineficiente dos gastos públicos, o que é particularmente preocupante considerando o subfinanciamento crônico do SUS, além de contribuir para a ampliação de iniquidades em saúde (Vinhos, Botton e Hirdes, 2021).

Com efeito, entre 2008 e 2015, os gastos federais com a judicialização apenas de medicamentos – principal demanda judicial de direito à saúde para o sistema público – elevaram-se em mais de 10 vezes, ultrapassando R\$103,8 milhões em 2015³¹ (David, Andreino e Beghin, 2016). Em 2017, auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU) sobre judicialização da saúde no Ministério da Saúde – que resultou no acórdão 1787/2017 – constatou alta probabilidade de êxito de ações individuais, pagamentos por fármacos sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) ou já disponibilizados pelo SUS, e falta de adoção de recomendações do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

De acordo com a Lista de Alto Risco na Administração Pública Federal, estudo realizado também pelo TCU com o propósito de identificar áreas que apresentam riscos significativos para a administração pública, o aumento da judicialização da saúde representa um risco à sustentabilidade da prestação de serviços públicos de saúde de forma universal, gratuita e integral no contexto do SUS. Entre 2014 e 2018, o TCU estima que a União gastou, em média, R\$1,1 bilhão por ano no atendimento de demandas judiciais relativas à saúde – esse valor agrega aquisições de insumos estratégicos para saúde e depósitos judiciais. E a previsão de aumento dos recursos destinados às demandas judiciais para 2021, ainda segundo o TCU, era de R\$2,04 bilhões³².

Embora as ações sejam predominantemente individuais, e não impliquem em benefícios coletivos, a frequência de ações relativas ao fornecimento de medicamentos já instituídos no SUS sugere uma dificuldade compartilhada de acesso à integralidade da atenção e a falta de implementação de linhas de cuidado. Porém, a fragmentação do fenômeno entre os

31 Os autores destacam que existe a possibilidade de recebimento triplicado do medicamento demandado judicialmente pelo demandante da ação, pois não há cruzamento dos bancos de dados de demandas judiciais dos entes federativos – isto é, se o demandante recorrer simultaneamente ao município, ao Estado e à União, ele pode vir a receber o medicamento por cada ente sem que os demais tenham conhecimento.

32 Segundo Braga, Da Costa Oliveira e Ferreira (2021), em revisão integrativa, não existe padronização ou sistematização na fonte dos dados financeiros relativos ao gasto com a judicialização de medicamentos.



entes e instâncias dificulta a existência de estudos mais amplos e comparados, levando a resultados muitas vezes conflitantes sobre a judicialização (Biehl et al. 2016; Ferraz, 2009; Diniz et al., 2014 *apud* IESS, 2020).

Em relação ao ressarcimento ao SUS de atendimentos a beneficiários de planos de saúde, destaca-se a inclusão dos atendimentos ambulatoriais de alta e média complexidade (APAC) a partir de 2015, além das internações (AIH), nos atendimentos identificados para ressarcimento. Ou seja, atualmente são ressarcidos ao SUS internações e atendimentos ambulatoriais de alta e média complexidade, mas consultas e procedimentos de baixa complexidade de beneficiários oneram o SUS sem restituição por parte das operadoras. A alta parcela de valores devidos observada nas cobranças para a modalidade de operadoras de planos de medicina de grupo, comparada às demais modalidades, em conjunto com a alta participação dessa categoria nos atendimentos identificados para ressarcimento, aponta a necessidade de maior compreensão das ocorrências e maior atenção aos processos e protocolos relativos às cobranças desse grupo.

Por fim, destaca-se o papel desempenhado pelo poder judiciário em ambos os processos – de judicialização da saúde e de ressarcimento ao SUS. No primeiro, o poder judiciário tem papel central, atuando integralmente como mediador e, no segundo, parcialmente, nos casos em que a cobrança é questionada e suspensa judicialmente. A razão entre os valores suspensos judicialmente e os valores pagos de ressarcimento cresceu aceleradamente na última década – de forma mais intensa e em maior volume que os valores parcelados.

3.6

Considerações finais

A interação entre os sistemas de saúde público e privado no Brasil colocam uma camada adicional de complexidade no estudo do financiamento da saúde. Este capítulo buscou identificar, caracterizar e dimensionar os mecanismos pelos quais o estado, no nível federal, financia o setor de saúde privada no Brasil, concentrando esforços no gasto tributário em saúde, no processo de judicialização da saúde e na dívida relativa ao ressarcimento ao SUS. O aumento contínuo dos valores associados ao gasto tributário, em primeiro lugar, e às demandas judiciais, em menor medida, particularmente àquelas relativas ao fornecimento de medicamentos, constituem o principal destaque e ponto de atenção encontrados.

De modo geral, a configuração do gasto total em saúde no Brasil revela uma tendência regressiva, considerando que os efeitos redistributivos positivos do gasto público são suplantados pela concentração do gasto privado e seu impacto significativo nos orçamentos familiares. As características de regressividade do gasto tributário em saúde e da judicialização agravam esse cenário.

O ritmo acelerado de crescimento registrado pelo gasto tributário em saúde – impulsionado pelo aumento irrestrito dos subsídios ao consumo de saúde privada –, demanda a discussão premente de medidas para seu arrefecimento. Diversas são as possibilidades, desde a instituição de um limite de dedução das despesas com saúde proporcional à renda³³, o estabelecimento de tipos de despesas específicas que se pode deduzir – como despesas hospitalares ou com seguro de saúde –, até a definição de qual população deve ser beneficiária do incentivo – com base no seu estado de saúde ou idade, por exemplo (Ocké-Reis, 2018).

Sobre o gasto tributário em todos os seus componentes, enquanto despesa pública recorrente e que movimenta recursos cada vez mais significativos dentro do orçamento, é fundamental estabelecer instrumentos de governança mais rigorosos e efetivos, com previsão de revisão e discussão periódicas, além de avaliação sistemática da efetividade das políticas de subsídios.

33 Embora o crédito fixo e igualitário para todas as faixas de renda seja mais progressivo (Carvalho Junior, 2022), o limite proporcional à renda tem maior capacidade de incentivar a declaração das despesas.



Referências

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Renúncia de arrecadação fiscal: subsídios para discussão e formulação de uma política pública. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2007, 17: 521-544.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Boletim Informativo: Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS. 13a ed. [recurso eletrônico] Rio de Janeiro: ANS, (dez) 2022.

AYRES, Fábio *et al.* Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2019.

BRAGA, B. S. F.; DA COSTA OLIVEIRA, Y. M.; FERREIRA, M. A. F. Gastos com a judicialização de medicamentos: uma revisão integrativa. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, 2021, v.21, e0003.

BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento. Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas. Relatório de Avaliação: Política de Subsídio Tributário a Medicamentos, Ciclo 2021. Brasília, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/planejamento/pt-br/acao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/politicas/2021/subsidios/medicamentos-relatorio-de-avaliacao.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Economia. Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas. Relatório de Avaliação: Dedução das despesas médicas do IRPF, Ciclo 2020. Brasília, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/economia/pt-br/acao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/politicas/2020/subsidios/medicamentos-relatorio-de-avaliacao.pdf>>.

[conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/politicas/2020/subsidios/relatorio_avaliacao-cmas-2020-dedacao-despesas-medicas.pdf](https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/avaliacao-de-politicas-publicas/boletins-e-estudos/boletins-de-subsidios/09-bolsubsidios_9_v2.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Economia. Secretaria Especial da Fazenda. Deduções do Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF) de despesas médicas. Brasília: Boletim Mensal sobre os Subsídios da União (Secap). 2019a. Edição 9. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/avaliacao-de-politicas-publicas/boletins-e-estudos/boletins-de-subsidios/09-bolsubsidios_9_v2.pdf>.

BRASIL. Ministério da Economia. Secretaria Especial da Fazenda. Relatório de Avaliação: Distribuição Regional dos Gastos Tributários. Brasília: Boletim Mensal sobre os Subsídios da União (Secap). 2019b. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/avaliacao-de-politicas-publicas/boletins-e-estudos/boletins-de-subsidios/12-distribuicao-regional-subsidios_outubro_2019.pdf>.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria da Receita Federal. Secretaria de Políticas Econômicas. Relatório da Distribuição Pessoal da Renda e da Riqueza da População Brasileira: Dados do IRPF 2021/2022. Brasília: SPE, 2023.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria da Receita Federal. Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros (Cetad). Metodologia de Cálculo dos Gastos Tributários. Brasília, 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/receita-federal/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/renuncia/gastos-tributarios-bases-efetivas/anexo-metodologico-versao-1-4.pdf/view>>.



CARVALHO JUNIOR, Pedro Humberto Bruno. O sistema tributário dos países da OCDE: o sistema tributário dos países da OCDE e as principais recomendações da entidade: fornecendo parâmetros para a reforma tributária no Brasil. Nota Técnica 54. IPEA. Diretoria de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais, 2022.

COLOMBO, Francesca; TAPAY, Nicole. Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems. Towards high-performing health systems: Policy studies, 2004, 265-319.

CUNHA, J. R.; FARRANHA, A. C. Judicialização da Saúde no Brasil: categorização das fases decisórias a partir do Supremo Tribunal Federal e os impactos no Sistema Único de Saúde. Public Sciences & Policies. 2021;7(1):15-35.

DAVID, G.; ANDRELINO, A.; BEGHIN, A.. O fenômeno da judicialização dos medicamentos. In: _____. Direito a medicamentos: avaliação das despesas com medicamentos no âmbito federal do Sistema Único de Saúde entre 2008 e 2015. 1 ed. Brasília: Instituto de Estudos Socioeconômicos – INESC, 2016. p. 23-27.

IEPS. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Gestão e Financiamento do Sistema da Saúde no Brasil. 2022. Disponível em: <<https://agendamaissus.org.br/evidencias/>>.

IESS. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Judicialização de Planos de Saúde: Conceitos, disputas e consequências. Palmas: Editora Esmat, 2020. Disponível em: <https://www.iess.org.br/biblioteca/livros/juridico/judicializacao-de-planos-de-saude-conceitos-disputas-e-consequencias>. Acesso em: 9 jan. 2024.

INSPER, Conselho Nacional de Justiça. Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Relatório Propositivo Analítico. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/01/f74c66d46cfea933bf-22005ca50ec915.pdf>

MARQUES, Rosa Maria; FERREIRA, Mariana Ribeiro Jansen; HUTZ, Ana. Os Planos de Saúde na recente crise econômica brasileira. *Planejamento e Políticas Públicas*, n.59, jul.-dez. 2021.

MARTINS, G. K.; GOMES, J. P. F. Melhor para quem? Uma análise de efeitos sobre grupos econômicos de mudanças no IRPF. São Paulo: Centro de Pesquisa em Macroeconomia das Desigualdades (Made/USP), 2024. (Nota de Política Econômica, n. 50).

MENDES, Áquilas; WEILLER, José Alexandre Buso. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. Saúde em Debate, 2015, 39: 491-505.

MOSSIALOS, E.; THOMSON, S. M. S. Voluntary Health Insurance in the European Union: A Critical Assessment. International Journal of Health Services, 2002, 32(1), 19–88. doi:10.2190/k6bp-3h1r-l41m-hvge.

NOBRE, Victor; FARIA, Manuel. O Orçamento da Saúde para 2023: o que mudou nos últimos dez anos? Nota Técnica 29. Abr 2023. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/04/IEPS_NT29.pdf>.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; DOS SANTOS, Fausto Pereira. Mensuração dos gastos tributários em saúde: 2003-2006. Texto para Discussão. IPEA: Brasília, 2011.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; GAMA, Filipe Nogueira da. Radiografia do gasto tributário em saúde, 2003-2013. Nota Técnica. IPEA: Brasília, 2016.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Financial sustainability of the Brazilian Health System and health-related tax expenditures. Ciência & Saúde Coletiva, 2018, 23: 2035-2042.

_____. Avaliação do Gasto Tributário em Saúde: o caso das despesas médicas do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF). Texto para Discussão. IPEA: Rio de Janeiro, 2021.

OLIVEIRA, Roberta Vidal Clemente. A judicialização do direito à saúde e as limitações impostas pelo STF. 2022. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) - Faculdade de Direito de Alagoas, Curso de Direito, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2020.

PAES, Nelson Leitão. Os gastos tributários e seus impactos sobre o desempenho da saúde e da educação. Ciência & Saúde Coletiva, 2014, 19: 1245-1253.



PAES, Nelson Leitão. Os Efeitos dos Gastos Tributários Federais sobre o Federalismo Fiscal Brasileiro. *Revista Cadernos de Finanças Públicas*. Brasília, v.19, n.3, p.1-58. 2019.

PELLEGRINI, Josué Alfredo. Gastos (benefícios) tributários. Instituição Fiscal Independente. *Nota técnica n.17*, 2018. Disponível em: <https://www4.anfip.org.br/doc/economia/19_10_2020_11_36_30_gastos_tributarios_em_reacao_ao_pib_-_ifi_2018.pdf>

PIOLA, Sérgio Francisco, *et al.* Gasto tributário e conflito distributivo na saúde. In: CASTRO, Jorge Abrahão de (Org.); SANTOS, Cláudio Hamilton Matos dos (Org.); RIBEIRO, José Aparecido Carlos (Org.). *Tributação e equidade no Brasil: um registro da reflexão do Ipea no biênio 2008-2009*. IPEA: Brasília, 2010.

PIOLA, Sérgio F.; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. Texto para Discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. Disponível em: <https://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2439.pdf>.

PRESTON, Samuel H.; HEUVELINE, Patrick; GUILLOT, Michel. *Demography: Measuring and Modeling Population Processes*. Oxford: Blackwell Publishers, 2001.

REDONDA, Augustin; NEUBIG, Tom. Assessing tax expenditure reporting in G20 and OECD economies. Council on Economic Policies. *Discussion Note*, 2018, 3.

RIBEIRO, K. D.; VIDAL, J. P. Uma análise da produção acadêmica sobre a evolução do fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.*, Brasília, v.7, n.2, pp.239-261, abr./jun, 2018.

ROCHA, Rudi; SZKLO, Michel. Desigualdade em gastos municipais em saúde no Brasil e mecanismos redistributivos: uma análise longitudinal para o período 1998-2018. *APS em Revista*, 2021, v.3, n.1, pp. 66-74.

DA SILVA, A. C. C. Ressarcimento ao SUS: aspectos teóricos e práticos na assistência à saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021, v.13, n.3. <https://doi.org/10.25248/reas.e6628.2021>

SILVEIRA, F. G.; PASSOS, L. Justiça fiscal no Brasil: obstáculos e possibilidades. Buenos Aires: CLACSO, 2018. Disponível em: <https://www.clacso.org.ar/concursos_convocatorias/Estudios_resultados_clacso_oxfam/Informe_Brasil1_vf.pdf>.

SILVEIRA, F. G.; GAIGER, M. L. C. O gasto em saúde e suas bases de financiamento: dinâmica e tendências para o Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021.

TUOHY, C. H.; FLOOD, C. M.; STABILE, M. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. *Journal of health politics, policy and law*, 2004, v.29, n.3, pp. 359-396.

VELOSO, Germany Gonçalves; MALIK, Ana Maria. Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde. *RAE eletrônica*, v.9, n.1, jan./jun. 2010.

VIEIRA, F. S. Judicialização e direito à saúde no Brasil: uma trajetória de encontros e desencontros. *Rev. Saúde Pública*, 2023, v.57, n.1. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004579>

VINHOLES, B.A.; BOTTON, L. T. J.; HIRDES A. Aspectos positivos e negativos da Judicialização da Saúde no Brasil. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar* - ISSN 2675-6218, [S. l.], v. 2, n. 7, p. e27494, 2021. DOI: 10.47820/recima21.v2i7.494.

WANG, D. W. L. Escassez de recursos, custos dos direitos e reserva do possível na jurisprudência do STF. *Revista Direito GV*, 2008, v.4, n.2, pp.539-568.

Anexos

Anexo I

TABELA 1 – DISPOSITIVOS LEGAIS DO GASTO TRIBUTÁRIO EM SAÚDE

Gasto tributário	Tributo						Dispositivo legal / Regulamentação
	IRPF	IRPJ	CSLL	COFINS	PIS/ PASEP	CPS	
Despesas Médicas	D						Dedução da base de cálculo do IRPF das despesas com planos de saúde, médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, hospitais, e com exames laboratoriais e serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias. Lei nº 9.250/95, art. 8º, II, a. Prazo de vigência: Indeterminado.
Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados		D	D				Dedução, como despesa operacional, dos gastos realizados pelas empresas com serviços de assistência médica, odontológica, farmacêutica e social, destinados indistintamente a todos os seus empregados e dirigentes. Lei nº 9.249/95, art. 13, V. Prazo de vigência: Indeterminado.
Entidades Filantrópicas					Is	Is	Isenção da Contribuição Social para o PIS-PASEP e da Contribuição Previdenciária Patronal para as entidades beneficentes de assistência social. Constituição Federal do Brasil 1988, art. 195, § 7º; Lei nº 12.101/09; Decreto nº 7.237/10; Decreto nº 8.242/14. Prazo de vigência: Indeterminado



TABELA 1 – DISPOSITIVOS LEGAIS DO GASTO TRIBUTÁRIO EM SAÚDE

Gasto tributário	Tributo						Dispositivo legal / Regulamentação
	IRPF	IRPJ	CSLL	COFINS	PIS/ PASEP	CPS	
Produtos Químicos e Farmacêuticos				RA	RA		Redução a zero das alíquotas do PIS/Cofins incidentes sobre a receita decorrente da venda no mercado interno e sobre a operação de importação dos produtos químicos e intermediários de síntese classificados nos Capítulos 29 e 30 da Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados (TIPI), dos produtos destinados ao uso em hospitais, clínicas e consultórios médicos e odontológicos, campanhas de saúde realizadas pelo poder público, laboratório de anatomia patológica, citológica ou de análises clínicas, classificados nas posições 30.02, 30.06, 39.26, 40.15 e 90.18 da Nomenclatura Comum do Mercosul (NCM), e sobre sementes e embriões da posição 05.11, todos da TIPI. Redução a zero das alíquotas do PIS/Cofins-Importação sobre produtos farmacêuticos classificados em posições selecionadas da NCM. Lei nº 10.637/02, art. 2º, § 3º; Lei nº 10.833/03, art. 2º, § 3º; Lei nº 10.865/04, art. 8º, § 11; Decreto nº 6.426/08. Prazo de vigência: Indeterminado.
Medicamentos				CP	CP		Crédito presumido de PIS/COFINS para as pessoas jurídicas que procedam à industrialização ou à importação de medicamentos classificados em posições selecionadas da Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados (TIPI). Lei nº 10.147/00. Prazo de vigência: Indeterminado.
Entidades sem Fins Lucrativos - Assistência Social e Saúde		Im	Is	Is			Imunidade do Imposto de Renda e isenção da CSLL e da COFINS para as entidades beneficentes de assistência social, sem fins lucrativos, que atendam às exigências estabelecidas em lei. Constituição Federal do Brasil 1988, art. 150, VI, c e art. 195, § 7º; Lei nº 9.532/97, arts. 12 e 15; MP nº 2.158-35/01, art. 14, X; Lei nº 12.101/09; Decreto nº 8.242/14. Prazo de vigência: Indeterminado.



TABELA 1 – DISPOSITIVOS LEGAIS DO GASTO TRIBUTÁRIO EM SAÚDE

Gasto tributário	Tributo					Dispositivo legal / Regulamentação
	IRPF	IRPJ	CSLL	COFINS	PIS/ PASEP CPS	
Equipamentos para uso médico, hospitalar, clínico ou laboratorial				RA	RA	Redução a zero das alíquotas do PIS/COFINS incidentes sobre a receita decorrente da venda de equipamentos ou materiais destinados a uso médico, hospitalar, clínico ou laboratorial, quando adquiridos: I - pela União, Estados, Distrito Federal ou Municípios, bem como pelas suas autarquias e fundações; ou II - por entidades beneficentes de assistência social. Lei nº 13.043/14, art. 70. Prazo de vigência: Indeterminado.
Água mineral				RA	RA	Redução a zero das alíquotas de PIS/COFINS sobre a receita de venda de águas minerais comercializadas em recipientes com capacidade nominal inferior a 10 (dez) litros ou igual ou superior a 10 (dez) litros classificadas no código 2201.10.00 Ex 01 e Ex 02 da Tipi. Lei nº 12.715/12, art. 76. Prazo de vigência: Indeterminado.
Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)		Im	Is	Is		Imunidade ao IRPJ e isenção às contribuições CSLL e COFINS para Entidades de Saúde de Reconhecida Excelência (ESRE) pela participação no Proadi-SUS; constitui meio alternativo para cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção da Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social (Cebas) previstos no art. 7º da Lei Complementar n.º 187/2021. Constituição Federal do Brasil de 1988; Lei Complementar n.º 187/21; Lei n.º 8.212/91; Decreto n.º 8.242/14; Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5/17 anexo XCIII
Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon)	D	D				Dedução do imposto de renda devido, das doações e dos patrocínios efetuados em prol de ações e serviços de atenção oncológica, desenvolvidos por instituições de prevenção e combate ao câncer. Poderá deduzir até cem por cento das doações e oitenta por cento dos patrocínios. Limitadas a um por cento do IR devido, individualmente, sem limite conjunto. Lei nº 12.715/12, art. 3º e 4º; Lei nº 9250/85, art. 12, VIII; Lei 13.169/15, art. 10; Decreto nº 7.988/2013; Lei nº 14.564/2023. Prazo de vigência da dedução via IRPF: 2020 prorrogado em 2023 até 2025; Prazo de vigência da dedução via IRPJ: 2021 prorrogado em 2023 até 2026.



TABELA 1 – DISPOSITIVOS LEGAIS DO GASTO TRIBUTÁRIO EM SAÚDE

Gasto tributário	Tributo					Dispositivo legal / Regulamentação
	IRPF	IRPJ	CSLL	COFINS	PIS/ PASEP	CPS
Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD)	D	D				
						Dedução do imposto de renda devido, das doações e dos patrocínios efetuados em prol de ações e serviços de reabilitação da pessoa com deficiência, previamente aprovados pelo Ministério da Saúde e desenvolvidos pelas instituições que se destinam ao tratamento de deficiências físicas, motoras, auditivas, visuais e intelectuais. Poderá deduzir até cem por cento das doações e oitenta por cento dos patrocínios. Limitadas a um por cento do IR devido, individualmente, sem limite conjunto. Lei nº 12.715/12, art. 3º e 4º; Lei nº 9250/85, art. 12, VIII; Lei 13.169/15, art. 10; Decreto nº 7.988/2013; Lei nº 14.564/2023. Prazo de vigência da dedução via IRPF: 2020 prorrogado em 2023 até 2025; Prazo de vigência da dedução via IRPJ: 2021 prorrogado em 2023 até 2026.

Fonte: Receita Federal do Brasil.

Nota: Formas de renúncia ou desoneração em saúde: CP – Crédito Presumido; D – Dedução; Is – Isenção; Im – Imunidade; RA – Redução de Alíquota. Tributos sobre os quais incidem as renúncias fiscais em saúde: IRPF – Imposto sobre a Renda Pessoa Física; IRPJ – Imposto sobre a Renda Pessoa Jurídica; CSLL – Contribuição Social sobre o Lucro Líquido; COFINS – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social; PIS/PASEP – Contribuição Social para Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público; CPS – Contribuição para a Previdência Social ou Contribuição Previdenciária Patronal.