

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

KARINA GOMES AUGUSTO DE ARAUJO

GASTOS TRIBUTÁRIOS EM SAÚDE NO BRASIL: DEDUÇÕES DO IMPOSTO DE
RENDA DE DESPESAS COM PLANOS DE SAÚDE NA CONTRAMÃO DO ESTADO
DE BEM-ESTAR SOCIAL

RIO DE JANEIRO

2023

Karina Gomes Augusto de Araujo

GASTOS TRIBUTÁRIOS EM SAÚDE NO BRASIL: DEDUÇÕES DO IMPOSTO DE
RENDA DE DESPESAS COM PLANOS DE SAÚDE NA CONTRAMÃO DO ESTADO
DE BEM-ESTAR SOCIAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-graduação em Políticas
Públicas, Estratégias e Desenvolvimento,
Universidade Federal do Rio de Janeiro,
como requisito parcial à obtenção do
título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientadora: Célia Lessa Kerstenetzky

Rio de Janeiro

2023

A663g Araujo, Karina Gomes Augusto de.
Gastos tributários em saúde no Brasil: deduções do imposto de renda de despesas com planos de saúde na contramão do estado de bem-estar social / Karina Gomes Augusto de Araujo. – 2023.
126 f.

Orientadora: Célia Lessa ~~Kerstenetzky~~.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Economia, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento, 2023.

Bibliografia: f. 115 – 126.

1. Gastos tributários. 2. Saúde. 3. Bem-estar social. I. ~~Kerstenetzky~~. Célia Lessa, orient. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Economia. III. Título.

CDD 336.2

Karina Gomes Augusto de Araujo

GASTOS TRIBUTÁRIOS EM SAÚDE NO BRASIL: DEDUÇÕES DO IMPOSTO DE RENDA DE DESPESAS COM PLANOS DE SAÚDE NA CONTRAMÃO DO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Aprovada em 10 de novembro de 2023.

Célia Lessa Kerstenetzky
Ph.D em Ciências Políticas e Sociais
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Valeria Lucia Pero
Doutora em Economia
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Ligia Bahia
Doutora em Saúde Pública
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Martinho Braga Batista e Silva
Doutor em Antropologia Social
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

AGRADECIMENTOS

Antes desta jornada começar eu costumava ler os agradecimentos como parte acessória e protocolar. Nunca me imaginei agradecendo de forma protocolar. Agora, ao final da jornada, estou na posição de quem agradece me sentindo quase compelida a isso. Como poderia não agradecer?

Serei concisa por estilo, não por falta de adjetivos. Importante é não faltarem os substantivos.

Agradeço a meus pais, que para minha formação foram base e exemplo.

Agradeço ao Lucas, parceiro de vida que estava lá quando eu não podia estar, que buscou ser suporte e incentivo.

Agradeço aos amigos que respeitaram meus silêncios, ainda que não esteja muito certa quanto a ter sido a melhor forma de conduzir isso. À amiga Patrícia, melhor referência acadêmica que eu poderia ter. Minha inspiração primeira.

Agradeço aos professores e aos profissionais administrativos do PPED que se dedicam ao ofício e nos fazem acreditar que não é só trabalho. Saibam que toda forma de apoio importa. Especialmente, agradeço ao professor Francisco Duarte, cuja humanidade fez diferença ao longo do curso e depois. Humanidade transforma caminhos.

Por fim, agradeço à minha orientadora, Célia Kerstenetzky, pelo conhecimento compartilhado e pela confiança, e aos membros da banca, que gentilmente se dispuseram a dividir o saber e contribuir para o aperfeiçoamento deste trabalho.

“Justiça não diz respeito apenas à forma certa de distribuir as coisas. Também diz respeito à forma certa de avaliar as coisas.”

(Michael Sandel)

RESUMO

Este trabalho analisa em que medida a política de gastos tributários dirigida às pessoas físicas e jurídicas contratantes de planos de saúde se alinha a princípios do estado de bem-estar social, considerando o contexto social e econômico dos grupos beneficiados e dos grupos à margem da política. Para sustentar a discussão, o amplo histórico da assistência à saúde no Brasil é apresentado de forma a evidenciar que a participação privada sempre supriu espaços não ocupados pelo Estado, o que aconteceu invariavelmente com subsídios públicos. Os aspectos mais recentes da regulamentação do setor de saúde suplementar no país são apresentados de forma detalhada a partir de uma análise crítica quanto ao atendimento do interesse público.

Palavras-chave: gastos tributários; gastos sociais; saúde; desigualdade; estado de bem-estar social.

ABSTRACT

This paper analyzes to what extent the provision of tax benefits awarded to both individuals and companies that buy health insurance is aligned with the principles of the welfare state, considering the social and economic context of those receiving the benefits and of those who don't. To support the analysis, the paper discusses the broad history of healthcare in Brazil to show that the private sector has always filled spaces not occupied by the State while receiving public subsidies to do so. The paper also analyzes to what extent the recent regulation of the supplementary health insurance market meets the public interest.

Keywords: tax expenditures; welfare spending; health; inequality; welfare state.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Situação processual dos valores (em R\$) de atendimentos no 78
ressarcimento ao SUS (1998 - 2022)

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação funcional de arranjos de seguros de saúde privados	54
Quadro 2 - Formas de contratação de planos de saúde, por características e número de beneficiários (2023)	64
Quadro 3 - Atendimento aos Requisitos para Instituição das Renúncias de Receitas Tributárias em 2020	86
Quadro 4 - Atendimento aos requisitos para instituição das renúncias de receitas tributárias em 2021/2022	87

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Contraprestações x beneficiários (2013 - 2022)	59
Gráfico 2 - Normas publicadas pela ANS (2012 - 2022)	71
Gráfico 3 - Gastos tributários em relação ao PIB no Brasil (1994 - 2021)	91
Gráfico 4 - Projeção de gastos tributários por função orçamentária para 2023, considerando os cinco maiores gastos (em R\$ bilhões)	94
Gráfico 5 - Gastos tributários na função saúde em 2022 (em R\$ milhões)	95
Gráfico 6 - Mudança na desigualdade de renda: coeficiente de Gini antes e depois da tributação, Brasil	105
Gráfico 7 - IRPF: gasto tributário em saúde, segundo tipo de gasto (em R\$ bilhões)..	107
Gráfico 8 - IRPJ: gasto tributário com planos de saúde em bases efetivas (em R\$ bilhões)	107
Gráfico 9 - Proporção do gasto tributário com planos de saúde em relação às despesas orçamentárias com saúde (2010 - 2018) (em R\$ bilhões)	108
Gráfico 10 - Proporção de pessoas que tinham algum plano de saúde, médico ou odontológico, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por tipo de plano, segundo a condição de ocupação e as faixas de renda - Brasil - 2019	109
Gráfico 11 - Proporção de pessoas com plano de saúde médico, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo a fonte de pagamento - Brasil - 2019	111

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Percentual da população contratante de plano de saúde por unidade federativa	56
Tabela 2 - Receita das principais operadoras x número de beneficiários	57
Tabela 3 - Beneficiários e planos registrados por modalidade	60
Tabela 4 - Quantidade de atendimentos e valores associados, segundo situação processual no ressarcimento ao SUS (2018 - 2022)	78
Tabela 5 - Débito pendente de ressarcimento ao SUS por operadora (2001 - 2023)...	79
Tabela 6 - Gastos tributários em relação ao PIB no Brasil (1994 - 2021)	92
Tabela 7 - Proporção do gasto tributário em saúde sobre o gasto do Ministério da Saúde e o gasto tributário total (2003-2018 - em R\$ milhões ¹)	106

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABI	Aviso de Beneficiário Identificado
ABRAMGE	Associação Brasileira de Planos de Saúde
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRASP	Associação Brasileira dos Servidores Públicos
AGU	Advocacia-Geral da União
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alto Custo/Complexidade
CADIN	Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CIEFAS	Comitê de Integração das Entidades Fechadas de Assistência à Saúde
CMAP	Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
COFINS	Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
CONAMGE	Conselho de Autorregulação das Empresas de Medicina de Grupo
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CONSU	Conselho Nacional de Saúde Suplementar
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSLL	Contribuição Social sobre Lucro Líquido
DGT	Demonstrativo de Gastos Indiretos de Natureza Tributária
DIDES	Diretoria de Desenvolvimento Setorial
GRU	Guia de Recolhimento da União
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IAPM	Instituto de Aposentadorias e Pensões Marítimo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPTU	Imposto Predial Territorial Urbano
IRPF	Imposto de Renda de Pessoa Física
IRPJ	Imposto de Renda de Pessoa Jurídica
LOA	Lei Orçamentária Anual
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOPS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PPA	Plano de Pronta Ação
PIASS	Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PLOA	Projeto de Lei Orçamentária Anual
RCL	Receita Corrente Líquida
RFB	Receita Federal do Brasil
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	SUS - Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
TCU	Tribunal de Contas da União
UNAFISCO	União Nacional dos Auditores da Receita Federal do Brasil

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
3 HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL	21
3.1. ENTIDADES FILANTRÓPICAS E FINANCIAMENTO DO ESTADO.....	21
3.2 MEDICINA PREVIDENCIÁRIA E SAÚDE COMO ALICERCE DO TRABALHO	26
3.3 O FOMENTO AO SETOR PRIVADO NO REGIME MILITAR	33
3.4 CONSTITUIÇÃO CIDADÃ E SAÚDE COMO DIREITO.....	41
3.4.1 Financiamento da saúde pública	47
3.4.2 Público e privado na assistência à saúde	50
4 O MERCADO DA SAÚDE SUPLEMENTAR	53
4.1 COBERTURA DA SAÚDE SUPLEMENTAR	53
4.2 MODALIDADES ORGANIZACIONAIS	59
4.3 A REGULAMENTAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR.....	64
4.3.1 Regulação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar	68
4.3.2 Captura da política pelo mercado da saúde suplementar	72
4.3.3 Ressarcimento ao SUS	75
5 GASTOS TRIBUTÁRIOS	82
5.1 GASTOS TRIBUTÁRIOS NO BRASIL: FATOS E DESAFIOS.....	83
5.2 GASTOS TRIBUTÁRIOS EM SAÚDE	93
5.2.1 Deduções fiscais de despesas com planos de saúde	95
5.2.2 As falhas de mercado do setor saúde	98
5.3 GASTOS TRIBUTÁRIOS EM SAÚDE E O ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL	99
5.3.1 O debate semântico em torno dos gastos tributários	100
5.3.2 Deduções do imposto de renda e o estado de bem-estar social brasileiro..	104
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS	

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal brasileira reconhece a importância primária da saúde ao defini-la como um direito social (BRASIL, 1988, Art. 6º), fazendo competir ao Estado a oferta de condições de saúde à população. Esta pesquisa busca investigar em que medida a política de incentivos fiscais na área da saúde suplementar no Brasil se alinha com o dever constitucional de promoção de acesso aos serviços de saúde, tomando como parâmetro teórico a discussão em torno do estado de bem-estar social.

Estabelecendo como foco as deduções de imposto de renda concedidas a pessoas físicas e jurídicas contratantes de planos de saúde, buscamos evidenciar que os incentivos fiscais nesse recorte representam uma política tributária de caráter regressivo que beneficia parte reduzida da população identificada no topo da pirâmide social, ao passo que impacta negativamente o acesso à saúde do quantil que preenche a larga base.

Além de iluminar um padrão de políticas incorporadas pelo Estado, a principal relevância do estudo em torno dos gastos tributários reside no fato de que é um custo facilmente ignorado. Ao contrário dos gastos sociais diretos, cuja aplicação pode ser verificada, é tarefa difícil atestar os benefícios sociais da renúncia de receitas tributárias. Como agravante, a adoção de políticas que reduzem a arrecadação fiscal do Estado implica individualização do acesso a bens públicos e ampliação de sua oferta por entes privados, revelando aspectos de uma economia de caráter liberal que penaliza especialmente as classes mais baixas.

A despeito de sua relevância, a dificuldade de monitoramento sobre os valores renunciados se reflete na carência de pesquisas dedicadas a políticas tributárias que alcancem desvelar as aplicações dos gastos dessa natureza. Embora este trabalho tampouco ambicione avançar por esse caminho, esperamos que suas evidências fomentem investigações futuras.

Outro debate que tangencia de forma fundamental o tema sob discussão diz respeito à efetiva capacidade que o Sistema Único de Saúde brasileiro possui de atender os objetivos de universalidade e integralidade propostos. Sem ignorar o valor de quaisquer discussões em torno das políticas públicas de assistência à saúde, nossa abordagem parte do pressuposto de que os esforços estatais deveriam convergir na direção da viabilidade desse modelo de assistência.

A metodologia empregada nesta pesquisa é de natureza qualitativa com emprego das técnicas bibliográfica e documental. A escolha do tema explorado teve origem em

inquietações pessoais que encontraram no universo acadêmico os recursos adequados para sua investigação.

A partir de pesquisa bibliográfica, identificamos vasto material referente à assistência à saúde e à relação público-privado. Não obstante, verificamos carência de análises que explorassem a trajetória da saúde e a participação do setor privado, caracterizada por amplos benefícios fiscais, sob a ótica do estado de bem-estar social. Conjugando resultados bibliográficos e documentais, objetivamos responder em que medida os gastos tributários em saúde são uma estratégia de política pública que converge com princípios do estado de bem-estar social.

Inicialmente, priorizamos textos e obras publicados há, no máximo, dez anos. O rigor nesse recorte temporal foi dispensado uma vez que os temas abordados não se revelaram sensíveis ao contexto histórico. Em se tratando das pesquisas que tiveram por objetivo recuperar aspectos históricos propriamente, não houve qualquer restrição cronológica por se tratar de temas cuja produção de conhecimento tende a ser mais profícua até determinado período posterior à sucessão dos fatos.

A pesquisa documental visou à identificação e análise dos atos normativos legais, infralegais, administrativos e jurídicos que fundamentam, regulam e fiscalizam a oferta de saúde pública e os serviços de saúde suplementar privada no país, a partir de coleta de dados em fontes primárias, como documentos escritos ou não, e fontes estatísticas, conforme definição de Lakatos e Marconi (2001). Sempre que os dados disponibilizados permitiram, priorizamos a apresentação de séries históricas em função de proporcionarem a modelação do fenômeno estudado visando à descrição do comportamento da série, a elaboração de estimativas e a avaliação dos fatores que influenciaram seu comportamento (LATORRE, 2001).

Para as pesquisas relativas à legislação, utilizamos as informações disponibilizadas no Portal da Presidência da República e no Portal da Câmara dos Deputados. Para pesquisas relativas a renda, desigualdade e acesso a serviços de saúde, foram utilizados dados e informações disponíveis nos sítios eletrônicos oficiais das principais instituições públicas brasileiras e de organizações da sociedade civil, como Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Tribunal de Contas da União (TCU), Supremo Tribunal Federal (STF), Portal Transparência, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Receita Federal do Brasil (RFB), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Também foram consultados sítios eletrônicos de instituições

estrangeiras oficiais e de organizações orientadas para oferta de dados úteis à análise de políticas públicas, no formato *think thank*.

A pesquisa está estruturada de modo a situar a análise crítica dos gastos tributários enquanto estratégia de política pública. Como ponto de partida, o leitor é convidado a acompanhar a trajetória da participação dos atores privados na prestação de serviços de assistência à saúde no país, que redundou no atual cenário de um mercado organizado em torno da saúde suplementar. A regulamentação desse mercado é apresentada com a finalidade de permitir melhor contextualização da atuação do Estado na concessão de benefícios tributários que incentivam o setor. Os gastos tributários, por sua vez, são analisados criticamente quanto à sua adequação à realidade sócio-econômica nacional. Esses temas amplos são esquadrihados ao longo de três capítulos detalhados na sequência.

Na primeira parte do trabalho é apresentado o histórico da saúde pública no país. O intuito é deslindar a origem do financiamento público ao setor privado e a estreita relação entre assistência à saúde e emprego, que perdura ainda hoje e é o campo que permitiu a expansão das operadoras de planos de saúde no mercado brasileiro.

A segunda parte é reservada à exploração do mercado da saúde suplementar propriamente, onde são apresentadas as características gerais do sistema, a abrangência da cobertura assistencial, o arcabouço jurídico-regulatório e as deficiências de regulação, notadamente aquelas relativas ao ressarcimento obrigatório ao SUS.

Por fim, na terceira parte são apresentados os conceitos de gastos tributários e examinadas as deduções de imposto de renda concedidas a pessoas físicas e jurídicas. Trazendo à discussão a validade da interpretação de gastos dessa natureza como gastos de bem-estar social, investigamos o estado de bem-estar social brasileiro diante da política de gastos tributários em saúde adotada no país.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Esta pesquisa é tributária – sem o perdão do trocadilho – de todos os pesquisadores que a antecederam. Seus trabalhos representaram desde a faísca necessária para que a chama da curiosidade pelo objeto de pesquisa se acendesse, até o estímulo fundamental para o aprofundamento das investigações.

Para os estudos em torno da trajetória da assistência à saúde no Brasil, encontramos em Menicucci (2007, 2014) e Paim (2007) a possibilidade de conhecer o SUS em retrospectiva, seus antecedentes e sua herança na atual configuração. A partir da análise de alguns de seus problemas estruturais, notadamente a relação entre entes públicos e privados, os autores permitem identificar questões que trazem obstáculos para a plena existência do sistema único. Ainda na esteira histórica do SUS, Oliveira e Teixeira (1989) apresentam uma retrospectiva dos movimentos sociais que mobilizaram o país na direção da conquista de direitos que viriam a conformar a previdência social, especialmente no que tange à assistência médica.

Paim (2007, 2018) apresenta um balanço de aspectos positivos, desafios e ameaças ao SUS, destacando o papel dos governos, o subfinanciamento e as ações empreendidas por atores econômicos. Aponta, ainda, a financeirização da saúde e a captura do sistema de saúde pelo poder econômico como uma das maiores ameaças ao SUS. Partindo da percepção quanto à não consolidação do SUS, assevera que a mobilização popular e política deve assumir novas estratégias de organização para fazer frente à força do capital e de seus representantes na sociedade e no Estado.

Bahia (1999, 2008, 2016) oferece substantiva contribuição para o entendimento das engrenagens econômicas e políticas que permitiram o desenvolvimento do mercado de saúde suplementar no Brasil. Na mesma linha, Bahia e Scheffer (2015) exploram a vulnerabilidade política à qual o SUS está submetido, dada a ascendência que os interesses econômicos têm sobre o interesse público, o que puderam observar com clareza a partir da análise dos financiamentos de campanhas eleitorais.

A privatização da seguridade social no Brasil, e da saúde em particular, é amplamente explorada por Vianna (2000), que a partir de uma retrospectiva histórica apresenta os aspectos que permitiram ao Brasil importar um modelo de seguridade social assemelhado ao modelo adotado nos Estados Unidos, mais com características de seguro do que de seguridade. Sua abordagem do poder do *lobby* é um dos pontos incorporados nesta pesquisa.

Os estudos em torno do mercado da saúde suplementar propriamente tiveram por referência, além de Menicucci (2007), e Vianna (2000), a contribuição significativa de Baird (2017), que explora de forma exaustiva a regulação do setor, incluindo o contexto das disputas pregressas entre liberais e sanitaristas na arena política, que auxiliam a compreensão da complexidade do tema.

Os temas relacionados aos gastos tributários em saúde no Brasil encontraram nas pesquisas fecundas de Ocké-Reis (2005, 2018, 2021) ricas séries históricas. A partir do levantamento de microdados – não disponibilizados pela Receita Federal em seus demonstrativos públicos –, o pesquisador mapeia os principais beneficiários e identifica que ao longo dos anos os maiores gastos tributários em saúde se concentraram principalmente nas deduções com planos de saúde. Sua análise crítica dos benefícios foi o ponto de partida para a exploração do tema da qual esta pesquisa é fruto.

Na linha de abordagem da relação público-privado e financeirização da saúde, Bahia et al. (2018) questionam a política de subsídios públicos ao sistema privado especialmente em contextos de desaceleração da economia. Os pesquisadores fazem uma análise crítica da concentração e internacionalização do mercado de planos de saúde no Brasil ao examinar estratégias de expansão das operadoras de planos de saúde.

De forma mais genérica, o problema da governança fiscal dos gastos tributários no Brasil foi tema esquadrihado por Silverwood-Cope e Ling (2022). Os autores apontam as dificuldades de monitoramento em relação aos benefícios fiscais e suas implicações para a governança e o *accountability*. A partir do levantamento das fiscalizações empreendidas pelo TCU, fazem um diagnóstico do cumprimento dos requisitos legais para a instituição das renúncias e delineiam perspectivas futuras diante do cenário atual.

As imperfeições do mercado de saúde foram tema incorporado a este trabalho por se tratar de uma discussão que não deve ser afastada, quando se trata de políticas de incentivo à mercantilização da saúde. Nessa linha, Nunes, Almeida e Silva Junior (2018) se tornaram referência por fazerem uma revisão da literatura a respeito do assunto. A partir da abordagem proposta, são apresentados os aspectos que conduzem à conclusão de que a superação das falhas de mercado passa necessariamente pela provisão pública dos serviços ou pelo aprimoramento dos mecanismos de regulação do setor privado.

A discussão em torno dos gastos tributários e da sua relação com o estado de bem-estar social é orientada pela segmentação no estado de bem-estar social estabelecida por Titmuss (1959), pela noção de *hidden welfare state* de Howard (1993, 1997) e pela

perspectiva antagônica de Prasad (2009, 2011, 2016). Titmuss estabelece uma distinção entre as formas de provisão de bem-estar social pelo Estado – social, fiscal e ocupacional – com o objetivo de revelar que não se trata de um modelo que favorece apenas faixas mais baixas de renda, já que os benefícios fiscal e ocupacional contemplam especialmente a classe média. Ainda que reconheçamos que a classe média brasileira não é especialmente beneficiada quando comparada com os percentis mais altos de renda, o argumento de Titmuss contribui com a discussão ao evidenciar que o nível de redistribuição proporcionado pelo Estado varia a depender das políticas de bem-estar adotadas.

Howard, que introduziu o conceito de *hidden welfare state*, identifica os benefícios fiscais como uma forma alternativa de provisão de bem-estar social. Seu argumento gira em torno do tamanho do estado de bem-estar social representado pelos Estados Unidos. Sob a ótica que propõe, os Estados Unidos representariam um estado de bem-estar social muito mais amplo, se comparado ao cálculo dos gastos sociais que contabilizam apenas o volume de gastos diretos. A mesma lógica se estenderia a todos os países.

Em sentido contrário, Prasad propõe uma reflexão baseada em raciocínio lógico que pontua diversos aspectos que opõem a equivalência entre gastos tributários e gastos de bem-estar social. Seu argumento repousa na ideia de que o estado de bem-estar social tem características e objetivos que não são preenchidos pelas políticas de gastos tributários. Para a autora, gastos de bem-estar social são aqueles por meio dos quais o Estado empreende suas funções alocativa e, principalmente, distributiva, franqueada pela arrecadação de receita via tributação. Uma vez que a renúncia de arrecadação opera no sentido oposto, os gastos tributários vedariam a atuação distributiva do Estado.

A análise crítica dos grupos de gastos tributários abordados nesta pesquisa se pauta pela perspectiva de Prasad, que qualifica como gastos de bem-estar social apenas os gastos que efetivamente atendem ao objetivo da redistribuição, em linha com Titmuss. Ao colocar o valor redistributivo no centro da discussão em torno dos benefícios tributários, Prasad endossa o conceito de estado de bem-estar social que se afasta de políticas não indutoras desse objetivo.

3. HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL

Para atingir os objetivos desta pesquisa é fundamental compreender a dinâmica até a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, uma vez que o modelo público de assistência à saúde é representativo do estado de bem-estar social brasileiro. Tal como existe hoje, o SUS é resultado de uma sucessão histórica de disputas políticas e econômicas no âmbito do Estado. O fato de sua origem remontar à Previdência Social explica a estreita vinculação entre os direitos relacionados à saúde e as atividades laborais, configuração que tem reflexos em toda a trajetória do sistema de saúde brasileiro e que é essencial para se entender a participação privada quando se trata de saúde no país.

Este capítulo faz uma revisão histórica da assistência à saúde prestada pelo poder público, buscando evidenciar a dependência que foi sendo estabelecida em relação ao setor privado e que recrudescer no período do regime militar iniciado em 1964. Na sequência, é apresentado o contexto da criação do SUS, a base legal de seu financiamento direto e a controversa previsão constitucional de participação do setor privado na assistência à saúde, que não é acompanhada de vedação à concessão de subsídios públicos.

3.1 ENTIDADES FILANTRÓPICAS E FINANCIAMENTO DO ESTADO

No Brasil, até a década de 1920, não havia iniciativa à qual se pudesse atribuir caráter de assistência previdenciária ou de assistência pública à saúde em sentido amplo. A atenção estatal à saúde era limitada ao combate às doenças infecto-contagiosas, notadamente as de natureza endêmica que proliferavam nas zonas rurais. Devido ao pacto federativo vigente, a responsabilidade de atuação era reservada aos poderes locais, em larga medida incapazes de fazerem frente ao desafio. O advento da febre amarela e o efeito devastador da gripe espanhola no início do século XX ensejaram medidas de centralização do combate às doenças pelo governo federal.

Em função das externalidades de amplo alcance, as endemias e epidemias deixaram de ser problemas regionalizados e se tornaram objetos da atenção e ação do Estado, único agente capaz de atuar em todo o território nacional e implementar políticas abrangentes (HOCHMAN, 1993). Não havia, porém, políticas de saúde pública voltadas ao indivíduo. A assistência à saúde, nesses casos, era prestada essencialmente por profissionais particulares,

cujo custo restringia o público assistido.

Naquele contexto, para o público com baixas condições financeiras e aqueles considerados indigentes, as instituições filantrópicas eram a única via de acesso aos cuidados com saúde. Embora os recursos das entidades filantrópicas fossem originários em grande medida de fontes privadas – que incluíam serviços médicos cobrados, rendas provenientes do aluguel de seus imóveis, renda patrimonial, emissão de letras de câmbio, venda de comendas e títulos honoríficos, donativos e contribuições periódicas dos benfeitores e da administração dos serviços funerários –, o Estado sempre teve participação em seu financiamento (BRASIL, 2001):

[...] era fundamentalmente uma forma de relação público/privado onde uma nova elite urbana, vinculada às esferas políticas, articula-se em prol da criação de instituições privadas, via subsídios do setor público, legitimadas pela condição de atuar em benefício dos mais pobres e necessitados. Essa nova elite soube manejar os códigos sociais vigentes na época, utilizando a filantropia como um dos operadores de sua legitimação social. A apropriação do público pelo privado através de iniciativas filantrópicas movidas pelo dever moral configurou-se como o modelo de assistência adotado na Primeira República. (RANGEL, 2013)

É justo a relação do Estado com as entidades filantrópicas que dá origem à trajetória de participação do Estado no financiamento da prestação de serviços privados de saúde. Esse financiamento público acontecia tanto de forma direta, por meio do repasse de verbas federais e municipais, quanto indireta, com quotas de loterias e benefícios fiscais¹. Tanto os repasses diretos quanto as isenções avançaram ao longo da história da saúde brasileira, atualizados por diversos atos normativos, e persistem ainda hoje.

Embora sua origem no Brasil tenha sido fomentada pelo contexto social da época, o apoio político-econômico recebido em face de sua penetração nos espaços das elites nacionais foi o que permitiu que essas instituições se consolidassem e perpetuassem como atores tão presentes na cena das políticas públicas nacionais. Amparadas por vasto arcabouço legal, convém destacar os primeiros atos legais que sustentaram sua existência.

A Lei de 15 de novembro de 1831 já isentava os hospitais de caridade do pagamento

¹ A legislação distingue isenção fiscal (Lei nº 5.172/1966, art. 175 e 176) e imunidade tributária (Constituição Federal, art. 150, VI, c, regulada pela Lei Complementar nº 187/2021), sendo a última o instituto jurídico apropriado em relação aos benefícios fiscais de que gozam as entidades filantrópicas. Para a finalidade deste trabalho, no entanto, a discussão não será aprofundada. Considerando que o resultado final é o não pagamento de tributos, os institutos serão considerados equivalentes.

da décima urbana, imposto equivalente ao atual IPTU. Foi apenas em 1860, no entanto, que as sociedades de beneficência tiveram reconhecimento jurídico, por meio do Decreto nº 2.711, que regulava sua criação. O reconhecimento como pessoas jurídicas de direito privado, por sua vez, foi instituído pelo antigo Código Civil (Lei nº 3.071/1916).

Aspecto fundamental que virá a justificar a crescente incorporação das entidades filantrópicas às políticas de assistência à saúde no Brasil, incluindo a concessão de subsídios pelo Estado, o reconhecimento de sua utilidade pública foi regulado primeiro pela Lei 91/1935, que estabelecia os critérios para tanto: (i) aquisição de personalidade jurídica, (ii) efetivo funcionamento e serviço desinteressado à coletividade e (iii) não remuneração de cargos de diretoria, conselhos fiscais, deliberativos ou consultivos. De acordo com a lei, as sociedades, associações e fundações ficavam obrigadas a apresentar, anualmente, a relação circunstanciada dos serviços que houvessem prestado à coletividade.

A relação entre o poder público e as entidades filantrópicas de direito privado foi sendo gradativamente institucionalizada. Em 1938 foi criado o Conselho Nacional de Serviço Social, subordinado ao Ministério da Educação e Saúde, com a finalidade de coordenar as ações sociais no país. Conforme art. 4º do Decreto-lei nº 525/1938, suas atribuições contemplavam “delinear os tipos das instituições do caráter privado destinadas à realização de qualquer espécie de serviço social e estudar a situação das instituições existentes para o fim de opinar quanto às subvenções que lhes devam ser concedidas pelo Governo Federal” (BRASIL, 1938). Em 1993, o Conselho Nacional de Serviço Social deu lugar ao Conselho Nacional de Assistência Social, regulamentado pela Lei nº 8.742/1993..

Os benefícios fiscais concedidos às entidades filantrópicas foram incorporados à Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1946, que em seu art. 31 vedava a tributação sobre "templos de qualquer culto, bens e serviços de Partidos Políticos, instituições de educação e de assistência social, desde que suas rendas sejam aplicadas integralmente no País para os respectivos fins" (BRASIL, 1946).

O Código Tributário Nacional de 1966 (Lei 5.172/1966) definiu regras mais específicas para a tributação das entidades assistenciais, vedando à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a cobrança de impostos sobre o patrimônio, a renda ou os serviços de instituições de educação ou de assistência social, desde que observados os requisitos: i) não distribuição de qualquer parcela do seu patrimônio ou das suas rendas a título de lucro ou participação no seu resultado; ii) aplicação integral, no país, dos seus

recursos na manutenção dos seus objetivos institucionais; iii) manutenção da escrituração de suas receitas e despesas em livros revestidos de formalidade capazes de assegurar sua exatidão.

Além dos atos relacionados, as Constituições Federais seguintes e todas as leis tributárias editadas no Brasil têm mantido as instituições sem fins lucrativos isentas de diversos tributos. Na área da saúde, as unidades filantrópicas beneficiadas com tais isenções e subsídios foram gradualmente sendo incorporadas às políticas de saúde, condição tal que ao mesmo tempo em que justifica a obtenção dos benefícios, amplia a cobertura da assistência à saúde.

Atualmente, os benefícios fiscais de que gozam as entidades filantrópicas que prestam assistência à saúde no Brasil são autorizados pela Constituição Federal (art. 150, VI, c e art. 195 §7º), e pelas Lei nº 9.532/1997 (art. 12 e 15); MP 2.158-35/01 (art. 14, X); Lei nº 12.101/09; Decreto 8.242/14; e Lei Complementar nº 187/2021. Trata-se da imunidade sobre cobrança de imposto de renda, Contribuição Social sobre Lucro Líquido (CSLL), Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e contribuição previdenciária patronal.

Em revisão da literatura relativa ao tema, Pinheiro Filho (2017) destaca o reduzido volume de pesquisas disponíveis, mas identifica dois vieses de análise da questão. O primeiro advoga que os hospitais filantrópicos são parceiros fundamentais do SUS e um patrimônio público que precisa ser preservado. O segundo, que a operação de planos próprios de saúde pelas entidades é o que permite sua sustentação financeira, haja vista a rentabilidade – ainda que inferior à renda obtida via SUS.

Em relação ao primeiro ponto, assume como inquestionável seu valor como patrimônio social e sua relevância para as políticas de saúde, mas impõe objeções à noção de patrimônio público. Isso porque seriam “um espaço para a ação com objetivos privados de seus dirigentes ou de grupos de profissionais que em tese lhes prestam serviços.” (PINHEIRO FILHO, 2017, p. 9). Convém notar que a própria natureza de pessoa jurídica de direito privado impõe ressalva à afirmação de patrimônio público.

Quanto ao segundo aspecto, o autor assevera que é possível aos planos de saúde dos hospitais filantrópicos apresentarem preços menores que os das demais operadoras em função dos benefícios fiscais usufruídos e da amortização de investimentos por meio de recursos oriundos do SUS. Em seguida aponta incoerência no recebimento de isenções fiscais em

função de um caráter filantrópico que não mais ofereceriam, dado que o financiamento dos hospitais filantrópicos seria eminentemente público. Acresce que os preços se tornam competitivos também em função de subsídio cruzado em favor dos titulares de planos de saúde e em detrimento dos usuários do sistema único.

Acompanhando a análise do autor, a proeminência das entidades filantrópicas na prestação de serviços de atenção à saúde e seu valor social são evidenciados pela existência, em 2020, de 5.510 unidades filantrópicas com atuação no SUS, segundo dados coletados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Destas, 1.572 eram hospitais gerais, o que representava 24% de todos os hospitais gerais do país naquele ano.

Em relação aos leitos, foram 136.896 disponibilizados ao SUS, 33% do total de leitos SUS do país. No período, as unidades de saúde filantrópicas realizaram 4,3 milhões de procedimentos hospitalares (47% do total pago pelo SUS/SIH) e 230 milhões de procedimentos ambulatoriais (32% do total pago pelo SUS/SIA). Assim, os cerca de R\$ 12,9 bilhões direcionados aos procedimentos hospitalares e ambulatoriais realizados pela rede filantrópica representaram 39% do total de R\$ 32,8 bilhões do SUS, segundo números de dezembro de 2020 (FONIF, 2022)².

Embora as entidades filantrópicas estejam à margem do objeto desta pesquisa e apresentem aspectos que as particularizam quando em comparação com organizações que visam ao lucro, sua natureza jurídica de direito privado e a larga dependência estatal em relação à estrutura disponível para assistência à saúde da população permitem delinear o cenário que faculta a outros segmentos privados a participação na prestação de serviços médicos no Brasil.

Nesta seção, buscamos mostrar que havia alguma justificativa para o assistencialismo estatal ao setor privado da saúde com fins filantrópicos, já que no contexto primordial esse setor preenchia uma demanda por serviços de saúde que o governo ainda não era capaz de oferecer, mas que estava em linha com os objetivos do Estado de assistência à saúde. Essa justificativa é enfraquecida quando o setor de saúde privada beneficiado não se restringe mais àqueles com finalidade filantrópica e explicitamente deixa de estar orientado pelo bem-estar social.

² Em consulta direta ao DATASUS, base de dados do SUS, houve dificuldade no estreitamento da pesquisa, visto que diversos filtros não retornaram resultados. Aqui, optou-se por reproduzir os dados apresentados no relatório do Fórum Nacional das Instituições Filantrópicas (FONIF).

3.2 MEDICINA PREVIDENCIÁRIA E SAÚDE COMO ALICERCE DO TRABALHO

A Lei Eloy Chaves, promulgada em 1923 e forjada sobre o esteio das relações trabalhistas, forneceu a lógica do que mais adiante se consolidou como seguridade social no Brasil³. Pela Lei, todas as empresas de estradas de ferro, ou seja, aquelas às quais o Estado concedia o direito de exploração de ferrovias, deveriam formar um fundo denominado Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAPs), cujos benefícios haveriam de ser revertidos para seus empregados. O custeio tinha origens diversas que incluíam contribuições mensais dos empregados e anuais dos empregadores, além de 1,5% do valor da tarifa, cujo aumento repassado aos usuários estava previsto também no dispositivo. Os benefícios previstos pela lei eram socorro médico em caso de doença do empregado ou de pessoa da família que habitasse sob o mesmo teto e configurasse dependente; medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração (composto por três representantes da empresa e dois representantes dos ferroviários); aposentadoria; e pensão em caso de morte.

A promulgação da Lei Eloy Chaves aconteceu na sequência de uma série de movimentos trabalhistas que vinham ocorrendo no Brasil. Seguindo um fluxo de mobilizações que já se manifestava no cenário europeu em decorrência dos efeitos da Primeira Guerra sobre o padrão de vida das populações, internamente o principal desses movimentos aconteceu em 1917, quando cerca de 100 mil trabalhadores, no total, interromperam suas atividades na cidade de São Paulo (TOLEDO, 2017).

O país enfrentava os impactos da guerra com a retração da demanda externa pelos produtos agrícolas produzidos em larga escala e pelo aumento de preços e impostos em âmbito interno. O movimento reverberou em outras capitais brasileiras. No geral, os trabalhadores reivindicavam jornada de oito horas, meia jornada nos sábados e folga nos domingos, fim do trabalho infantil, restrições à contratação de mulheres e adolescentes, segurança no trabalho, pagamento de salários em dia, aumento salarial, redução de alugueis e do valor de alimentos básicos e respeito ao direito de sindicalização, libertação dos

³ Embora tenha havido iniciativas legais de caráter previdenciário anteriores a esse período, Oliveira e Teixeira (1989) apresentam dois pontos para fundamentar a noção amplamente difundida de que a Lei Eloy Chaves foi o marco inaugurante da Previdência Social: as iniciativas então existentes tinham âmbito limitado (majoritariamente voltadas a funcionários públicos civis e militares), e não há evidência de que tenham sido efetivamente implementadas. Em linha diversa, há autores que argumentam que a Lei não comportaria esse título em função de seu caráter privado (Cf. KERSTENETZKY, 2012).

trabalhadores presos durante as greves e recontração dos grevistas demitidos (TOLEDO, 2017).

Embora as reivindicações fossem eminentemente sobre assuntos que afetavam o cotidiano dos trabalhadores, em Recife o Sindicato dos Marceneiros estendeu a pauta para questões previdenciárias (MOREIRA, 2005). Assistência em caso de acidente, doença ou velhice foram então incorporadas às lutas, revelando um descontentamento que mais adiante viria a ser enfatizado em escala nacional pelos ferroviários, classe trabalhista dos grandes responsáveis pelo escoamento da produção cafeeira de então.

No Brasil daquele período o café predominava como principal produto da agricultura brasileira e, pelos altos rendimentos, tornou-se também fonte de financiamento da indústria nacional. A seus produtores, que possuíam grande ascendência social e política naquele contexto, convinha contornar mobilizações que pudessem prejudicar seus negócios. De acordo com Segura (2017), encontraram o apoio necessário no deputado federal Eloy Chaves, fazendeiro e industrial cuja base política assentava na região de Jundiá e do Vale do Paraíba, ligada à produção de café e às ferrovias. Ao deputado, por sua vez, também interessava acenar para seus eleitores da classe operária ferroviária. Foi essa articulação de interesses que permitiu que em tal cenário eivado de atribulações econômicas e políticas, como foram os anos seguintes à Primeira Guerra, tenha surgido a Lei Eloy Chaves, que amparava os ferroviários em aspectos sem precedentes no país (SEGURA, 2017).

Destacada como primeira ação estatal em termos de previdência social, convém observar que a lei, a despeito de seu aspecto compulsório, não reservava ao Estado participação no financiamento ou mesmo na administração das CAPs, sendo uma iniciativa legislativa que relegava integralmente à iniciativa privada sua operação. Interessante é notar que o afastamento do Estado é expressamente manifesto no discurso do deputado ao apresentar o Projeto 446/1921 no Congresso Nacional: “[...]Ao organizar a direção da caixa, procurei dar-lhe plena autonomia, libertando-a das peias da fiscalização do poder público. Deve ser dirigida e fiscalizada pelos que por ella vão ser beneficiados.” (DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL, 1921)

Voltada exclusivamente para os ferroviários, a lei também não contemplava a universalidade inerente a um sistema de previdência. Por essas razões, se é correto apontar seu ineditismo em termos previdenciários à época, há que se destacar as características que não permitem identificá-la como um programa previdenciário de natureza pública.

Em 1926, os beneficiários da Lei Eloy Chaves se expandiram a partir do Decreto nº 5.109/1926, que estendeu a qualidade de ferroviários a diversas outras categorias que desempenhavam funções nas empresas de estradas de ferro.

O Decreto nº 20.465/1931, por seu turno, reformou a legislação das Caixas de Aposentadorias e Pensões e ampliou a obrigatoriedade de instituição de Caixas de Aposentadoria e Pensão para os empregados das prestadoras de serviços públicos de transporte, de luz, força, telégrafos, telefones, portos, água, esgotos, administrados diretamente pelos entes federativos ou por empresas. Este último introduziu um importante ponto relativo à assistência médica pelos beneficiários. Embora tal direito estivesse contemplado nos atos anteriores, o decreto de 1931 sinalizou pela primeira vez uma distinção entre assistência previdenciária e assistência médica, e incluiu restrição de cobertura:

Além dos benefícios declarados neste artigo [aposentadoria e pensão em caso de morte] terão as Caixas serviços médicos, hospitalares e farmacêuticos enquanto não houver legislação especial relativa a essas formas de assistência social, mas não poderão despender com esses serviços mais de 8% da sua receita anual total, apurada no exercício anterior, e sujeita a respectiva verba a aprovação do Conselho Nacional do Trabalho. (BRASIL, 1931, Art. 23, Parágrafo único)

Passados poucos meses, em 24 de fevereiro de 1932 foi publicado o Decreto nº 21.081/1932 impondo restrição de cobertura também dos benefícios farmacêuticos: “[...] Os serviços farmacêuticos consistirão no fornecimento de medicamentos pelo menor preço possível, nunca abaixo do custo, inclusive manipulação e transporte.” (BRASIL, 1932, Art. 23, Parágrafo único)

Na sequência, o Decreto nº 22.016/1932 regulamentou a execução dos socorros médicos e hospitalares das Caixas de Aposentadorias e Pensões e definiu as unidades de saúde competentes:

A prestação de socorros hospitalares será contratada com os estabelecimentos dessa natureza, policlínicas, casas de saúde e institutos congêneres, de reconhecida idoneidade, que, em concorrência pública, maiores vantagens oferecerem no tocante às condições locais, de conformidade com os editais publicados pelas Caixas e previamente aprovados pelo Conselho Nacional do Trabalho. (BRASIL, 1932, Art. 4º)

Até então, o Estado não tinha participação direta nas incipientes políticas previdenciárias, cabendo tão-somente o papel legislador e regulador. Essa realidade é

largamente modificada a partir da Era Vargas (1930-1945), quando o projeto de industrialização empreendido redundou no desenvolvimento de uma legislação trabalhista, de estruturas sindicais organizadas e do sistema de previdência pública, influenciando de maneira sem precedentes a relação entre empregadores e empregados.

A primeira medida dessa natureza foi a criação do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos (IAPM), pelo Decreto nº 22.872/1933. Mais adiante foram criados institutos próprios para uma ampla gama de categorias profissionais, tratados de forma genérica como IAPs. Os CAPS foram integralmente absorvidos pelos IAPs em 1954, quando o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários fechou o ciclo iniciado pelas CAPs promovidas pela Lei Eloy Chaves. Enquanto as CAPs eram geridas pelas empresas e atendiam apenas seus empregados, os IAPs cobriam categorias profissionais no conjunto.

Tal como ocorria nas CAPs, os benefícios dos IAPs se estendiam para diversos profissionais que exerciam funções tanto nas empresas quanto nos institutos. Outra semelhança era a restrição da cobertura, aqui novamente reduzida a 8% da receita: “O custeio dos socorros mencionados na alínea c não deverá exceder á importancia correspondente ao total de 8% (oito por cento) da receita anual do Instituto, apurada no exercicio anterior, sujeita a respectiva verba á aprovação do Conselho Nacional do Trabalho.” (BRASIL, 1933, Art. 46, §2º)

A participação estatal nos IAPs acontecia de forma direta, uma vez que a indicação da presidência era competência do presidente da república, por meio de decreto referendado pelo Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio, e de forma indireta, por meio do controle estatal então exercido sobre os sindicatos profissionais, responsáveis pela indicação dos representantes dos empregados. Importa observar que embora o decreto dispusesse sobre a contribuição do Estado na receita, tal como aqueles que regulavam as CAPs, o financiamento era feito de forma indireta pelo público pagante, aspecto regressivo do modelo adotado:

Art. 12 A contribuição do Estado, sob a denominação de quota de previdencia, é constituída pela taxa de 2% (dois por cento), paga pelo publico e arrecadada pelas empresas que explorem os serviços citados no art. 2º, e incide sobre os preços dos transportes de passageiros, mercadorias animais, encomendas, valores e demais serviços remunerados dessas empresas pertinentes aos mencionados no art. 2º. (BRASIL, 1933)

Essa condição de Estado-contribuinte às expensas do público pagante dos serviços foi

alterada pela Lei nº159/1935, que regulava as contribuições para formação das receitas dos IAPs subordinados ao Conselho Nacional do Trabalho. No art. 6º estava prevista, além da contribuição denominada “quota da previdência”, que correspondia às já citadas formas de contribuição estatal, a taxação de 2% sobre qualquer produto importado (à exceção de combustível e trigo). Esse valor ficou definido como “taxa de previdência social”, e haveria de introduzir um caráter “socializante” (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989, p. 103) à política previdenciária, que passaria a contar com receita de orçamentos diversos para custeio do sistema.

Embora àquela altura o Estado já detivesse efetiva responsabilidade sobre a administração das receitas destinadas aos institutos, depositadas pelas empresas em conta única do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (Decreto nº 890/1936), concretamente, no entanto, nenhuma das novidades significou o efetivo aumento da participação do Estado no custeio dos benefícios, visto que frequentemente desviava os recursos de sua destinação originária (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Outro aspecto negativo introduzido pela lei de 1935 foi a mudança da base de cálculo da contribuição dos empregados, que deixou de ser sobre a receita auferida e passou a ser sobre os salários. Isso resultava em valores potencialmente mais baixos, uma vez que, se vinculado aos salários, o total de contribuições era proporcional ao número de empregados, que, por sua vez, tende a se reduzir à medida que a produtividade aumenta.

Em relação à assistência à saúde dos segurados, com a criação do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários (IAPB), em 1934, foi-se tornando mais evidente a tentativa de desassociá-la dos regimes previdenciários. Não mais previstos como direito, os serviços de assistência médica, cirúrgica e hospitalar tornaram-se facultativos no ato de criação, embora tenham sido incorporados pouco tempo depois, no decreto que aprovava seu regulamento.

Essa ausência de padrão dos IAPs quanto à assistência à saúde se revela na comparação entre todos os institutos então criados, havendo uma cobertura mais integral por parte daqueles destinados a categorias profissionais com maior força política, a exemplo dos próprios bancários e dos servidores do Estado (MENICUCCI, 2007). Pode-se inferir que o papel secundário da assistência à saúde nos IAPs contribuiu em grande medida para que não houvesse fomento à criação de redes hospitalares e ambulatoriais próprias. Ao contrário, havia o incentivo à terceirização dos serviços. Esse desenho da assistência à saúde

previdenciária trazia delineados os traços iniciais do que se tornou o incentivo estatal ao setor privado da saúde.

Embora os IAPs tenham sido um avanço em relação à parca legislação social da época, sua configuração reproduzia a desigualdade político-econômica existente no âmbito do trabalho, uma vez que a cada categoria profissional correspondiam determinado “status”, remuneração, valor de contribuição e benefícios. Avançando na análise, Vianna (2000) pondera que o aspecto mais nocivo de tal modelo foi a “ação discriminatória exercida pelo Estado na identificação dos cidadãos” (VIANNA, 2000, p. 141), visto que os direitos eram reservados apenas aos trabalhadores de profissões regulamentadas, alijando do processo trabalhadores informais, autônomos, domésticas e trabalhadores rurais, que representavam a maior parcela da massa trabalhadora.

Embora reconheçam que a crise de 1929 tenha de fato contribuído para esgarçar a potência orçamentária devido aos impactos da dificuldade de exportação na arrecadação, Oliveira e Teixeira (1989) atribuem a um falso tecnicismo atuarial os argumentos invocados à época que buscavam justificar os aspectos restritivos da cobertura dos IAPS. Citando movimentos grevistas e manifestações motivados em grande medida pelo descontentamento dos trabalhadores, ressaltam que em última instância as decisões foram, como costumam ser, norteadas por interesses políticos.

A partir de 1935, as políticas que conformaram o Estado Novo e seu regime autoritário reforçaram o caráter tecnocrata do “contencionismo”, como os autores denominaram a retração de benefícios. No lugar de um sistema previdenciário pensado originalmente como seguro, com repartição da receita, o país assistiu à gradual implementação de um sistema com características de capitalização, cujos recursos eram investidos sobretudo em títulos públicos e empresas estatais (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989). Agravando o cenário, naquele período os movimentos operários passaram a ser reprimidos e seus representantes substituídos por indivíduos aliados ao governo, fragilizando sua posição na balança das negociações. Paralelamente, no entanto, houve uma ampliação do número de IAPs e a consequente extensão do público abrangido, o que nesse contexto de contração era possível graças ao formato de obtenção das receitas, que continuava sem contar com participação efetiva do Estado.

Após o final da Era Vargas, em 1945, o aspecto contracionista foi perdendo fôlego diante de significativa mudança no rumo das políticas previdenciárias, o que se refletiu

consideravelmente no segmento médico-hospitalar. É simbólico que essa assistência tenha sido contemplada na Constituição Federal de 1946:

“A Legislação do trabalho e da previdência social obedecerão os seguintes preceitos, além de outros que visem à melhoria da condição dos trabalhadores:

[...]

XIV - assistência sanitária, inclusive hospitalar e médica preventiva, ao trabalhador e à gestante;” (BRASIL, 1946, Art. 157)

Na esteira das mudanças legislativas, dois decretos conformaram as CAPs e os IAPs ao novo direcionamento em relação aos serviços médicos no âmbito da previdência. Enquanto o Decreto nº 31.925/1952 passou a prever internação por parto pelas CAPs, o Decreto nº 35.448/1954, que instituiu o Regulamento Geral dos IAPs, contemplou de forma bastante abrangente esse tipo de benefício: “Os serviços médicos proporcionarão assistência clínica, cirúrgica, farmacêutica ou odontológica aos beneficiários, em ambulatório, hospital ou domicílio, com a amplitude que os recursos financeiros e as condições locais permitirem” (Artº 1º)

Essa distensão, no entanto, não foi compensada por medidas que buscassem reverter os problemas de arrecadação em relação à deficiente participação do Estado e das empresas, gerando impactos fiscais crescentes que, apesar disso, não impediram a instituição da Lei Orgânica da Previdência Social - LOPS. A Lei nº 3.807/1960, assim denominada, regulou de forma padronizada os IAPs preservando a cada vez mais extensa amplitude de benefícios. Dentre os diversos dispositivos do Capítulo dedicado à assistência médica há previsão de prestação por meio de convênios com entidades privadas e instituições sem fins lucrativos, mantendo a histórica relação entre o Estado e entes particulares.

Quanto às fontes de arrecadação, a LOPS inova ao desincumbir da União sua parcela de contribuição direta, atribuindo-lhe a competência de custear a parte de pessoal e administrativa no geral, que à época representava apenas 14% do orçamento.

A questão arrecadatória aqui enfatizada revela que, mesmo quando a assistência à saúde era atrelada à Previdência, o Estado se mostrava reticente em investir em peso na saúde, concentrando nas empresas e nos empregados a maior parcela do financiamento. Se por um lado a institucionalização desse custeio compartilhado permitiu avançar em matéria de direitos trabalhistas, por outro contribuiu para associar a assistência à saúde ao exercício da

atividade laboral e à privatização da oferta dos serviços. Menicucci (2014, p. 79) pontua as “características de seguro e não de direito de cidadania” desse modelo, além de ressaltar o “caráter meritocrático vinculado à inserção no mercado de trabalho”, destacando que as desigualdades inerentes à diversidade dos setores do mercado de trabalho acabavam reproduzidas na prestação de tais serviços.

O enquadramento da assistência médica no âmbito da Previdência Social marcou o início da participação do Estado na prestação de assistência à saúde à população, ainda que de alcance restrito e assumindo um papel eminentemente regulador. Como resultado, ainda havia um Estado majoritariamente dependente das entidades filantrópicas na assistência ao público amplo.

3.3 O FOMENTO AO SETOR PRIVADO NO REGIME MILITAR

Em 1966, a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) significou a unificação de todos os IAPs. Essa foi a primeira de uma série de medidas que ampliaram significativamente o número de beneficiários da previdência⁴ e, por extensão, da assistência à saúde prestada nesse contexto, posto que a assistência médica foi recebendo cada vez mais destaque. Entre 1967 e 1970, os gastos com assistência médica no INPS cresceram 95,3%. Gradativamente, foi aumentando também o percentual em relação às demais despesas, de modo que em 1976 equivale a 31,3% do total (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Considerando que tais mudanças aconteciam no contexto da Ditadura Militar, essa extensão revelava a ambivalência do regime no país. Enquanto politicamente buscava neutralizar a capacidade organizativa dos movimentos sociais, entre os quais os movimentos dos trabalhadores, economicamente delegava ao setor privado o atendimento das necessidades de uma massa social que precisava ter seus anseios aplacados.

A forma como as políticas foram conduzidas à época, privilegiando os segmentos privados responsáveis majoritariamente por ações próprias da medicina curativa, redundou no recrudescimento dos incentivos à indústria internacional farmacêutica e de equipamentos hospitalares. Em um primeiro momento, houve forte incentivo também à prestação de

⁴ A Lei Complementar nº 11/1971 instituiu o PRORURAL, permitindo a extensão da cobertura previdenciária aos trabalhadores rurais; a Lei nº 5.859/1972 estende às empregadas domésticas os benefícios previdenciários; a Lei nº 5.850/1973 estende os benefícios previdenciários aos trabalhadores autônomos.

serviços médicos por profissionais liberais, o que logo foi convertido para a prestação por empresas, dado que as novas tecnologias inviabilizavam a manutenção do modelo tradicional de atendimento médico por profissional liberal. Essa ampliação da terceirização da assistência à saúde levou a que cerca de 80% dos hospitais privados no país possuíssem convênio com o INPS no ano de 1967:

A rede de serviços próprios proveniente das antigas instituições [IAPs] era bastante modesta: vinte e dois hospitais em atividade, cinco em construção, quinhentos e cinco ambulatórios em atividade e oito consultórios médicos, para o atendimento de um total de beneficiários que correspondia, já em 1964, a 22% da população total brasileira, e ascendeu, em 1969, a 39% dessa população. As consequências mais imediatas dessa situação estão expressas no fato de que, em 1967, dos 2.800 hospitais existentes, 2.300 estavam contratados pelo INPS. (DONNANGELO, 1975, p. 37)

Essa medida, que pretendia desafogar o Estado da necessidade de prover assistência médica de forma direta, revelou o caráter nocivo de se oferecer soluções mercadológicas à área da saúde. Isso porque os prestadores desses serviços, que estavam submetidos às regras e valores impostos pelos contratos com o governo, utilizavam-se de recursos fraudulentos em busca de maior lucratividade (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989; MENICUCCI, 2007).

Outra prática consagrada no período, prevista no Decreto-lei nº 66/1966, foram os subsídios às empresas que prestassem assistência médica a seus empregados de forma direta ou indireta⁵, sendo esta última a modalidade prevalente. A prestação de forma indireta instituiu os convênios-empresa, marco da extensão do mercado privado de saúde.

Convém observar que a capacidade de suportar a prestação desses tipos de assistência a seus empregados era reservada às empresas de grande porte, ou seja, subsídios estatais eram destinados àquelas que já detinham maior margem de lucro em seus negócios, pagavam os salários mais altos e, em geral, ofereciam esse tipo de benefício antes mesmo da vigência legal (MELLO, 1981). Isso tudo concorria para maior concentração de capital. Menicucci

⁵ Oliveira e Teixeira (1989) ponderam sobre o interesse das empresas na prestação de assistência médica a seus empregados de forma direta. Os autores apontam o quanto essa modalidade de assistência permitia aos empregadores maior controle em relação à capacidade laborativa dos funcionários, tanto na admissão e demissão daqueles cuja saúde pudesse significar baixo rendimento, quanto na velocidade do restabelecimento em caso de afastamento por motivo de saúde – aqui, assume-se que a assistência médica privada é mais eficiente. Os autores também apontam que a terceirização da assistência pelos convênios-empresa não extinguiu esses aspectos, adicionando o agravante de que as empresas de medicina de grupo se orientam pelo aumento da lucratividade, o que à época conduziu à perda da qualidade dos serviços prestados. Associado à atividade laboral, a assistência médica se alinha mais ao interesse do empregador que ao direito do empregado.

explicita como tais incentivos significaram fomento aos planos de saúde:

[...] como reação às empresas médicas, ainda surgem as Unimeds, cooperativas de trabalho médico, com igual atuação, mas tendo o trabalho sob controle dos médicos e não de empresários de outros setores. Se num primeiro momento essa dinâmica é atrelada à política pública, por meio dos convênios, posteriormente as empresas tornam-se independentes do governo e passam a prescindir de seus incentivos financeiros. Então, se num momento a assistência empresarial era complementar à assistência pública, passa a ser suplementar, ou seja, passa a ter independência, vida própria e adquire importância como política de pessoal, passando a fazer parte, aliás, das negociações coletivas dos trabalhadores, que reivindicam mais e mais planos de saúde empresariais. (MENICUCCI, 2014, p. 79)

A consequência política dessa mobilização dos trabalhadores em relação à assistência médica enquanto direito trabalhista foi sua desmobilização como atores que haveriam de ser relevantes nas futuras disputas em favor da saúde pública enquanto direito social.

Em 1974, o II Plano Nacional de Desenvolvimento estabeleceu algumas iniciativas significativas em direção à universalização da assistência médica, porém determinando uma dependência cada vez maior do setor privado. A partir dele foi instituído o Plano de Pronta Ação (PPA), medida que expandiu a cobertura de atendimento pela Previdência a não segurados em casos de emergência, o que, em certo grau, representou avanço em termos de política pública de saúde no arcabouço da seguridade. O plano, no entanto, trazia diversos complicadores, abordados por Mello (1975):

a) a rede hospitalar própria da Previdência seria destinada à alta especialização, o que atestava a qualidade disponível no setor público. O Plano determinava, porém, que não haveria investimento sobre a ampliação da capacidade da rede, que então era capaz de abarcar apenas 10% dos serviços prestados;

b) em linha com o desincentivo à prestação pela rede própria, o PPA previa financiamento para construção, ampliação, melhoria de equipamentos e modernização dos hospitais da rede privada;

c) o PPA incentivava a existência de grupos empresariais no ramo da saúde, mercantilização que já vinha se mostrando deletéria do ponto de vista da qualidade dos serviços prestados, que tem no lucro o objetivo final;

d) o PPA estimulava a prática da livre escolha de clínicas, profissionais e hospitais, o que significava um estímulo ao pagamento por unidade de serviço, ou seja, ato médico ou

cirúrgico prestado. O pagamento por unidade de serviço configurava incentivo a intervenções desnecessárias e eventualmente danosas à saúde do paciente;

e) o Plano validava a prestação de serviços por cooperativas médicas, que, pela sua natureza, funcionava também na base da livre escolha, representando os riscos já mencionados;

f) o Plano incentivava com subsídios financeiros empresas que se encarregassem da prestação de assistência a seu corpo de funcionários. Porém, aquelas capazes de arcar com os custos decorrentes eram as empresas de grande porte que já detinham mais lucro e remuneravam melhor, promovendo concentração de renda e desigualdade na assistência aos beneficiários da Previdência;

g) embora o PPA recomendasse a prática da medicina preventiva, os incentivos ao setor privado, notadamente voltado à medicina curativa, tornavam sem efeito essa orientação;

h) o PPA previa que atendimentos médicos emergenciais seriam facultados mesmo a não segurados da Previdência, em seus ambulatórios próprios. A prática já era adotada mesmo antes da existência do INPS, mas sua ampla divulgação gerou pressão política tal que forçou a Previdência a autorizar o pagamento dos procedimentos realizados também pelo setor privado contratado. A dificuldade de fiscalização que já grassava se intensificou, propiciando o agravamento dos expedientes fraudulentos;

i) o PPA autorizava que os hospitais contratados mantivessem instalações diferenciadas sobre cuja escolha haveria pagamento de sobrepreço pelo beneficiário optante. Isso estimulava que os hospitais investissem no aumento de leitos que lhes renderiam mais lucro, em detrimento das instalações de uso geral;

j) apesar de constar no PPA a previsão de celebração de convênios com serviços de saúde das esferas federal e estadual, ampliando a capacidade de atendimento além dos hospitais próprios da Previdência, na prática isso não se concretizou;

k) o Plano autorizava o reembolso de pagamento a prestadores não integrantes do corpo clínico e da rede hospitalar da Previdência, até limite tabelado, desde que as despesas fossem comprovadas. As dificuldades de fiscalização se acentuam, ampliando-se a margem para fraudes.

l) o Plano previa credenciamento de médicos estabelecidos em áreas periféricas das grandes cidades, nas especialidades de clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia. A medida visava à ampliação da capacidade de atendimento nessas regiões, mas obrigava o

pagamento por unidade de serviço e ia de encontro à orientação de estabelecimento de convênio com o setor público, que poderia ser reforçado.

No contexto do II Plano Nacional de Desenvolvimento foi instituído também o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que permitiu que fossem concretizadas as diretrizes da exploração do segmento saúde pelo setor privado orientadas pelo PPA. O FAS era um fundo cujos recursos, centralizados na Caixa Econômica Federal, haveriam de ser aplicados em projetos nas áreas de Saúde e Saneamento, Educação, Trabalho, Previdência e Assistência Social. Ao incluir o setor privado dentre os destinatários dos recursos, o FAS ofereceu as condições para o crescimento desse segmento.

Todos os incentivos ao setor privado nesse período resultaram em um crescimento de 465% no número de leitos privados no país entre 1969 e 1984. Nesse hiato, 79,7% dos projetos aprovados para a área da Saúde, com recursos do FAS, eram destinados ao financiamento do setor privado. Outra consequência foi a ampliação do setor hospitalar em relação ao ambulatorial, que recebiam 73,8% e 4,9% dos recursos, respectivamente, com concentração na região sudeste do país (MENDES, 1986).

Esse é um momento importante para configurar um padrão de desenvolvimento de um setor privado da saúde que tem características absolutamente especiais – capital fixo subsidiado, mercado cativo e, portanto, baixo risco empresarial. Por sua vez, são nítidas as correlações entre o PPA e o crescimento de uma nova modalidade assistencial que surgia, a medicina de grupo, viabilizada pelo convênio-empresa.
(MENDES, 1986, p. 268)

Na sequência dessas iniciativas, o Sistema Nacional de Saúde foi criado em 1976, pela Lei nº 6.229/1976. Definido como “complexo de serviços, do setor público e privado, voltados para ações de interesse da saúde”, atribuía competências aos ministérios que direta ou indiretamente tinham participação em ações relativas ao tema. Além de definir competências da União, dos estados e dos municípios na área da saúde, a lei também segmentou o campo de atuação das esferas públicas em relação ao setor privado. Por conferir à União exclusividade apenas sobre questões de saúde coletiva – eminentemente preventivas – e reservar um caráter supletivo à sua atuação em questões de saúde individual (Art 3º, I, II) – de exploração mais rentável –, a lei evidencia a relevância do papel do setor privado nas políticas de saúde à época.

No ano seguinte, a Lei nº 6.439/1977 inaugurou o Sistema Nacional de Previdência e

Assistência Social (SINPAS), que trazia em seu bojo a tentativa de racionalizar a Previdência. No âmbito do SINPAS foram criadas diversas autarquias, entre elas o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passou a abarcar todo o segmento de assistência médica devida aos beneficiários da Previdência Social e deveria funcionar em consonância com o Sistema Nacional de Saúde. A criação do INAMPS não foi capaz de solucionar os problemas históricos relacionados ao baixo investimento no sistema próprio de assistência médica da Previdência, ao contrário, gradativamente foi revelando a incapacidade de o Estado assumir compromisso com a saúde dos segurados de forma equilibrada. Em 1979, 71% dos convênios-empresa, que representavam a maior parcela das modalidades de convênio firmados pela entidade, e portanto a forma preponderante de prestação dos serviços, eram estabelecidos em São Paulo (VIANNA, 2000).

A partir da década de 1980, alguns fatores contribuíram para a redução significativa do número de convênios-empresa autorizados pelo INAMPS. Naquele contexto havia, de um lado, partidários neoliberais/privatistas e, de outro, entusiastas da estatização da saúde. Ambos convergiam para a crítica ao modelo de participação do Estado na relação entre pacientes e prestadores de serviços médicos, fosse por ser considerada uma ingerência contrária aos princípios liberais em voga, fosse pela destinação privada dos recursos públicos. Àquela altura, no entanto, o setor privado já tinha presença suficientemente consolidada, podendo prescindir dessa forma de incentivo.

A concentração da assistência médica privada nas cidades com renda per capita mais elevada obrigava o poder público a gerir medidas que atendessem à parcela da população sem condições de acesso a esses serviços. Nesse caso, a impossibilidade de acesso era devida não só às condições financeiras, mas à inexistência de interesse da iniciativa privada em determinadas regiões do país, reforçando a incompatibilidade entre interesses privados e públicos (MENICUCCI, 2007). Assim foi implantado o Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que visava à estruturação da assistência à saúde na região nordeste, em municípios com até 20 mil habitantes.

A crise econômica que o país atravessava no começo da década de 1980 implicou prejuízos severos à Previdência Social, setor sobre cuja necessidade de saneamento financeiro recaíram as atenções. Com essa finalidade, no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social foi criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), composto por representantes de diversos ministérios e entidades,

cujas atribuições seriam, dentre outras, sugerir critérios de alocação de recursos previdenciários destinados à assistência médica e recomendar a adoção de políticas de financiamento e de assistência à saúde. Dado o contexto, as decisões eram tomadas mais em resposta às necessidades imediatas do que considerando o horizonte de longo prazo.

Uma das medidas no âmbito do CONASP foi o Plano de Reorientação da Assistência Médica no Âmbito da Previdência Social (Plano CONASP), que elencava diversas diretrizes harmonizantes com a ideia de um sistema público de saúde mais alinhado à universalização: ênfase na assistência primária; descentralização de recursos e integração das ações de saúde em nível nacional, com repasse para estados e municípios e aproveitamento pleno da estrutura disponível nas três esferas; participação da iniciativa privada de forma complementar; racionalização na prestação dos serviços; simplificação dos pagamentos dos serviços médicos prestados pelas unidades contratadas ou conveniadas ao INAMPS, dentre outras. Apesar de seu caráter progressista, houve críticas contundentes quanto à sua viabilidade⁶. Em relação à proposta de incluir a iniciativa privada como parte complementar, observa-se que foram mantidas as prerrogativas do setor privado, ainda que, forçosamente, os gastos envolvidos tenham sido racionalizados:

[...] b) os serviços contratados ao setor privado ainda consomem mais de 50% dos recursos que o INAMPS despende com assistência médica; c) as previsões de uma queda progressiva da participação do setor contratado no orçamento do INAMPS (de 60% em 1982 para 54,3% em 1983 e 50,7% em 1984) não se verificam, sendo que o orçamento atual prevê inclusive um pequeno crescimento desta participação (55,7% em 1984), o que indica uma readaptação ao novo sistema de contas⁷ (talvez as quedas nas internações estejam sendo substituídas pelo aumento das despesas médicas, nas quais o controle é menor). (TEIXEIRA, 1984, p. 56)

Esse modelo representou avanço em direção à descentralização de recursos; a descentralização da gestão, no entanto, não aconteceu nesse momento.

Todas as ações entre 1964 e os anos que antecederam imediatamente a reabertura

⁶ Cf. análise de Moraes e Flores (1985), em que elencam críticas em termos de coerência e viabilidade do plano em relação à realidade político-econômica do país à época.

⁷ Nota nossa: trata-se da AIH (autorização de internação hospitalar), mecanismo de cobrança introduzido no âmbito do Sistema de Assistência Médico-hospitalar da Previdência Social (SAMPHS), por meio do qual se buscou substituir o pagamento por unidade de serviço pelo pagamento por procedimento, feito a partir de cálculo sobre os atos médicos prestados pelas unidades contratadas ou conveniadas. Também foi estabelecido limite para o número de procedimentos anuais por paciente.

política permitem dizer que o regime militar teve suas políticas de saúde pública caracterizadas pela ambivalência da expansão, em termos normativos, e redução da democratização da prestação em termos objetivos, visto que foram acompanhadas de forte incentivo ao setor privado. Vianna (2000) estabelece comparação entre as políticas operadas nos regimes de exceção praticados por Vargas e pelos militares, destacando o prisma negativo da expansão ocorrida no último, dado seu caráter “americanizado”⁸, e conclui:

[...] o projeto modernizador implantado durante o autoritarismo pós-64 – sem dúvida um projeto de expansão do capitalismo brasileiro – implicou o desencadeamento de um processo de “americanização” da proteção social, nítido no campo da saúde, mas facilmente generalizável para toda a política pública voltada para o social. A modernização efetuada pelos militares, intencionalmente ou não, fez, assim, um percurso inverso àquela conduzida por Vargas, também de modo autoritário. Sob o autoritarismo varguista, a política social serviu para incorporar, seletiva e hierarquicamente, o mundo do trabalho organizado à cidadania, diferenciando-o do “resto” da população pobre; a ditadura recente disseminou direitos sociais entre os antes excluídos, mas nivelou esta cidadania social em patamares tão baixos que a estigmatizou, afastando do sistema público os trabalhadores formais e a imensa gama de novos segmentos médios assalariados – também criaturas do projeto modernizante. (VIANNA, 2000, p. 151)

Até o período analisado, é possível entender que a trajetória da saúde no Brasil foi sendo engendrada de forma que coube ao setor privado não apenas o papel de ator complementar, mas parte primordial das medidas implementadas. Convém reforçar que tais caminhos são resultado de escolhas eminentemente políticas, ainda que muitas vezes essas escolhas possam ser justificadas por cálculos orçamentários, por sua vez nunca desvinculados da orientação política adotada.

Como demonstrado, durante o regime militar a assistência à saúde ainda estava vinculada à Previdência, havendo, no entanto, ampliação significativa do público assistido, com alcance também daqueles sem vinculação profissional. Considerando que não houve fortalecimento da infraestrutura de assistência pública que acompanhasse esse crescimento, agravou-se a dependência do Estado em relação ao setor privado. Foi o período em que as operadoras de plano de saúde encontraram terreno para expansão.

⁸ A autora considera “americanização” a implantação de um modelo de seguridade social no qual o Estado tem participação de forma residual, atuando apenas em segmentos não cobertos pelo setor privado, nos moldes do modelo adotado nos Estados Unidos.

3.4 CONSTITUIÇÃO CIDADÃ E SAÚDE COMO DIREITO

O período imediatamente anterior ao fim do Regime Militar assistiu à realização do V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados ao final do ano de 1984. O objetivo era orientar o futuro governo, eleito de forma indireta, em relação ao tema. Como diretrizes da Proposta Política para um Programa de Saúde, relatório final do evento, figuravam a saúde como direito do cidadão e dever do Estado; a melhoria do estado de saúde da população como algo diretamente relacionado à qualidade de vida; a democratização da saúde como reflexo da democratização pela qual a sociedade brasileira passava e anseio de amplos setores sociais.

O documento versava, ainda, sobre a implantação de um Sistema Unificado de Saúde Federalizado e Democrático, que haveria de ser “constituído a partir do aprofundamento das experiências das Ações Integradas de Saúde (AIS), que coordenam os diversos serviços, no sentido de se intensificar a integração das diferentes instituições de saúde” (Câmara dos Deputados, 1985). Tratava-se a AIS de uma estratégia de integração entre instituições de saúde pública federais, estaduais e municipais e demais serviços de saúde implementada ainda no âmbito do CONASP. Pela AIS, serviços estaduais e municipais de saúde foram incorporados à rede de prestadores pagos pelo INAMPS mediante convênio. Em paralelo, eram constituídas Comissões Interinstitucionais de Saúde, compostas por representantes de secretarias estaduais e municipais de saúde, responsáveis pela gestão dos serviços de saúde em seu contexto geográfico. Em março de 1985 foram assinados convênios com todas as secretarias estaduais de saúde.

Conforme Arouca (2002), interessa pontuar o conflito existente no período em torno da transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, tomando-se em consideração o argumento contrário do então Ministro da Previdência e Assistência Social, para quem o INAMPS era uma conquista dos trabalhadores. Essa perspectiva está estreitamente relacionada à vinculação entre os canais de assistência médica ofertados pelo poder público e as relações laborais. Na ocasião, a alternativa encontrada para dissolução da controvérsia foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, desta vez com a proposta de trazer à discussão a sociedade, até então apartada dos rumos políticos da saúde. O fruto dos encontros foi a Emenda Popular, proposta de emenda à Constituição originária desse movimento social.

A VIII Conferência Nacional de Saúde se fundamentou em três grandes eixos: saúde

como direito inerente à cidadania; reformulação do sistema nacional de saúde; e financiamento. Boa parte dos trabalhos apresentados no evento tiveram como fundamento o documento intitulado “Pelo Direito Universal à Saúde”, elaborado pela Comissão de Política de Saúde da ABRASCO⁹ (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), em cuja apresentação é sugerido seu caráter propositivo e a expectativa de que se tornasse efetivamente fonte de produções sobre o tema no seio da conferência.

O teor do documento é revelador do caminho que se pretendia trilhar tendo a Conferência como ponto de partida. Com contundente crítica à privatização da saúde, destaca a subordinação das políticas do Regime Militar aos interesses privados e ressalta como o autoritarismo da época contribuiu para “uma situação ao mesmo tempo de estatização da sociedade e privatização do Estado” (ABRASCO, 1985, p. 15). O cerceamento das formas de mobilização da sociedade teria, portanto, permitido ao Estado a aliança sem qualquer entrave com os setores privados, resultando em um “sistema de serviços altamente concentrado, oneroso, especializado, descoordenado e potencializador de iniquidades”. Na sequência, o documento sublinha o caráter político norteador:

Há que se considerar que a situação consolidada garante atualmente ao Estado (via recursos previdenciários) o controle financeiro, mas não se passa o mesmo com a oferta de serviços. Toda a política de sucateamento dos serviços públicos redundou no incremento dos serviços médico-hospitalares privados, que hoje mantém o predomínio indiscutível na oferta destes serviços. No entanto, a mera constatação do predomínio dos serviços privados não é argumento suficiente para que se abandone a estratégia de socialização do setor saúde. É necessário avaliar que a situação atual, ainda que sendo um dado crucial, foi produto de uma vontade política e, portanto, pode ser revertida por adoção de outro projeto político.
(ABRASCO, 1985, p. 16)

Dos três eixos de temas propostos, a partir da percepção de saúde como direito e, conseqüentemente, dever do Estado, o documento condena a desconexão entre desenvolvimento econômico e desenvolvimento social que então ditava as políticas, criticando o entendimento de que este haveria de ser consequência daquele. Propõe uma atenção direta às questões sociais e à saúde, especificamente, enquanto fator interligado às diversas outras questões, como nutrição, educação e meio ambiente, sugerindo que a saúde

⁹ A ABRASCO foi constituída em 1979 com o objetivo de reunir profissionais, estudantes e professores de cursos de pós-graduação em saúde coletiva. Desde 2011 passou a congrega também os cursos de graduação. A entidade promove apoio e articulação entre centros de ensino e pesquisa, a comunidade técnico-científica, os serviços de saúde, entidades governamentais e não-governamentais e a sociedade civil.

não fosse entendida apenas como atenção médica preventiva ou curativa. Nesse eixo, também se preconiza a democratização da saúde, no sentido de abertura de espaço para participação da sociedade nas discussões das políticas a serem implementadas. Com isso, visava-se à maior eficácia na prestação dos serviços, uma vez que se alcançaria maior correspondência entre demanda e oferta.

Aspecto relevante em relação à democratização da saúde diz respeito à dissociação então estabelecida entre os conceitos de estatal e público. Ao apontar que o caráter público dos serviços prestados pelo Estado depende necessariamente do grau de participação e controle social sobre as políticas, o documento sublinha que a mera oferta pelo poder público é insuficiente para a satisfação da demanda social.

Em relação à reorganização do sistema, o documento critica a desigualdade na prestação dos serviços por assistir de forma diversa contribuintes e não contribuintes da Previdência Social, além da desigualdade de oferta para usuários urbanos e rurais e residentes de regiões diferentes do país. Ponderando quanto à impossibilidade, no curto prazo, de mudanças estruturais tanto econômicas quanto sociais que impactassem positivamente e de forma direta a qualidade de saúde da população, como solução mais viável foram consideradas alternativas que passassem por mudanças institucionais que visassem a: i) universalização e equalização do atendimento à saúde; ii) descentralização na gestão dos serviços; iii) integração institucional entre órgãos e níveis de atenção; iv) novas relações entre os serviços públicos e os privados; v) definição de uma política de recursos humanos e de ciência e tecnologia; vi) desenvolvimento de formas de participação de profissionais e usuários nos serviços de saúde.

Em termos de financiamento, há um reconhecimento da dificuldade de ampliação, também em curto prazo, das fontes de arrecadação dos gastos com saúde. O documento aponta de forma crítica que a arrecadação se concentrava majoritariamente nas contribuições previdenciárias, visto que se destinavam à prestação de serviços de assistência à saúde em seu aspecto curativo restrito. Pondera, no entanto, que o sistema tributário vigente, de natureza regressiva, tinha o agravante de ter sua receita voltada em grande medida ao pagamento de dívida externa, o que, naquele contexto, limitaria a ampliação dos gastos com saúde ainda que houvesse uma eventual reforma tributária.

Diante da dificuldade de se vislumbrar um cenário que contornasse os limites de arrecadação, é proposto que o já pretendido melhor aproveitamento dos recursos do INAMPS

se voltasse à condução de uma política de saúde mais voltada ao cuidado primário, com homogeneização de programas das esferas estadual e municipal em direção ao cuidado da saúde no sentido integral. Isso implicaria uma mudança no papel do Instituto, que deixaria de ser repassador de recursos e assumiria papel central na articulação da política de saúde.

Ainda no tópico relativo a financiamento, são tecidas considerações que permeiam as temáticas anteriores. Recuperando a noção de saúde como direito dos cidadãos e condenando a relação de insubordinação do setor privado frente ao poder público, o documento professa o reposicionamento do Estado enquanto representante do interesse público e seu papel de regulador da prestação de serviços. Os entes privados haveriam de ser realocados na posição de concessionários da função social concedida, sujeitos à cassação em caso de descumprimento das normas.

[...] deixando a função pública SAÚDE ao sabor das “livres forças do mercado” e entregue ao setor privado que a assumiu como uma função particular voltada somente para seus próprios interesses pecuniários, foi perdendo o seu caráter social e se constituindo em monopólio de grupos poderosos já totalmente imbuídos da ideia patrimonialista de que o pagamento pelos serviços que presta nada tem a ver com a massa trabalhadora que os financia e deveria recebê-los com equidade, honestidade e eficiência. (ABRASCO, 1985, p. 29)

Por fim, o documento apresenta os pressupostos necessários para o alcance do estágio em que a saúde se estabeleceria como direito universal e equânime: diversificação das fontes tributárias de receita, de forma a reduzir a vulnerabilidade diante da conjuntura econômica e seu caráter regressivo, além de desonerar a folha salarial; e instituição de fonte fixa de recursos, fossem previdenciários, orçamentários ou oriundos de fundos especiais. Nessa linha, o documento mais uma vez invoca o poder do Estado como mecanismo imprescindível à garantia da saúde dentro dos termos pretendidos, posto que ao Estado caberia fiscalizar e penalizar sonegações e evasões fiscais.

Como referido antes, o documento da ABRASCO serviu de base à VIII Conferência, que essencialmente seguiu o programa proposto pela entidade. No evento, foi mencionado como referência o protecionismo social de padrão inglês, conformado no Plano Beveridge, que instituiu o Serviço Nacional de Saúde em 1948; por outro lado, foi objeto de críticas o modelo adotado pela Alemanha, com características de seguro social. A concepção de sistema de saúde a ser adotado pelo Brasil teve no modelo inglês clara inspiração.

Da VIII Conferência, o Relatório Final traz as diretrizes a serem seguidas na promoção das políticas de saúde, a partir daquele marco, para cada um dos eixos temáticos apresentados. Ainda no preâmbulo, recebe destaque a controversa relação público-privado sobre a qual as políticas da área historicamente assentavam.

Naquele ponto ficou definido o rumo que seria adotado em relação ao Sistema Nacional de Saúde tal como proposto, em termos de participação do setor privado. De forma não unânime, porém majoritária, decidiu-se que o sistema seria estatizado de forma gradual, em oposição à proposta de estatização imediata (MENICUCCI, 2007; PAIM, 2007). O consenso aconteceu, no entanto, em relação à necessária subordinação do setor privado ao poder público. Esse tema é recuperado de forma mais elaborada na seção relativa à reformulação do Sistema Nacional de Saúde, que também aponta a necessidade de separação entre a previdência e a saúde, sinalizando a relevância de um novo enfoque.

Àquela altura já havia um entendimento comum no campo dos pesquisadores da área em relação à excessiva e mal regulada participação do setor privado na oferta de serviços de saúde no país, notadamente do que se chamava medicina de grupo, nascedouro do segmento das operadoras de planos de saúde:

1. A reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deve resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária.

[...]

14. A implantação imediata de um novo relacionamento entre o setor público e o setor privado deverá ser implementada da seguinte forma:

- para os estabelecimentos privados que já se relacionam com o INAMPS, estabelecer um novo contrato-padrão regido pelos princípios do Direito Público, passando o serviço privado a ser concessionário do Serviço Público;
- esses contratos devem ser reavaliados sob critérios de adequação ao perfil epidemiológico da população a ser coberta e de parâmetros de desempenho e qualidade;
- não devem ser celebrados novos contratos/credenciamentos a partir de 30 de março;
- as novas relações devem possibilitar a intervenção governamental, que pode chegar à expropriação, sempre que caracterizada a existência de fraude ou conduta dolosa. Trata-se, por conseguinte, de aplicar no campo da saúde instrumentos de proteção da sociedade similares àqueles já adotados nas relações do governo com outros setores;
- **os incentivos concedidos à chamada medicina de grupo deverão ser revistos.** (BRASIL, 1986, p. 10, grifo nosso)

O relatório final sugeria que as questões encaminhadas na conferência fossem objeto

de debate mais aprofundado, de forma a subsidiar a Assembleia Constituinte na pretendida Reforma Sanitária¹⁰. Para isso, deveria ser criado um Grupo Executivo da Reforma Sanitária, composto por órgãos governamentais e pela sociedade civil organizada, de forma paritária, cabendo ao Ministério da Saúde sua convocação e constituição, o que não aconteceu. Em contrapartida, foi instituída a Comissão Nacional de Reforma Sanitária a partir de mobilização da ABRASCO, composta por representantes da sociedade civil e de vários órgãos do governo, dentre eles o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência Social.

Foi árduo o caminho político até a promulgação da nova Constituição Federal, em 1988. Embora o texto constitucional tenha abarcado boa parte das propostas dos sanitaristas, a democratização na formulação das políticas ficou prejudicada pela institucionalização das discussões no contexto da Constituinte, concentradas em grande medida na arena legislativa e, portanto, mais sujeitas à pressão de grupos de interesse privados.

Isso se refletiu no foco conferido à reforma do sistema de saúde, em detrimento das questões de saúde da população e da mudança nas práticas de saúde, propriamente (PAIM, 2007). Tal cenário contribuiu para que a participação do setor privado não tenha recebido a devida vigilância no texto constitucional, aspecto ressaltado por Menicucci (2014):

Evidenciaram-se na Constituição as visões antagônicas desses dois grupos de atores. Na época, suas posições eram simplificadas em dois termos: a estatizante, que era a perspectiva inovadora, daqueles que queriam a reforma da saúde, uma reforma no sentido de assumir o direito à saúde como obrigação a ser provida pelo Estado; e a privatizante, que representava os interesses e concepções surgidos na trajetória da política de saúde como efeito de feedback das próprias decisões governamentais do passado. Nesse sentido, as decisões de políticas públicas forjaram determinados atores e interesses que se colocarão como importantes pontos de veto no momento da votação da Constituição, cujo texto refletiu os acordos que se conseguiu construir naquele momento. Ele apresenta, aliás, algumas ambiguidades jurídicas que apontam o ajustamento dessas alternativas inovadoras aos padrões consolidados. Como resultado a Constituição apresenta um sistema híbrido e segmentado: por um lado consagra a saúde como direito, garante a universalidade e acesso à assistência, amplia a responsabilidade estatal e define a estruturação de um sistema inclusivo; por outro, preserva a liberdade do mercado e garante a continuidade das formas privadas de assistência e independentes de qualquer intervenção governamental. (Menicucci, 2014, p. 81)

¹⁰ Reforma Sanitária foi um movimento social originário do período do regime militar que, pela definição de Paim (2007), centrava-se nos seguintes elementos: a) democratização da saúde; b) democratização do Estado e de seus aparelhos; c) democratização da sociedade e da cultura. No seio do movimento, que “discutia a determinação social da doença e introduzia a noção de estrutura de sistema”, eram debatidas questões que viriam a fundar o SUS (AROUCA, 2002).

Constituição promulgada, muito ainda havia a ser feito em termos de concretização das vias de acesso à saúde como o direito recém estabelecido. A situação econômica do país, com crise fiscal e inflação extrema, o enfraquecimento dos movimentos sociais, o avanço da ideologia neoliberal e a perda do poder aquisitivo dos profissionais da saúde foram elementos presentes naquele período que impactaram a implementação da reforma pretendida na saúde (PAIM, 2007).

Passado o regime autoritário, as primeiras eleições democráticas refletiram em seu resultado a tendência global contrária à participação estatal direta nas políticas sociais, levando à presidência um representante da ala partidária que até então se opunha à reforma e propugnava um modelo focalizado de política social, em detrimento da política universalizante simbolizada pelo sistema único reformista.

3.4.1 Público e privado na assistência à saúde

A seção destinada à saúde na Constituição Federal traz pontos que permitem compreender a manutenção de presença relevante do setor privado na oferta de serviços de saúde no país. Em seu art. 199 é expressamente facultada a participação da iniciativa privada na exploração da assistência à saúde, sendo detalhados nos parágrafos seguintes os limites de sua atuação:

Art. 199 A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.
(BRASIL, 1988, art. 199)

Importante notar que o parágrafo segundo veda a destinação de recursos públicos para as instituições privadas com fins lucrativos, mas nada restringe em relação às subvenções indiretas representadas pelos gastos tributários, tema a ser explorado neste trabalho.

A ascensão do setor privado sobre o texto constitucional foi objeto de análise de Rodriguez Neto (2019), que destacou as manobras executadas pelos setores conservadores da

Assembleia Constituinte para impor seus interesses e assim modificar o texto aprovado após todo o trabalho das comissões e subcomissões. Com o apoio de figuras movidas tanto por razões efetivamente ideológicas quanto pelo fato de não terem se sentido representados em seus partidos, um amplo núcleo se mobilizou em direção à alteração do regimento da Constituinte de modo a permitir a proposição de emendas globais, ou seja, a apresentação de um novo texto integral substitutivo daquele inicialmente sob votação. As emendas deveriam ser resultado da fusão de todas as oficialmente apresentadas, subscritas por todas as lideranças partidárias. Embora sujeito a alterações, o texto final a ser votado continuaria a ser, portanto, produto de uma negociação coletiva, o que permitiu aos reformistas continuar a disputa na arena política.

Em relação à diversidade dos interesses dos grupos privados, o autor destaca os caminhos distintos propugnados pelo setor hospitalar privado contratado pelo Estado e o setor que ele chama de “pré-pagamento”, representado pela medicina de grupo, seguros e cooperativas:

Enquanto aquele [setor privado contratado] lutava pela preservação da tutela do Estado, este [medicina de grupo] pleiteava a independência do mesmo. Ao setor hospitalar contratado (ou contratável) interessava o aumento da receita da Seguridade Social e uma estratégia de organização dos serviços que viabilizasse a sua participação nesses. Pelo contrário, ao setor de pré-pagamento interessava a possibilidade de captação direta dos recursos sem a intermediação do Estado, isto é, sem passar pelo “caixa” da Seguridade Social; para tal, seria necessário que a contribuição para a Seguridade Social não fosse compulsória e que se criasse a possibilidade de o Estado transferir para esse setor parte de sua responsabilidade na cobertura assistencial. É interessante (e lógico) notar como, face a essas alternativas, o setor empresarial mais moderno tende a preferir a alternativa estatal, mantida a possibilidade de organização de serviços independentes do recurso público, contra a preservação dos interesses empresariais dependentes do Estado e pouco eficientes. O que esse setor não tolera é o que chamam de “xenofobia”, numa defesa clara da participação do capital estrangeiro no setor. (RODRIGUEZ NETO, 2019, p. 136)

Superada a mesa de negociações, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde. Propunha-se com o novo sistema uma modificação profunda no modelo de atenção então predominante, que se fundava na centralidade do trabalho médico e no hospital, no tratamento de doenças e no uso de tecnologias e medicamentos. Em seu lugar, assumiria um sistema regido por ações de promoção, prevenção e tratamento nos diversos níveis de atenção (de

postos de saúde a hospitais), e pela participação popular na gestão do sistema e do cuidado (MENICUCCI, 2014).

A Lei Orgânica da Saúde também dispõe sobre os critérios de participação de entidades privadas na assistência à saúde:

- Entidades nacionais devem respeitar os princípios éticos e as normas expedidas pelo SUS (art. 22);

- Empresas e capital estrangeiro podem participar em forma de doação de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica, de financiamento e empréstimos (art. 23);

- Empresas e capital estrangeiro também podem participar quando prestadores de serviços de saúde a empresas para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social (art. 23, § 2º).

Excepcionalmente, também é prevista a participação privada de forma integrada ao SUS, de modo a complementar os serviços ofertados pelo Estado nos casos em que se revele impossível o atendimento direto com os recursos disponíveis. O dispositivo prevê que tal participação deverá ser feita mediante contrato, com sujeição às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do sistema único, com prioridade voltada às entidades privadas sem fins lucrativos. Aqui é interessante notar que tal abertura assume como pressuposto a incapacidade de suprimento pleno das condições do sistema único pelo poder público.

Menicucci (2014) remonta ao histórico das políticas de saúde adotadas no país, já explicitadas neste trabalho, para explicar a dificuldade de implementação desse projeto de sistema único fortalecido. Segundo a autora, o apoio político historicamente debilitado, que ela enquadra em um conjunto de fatores originários do passado que denomina “efeito *feedback*”, conduziu ao enfraquecimento das coalizões políticas que buscavam a reforma do sistema de saúde, resultando nas clivagens entre atores sociais importantes como movimentos populares, movimentos sindicais e profissionais da saúde. A isso se somaria a conjuntura favorável ao setor privado:

Outro efeito de feedback recai sobre a rede de serviços, como já mencionei. Configura-se, nesse sentido, setor público altamente dependente da rede privada prestadora de serviços, com baixíssima experiência de regulação, trajetória de corrupção e de assolamento do próprio Estado, bem como de ocupação do Estado pelos interesses privados, o que fez com que o governo

não desenvolvesse a capacidade de regulação do serviço privado, limitando-se a regulação praticamente à definição de preços e de tetos financeiros. O problema, me parece, não é a rede ser privada ou pública. O importante é que se consiga garantir o interesse público, sua prevalência sobre os interesses privados, o que se faz por meio da regulação, o que ainda hoje é bastante frágil, em decorrência do efeito de feedback. (MENICUCCI, 2014, p. 83)

Ao ser instituído, sobre o SUS recaíram as expectativas de correção de uma trajetória marcada por sucessivos eventos que conformaram o atual modelo de assistência à saúde. Esse modelo é caracterizado por um sistema único de saúde que se pretende universal, equânime e integral, porém marcado pela forte presença paralela do setor privado, não só na prestação dos serviços médicos e hospitalares, mas especialmente na arena política, sob a forma de *lobby* que busca articulação dos interesses privados junto aos legisladores de forma a influir diretamente nas políticas adotadas (VIANNA, 2000). Nesse cenário se foi projetando um mercado de saúde que, longe de complementar o sistema público, o que significaria a prestação de serviços de forma alinhada às diretrizes do sistema, acaba por substituí-lo em suas fragilidades, tanto orgânicas quanto construídas.

3.4.2 Financiamento da saúde pública

No Brasil, a Constituição determina que a participação da União no SUS seja por meio de recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), que abarca a Saúde, a Previdência e a Assistência Social. Até que a regra de financiamento pela União fosse explicitada por lei complementar, à Saúde deveriam ser delegados 30% desse orçamento. Na prática, no entanto, esse percentual nunca foi repassado. Por esse motivo, diversos projetos de emenda à Constituição foram elaborados por deputados e senadores durante a década de 1990, visando a definir a regra de aplicação de recursos da União em Saúde.

Em 1997 o governo instituiu a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que deveria ser adicionada aos recursos da Saúde. Apesar disso, até que fosse extinta em 2007, a CPMF não resultou em efetivo aumento de recursos (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2007). À medida que o valor da nova contribuição era arrecadado, a participação de outras contribuições sociais no financiamento federal era reduzida, de forma que, mesmo após a Emenda Constitucional nº 29/2000, o volume de recursos destinados à Saúde se limitava ao mínimo estabelecido.

Segundo a Emenda Constitucional, o percentual fixo de contribuição obrigatória de estados e municípios passou a ser, respectivamente, 12% e 15% de suas receitas próprias. Porém, em termos de aplicação de recursos pela União em Saúde, a vinculação a um percentual de receitas do Orçamento da Seguridade Social deixou de existir. O orçamento federal da Saúde passou a ser orientado por um piso mínimo, cujo cálculo era definido a partir da correção dos valores de despesa empenhada no ano anterior pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) – crescimento econômico mais a inflação.

A regulamentação desse mecanismo ocorreu em janeiro de 2012, com a sanção da Lei nº 141/2012, que manteve a regra até então vigente de que os gastos mínimos a serem realizados pela União deveriam ser obtidos a partir da correção dos valores empenhados no ano anterior, pela variação nominal do PIB. Além disso, era previsto que a cada cinco anos a metodologia de cálculo para a apuração deste valor mínimo poderia ser revista.

A Lei complementar nº 141/2012 regulamenta da seguinte forma os valores mínimos a serem aplicados anualmente em ações e serviços públicos de saúde:

Art. 5º - A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

§ 2º - Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o caput não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

Art 6º - Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal. (BRASIL, 2012)

Logo, em relação a recursos próprios, os Estados, o Distrito Federal e os municípios deverão aportar na Saúde 12% de sua arrecadação tributária, compondo o Fundo de Saúde de sua respectiva esfera. O Fundo Nacional de Saúde, por sua vez, constitui-se como principal

instrumento de centralização dos recursos federais destinados à saúde e de repasse para estados, DF e municípios (art. 12 da Lei Complementar).

Em 2015, com a aprovação da Emenda Constitucional 86/2015, o critério de cálculo para apuração da aplicação mínima da União passou a corresponder a um percentual da Receita Corrente Líquida (RCL) do próprio exercício, iniciando com 13,2% e aumentando este percentual anualmente até atingir 15% em 2020. Também deixou de haver previsão de revisão quinquenal da metodologia de cálculo dessa aplicação mínima. Em 2022, a Emenda Constitucional 126/2022 alterou o critério de cálculo para apuração da aplicação mínima, passando a ser tomado em conta o

A despeito disso, a mais recente atualização constitucional referente ao orçamento da Saúde foi a Emenda Constitucional 95/2016, que congelou os gastos da União com despesas primárias por 20 anos, sendo corrigidos apenas pela inflação medida pelo IPCA. De acordo com essa Emenda, o piso do orçamento da Saúde deixou de ter como parâmetro o crescimento do país, relegando-o à correção da inflação, que, por sua vez, é incapaz de fazer frente às crescentes necessidades epidemiológicas e tecnológicas de uma população em crescimento demográfico e cada vez mais longeva.

4. O MERCADO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

A saúde suplementar recebe essa definição a partir da regulamentação do setor pela Lei nº 9.656/1988, que traz o termo “suplementar” em seu texto normativo. No Brasil, esse segmento de assistência médica, odontológica, hospitalar e ambulatorial concorre com o SUS na prestação de serviços. A trajetória que conduziu a esse cenário foi explorada de forma detalhada no capítulo anterior, de modo que este capítulo tem por objetivo apresentar as características gerais do sistema, sua fundamentação legal e aspectos críticos relacionados.

Na primeira seção, a cobertura de atendimento da saúde suplementar é apresentada em termos qualitativos e quantitativos, buscando evidenciar o tamanho da participação do setor na economia e na sociedade e os problemas decorrentes da vinculação entre segmentação da cobertura e poder econômico dos contratantes, além de seu aspecto regionalizado e concentrado.

Na seção seguinte, as modalidades organizacionais são apresentadas de forma destacada com o objetivo de mostrar como o setor se expandiu e diversificou, invariavelmente com auxílio de recursos públicos, à medida que brechas de mercado foram sendo identificadas.

Na terceira seção são abordados os diversos elementos relacionados à regulamentação do segmento da saúde suplementar. Em análise crítica de sua regulação pelo Estado, são destacados o problema da formulação de normas que atendam efetivamente ao interesse público e a dificuldade de aplicação daquelas vigentes, notadamente as relacionadas ao ressarcimento obrigatório ao SUS.

4.1 COBERTURA DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

Para os fins deste trabalho será mantida a terminologia de saúde suplementar prevista em lei específica, como apresentado no preâmbulo deste capítulo, mas julgamos pertinente apresentar, de forma breve, a discussão sugerida pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

Em sua proposta de taxonomia para seguros de saúde (OCDE, 2014), a Organização analisa os diversos modelos adotados pelos países a fim de definir características em comum e estabelecer um padrão que permita identificá-los, segundo o esquema do Quadro 1 abaixo:

Quadro 1 - Classificação funcional de arranjos de seguros de saúde privados.

		Cobertura do sistema público de saúde	
		Indivíduos têm cobertura pública	Indivíduos não têm cobertura pública
Serviços de saúde cobertos pelos planos privados de saúde	Planos de saúde cobrem serviços cobertos pelo sistema público	Plano de saúde duplicado	Plano de saúde primário: - substituto - principal
	Planos de saúde complementam serviços cobertos pelo sistema público	Complementar	
	Planos de saúde cobrem serviços não cobertos pelo sistema público	Suplementar	

Fonte: OCDE 2014

Pela proposição da OCDE, o modelo adotado no Brasil se enquadraria não na definição de suplementar, mas de duplicado. Isso porque o princípio da integralidade que orienta o SUS se caracteriza pela ampla cobertura, de maneira que os planos de saúde têm assumido a comercialização de serviços já ofertados pelo sistema público. Essa distinção se torna relevante na abordagem do mercado da saúde brasileiro na medida em que coloca luz sobre o duplo custo que os planos privados representam, tanto para o usuário, já contribuinte, quanto para o Estado, quando considerados os subsídios ofertados.

A prestação de serviços de forma suplementar pelo setor privado abarca procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) segundo diretrizes atualizadas pela Resolução Normativa ANS nº 470/2021 e incorporadas à Lei nº 14.307/2022.

Recentemente, a Lei nº 14.454/2022 estabeleceu critérios que impõem a obrigatoriedade da realização de procedimentos não previstos no rol, ampliando em alguma medida as garantias dos beneficiários. A lei foi instituída em resposta a decisão anterior do Superior Tribunal de Justiça (STJ), no mesmo ano, que definia que o rol seria em regra taxativo, o que reduziria as possibilidades de que os beneficiários tivessem cobertos procedimentos não previstos na lista¹¹. Embora também previsse parâmetros para que

¹¹ No ramo de seguros há argumentos atuariais que justificariam a necessidade de um rol taxativo que permitisse maior previsibilidade de gastos. Seguindo essa linha, representantes do mercado de saúde suplementar argumentam que a imprevisibilidade dos custos imposta pela Lei nº 14.454/2022 será repassada aos contratantes dos planos sob a forma de mensalidades mais onerosas. Aqui, como

excepcionalmente os planos custeassem tais procedimentos, a determinação legal contrária que veio na sequência confere garantias maiores de atendimento das exceções, uma vez confirmadas segundo os critérios da nova lei.

A oferta dos serviços elencados no rol de procedimentos de referência varia a depender do plano contratado, que pode trazer cobertura mais ou menos ampla. Em relação à cobertura, a ANS prevê a existência de cinco tipos, que podem ou não estar associadas entre si:

a) Cobertura ambulatorial - compreende consultas médicas em clínicas ou consultórios, exames, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais. Os atendimentos de emergência estão limitados até as primeiras 12 horas do atendimento. A realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar fica sob responsabilidade do beneficiário, mesmo sendo feito na mesma unidade de prestação de serviços e em tempo menor que 12 horas.

b) Cobertura hospitalar sem obstetrícia - compreende procedimentos previstos para regime de internação hospitalar, com exceção da atenção ao parto. Não há limite de tempo de internação. No período de carência, as internações de emergência são cobertas até o limite de 12 horas.

c) Cobertura hospitalar com obstetrícia - compreende procedimentos previstos para o regime de internação hospitalar e atenção ao parto, além de cobertura assistencial ao recém-nascido filho natural ou adotivo do contratante, ou de seu dependente, por 30 dias após o parto. No período de carência, as internações de emergência são cobertas até o limite de 12 horas.

d) Cobertura do plano-referência - instituído pelo Art. 10 da Lei nº 9.656/98, o plano-referência contempla assistência médico-ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e acomodação em enfermaria. Sua cobertura também foi estabelecida na Lei, que prevê ainda que o atendimento de urgência e emergência é integral 24 horas após sua contratação.

e) Cobertura exclusivamente odontológica - compreende consultas, exames, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos realizados em ambiente ambulatorial solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente.

Cotejando os dados da ANS com os do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

será abordado mais adiante, defendemos que lógica de mercado não deve ser utilizada para fundamentar a assistência à saúde.

(IBGE) do Censo DemoGráfico de 2022, identificamos na Tabela 1 que 25% da população do Brasil é contratante de algum plano de saúde, sendo que os estados brasileiros que mais concentram beneficiários, tanto em termos absolutos quanto em relação ao número de habitantes, figuram nas regiões sudeste e sul – à exceção do Distrito Federal, que ocupa o terceiro lugar em volume proporcional.

Tabela 1 - Percentual da população contratante de plano de saúde por unidade federativa.

UF	Nº de beneficiários de planos de saúde de assistência médica (dez/2022)	Nº de habitantes (2022)	Percentual da população contratante de plano de saúde
Total	50.402.204	203.062.512	25%
São Paulo	18.196.638	44.420.459	41%
Rio de Janeiro	5.533.553	16.054.524	35%
Distrito Federal	935.944	2.817.068	33%
Espírito Santo	1.245.862	3.833.486	33%
Minas Gerais	5.588.382	20.538.718	27%
Paraná	3.053.997	11.443.208	27%
Rio Grande do Sul	2.617.731	10.880.506	24%
Mato Grosso do Sul	639.518	2.756.700	23%
Santa Catarina	1.640.090	7.609.601	21%
Goiás	1.336.117	7.055.228	19%
Rio Grande do Norte	601.438	3.302.406	18%
Mato Grosso	653.530	3.658.813	18%
Pernambuco	1.387.256	9.058.155	15%
Ceará	1.338.966	8.791.688	15%
Amazonas	595.472	3.941.175	15%
Sergipe	332.442	2.209.558	15%
Alagoas	386.209	3.127.511	12%
Bahia	1.682.083	14.136.417	12%
Piauí	384.561	3.269.200	12%

Paraíba	449.765	3.974.495	11%
Pará	849.408	8.116.132	10%
Rondônia	158.215	1.581.016	10%
Amapá	60.545	733.508	8%
Tocantins	120.315	1.511.459	8%
Maranhão	496.293	6.775.152	7%
Acre	43.012	830.026	5%
Roraima	31.547	636.303	5%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da ANS Tabnet e do Censo DemoGráfico 2022 - população e municípios

Em comparação com o setor público, o principal diferencial dos planos de saúde é a promessa de acesso facilitado aos serviços de saúde, agilidade no atendimento e expedientes de hotelaria. Ponto fundamental a ser destacado é que a rede própria, contratada ou credenciada de médicos, clínicas e hospitais, também vinculada ao plano contratado, impacta diretamente a qualidade do atendimento. Ou seja, o mercado da saúde suplementar pode efetivamente representar diferenças mais ou menos significativas em relação ao setor público, mas o grau em que isso acontece é quase tão diverso quanto a variedade de planos existentes no mercado. Em março de 2023 havia 46.226 planos de saúde de assistência médica, com beneficiários, cadastrados na ANS. Se incluídos os planos com registro ativo sem beneficiários, o número sobe para 91.395.

Na Tabela 2 são discriminadas as cinco principais operadoras de planos de saúde, em volume de beneficiários de assistência médica, e as respectivas receitas provenientes de contraprestações:

Tabela 2 - Receita das principais operadoras x número de beneficiários.

Operadora / seguradora	Nº de beneficiários de assistência médica (mar/2023)	Receita de contraprestações (1º trimestre/2023)
Hapvida Assistência Médica S.A.	4.148.526	R\$ 2.709.328.087
Notre Dame Intermédica Saúde S.A.	3.532.196	R\$ 2.920.082.064
Bradesco Saúde S.A.	3.381.344	R\$ 7.735.880.588

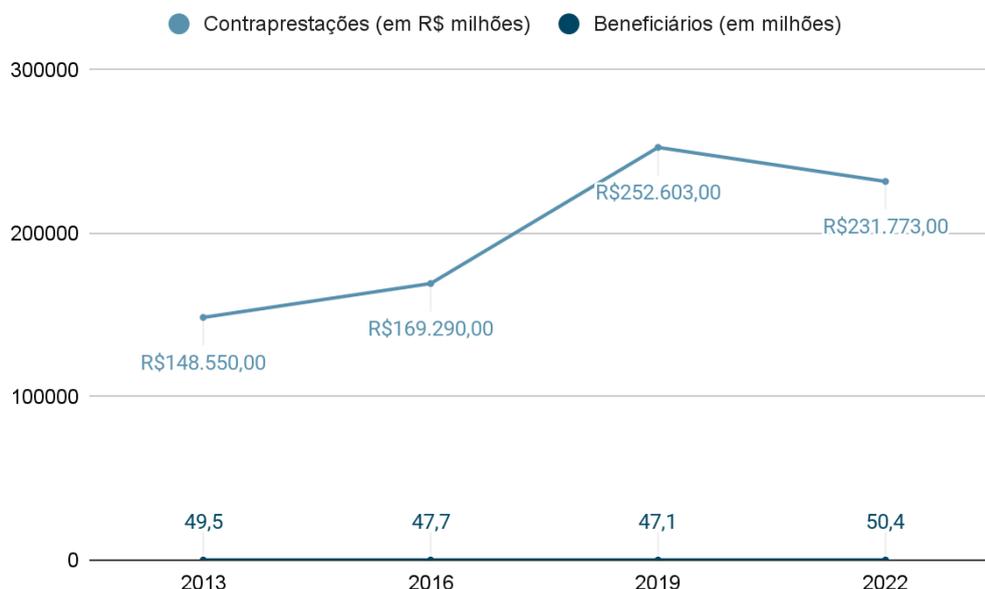
Amil Assistência Médica Internacional	2.601.702	R\$ 4.476.728.798
Sul América Companhia de Seguro Saúde	2.166.583	R\$ 5.825.456.707

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da ANS Tabnet.

Pelos dados é possível perceber discrepância significativa entre o número de beneficiários e a receita proveniente de contraprestações das operadoras Hapvida Assistência Médica S.A. e Notre Dame Intermédica Saúde S.A., em comparação com as demais. Quando analisadas as receitas das três operadoras, a receita mensal média de contraprestação por beneficiário é de R\$217,70 para a Hapvida, R\$275,60 para a Notre Dame Intermédica Saúde S.A., e R\$573,56 para a Amil Assistência Médica Internacional.

Embora alguns fatores, como região, faixa etária e cobertura, possam contribuir para que os valores das contraprestações das duas principais operadoras em termos de beneficiários sejam mais baixos, não seria incorreto inferir que a qualidade dos serviços oferecidos seja uma variável a ser considerada. Esse é um indício de que há grande número de brasileiros cobertos por assistência privada à saúde de qualidade questionável.

Outro dado relevante é o fato de que, de 2013 a 2022, a receita de contraprestações das 922 operadoras com beneficiários registrada na ANS dobrou, ao passo que o número de beneficiários se manteve em torno de 50 milhões, com leve queda nos períodos intermediários. Esses números evidenciam o aumento exorbitante dos valores das mensalidades.

Gráfico 1 - Contraprestações¹ x beneficiários (2013 - 2022).

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da ANS Tabnet.

Nota: ¹Valores corrigidos para 2022 pelo IPCA.

Em análise abrangendo o período de 2000 a 2018, Ocké-Reis, Fiuza e Coimbra (2019) apontam que a inflação dos planos de saúde superou muito aquela observada nos demais serviços prestados no segmento da saúde privada. Desconstroem, assim, um argumento comumente invocado, que atribui os aumentos dos planos aos inflacionados custos dos serviços de saúde em geral.

Segundo Marques, Ferreira e Hutz (2021), explicações prováveis para essa elevação de preços é a baixa concorrência no setor devido à concentração de operadoras¹², e a falta de regulação da ANS sobre os reajustes de planos de saúde coletivos, que representam o maior volume de contratações.

4.2 MODALIDADES ORGANIZACIONAIS

As instituições que oferecem serviços por meio dos planos de saúde se organizam de maneiras distintas, o que implica diferentes formatos jurídico-institucionais, clientela e formas

¹² As autoras indicam que 90% dos beneficiários de planos de saúde de assistência médica estavam distribuídos entre 331 operadoras em 2011; em 2018, concentravam-se em 252. Assinam também a hipótese de influência da Lei nº 13.097/2015 sobre o aumento das fusões e aquisições no período. A Lei abre ao capital estrangeiro a participação na oferta de serviços de saúde.

de prestação (BAIRD, 2017). Segundo a ANS, as modalidades organizacionais de prestação de serviços de saúde de forma suplementar são: administradora de benefícios, autogestão, cooperativa médica e cooperativa odontológica, filantropia, seguradora especializada em saúde, medicina de grupo e odontologia de grupo.

Na Tabela 3 sintetizamos os dados relativos ao número de beneficiários e planos de saúde ativos para cada uma das modalidades, à exceção da Administradora de Benefícios, dada sua especificidade. Cada modelo organizacional possui características que serão explicitadas abaixo.

Tabela 3 - Beneficiários e planos registrados por modalidade.

Modalidade	Beneficiários (mar/2023)	Planos de saúde registrados (mar/2023)
Autogestão	3.909.231	1.260
Cooperativa médica	18.802.342	49.872
Filantropia	956.203	2.547
Seguradora	6.795.018	4.497
Medicina de grupo	20.301.077	29.654

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da ANS Tabsnet.

1. Administradoras de benefícios

As administradoras de benefícios são reguladas pela Resolução Normativa nº 515/2022. Trata-se de pessoas jurídicas que propõem a contratação de plano coletivo ou que prestam serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, desenvolvendo atividades previstas em regulamentação específica. Basicamente, fazem a intermediação entre a pessoa jurídica contratante (empresas, entidades representativas ou órgãos públicos), as operadoras de plano de saúde e os beneficiários. Não são responsáveis, portanto, pela operacionalização de planos, ou seja, não possuem rede própria ou rede credenciada.

As administradoras de benefícios preencheram a lacuna gerada pela escassez de planos de saúde individuais ofertados pelas operadoras. A partir da “associação” a alguma das pessoas jurídicas representativas de sua atividade profissional, os indivíduos têm acesso a planos específicos administrados pelas administradoras. Nesses casos, os planos contratados

são denominados planos coletivos por adesão. Como todas as demais, as administradoras de benefícios são uma modalidade vinculada à atividade laborativa dos beneficiários.

Os dados disponíveis não permitem identificar o percentual de planos coletivos administrados por administradoras de benefícios nem o número de beneficiários por administradora, mas a presença desses atores no setor de saúde suplementar é relevante.

2. Autogestão

Regulada pela Resolução Normativa n.º 137/2006, essa modalidade se caracteriza pela prestação de assistência médico-hospitalar pela própria empresa empregadora, sem terceirização dos serviços. Suas redes assistenciais são compostas por prestadores de serviço credenciados: médicos, hospitais e centros de terapia e diagnóstico.

Nesta modalidade, as operadoras oferecem planos de saúde a um grupo fechado de pessoas que pertencem necessariamente à mesma classe profissional ou têm vínculo com a entidade instituidora, patrocinadora ou mantenedora da operadora dos planos, sendo facultada a participação de beneficiários, patrocinadores, instituidores ou mantenedores em sua administração. Trata-se de entidades sem fins lucrativos.

A autogestão se segmenta da seguinte forma:

a) Autogestão sem mantenedor - a própria operadora é responsável por constituir as garantias financeiras exigidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

b) Autogestão com mantenedor - outra pessoa jurídica (fundação ou associação) é responsável pela garantia dos riscos decorrentes da operação da operadora, assumindo a responsabilidade subsidiária por quaisquer débitos financeiros que a operadora venha a contrair;

c) Autogestão por recursos humanos - a própria empresa oferece o plano de saúde a seus funcionários e dependentes, como um benefício. O objeto social da entidade não é a operação/comercialização de planos privados de assistência à saúde.

Atualmente, segundo dados da ANS, há cerca de 4 milhões de beneficiários dessa modalidade, distribuídos entre 891 planos de saúde oferecidos por 140 operadoras com registro ativo de autogestão.

3. Cooperativa médica e cooperativa odontológica

Conforme Resolução Normativa nº 531/2022 da ANS, as cooperativas médicas operam planos privados de assistência à saúde e são constituídas na forma da Lei nº 5.764/1971. Em termos gerais, uma cooperativa se caracteriza pela associação de pessoas que reciprocamente se obrigam a contribuir com bens ou serviços para o exercício de uma atividade econômica, de proveito comum, sem objetivo de lucro.

A forma de atuação das cooperativas foi mudando gradativamente, de atendimento prestado em consultórios próprios ou credenciados, como forma de contestação ao empresariamento dos profissionais médicos pelas entidades de medicina de grupo na década de 1960, para construção de unidades hospitalares e centros de diagnóstico. Isso, somado às determinações da Lei nº 9.656/1998, que orienta as operadoras de plano de saúde de forma indistinta, aproximou essa modalidade cada vez mais da prática da medicina de grupo, inclusive em termos de capitalização.

Maior empresa do ramo nessa modalidade, a Unimed é composta por 340 cooperativas em todo o território nacional, agrupando 118 mil médicos cooperados.

As cooperativas médicas contemplam 18,5 milhões de beneficiários, pouco menos que as medicinas de grupo, assumindo a segunda posição em número. Se considerados os beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, obtém-se o volume de cerca de 500 mil beneficiários.

4. Filantropia

Pela Resolução Normativa nº 531/2022 da ANS, trata-se de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e obtiveram o certificado de entidade beneficente de assistência social emitido pelo Ministério competente e a declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos órgãos dos Governos Estaduais e Municipais, na forma da regulamentação normativa específica vigente. No caso das entidades filantrópicas do setor saúde, o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS) é concedido pelo Ministério da Saúde. A obtenção do CEBAS possibilita às entidades a celebração de convênios com o poder público e

a isenção das contribuições sociais, conforme a Lei nº 8.212/1991.

Como já abordado, as entidades filantrópicas têm vasto histórico de participação na assistência à saúde no Brasil. Ao analisar as entidades filantrópicas no recorte da operação de planos de saúde próprios, pelos dados da ANS essas organizações possuem pouco menos de 1 milhão de beneficiários, número muito inferior ao público atendido por outros canais de acesso, como SUS, pagamento particular ou convênio com outras operadoras de planos de saúde. Tanto o pagamento pelos planos de saúde próprios quanto a contratação de serviços particulares ou o uso por meio de convênio com outras operadoras permitem ao contribuinte a dedução do imposto de renda, matéria objeto deste trabalho que será explorada mais adiante.

5. Seguradoras

As seguradoras especializadas em saúde, por sua vez, são reguladas pela Lei nº 10.185/2001. Instituída nos anos 1970, a modalidade de seguradoras esteve limitada à compensação financeira de gastos com saúde dos segurados até meados dos anos 1980, quando o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) criou a figura do seguro de assistência médica ou hospitalar, assemelhado aos planos de saúde, por meio da Resolução nº 16/1988. As seguradoras, então, passaram a atuar também como operadoras no setor de saúde suplementar e são responsáveis por quase 7 milhões de beneficiários.

6. Medicina de grupo e odontologia de grupo

Conforme Resolução Normativa nº 531/2022, são todas as operadoras de planos médicos ou odontológicos que não se enquadram nas classificações anteriormente citadas. Trata-se da modalidade com maior volume de beneficiários, perfazendo cerca de 20 milhões, embora, no total, abarque menos operadoras e planos de saúde que as cooperativas médicas e odontológicas.

Essa modalidade é caracterizada por operadoras que comercializam planos de saúde individuais, familiares ou empresariais, cujos serviços são prestados em rede médico-hospitalar própria, rede credenciada ou por meio de reembolso de despesas, total ou parcial, com prestadores que não se enquadrem nessas categorias.

O tipo de contratação de planos de saúde em cada uma das modalidades disponíveis é feita por contrato individual ou familiar, coletivo empresarial, ou coletivo por adesão, cujas

características e volume de beneficiários são elencadas no Quadro 2:

Quadro 2 - Formas de contratação de planos de saúde, por características e número de beneficiários (2023).

CARACTERÍSTICAS	TIPO DE CONTRATAÇÃO		
	Individual / familiar	Coletivo empresarial	Coletivos por adesão
Adesão	Livre	Exige vínculo com pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária	Exige vínculo com associação profissional ou sindicato
Carência	Sim	Sim. Salvo para contrato com 30 ou mais beneficiários e para quem ingressa no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à empresa	Sim. Salvo para quem ingressa no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou no aniversário do mesmo
Cobertura	Conforme o contrato e o Rol de Procedimentos	Conforme o contrato e o Rol de Procedimentos	Conforme o contrato e o Rol de Procedimentos
Rescisão	Apenas em caso de fraude e/ou falta de pagamento	Previsão em contrato e somente válida para o contrato como um todo	Previsão em contrato e somente válida para o contrato como um todo
Cobrança	Diretamente ao consumidor pela operadora de planos de saúde	Diretamente ao consumidor pela Pessoa Jurídica contratante ou pela Administradora de Benefícios	Diretamente ao consumidor pela Pessoa Jurídica contratante ou pela Administradora de Benefícios
NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS	8.899.985	35.637.446	6.183.276

Fonte: ANS

4.3 A REGULAMENTAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Como visto no capítulo 4, a Constituição Federal autoriza a participação do setor privado na prestação de serviços de assistência à saúde, porém o texto constitucional é omissivo em relação aos termos nos quais essa assistência será prestada. Apesar de já existir então um vasto mercado organizado em torno dos serviços de saúde, especialmente quando consideradas as operadoras e seus planos empresariais, houve um intervalo de dez anos até

que o mercado fosse objeto da atenção dos legisladores.

Partiu da Superintendência de Seguros Privados (Susep) do Ministério da Fazenda, órgão executor das decisões do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), a iniciativa de regular o setor, ainda em 1989. Esse interesse, no entanto, alinhava-se ao interesse da entidade de manter sob controle a comercialização de planos e seguros de saúde (BAHIA, 1999), uma vez que as seguradoras haviam recém começado a também ofertar planos de saúde. Em oposição à intervenção estatal, a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) buscou uma alternativa criando, em 1990, o Conselho de Autorregulação das Empresas de Medicina de Grupo (Conamge).

A regulação do setor pelo Estado ficou em suspenso até que a conjuntura fosse mais favorável a esse direcionamento, o que aconteceu a partir da confluência de fatores tanto sociais quanto econômicos. Gradativamente, o cada vez mais extenso público consumidor dos planos de saúde passou a reivindicar ampliação de cobertura, redução dos reajustes, ao passo que as entidades médicas também se mobilizaram contra as restrições impostas pelas operadoras à realização de procedimentos com vistas à redução de custos, numa afronta à autonomia médica. Havia, ainda, o interesse da indústria hospitalar na ampliação do atendimento (MENICUCCI, 2007).

No período entre 1991 e 1997 foram apresentados ao Congresso Nacional 23 projetos de lei dispendo sobre a regulação do mercado dos planos de saúde, e foi em 1994, com a votação do Projeto de Lei nº 4.425/1994 – ao qual foram apensados os demais –, que o tema começou a ser efetivamente discutido no âmbito de uma comissão especial instituída. Até então, o Ministério da Saúde não era parte integrante das discussões, o que evidencia o descolamento da assistência privada em relação às diretrizes de saúde que norteavam o sistema público. Em 1995, porém, instituída na Câmara dos Deputados uma Comissão Especial para debate do assunto, o Ministério da Saúde passou a integrar o núcleo de debate de forma direta, em interlocução com demais entidades interessadas, como Susep, Abramge, Ciefas (Comitê de Integração das Entidades Fechadas de Assistência à Saúde), Abraspe (Associação Brasileira dos Servidores Públicos) e Unimed, além da Organização Pan-Americana da Saúde.

A essa altura, o Ministério da Saúde defendia que coubesse ao CNSP a regulação da oferta de planos de saúde como um todo, cabendo-lhe apenas fiscalizar os aspectos relacionados à saúde a partir de assento no Conselho. A preocupação principal do Ministério

da Saúde, à época, dizia respeito ao volume de beneficiários dos planos de saúde que eram encaminhados ao SUS para realização de procedimentos não cobertos pelo setor privado, sem que esses gastos fossem ressarcidos pelos planos.

Importante destacar que a participação mais ativa do Ministério da Saúde aconteceu ainda em um contexto político e econômico voltado às práticas liberais – que havia sido contornado pelos reformistas ao conquistarem a promulgação da Lei Orgânica da Saúde. Nos bastidores da regulação do setor da saúde suplementar o que vigia era, portanto, a perspectiva de que ao Estado não deveria caber a efetiva integralidade e universalidade da prestação de assistência à saúde, e por isso o interesse na participação do setor privado de forma regulada. O encaminhamento da PEC 32/1998 sinalizava nessa direção, já que a proposta de emenda ao texto constitucional suprimia a recentemente celebrada universalidade do acesso.

Nos debates no âmbito da Comissão Especial da Câmara dos Deputados havia dois pontos objeto de regulamentação: as relações contratuais entre as empresas do setor da saúde suplementar e os usuários, especialmente em relação à cobertura assistencial; e a regulação das operadoras de planos de saúde propriamente ditas, com estabelecimento de condições para sua constituição e funcionamento. O ponto sensível na discussão girava em torno da intervenção do Estado nas relações contratuais, o que era rechaçado pelo setor privado, que condenava não apenas a intervenção mas o que alegavam ser uma interferência na livre escolha dos consumidores (MENICUCCI, 2007). Sob esses argumentos havia o interesse das operadoras na livre gestão dos custos como forma de majorar o lucro sobre a exploração de um vasto mercado em potencial.

Como não houve conclusão consensual ao final dos trabalhos da Comissão, partiu do Poder Executivo a proposição de uma Medida Provisória sobre o tema, o que despertou o Congresso para a necessidade de que lhe fosse dado termo. A partir de iniciativa do Senado, foram estabelecidas novas negociações entre os diversos segmentos interessados – empresas, usuários, representantes dos direitos do consumidor e parlamentares – a fim de se instituir um substitutivo que buscasse comportar todas as demandas. O projeto final foi submetido a debate na Câmara dos Deputados e colocou em evidência, mais uma vez, a oposição entre estatizantes e privatizantes nos argumentos que justificavam a regulamentação do setor:

As ambigüidades de um sistema de assistência à saúde de caráter dual se expressaram nos vários discursos, de tal forma que ora se via o sistema privado como uma alternativa independente do SUS, que tem uma lógica mercantil e não social, ora se considerava a peculiaridade do mercado de

assistência à saúde, na medida em que o assalariado de classe média é coagido a buscar a assistência suplementar não como uma opção, mas como uma necessidade, em razão da má qualidade dos serviços públicos. A idéia mais recorrente, implícita no debate no Congresso, que justificava a defesa do sistema suplementar era a percepção de que segmentação de clientela nos dois sistemas de assistência seria favorável ao SUS ao tornar seus recursos mais produtivos, uma vez que dirigidos a uma população usuária menor, ao ser desafogado pelo sistema privado. (MENICUCCI, 2007, p. 262)

Em relação às questões contratuais, a versão final do documento, aprovada em 1997, refletiu os múltiplos interesses que marcaram as discussões ao atender alguns dos pleitos dos usuários relativos à ampliação de cobertura e, ao mesmo tempo, prever limites, período de carência e reajustes por faixa etária. Efetivamente, o substitutivo atendia mais aos interesses do setor do que dos usuários e da classe médica, incluindo as cooperativas médicas que também operavam planos de saúde e tinham na época perspectiva mais alinhada ao fazer médico do que à mercantilização da saúde. Quanto à regulação do setor propriamente, o CNSP foi definido como o órgão responsável, ao passo que a fiscalização ficou a cargo da Susep, do Ministério da Fazenda, mantendo-se à margem o Ministério da Saúde.

Um ponto de curiosa convergência, inclusive da parte daqueles que advogavam em defesa do sistema público, diz respeito à especificidade atribuída às empresas de autogestão de assistência médica voltada a seus empregados. Mais uma vez, pesava a identificação da assistência médica com os direitos trabalhistas, de modo que os legisladores da ala mais à esquerda também tiveram suas reservas quanto à submissão desse segmento às regras regulatórias impostas às demais empresas de exploração de planos. Seguindo essa lógica, ainda que prestada por entes privados, para eles a assistência à saúde por meio da modalidade de autogestão se dissociava da privatização da saúde colocada em pauta.

Se na Câmara foi possível o consenso em torno de uma proposta substitutiva, ao ser submetido à votação no Senado no ano seguinte os atores descontentes – entidades representativas dos consumidores e classe médica – voltaram a se mobilizar. Nessa etapa, o resultado dos trabalhos refletiu em grande medida o protagonismo então assumido pelo Ministério da Saúde a partir da condução do novo ministro José Serra, que redirecionou a discussão sob um foco maior no interesse público, divergindo da percepção da saúde como um produto a ser mercantilizado:

A defesa urgente da regulação passa a ser feita com base em um discurso

econômico sobre a imperfeição do mercado no caso da assistência médica, em que certas premissas básicas do mercado eficiente não funcionam. Com a mudança ministerial e após sete anos de debate sobre a questão, foram reconfigurados os objetivos da regulação governamental da assistência suplementar da perspectiva do Poder Executivo, que passa a se empenhar fortemente na regulação do setor. (MENICUCCI, 2007, p. 266)

Assim, em maio de 2018 o Senado aprovou o projeto com diversas supressões em relação ao texto original, resultando na Lei nº 9.656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Esse foi o artifício encontrado pelo Executivo, à época, para evitar que o substitutivo voltasse à discussão na Câmara. Com isso, ficou acordada a mera supressão dos itens que não estivessem em linha com o novo direcionamento e a edição posterior de Medida Provisória que atendesse os demais objetivos não contemplados no documento.

Em relação à Lei nº 9.9656/1998, algumas das mudanças mais significativas instituídas pela Medida Provisória nº 2177-44/2001¹³ foram a definição do Ministério da Saúde como esfera de regulação do setor, a partir da criação do Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU) – o CNSP, por sua vez, segue parte atuante na regulação no que se refere aos aspectos econômicos e financeiros; a vedação da seleção de riscos ao proibir a recusa de usuário idoso ou portador de deficiência; e a instituição do plano-referência, com ampla cobertura, de oferta obrigatória pelas operadoras.

4.3.1 A Regulação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar

A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar aconteceu na esteira da regulamentação do setor, com a instituição da Medida Provisória nº 2.012/1999, convertida na Lei nº 9.961/2000. Autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde, a ANS tem “por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.” (BRASIL, 2000, Art. 3º).

¹³ A MP nº 2177-44/2001 continua vigente, apesar de seus mais de 20 anos. A Emenda Constitucional nº 32, que estabelece os atuais prazos e regras de tramitação das MPs, foi promulgada em setembro de 2001 e prevê que tais normas caberiam apenas às novas medidas provisórias, sem atingir aquelas já em vigor.

Inicialmente, como visto, a regulação do setor estava dividida entre as esferas de atuação do Ministério da Saúde e do Ministério da Fazenda. A experiência da recém-criada Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), vinculada ao primeiro, foi o incentivo para a criação de uma agência reguladora para tratar também da temática da saúde suplementar, ideia sustentada pelo ministro da Saúde. Por trás dessa decisão estava a fragilidade da SUSEP e da CONSU para abraçar a regulação. Enquanto a SUSEP possuía estrutura consolidada para fiscalização, faltava-lhe a experiência na atuação regulatória, ao passo que a CONSU carecia até mesmo de dados do setor e Quadro profissional capacitado para a função (BAIRD, 2017).

A estrutura organizacional da ANS é formada por uma Diretoria Colegiada composta por um Diretor-Presidente e cinco diretorias (Diretoria de Desenvolvimento Setorial, Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras, Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, Diretoria de Fiscalização e Diretoria de Gestão), além da Câmara de Saúde Suplementar, Auditoria Interna, Comissão de Ética, Ouvidoria, Corregedoria e Procuradoria Federal junto à ANS.

O mandato dos diretores, incluindo do Diretor-presidente, é de cinco anos, sendo vedada a recondução. Todos os diretores são nomeados pelo Presidente da República após aprovação do Senado, à exceção do Diretor-presidente, de livre nomeação da Presidência. Importa destacar o dispositivo que restringe atuação dos altos dirigentes que possa configurar conflito de interesses. Destaca-se também o reduzido período de 12 meses dentro do qual a regra é válida:

Art. 9º Até doze meses após deixar o cargo, é vedado a ex-dirigente da ANS:
I - representar qualquer pessoa ou interesse perante a Agência, excetuando-se os interesses próprios relacionados a contrato particular de assistência à saúde suplementar, na condição de contratante ou consumidor;
II - deter participação, exercer cargo ou função em organização sujeita à regulação da ANS. (BRASIL, 2000)

A ANS possui autonomia administrativa, financeira, patrimonial, administrativa, de gestão de recursos humanos e regulatória, como é o padrão das agências reguladoras. O mandato fixo busca assegurar também autonomia política dos dirigentes, e nesse sentido o mandato que era de 3 anos, com possibilidade de uma recondução, foi ampliado para 5 anos, sem recondução, pela Lei nº 13.848/2019. A autonomia financeira da Agência é relativa, pois toda a arrecadação sobre multas e taxas é gerida pelo Tesouro Nacional.

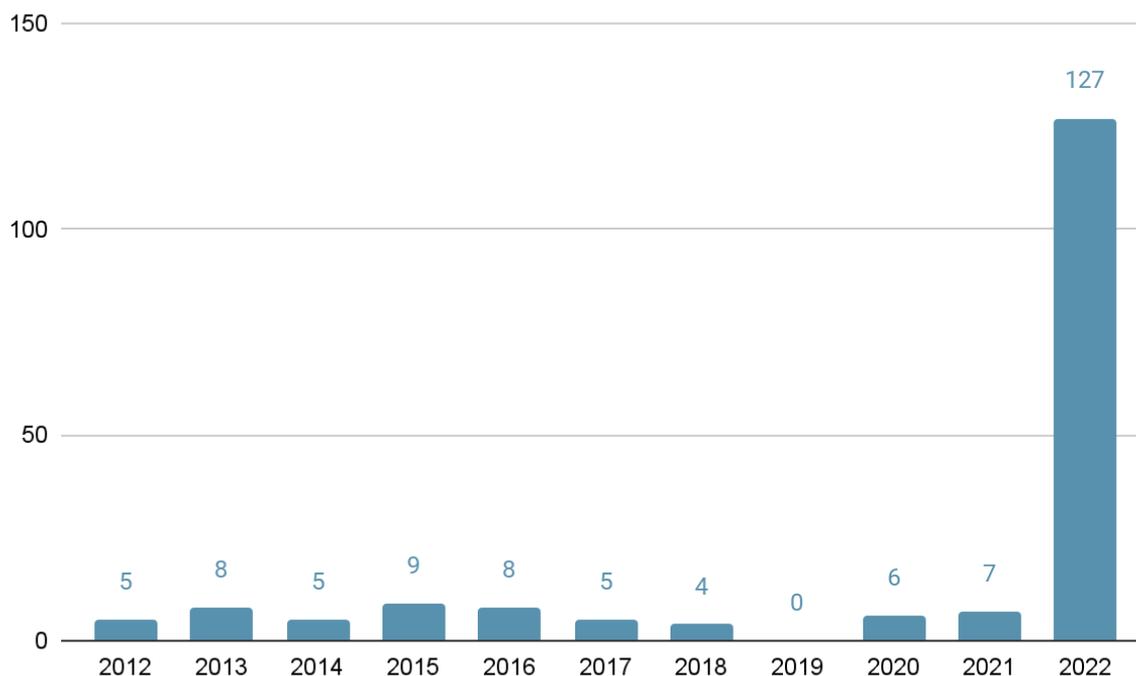
Apesar de sua autonomia, até 2019 a ANS esteve submetida a contrato de gestão anual pactuado com a União, por meio do Ministério da Saúde, que estabelecia diretrizes estratégicas, ações e indicadores. O objetivo era que houvesse mecanismos de avaliação e de aperfeiçoamento da gestão e do desempenho da ANS, razão pela qual seu descumprimento injustificado era causa passível de destituição dos diretores, conforme previsto na Lei nº 9.961/2000. Apesar do estabelecimento do contrato de gestão estar alinhado com o interesse público, a falta de rigor em sua elaboração e em sua institucionalização como mecanismo de controle o tornaram um documento incapaz de atingir os objetivos propostos (BAIRD, 2017). O instituto do contrato de gestão foi revogado pela Lei nº 13.848/2019.

Iniciativa até então sem paralelo no mundo, a regulação do setor de saúde suplementar pela ANS pode ser considerado um avanço em termos de proteção ao consumidor. Isso porque esse segmento costuma ter na regulação uma forma de garantia de sua sustentabilidade econômica, ao passo que o modelo de regulação adotado no Brasil incide diretamente sobre o produto saúde que é ofertado. Disso resulta que as competências da ANS são bastante amplas e atravessam desde questões de natureza econômico-financeiras das operadoras até a abrangência de cobertura dos planos de saúde, passando por uma variedade de matérias relacionadas, como definição de doenças preexistentes e regras de ressarcimento ao SUS, tema este que será explorado de forma específica mais adiante.

Em pesquisa na base de dados da ANS é possível verificar que, a despeito de seu vasto potencial de atuação, a Agência teve, majoritariamente, baixa atuação reguladora. Desde sua instituição até o ano de 2021, houve 84 normas publicadas, uma média de 4 publicações anuais. Ainda que qualquer análise quantitativa do assunto incorra no erro de valorizar números em detrimento da qualidade e da eficácia normativas, a baixa produção denuncia a pouca atividade da ANS no período.

Apesar disso, há que destacar que houve um incremento considerável no volume de normas publicadas no último ano, 2022, em comparação com toda a série histórica da Agência. Concentrando a pesquisa no último decênio, é possível identificar que em 2022 foram publicadas mais que o dobro de normas, se tomados como referência os 10 anos anteriores.

Gráfico 2 - Normas publicadas pela ANS (2012 - 2022).



Analisando as ementas das 84 Resoluções Normativas de 2022, 22 delas dispunham sobre atualizações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, na esteira da Resolução Normativa ANS nº 470/2021, que dispõe sobre a análise contínua de propostas de atualização do rol e a atualização semestral da lista de cobertura obrigatória. Algumas das demais revogam ou unificam resoluções anteriores. Além das resoluções normativas, foram publicadas no ano 32 instruções normativas¹⁴, 2 resoluções administrativas e 1 súmula, sinalizando uma atuação mais presente da ANS sobre as matérias de sua competência.

A discussão crítica que se impõe passa a ser o quanto a ação regulatória da ANS se alinha efetivamente ao interesse público. Além de interesses econômicos e políticos que podem se infiltrar em sua gestão, o tecnicismo administrativo que permeia as decisões pode levar a que as normas reguladoras sejam em grande medida convergentes com os interesses do mercado, sendo-lhe um mero instrumento. Nessa linha, Ocké-Reis (2005) advoga pela instauração de um novo marco constitucional que institua a atuação regulatória dentro de um arcabouço de valores, normas e práticas que reconheçam a assistência à saúde como um direito social, de modo que a regulação sobre saúde suplementar não assumira o caráter de

¹⁴ Conforme Decreto nº 10.139/2019, instruções normativas são atos normativos que apenas disciplinam a execução das normas vigentes. Ou seja, em termos de regulação, as resoluções normativas são os atos que efetivamente normatizam sobre a matéria.

mera normatizadora securitária.

4.3.2 Captura da política pelo mercado de saúde suplementar

A regulamentação do setor da saúde suplementar evidencia que a ação do Estado regulador, embora preferível à sua omissão, pode ser insuficiente para atender o interesse público. Dois fatores levam a isso: i) legisladores estão sujeitos a pressões político-econômicas que influem diretamente no resultado de seus trabalhos; ii) o poder de fiscalização e a efetividade das ações fiscalizadoras do Estado podem não ser capazes de fazer frente às infrações cometidas.

Em relação ao primeiro ponto, mesmo que influências externas façam parte das disputas na arena política, o entendimento comum é de que interesses privados e particularistas não devem se sobrepor ao interesse público. Quanto a isso, a proeminente presença das empresas do mercado de saúde suplementar na política foi objeto de análise empreendida por Scheffer e Bahia (2015). Em relatório, os autores fazem um levantamento das doações para campanhas de candidatos que disputaram cargos públicos nas Eleições de 2014, último ano em que foram permitidas doações de pessoas jurídicas. No documento são identificadas empresas doadoras, políticos e partidos contemplados.

Com base no resultado daquele pleito, o mercado da saúde teve assegurado o passaporte para influência direta sobre o universo político com a eleição da Presidente da República, 3 governadores, 3 senadores, 29 deputados federais e 24 deputados estaduais. Os pesquisadores ainda identificaram aumento exponencial no volume de doações de empresas do setor, quando comparado com as últimas três eleições para os mesmos cargos. Em termos comparativos, e com as devidas correções monetárias, os valores doados em 2014 foram 32 vezes mais altos que os das Eleições de 2002. Além disso, destacaram a concentração de 95% das doações do setor em torno de 4 empresas/grupos¹⁵. Essa concentração reproduz aquela observada no próprio mercado de planos de saúde.

Apesar de abraçarem a ideia de que as doações de campanha influem sobre a política dos eleitos, os pesquisadores argumentam de forma mais favorável que o financiamento seja consequência de um estreitamento anterior das relações entre as empresas doadoras e os

¹⁵ As maiores doadoras das eleições de 2014, do setor saúde, foram Amil (R\$ 26.327.511,22), Bradesco Saúde (R\$ 14.065.000,00), Qualicorp (R\$ 6.000.000,00) e grupo Unimed (R\$ 5.480.500,00).

políticos beneficiados. Essa hipótese se alinha a Morgan e Campbell (2011), para quem “grupos de interesse certamente têm influenciado e sido capazes de manter muitos de seus objetivos, mas em larga medida porque têm sido úteis aos políticos no poder” (MORGAN; CAMPBELL, 2011, p. 7, tradução nossa).

Algumas medidas que os pesquisadores expõem como exemplo de casos em que esse tipo de associação pode ter figurado como pano de fundo são apresentadas na sequência:

- Atuação de deputados federais e senadores em representação de interesses dos grupos privados no contexto da tramitação da Lei nº 9.656/1998 e da CPI dos Planos de Saúde, em 2003;

- Nomeação de representantes dos planos de saúde para cargos estratégicos da ANS, dinâmica que recebeu a denominação de “porta giratória”, dada a alternância na ocupação dos postos;

- Publicação das Resoluções nº 195/2009 e 196/2009, da ANS, que legitimaram as administradoras de benefícios e permitiram a expansão de planos de adesão, o que beneficiou diretamente a empresa Qualicorp, cujo ex-presidente, Maurício Ceschin, de forma controversa assumiu a Presidência da ANS no mandato 2010-2012, na sequência de um mandato de diretoria da agência um ano antes. Em 2014, vários partidos teriam prestigiado evento social do dono da Qualicorp;

- Falta de rigor da ANS na identificação dos clientes de planos de saúde atendidos no SUS, na notificação das empresas sobre os valores a serem ressarcidos e na cobrança da devolução aos cofres públicos;

- Linhas de crédito do BNDES para expansão de rede própria;

- Redução de 80% na base de cálculo para cobrança de PIS e COFINS das operadoras de planos de saúde, aprovada na Lei nº 12.873/2013, ao excluir os custos assistenciais das operadoras¹⁶. Importante destacar que COFINS é uma das fontes tributárias de financiamento do SUS;

- Sanção da Lei nº 13.097/2015, que altera a Lei Orgânica da Saúde permitindo a “participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde”. O novo dispositivo permite expansão da rede credenciada ou própria das operadoras de planos de saúde, ampliando a capacidade de atendimento e, conseqüentemente,

¹⁶ Custos assistenciais decorrentes da utilização pelos beneficiários da cobertura oferecida pelos planos de saúde. Aqui, a título de ponderação, observamos que a mesma lei aumentou de 1% para 4% a alíquota da COFINS.

o volume de clientes em potencial. A Advocacia-Geral da União (AGU) havia sinalizado inconstitucionalidade dessa medida.

Além dos elencados, há diversos outros atos legais e infralegais pertinentes ao campo da saúde suplementar que colocam sob suspeita a isenção do corpo legislativo e dos tomadores de decisão. Algumas medidas mais recentes aconteceram no contexto da pandemia do Sars-Cov-2, quando os sistemas de saúde de todo o mundo estiveram no centro dos debates.

Sem aprofundar a análise sobre a atuação do governo brasileiro e de como a gestão das políticas de saúde foi impactada, cabe destacar algumas questões envolvendo as relações público-privado em torno da saúde nessa conjuntura, como irregularidades envolvendo o contrato para aquisição de uma vacina de fabricante indiana que levantaram suspeitas sobre o deputado federal Ricardo Barros, personagem político com longo histórico no ramo da saúde.

Então líder do Governo na Câmara, Barros foi apontado como responsável por intermediar o contrato irregular da compra da vacina Covaxin, do laboratório indiano Bharat Biotech. No período em que esteve Ministro da Saúde (2016 - 2018), Barros articulou junto à ANS a possibilidade de comercialização de planos de saúde populares, ideia que foi recebida com severas críticas por especialistas do setor (LEAL, 2016). O atual presidente da ANS, Paulo Rebello, empossado alguns dias após as denúncias, foi chefe de gabinete de Ricardo Barros quando ministro.

Em abril de 2020, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) – órgão colegiado do SUS composto por representantes de movimentos sociais, instituições governamentais e não-governamentais, entidades de profissionais de saúde, comunidade científica, entidades de prestadores de serviço e entidades empresariais da área da saúde – emitiu a Recomendação n. 26, de 22 de abril de 2020. No documento, a entidade recomendava aos gestores da saúde das esferas federal, estadual e municipal integrar a estrutura do sistema privado de saúde às políticas públicas de enfrentamento da pandemia. A recomendação se pautava especialmente no fato de que mais da metade dos leitos de terapia intensiva disponíveis no país pertencem ao setor privado. Apesar disso, não é conhecido que o poder executivo de qualquer unidade administrativa tenha acatado a recomendação.

Em maio de 2021, o Ministério da Saúde lançou uma consulta pública sobre a chamada “Política Nacional de Saúde Suplementar para o Enfrentamento da Pandemia da Covid-19”, elaborada no âmbito do Conselho de Saúde Suplementar, órgão colegiado do

Ministério. Em seu Resumo Executivo são apresentados os objetivos e diretrizes da proposta, que em linhas gerais se propõe a estabelecer a necessária integração do setor privado no enfrentamento da pandemia. No entanto, em suas diretrizes 7 e 8 é possível entrever interesses subjacentes à proposição: “Promover ambiente regulatório que fomente o aumento do acesso ao setor de saúde suplementar” e “Reforçar as garantias financeiras por meio dos instrumentos de regulação prudencial, das operações no setor de saúde suplementar”.

Em resposta à consulta pública, o Conselho Nacional de Saúde emitiu a Recomendação n. 12, de 17 de maio de 2021, orientando ao Ministério da Saúde a rejeição da proposta, e ao Ministério Público a investigação de sua inconstitucionalidade. Amparado no Parecer Técnico n. 29/2020, o CNS invoca os motivos para a rejeição, incluindo o incentivo ao setor privado que a proposta representava:

referida proposta, elaborada com um ano de atraso do início da pandemia, sem a participação da sociedade civil, e com diretrizes mal redigidas, inverte a lógica de prioridades para o enfrentamento à Covid-19 e no lugar de medidas para fortalecer o SUS e reduzir as mortes por Covid em todo o país, foca em ampliar o acesso a planos privados de saúde em troca de reduzir parâmetros de qualidade e integralidade do modelo de atenção, o que não atende ao interesse público (CNS, 2021, p. 3)

Apesar de todos os pontos apresentados terem em comum o favorecimento ao setor da saúde suplementar, a dificuldade de atestar o quanto foram efetivamente produto de influência político-econômica, fruto de um viés liberal ou, ainda, a conjugação de ambos, deriva do fato de que o *lobby* não é atividade regulamentada no Brasil. A carência de registros dos grupos e indivíduos que atuam nesse campo de influência impede o rigor sobre a análise da prática e seu alcance (VIANNA, 2000).

Como a complexa rede de relações que envolve a ANS sugere, o negócio político envolve não só o aspecto institucionalizado das doações de campanha, mas especialmente o aspecto das relações políticas que se desenvolvem nos bastidores e são, por isso mesmo, mais difíceis de serem investigadas.

4.3.3 Ressarcimento ao SUS

A universalidade que caracteriza o SUS permite que todos tenham acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo sistema público brasileiro, o que inclui os usuários que possuem

cobertura de atendimento no sistema privado em função de contratação de planos de saúde.

Buscando prevenir o não cumprimento das cláusulas contratuais estabelecidas entre os usuários dos planos de saúde e as operadoras dos planos e, ao mesmo tempo, reduzir o fluxo de atendimento desses usuários pelo sistema público, a Lei nº 9.656/1998 prevê o ressarcimento dos custos dos atendimentos realizados no sistema público nesses casos:

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. (BRASIL, 1998)

Nos parágrafos seguintes é previsto que caberá à ANS a definição dos valores dos procedimentos – não inferiores aos praticados pelo SUS nem superiores aos praticados pelas operadoras –; é definido que a receita dos ressarcimentos será destinada ao Fundo Nacional de Saúde - FNS; e são estipulados os prazos e fluxos para efetivação dos ressarcimentos, além de demais questões relativas ao tema. No âmbito da ANS, a norma vigente que regulamenta o ressarcimento é a Resolução Normativa nº 502/2022.

Em linhas gerais, o fluxo de identificação dos atendimentos para ressarcimento ao SUS começa com o registro obrigatório, pelas unidades do sistema público, das informações relativas aos procedimentos realizados. Os registros são feitos eletronicamente, a partir do preenchimento dos formulários AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e APAC (Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alto Custo/Complexidade), e compõem a base de dados do SUS (DATASUS).

Até auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) em 2008, os procedimentos ambulatoriais não figuravam dentre aqueles a serem ressarcidos. Por meio do Acórdão nº 502/2009, o TCU determinou à ANS que passasse a processar, a partir de 2009, também os procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade. Na ocasião, foi apontado que o potencial de ressarcimento das APAC representava mais de quatro vezes o que era efetivamente ressarcido por meio de cobranças das AIH. No mesmo acórdão também foi estipulado que a ANS informasse, em 90 dias, um cronograma para processamento das APACs relativas aos atendimentos ocorridos desde o início da vigência da Lei nº 9.656/1998.

Periodicamente, a ANS coteja essas informações com os registros existentes em seu próprio banco de dados de beneficiários de planos de saúde. Uma vez identificado o

atendimento de beneficiário de plano na rede do SUS, a Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) da ANS é a instância responsável por notificar as operadoras do ABI (Aviso de Beneficiário Identificado), e da cobrança. A notificação deve conter a identificação dos procedimentos realizados, respectivos valores para ressarcimento, prazo para pagamento – 15 dias após expirado o prazo para impugnação – e multas aplicadas em caso de atraso, dentre outras informações determinadas na resolução normativa citada.

O processo de ressarcimento faculta às operadoras a impugnação motivada, o que é feito por meio de protocolização junto à ANS em até 30 dias após o recebimento da notificação. Caso não seja deferida, ainda é facultada às operadoras a apresentação de recurso em até 10 dias após a decisão. Cabe ao Diretor da DIDES a análise sobre as impugnações e os recursos. No caso do recurso, não havendo deferimento, ou o deferimento sendo parcial, é submetido à decisão da Diretoria Colegiada.

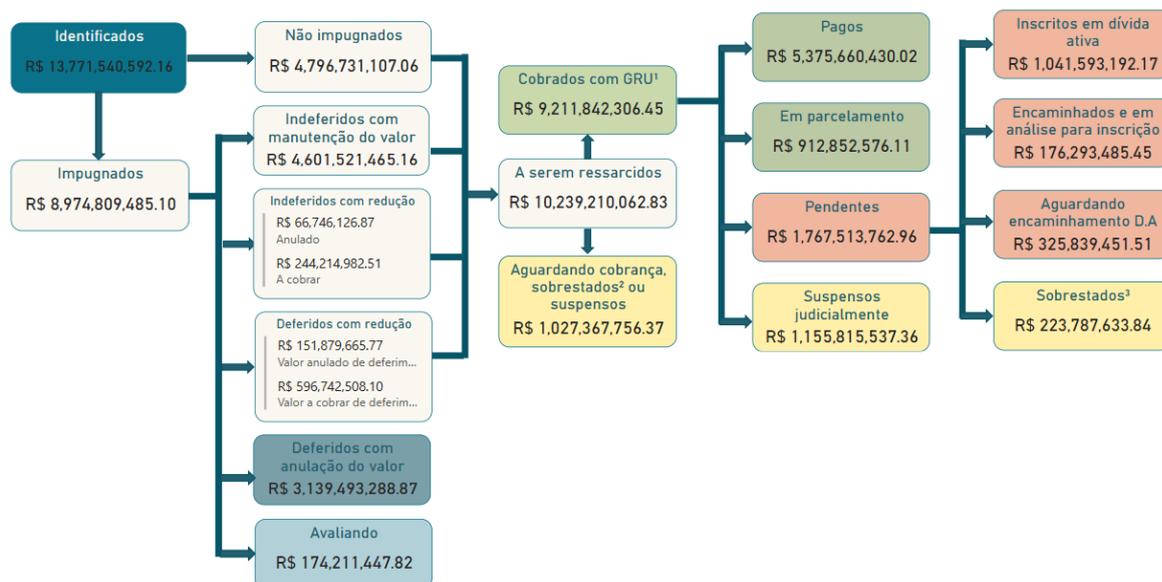
As ações de impugnação e de recurso não suspendem o prazo para ressarcimento informado na notificação inicial. O não ressarcimento dentro do prazo implicará a inscrição dos valores devidos na Dívida Ativa da ANS. Se o atraso ultrapassar 75 dias decorridos do prazo, a operadora é inscrita no cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN).

Os valores ressarcidos ao SUS são pagos por meio de Guia de Recolhimento da União (GRU) e podem ser parcelados em até 60 vezes, nos termos da RN nº 492/2022. Embora os débitos inscritos em dívida ativa sejam regidos por normas próprias da Procuradoria-Geral Federal, o sistema de parcelamento de débitos da ANS é aplicável nesses casos enquanto não houver a centralização prevista na Portaria nº 267, de 16 de março de 2009, da Procuradoria-Geral (Art. 20 da RN 492/2022).

A despeito de todo o processo de ressarcimento ao SUS estar bem regulamentado, é na efetividade do ressarcimento pelas operadoras que o Poder Público encontra problemas que vêm atravessando os anos desde que se tornou impositivo, em 1998.

Pelos dados do Panorama de Ressarcimento ao SUS (2023) apresentados na Figura 1, percebe-se o baixo índice de ressarcimento ao SUS, reflexo das limitações da ANS para fazer cumprir a determinação legal. Disso resulta que foram efetivamente pagos ou estão em curso de pagamento parcelado menos de 50% dos valores passíveis de retorno aos cofres públicos.

Figura 1 - Situação processual dos valores (em R\$) de atendimentos no ressarcimento ao SUS (1998 - 2022).



Fonte: Sistema de Controle de Impugnações - SCI/ANS e Sistema de Gestão do Ressarcimento - SGR/ANS.

Notas: ¹Atendimentos que, por motivo judicial ou administrativo, estão impedidos de serem cobrados por meio de GRU. ²Atendimentos já cobrados por meio de GRU, mas que estão impedidos de serem encaminhados para inscrição em dívida ativa em razão de a guia estar vencida há mais de 5 anos. A ANS aguarda decisão de tribunais superiores quanto à prescribibilidade do ressarcimento ao SUS.

No período de 2018 a 2022, conforme Tabela 4, mais de 50% dos ressarcimentos notificados tiveram pedido de impugnação ou recurso protocolizado pelas operadoras. Cerca da metade dos pedidos foi deferido, e um pequeno percentual ainda estava sob análise na data de conclusão do relatório.

Tabela 4 - Quantidade de atendimentos e valores associados, segundo situação processual no ressarcimento ao SUS (2018 - 2022).

Situação do atendimento	Quantidade atendimentos	% Quantidade atendimentos	Valor Identificado ¹	% Valor Identificado
1. Não impugnado	3,122,141	37.08%	R\$ 4,796,731,107.06	34.83%
2. Avaliando	81,639	0.97%	R\$ 174,211,447.82	1.27%
3. Deferido com anulação de valor	1,802,476	21.41%	R\$ 3,139,493,288.87	22.80%
4. Deferido com redução de valor	510,068	6.06%	R\$ 748,622,173.87	5.44%
5. Indeferido com manutenção de valor	2,722,876	32.34%	R\$ 4,601,521,465.16	33.41%
6. Indeferido com redução de valor	179,991	2.14%	R\$ 310,961,109.38	2.26%
Total	8,419,191	100.00%	R\$ 13,771,540,592.16	100.00%

Fonte: Sistema de Gestão do Ressarcimento - SGR/ANS.

Pelo documento ainda é possível conhecer as operadoras de planos de saúde mais devedoras, quando contabilizados os ressarcimentos identificados e aqueles efetivamente pagos. Na Tabela 5, os débitos pendentes representam atendimentos já cobrados por meio de GRU, cujo prazo para pagamento expirou sem que tenham sido quitados.

Tabela 5 - Débito pendente de ressarcimento ao SUS por operadora (2001 - 2023).

Razão Social	Débitos pendentes com acréscimos	Débitos em suspensão judicial atualizados	Débitos totais
HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.	R\$ 753,448,025.02	R\$ 208,033,573.50	R\$ 961,481,598.52
NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.	R\$ 40,940,536.83	R\$ 446,067,173.88	R\$ 487,007,710.70
GREEN LINE SISTEMA DE SAÚDE S.A	R\$ 81,479,887.34	R\$ 135,636,729.43	R\$ 217,116,616.77
UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	R\$ 45,195,864.97	R\$ 154,827,485.80	R\$ 200,023,350.77
CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL	R\$ 69,390,664.37	R\$ 70,287,254.94	R\$ 139,677,919.30
UNIMED PAULISTANA SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - EM LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL	R\$ 133,204,279.74		R\$ 133,204,279.74
UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS	R\$ 16,210,004.40	R\$ 92,800,982.07	R\$ 109,010,986.47
AMEPLAN ASSISTÊNCIA MÉDICA PLANEJADA LTDA	R\$ 67,539,074.54		R\$ 67,539,074.54
MASSA FALIDA DE PRÓ-SAÚDE PLANOS DE SAÚDE LTDA.	R\$ 66,393,677.51		R\$ 66,393,677.51
SÃO FRANCISCO SISTEMAS DE SAÚDE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA	R\$ 12,134,096.73	R\$ 44,045,630.78	R\$ 56,179,727.51
CLINIPAM CLINICA PARANAENSE DE ASSISTENCIA MEDICA LTDA	R\$ 32,254,803.23	R\$ 21,359,399.53	R\$ 53,614,202.76
GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA	R\$ 47,991,514.03		R\$ 47,991,514.03
UNIMED PORTO ALEGRE - COOPERATIVA MÉDICA LTDA.	R\$ 33,946,697.10	R\$ 12,874,677.60	R\$ 46,821,374.70
Total	R\$ 3,372,958,641.19	R\$ 1,536,208,635.81	R\$ 4,909,167,277.00

Fonte: SGR - Sistema de Gestão do Ressarcimento/ANS e SCDA - Sistema de Controle da Dívida Ativa/ANS

As duas operadoras que lideram a lista de inadimplência são Hapvida Assistência Médica S.A e Notre Dame Intermédica Saúde S.A., que já foram mencionadas neste trabalho como operadoras cujo valor reduzido das contraprestações pode ser representativo de uma baixa qualidade do atendimento prestado.

O alto índice de inadimplemento em relação aos ressarcimentos devidos ao SUS é sintomático de um sistema que não opera em linhas com as diretrizes do sistema único. Disso resulta a recorrência de ações judiciais interpostas pelas operadoras questionando as regras aplicadas. Recentemente, duas ações ganharam repercussão:

i) A operadora Hapvida Assistência Médica Ltda. recorreu de sentença da 33ª Vara da Justiça Federal em Pernambuco – em uma ação de embargos à execução fiscal –, questionando, entre outros pontos, a utilização do índice de Valoração de Ressarcimento (IVR) adotado pela ANS, alegando que os valores executados deveriam refletir aqueles praticados pela sua rede própria ou conveniada. Por unanimidade, em maio de 2023 o Tribunal Regional Federal da 5ª Região reconheceu a legalidade do índice;

ii) A Federação de Sociedades Cooperativas Médicas do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia e Roraima (FAMA) ajuizou ação contra a ANS e outros entes públicos para que não fosse obrigada a ressarcir os valores de tratamento relativos ao COVID-19 realizados na rede pública. Em maio de 2022, a AGU obteve na 2ª Vara da Seção Judiciária de Roraima decisão favorável ao ressarcimento.

Apesar da recorrência das ações judiciais, em 2018 o Plenário do Supremo Tribunal Federal (STF) já havia decidido em favor do ressarcimento das operadoras ao SUS na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1931. Em 2020, o STF emitiu nova decisão favorável ao ressarcimento. Na decisão do Recurso Extraordinário 597.064, o Ministro Gilmar Mendes declarou a constitucionalidade da lei que impõe a obrigação, garantidos o contraditório e a ampla defesa:

É constitucional o ressarcimento previsto no art. 32 da Lei 9.656/98, o qual é aplicável aos procedimentos médicos, hospitalares ou ambulatoriais custeados pelo SUS e posteriores a 1.9.1998, assegurados o contraditório e a ampla defesa, no âmbito administrativo, em todos os marcos jurídicos. (BRASIL, 2020, p. 3)

Em favor do ressarcimento pesam argumentos que advogam contra o enriquecimento sem causa das operadoras de planos de saúde, uma vez que as empresas recebem contraprestações por serviços que não são entregues quando o usuário recorre ao sistema público de saúde (BRASIL, 2018). O instituto do ressarcimento existe como forma de corrigir essa distorção, uma vez que “o ressarcimento do dano acaba por absorver o eventual lucro obtido, que não era um verdadeiro lucro, mas um acréscimo patrimonial temporário que viria a ser absorvido pela necessidade de ressarcimento dos danos gerados para a sua obtenção” (KROETZ, 2005, p. 162).

Atualmente, está em julgamento pelo Superior Tribunal de Justiça o prazo de prescrição dos ressarcimentos devidos ao SUS. A questão que se impõe diz respeito à difusa previsão legal, já que o Decreto nº 20.910/1932 e a Lei nº 10.406/2002 (Código Civil)

divergem quanto ao prazo prescricional. Enquanto o art. 1º do Decreto prevê prescrição dentro de 5 anos “para as dívidas passivas da União, dos Estados e dos Municípios, bem assim todo e qualquer direito ou ação contra a Fazenda federal, estadual ou municipal, seja qual for a sua natureza”, no parágrafo 3º, art. 206, da Lei é previsto o prazo de 3 anos para “a pretensão de ressarcimento de enriquecimento sem causa”.

Também está sob juízo a definição quanto ao evento que dispara a contagem do prazo a ser definido – internação do paciente, alta do hospital, ou a partir da notificação pela ANS. Em acórdão à Proposta de Afetação no Recurso Especial nº 1.978.141 - SP, o Tribunal definiu afetar o processo ao rito dos recursos repetitivos, considerando a controvérsia sobre os temas. Isso significa que, uma vez julgado, a decisão afetará todos os processos que tratam das questões, impactando diretamente a possibilidade de cobrança de débitos antigos não identificados dentro do prazo legal.

5. GASTOS TRIBUTÁRIOS

A concessão de benefícios fiscais é uma prática usual nas economias de todo o mundo. Em linhas gerais, significa reduzir, anular ou adiar a cobrança de impostos de determinado grupo de contribuintes, que podem ser tanto pessoas físicas quanto jurídicas, com vistas a alcançar os resultados esperados para determinada política pública (OCDE, 2010).

A terminologia “gastos tributários” adotada neste trabalho se alinha com a expressão *tax expenditures*, de uso internacional mais corrente, que, ao enfatizar sua natureza de gasto, evidencia o impacto de tais benefícios nos cofres públicos. Essa é a terminologia também adotada pela Receita Federal do Brasil (RFB).

Destacando a falta de consenso conceitual, Pellegrini (2014) sugere a análise de elementos que, conjugados ou não, permitem identificar a adoção de política fiscal dessa natureza. São eles: i) redução do volume de tributos recolhidos; ii) benefício dirigido a determinada parcela de contribuintes; iii) desvio em relação à estrutura padrão do tributo – “as alíquotas, as convenções contábeis, a dedutibilidade dos pagamentos compulsórios, os dispositivos destinados a facilitar a administração tributária e aqueles relacionados com acordos internacionais”; iv) atendimento de determinada necessidade que poderia ser atendida por meio de gasto público direto. Sob o aspecto legal, o autor aponta que o gasto tributário pode ser implementado por meio de redução da base a ser tributada, redução da alíquota que incide sobre a base, dedução do volume a ser recolhido ou postergação do pagamento.

Neste trabalho, o conceito de gastos tributários será emprestado da Receita Federal, que assim os define:

[...] gastos indiretos do governo realizados por intermédio do sistema tributário, visando a atender objetivos econômicos e sociais e se constituem uma exceção ao sistema tributário de referência, reduzindo a arrecadação em potencial e, conseqüentemente, aumentando a disponibilidade econômica do contribuinte. (RFB, 2022, p. 4)

Este capítulo traz na primeira seção um panorama geral da política de gastos tributários no Brasil, sua fundamentação legal e as críticas em torno da adoção dos gastos indiretos como estratégia de política pública, especialmente em face dos desafios em relação ao monitoramento sobre a aplicação dos recursos que deixam de ser arrecadados.

Na segunda seção, a política de gastos tributários em saúde é abordada de forma específica, trazendo o recorte das deduções de imposto de renda concedidas a pessoas físicas e

jurídicas e sua fundamentação legal. A seguir são apresentadas algumas perspectivas em torno da imperfeição do mercado de saúde, elemento acessório mas igualmente fundamental a ser levado em conta quando se trata do setor para onde recursos públicos estão sendo indiretamente destinados.

Na terceira seção, o debate semântico em torno da terminologia “gasto”, que tem sido utilizada para definir os benefícios fiscais, introduz a investigação sobre a relação entre gastos tributários e estado de bem-estar social. Na sequência, as deduções de imposto de renda facultadas a pessoas físicas e jurídicas são abordadas em seu aspecto regressivo, regionalizado e sua estreita relação com as atividades laborais, fatores que tornam essa natureza de gastos incoerente com o estado de bem-estar social no contexto brasileiro.

5.1 GASTOS TRIBUTÁRIOS NO BRASIL: FATOS E DESAFIOS

A regulamentação dos gastos tributários no Brasil encontra amparo na Constituição Federal. No art. 150, §6º, é determinado que as renúncias fiscais em qualquer esfera de governo só podem ser instituídas por meio de lei específica. O art. 165, em seus parágrafos 2º e 6º, prevê a obrigatoriedade de constar na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) as alterações na legislação tributária, e como dever do Poder Executivo apresentar junto com o Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) um demonstrativo regionalizado do efeito de benefícios tributários sobre as receitas e despesas.

Adicionalmente, o art. 70 confere ao Congresso Nacional a competência para “a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta, quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, **aplicação das subvenções e renúncia de receitas**” (BRASIL, 1988, grifo nosso). Tal controle deve ser empreendido com auxílio do TCU (art. 71).

Por seu turno, na Lei Complementar nº 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF), a renúncia fiscal foi objeto de atenção mais detida do legislador:

- Art. 5º, inciso II, corrobora os termos do art. 165 da Constituição aduzindo a obrigatoriedade de previsão na PLOA de medidas que compensem a renúncia de receitas;
- Art. 4º, inciso V, prevê a obrigação de constar na LDO um demonstrativo da estimativa e da compensação de renúncia de receita;
- Art. 14, por sua vez, determina que a concessão ou ampliação de incentivo ou

benefício de natureza tributária deverá estar acompanhada de estimativa do impacto orçamentário-financeiro no exercício em que deva iniciar sua vigência e nos dois seguintes. Também é expressamente citado o dever de atender ao disposto na LDO e a pelo menos uma das seguintes condições: i) demonstração de que a renúncia foi levada em conta na estimativa de receita da lei orçamentária e de que não afetará as metas de resultados fiscais previstas no anexo próprio da LDO; ou ii) apresentação de medidas de compensação. Neste último caso, o §2º determina que o benefício só entrará em vigor depois de implementadas as medidas de compensação;

- Art. 14, §1º, ainda contempla a definição de renúncia fiscal: “anistia, remissão, subsídio, crédito presumido, concessão de isenção em caráter não geral, alteração de alíquota ou modificação de base de cálculo que implique redução discriminada de tributos ou contribuições, e outros benefícios que correspondam a tratamento diferenciado” (BRASIL, 2000).

Mais recentemente, o Decreto nº 9.191/2017, que estabelece normas e diretrizes para envio de propostas de atos normativos ao Presidente da República pelos Ministros de Estado, determina no art. 32, inciso V, alínea c, que a criação ou a prorrogação de renúncia de receita deverá conter exposição justificada sobre o atendimento às condições previstas no art. 14 da LRF; no inciso VIII do mesmo artigo determina que na hipótese de políticas públicas financiadas por benefícios de natureza tributária, financeira e creditícia previstos no § 6º do art. 165 da Constituição, as proposições deverão conter objetivos, metas e indicadores para acompanhamento e avaliação dos resultados alcançados, além de indicação do órgão responsável e do eventual corresponsável pela gestão da política.

Até 2020, as LDOs vinham atribuindo ao órgão responsável pela política econômica – Ministério da Fazenda e, a partir de 2018, Ministério da Economia – a competência de avaliar o mérito e os objetivos pretendidos das proposições de autoria do Poder Executivo federal que concedessem ou ampliassem benefícios tributários. A partir da LDO 2022, no entanto, essa participação prévia deixou de ser prevista, não havendo também menção a propostas de autoria exclusiva do Poder Executivo. Em seu lugar, para proposições legislativas, no geral, tornou-se impositiva a apresentação de metas e objetivos, preferencialmente quantitativos, e a indicação de órgão gestor responsável pelo acompanhamento e pela avaliação do benefício tributário em relação à consecução das metas e dos objetivos estabelecidos, descentralizando os mecanismos de controle.

Em linha com a descentralização pretendida, o Decreto nº 9.834/2019 instituiu o

Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP), que traz em seu Anexo I a lista dos órgãos gestores e corresponsáveis pelas políticas públicas financiadas por benefícios de natureza tributária, aos quais compete subsidiar o Conselho no alcance de seus objetivos, quais sejam: avaliar as políticas públicas selecionadas; acompanhar a implementação das propostas de aprimoramento das políticas públicas avaliadas; e apoiar o monitoramento da implementação de políticas públicas.

Compõem a estrutura do CMAP:

i) Comitê de Monitoramento e Avaliação de Gastos Diretos, com a finalidade de acompanhar ou promover suporte técnico para as avaliações das políticas públicas financiadas por gastos diretos;

ii) Comitê de Monitoramento e Avaliação dos Subsídios da União, com a finalidade de acompanhar ou promover suporte técnico para as avaliações das políticas públicas financiadas por subsídios da União.

O Comitê de Monitoramento e Avaliação dos Subsídios da União, por sua vez, é composto por representantes da Casa Civil da Presidência da República, da Controladoria-Geral da União; do Ministério da Fazenda; do Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos; e do Ministério do Planejamento e Orçamento, dentre os quais o Secretário de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas e Assuntos Econômicos.

Atualmente, o tema é tratado no âmbito do Decreto nº 11.558/2023, que revoga o anterior mas mantém a designação dos órgãos gestores e corresponsáveis até que haja ato do Conselho dispondo sobre o assunto.

Quanto às análises dos gastos tributários pelo CMAP, ainda não se observam mudanças de gestão ou legislação a partir das recomendações de revisão propostas no âmbito do Conselho, revelando uma atuação limitada. Sua relevância, por enquanto, reside na promoção de transparência e *accountability*, além do fomento a uma cultura organizacional mais coordenada (SILVERWOOD-COPE e LING, 2022)

Em atendimento a alguns dos dispositivos legais citados, anualmente a Receita Federal do Brasil (RFB) elabora o Demonstrativo de Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária (DGT), documento que acompanha o PLOA e serve de suporte para a elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA).

Em outro documento, Gastos Tributários – conceito e critérios de classificação, a

Receita Federal define que gastos tributários englobam “todas e quaisquer situações que promovam presunções creditícias, isenções, anistias, reduções de alíquotas, deduções, abatimentos e diferimentos de obrigações de natureza tributária” (BRASIL, 2020a, p.5).

Ainda segundo o texto:

Tais desonerações, em sentido amplo, podem servir para diversos fins. Por exemplo: a) simplificar e/ou diminuir os custos da administração; b) promover a equidade; c) corrigir desvios; d) compensar gastos realizados pelos contribuintes com serviços não atendidos pelo governo; e) compensar ações complementares às funções típicas de Estado desenvolvidas por entidades civis; f) promover a equalização das rendas entre regiões; e/ou, g) incentivar determinado setor da economia. (BRASIL, 2020a, p. 5)

Em todos os casos, portanto, a concessão dos benefícios deve ser orientada pelo interesse público, uma vez que se trata de recursos originalmente devidos à Administração Pública, para sua gestão direta. Por isso, as implicações dos gastos tributários na governança orçamentária têm sido objeto de atenção de analistas e do TCU enquanto órgão de controle externo.

Silverwood-Cope e Ling (2022), em levantamento das auditorias referentes a gastos tributários realizadas pelo TCU no período de 2010 a 2020, identificam 12 acórdãos com recomendações voltadas ao tema. As decisões evidenciam falhas desde a implementação das renúncias, uma vez que faltam metas, indicadores e objetivos, até ausência de mecanismos de monitoramento que permitam avaliar a oportunidade de manutenção desses benefícios. As recomendações são voltadas à RFB, ao Ministério da Fazenda e aos demais ministérios, beneficiários das políticas.

Pelo Acórdão nº 333/2022, mais recente, o TCU avaliou o atendimento aos requisitos exigidos pela legislação para instituição de renúncias de receitas no exercício de 2020. A partir de informações fornecidas pela RFB, foi identificada naquele ano a implementação de 34 desonerações tributárias – instituídas por 32 atos normativos –, das quais 26 são isentas do cumprimento dos requisitos legais avaliados. Trata-se de exceções concedidas a depender da modalidade do benefício, do tributo envolvido ou da origem e destinação das proposições. Dos demais 8 atos que instituíram ou ampliaram benefícios tributários, apenas um foi editado sem observância de todos os requisitos sob análise, conforme Quadro 5 abaixo:

Quadro 3 - Atendimento aos Requisitos para Instituição das Renúncias de Receitas Tributárias em 2020.

Legislação	art. 113 do ADCT¹	art. 14 da LRF	art. 116 da LDO 2020	art. 150, § 6º, da CF/1988
-------------------	-------------------------------------	-----------------------	-----------------------------	-----------------------------------

Lei nº 14.020/2020	não	não	não	não
MP nº 992/2020	sim	*	*	sim
Lei nº 14.044/2020	sim	sim	sim	sim
Lei nº 14.076/2020	sim	sim	sim	sim
MP nº 1.018/2020	sim	sim	sim	sim
Decreto nº 10.318/2020	*	*	*	*
Decreto nº 10.457/2020	*	sim	*	sim
Decreto nº 10.503/2020	sim	*	*	sim

Fonte: Acórdão TCU nº 333/2022, a partir de dados da RFB.

Nota:

¹ Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

* não se aplica

Em relação a mecanismos de controle e instrumentos de avaliação periódica quanto à eficiência, eficácia e efetividade dos gastos tributários, o TCU avaliou que o Poder Executivo vem avançando na adoção de medidas, notadamente a partir do trabalho desempenhado no âmbito do CMAP, mas recomenda que o assunto volte a ser examinado em futuras ações de controle.

Apesar dos resultados positivos, ainda em 2022, pelo Acórdão nº 2701/2022, o TCU destacou diversos pontos de descumprimento da legislação no âmbito do Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) 2023, destacados no Quadro 6. Neste caso, das 28 desonerações apresentadas no demonstrativo que acompanha o PLOA, 18 delas – instituídas pelos 17 atos analisados – deveriam cumprir requisitos legais nos atos de concessão ou ampliação, o que foi largamente afastado.

Quadro 4 - Atendimento aos requisitos para instituição das renúncias de receitas tributárias em 2021/2022.

Legislação	art. 113 do ADCT ¹	art. 14 da LRF	Dispositivos das LDOs de 2021 e 2022	art. 150, § 6º, da CF/1988
Lei nº 14.148/2021	não	não	não	sim
Lei nº 14.193/2021	não	não	não	sim
Lei nº 14.260/2021	não	não	não	sim
Lei nº 14.288/2021	sim	não	não	sim

Lei nº 14.291/2022	não	não	não	sim
Lei nº 14.301/2022	não	não	não	sim
Lei nº 14.302/2022	sim	não	não	sim
Decreto nº 10.933/2022	sim	sim	sim	sim
Lei complementar nº 192/2022	sim	*	*	sim
Lei complementar nº 193/2022	não	não	não	sim
Lei nº 14.348/2022	não	não	não	sim
Lei nº 14.355/2022	sim	sim	sim	sim
Decreto nº 11.090/2022	sim	sim	sim	sim
Lei nº 14.366/2022	não	não	não	sim
Lei nº 14.374/2022	não	não	não	sim
Lei complementar nº 194/2022	não	*	*	sim
Lei nº 14.439/2022	não	não	não	sim

Fonte: Acórdão TCU nº 2701/2022, a partir de dados da RFB.

Nota:

¹ Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

* não se aplica

No Acórdão, o TCU também destacou descumprimento na atuação do Poder Executivo ao editar a MP nº 1.079/2021 e sancionar as Leis nº 14.288/2021, 14.302/2022, 14.348/2022, 14.439/2022 e a Lei Complementar nº 194/2022, que concederam ou prorrogaram incentivos fiscais sem que houvesse a demonstração do cumprimento de todas as referidas exigências. Em relação à citada Lei nº 14.288/2021, a Presidência ainda desconsiderou o teor de pareceres do Ministério da Economia que se opunham à renovação da renúncia tributária em questão.

Os resultados díspares dos dois acórdãos permitem ver a falta de linearidade no cumprimento da legislação que regula os gastos tributários, o que traz impactos diretos à governança fiscal. Por ser um recurso à margem do orçamento, os gastos tributários representam uma receita passiva alheia aos processos decisórios que envolvem a destinação dos recursos orçamentários. Essa existência paralela torna os mecanismos necessários à sua coordenação e controle ainda mais dispendiosos para o Estado (SILVERWOOD-COPE;

LING, 2022). Ou seja, a própria natureza do gasto tributário dificulta enormemente o monitoramento sobre sua aplicação.

Aqui abrimos um parênteses para destacar alguns desafios à governança fiscal – consequentemente, ao *accountability* – impostos pela adoção de benefícios fiscais como estratégia de política pública. Trata-se de aspectos largamente conhecidos e invariavelmente presentes em estudos sobre o tema (HOWARD, 1997; POZEN, 2007; ROSS, 2018), detalhados de forma genérica na sequência:

- a) falta de transparência - a dificuldade de quantificar com precisão o volume das renúncias e monitorar a aplicação dos valores renunciados impede os legisladores de avaliar a oportunidade de sua manutenção em relação a outras políticas possíveis;
- b) custo - a redução das receitas do Estado implica ou a necessidade de aumento de outros tributos como forma de compensação, ou a redução de gastos públicos;
- c) ineficácia - muitos dos gastos tributários são destinados a setores privados nos quais seriam feitos investimentos sem necessidade de incentivo;
- d) ineficiência - os incentivos fiscais distorcem as decisões sobre investimentos, transferindo o capital de onde se pode gerar mais benefícios em direção a atividades menos produtivas;
- e) risco de abuso - os gastos tributários são suscetíveis à corrupção, dado que sua implementação é facilmente sujeita à influência política;
- f) iniquidade - em geral, os gastos tributários beneficiam empresas e indivíduos de maior receita e renda, já que as rendas mais baixas sequer são tributadas, e, portanto, não são contempladas pelos benefícios fiscais;
- g) complexidade - os gastos tributários tornam o código fiscal mais complexo e aumentam os custos de administração, que, por sua vez, dificilmente é eficiente o bastante para afastar a corrupção e os abusos.

Destes fatores, a falta de transparência é possivelmente o mais crítico, pois é o que funda o terreno para os demais. Não à toa, Howard (1997) identificou os gastos tributários como parte de uma política de estado de bem-estar social oculto (*hidden welfare state*), incorporando a essa metáfora o fato de que a não ostensividade dos gastos tributários dificulta que a sociedade os reconheça como uma política que envolve recursos públicos.

Em atenção aos desafios inerentes a essa forma indireta de despesa pública, a Emenda

Complementar nº 109/2021, no art. 4º, prevê redução gradual de incentivos e benefícios federais de natureza tributária, determinando que o Presidente da República encaminhe ao Congresso Nacional um plano acompanhado de proposições legislativas e das estimativas dos respectivos impactos orçamentários e financeiros. O objetivo é que, em conjunto, para o exercício em que forem encaminhadas, as proposições devem promover redução de pelo menos 10% do montante total dos incentivos e benefícios vigentes na data da promulgação da EC. No prazo de até 8 anos esse montante deverá estar limitado a até 2% do produto interno bruto.

Em atendimento à EC, o Poder Executivo encaminhou ao Congresso, pelo PL nº 3.203/2021, o “plano de redução gradual de incentivos e benefícios federais de natureza tributária e encerramento de benefícios fiscais”, que propõe revogação de diversos dispositivos sobre gastos tributários, redução de incentivos e a não prorrogação de dispositivos que estabelecem gastos tributários com vigência determinada. Para os fins deste trabalho, destacamos que nenhum gasto tributário relativo à saúde está contemplado no plano de redução e encerramento encaminhado pelo Poder Executivo.

Se o PL for aprovado, a previsão é de redução de gastos tributários no montante de R\$22,4 bilhões até 2026 (BRASIL, 2021). A título de comparação, para 2023 o PLOA projetou um montante total de R\$456 bilhões em recursos que deixarão de ser arrecadados.

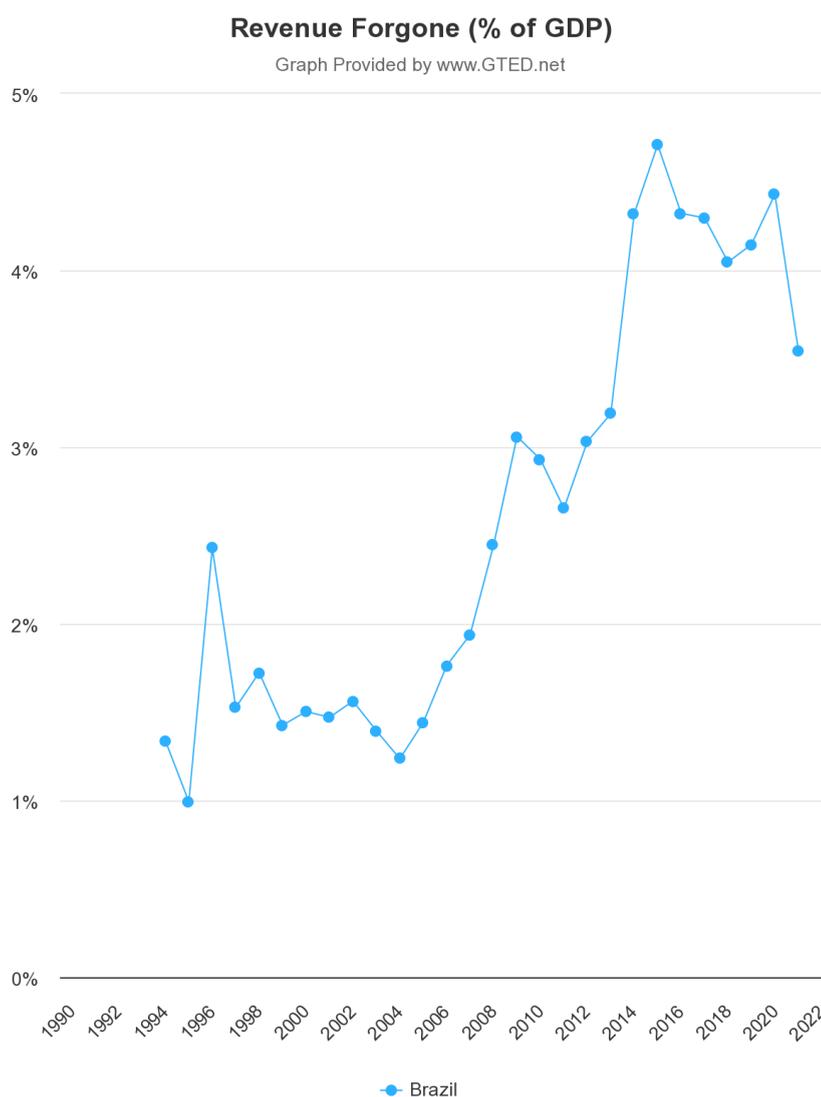
Apesar da mobilização do Executivo, os gastos tributários de 2022 informados pela RFB (bases efetivas) totalizaram um montante de R\$461 bilhões, que perfazem 4,66% do PIB de R\$9,9 trilhões apurados pelo IBGE naquele ano, sinalizando nova ascensão que vai de encontro à redução dos gastos tributários antecipada pela EC nº 109/2021 e incerteza quanto à sua efetiva implementação.

Em contraponto, é importante notar que a controversa EC nº 95/2016, que “congelou” por 20 anos diversas despesas, incluindo aquela destinadas à saúde, nada restringe em relação aos gastos tributários. Os gastos dessa natureza têm a concessão ou a ampliação vedada pela norma apenas no caso de descumprimento dos limites individualizados nela previstos. Ou seja, os gastos tributários conservam sua identidade de gastos à margem do cálculo orçamentário brasileiro.

O Gráfico 3 e a Tabela 6 apresentam a série histórica do percentual de gastos

tributários¹⁷ em relação ao PIB aplicado ao Brasil, atestando um significativo movimento de ascensão no período de 2005 a 2015, com leve queda em 2010-2011. Entre 2015 e 2018 há um recuo quase constante que se acentua entre 2020 e 2021, quando houve considerável redução possivelmente explicada pela crise econômica provocada pela pandemia de Sars-Cov-2, que reduziu a base das isenções.

Gráfico 3 - Gastos tributários em relação ao PIB no Brasil (1994 - 2021).



Fonte: Global Tax Expenditures Database

¹⁷ Para apuração dos gastos tributários, a Receita Federal adota a metodologia da perda de arrecadação, que também é a mais utilizada pelos países da OCDE. Por esse método, simula-se a tributação sobre as operações desoneradas que efetivamente ocorreram, ou sobre aquelas projetadas para o futuro, mantendo-se os demais fatores constantes. Ou seja, não são consideradas potenciais alterações de comportamento dos contribuintes diante da instituição dos benefícios.

Tabela 6 - Gastos tributários em relação ao PIB no Brasil (1994 -2021)

ANO	%
1994	1.34
1995	0.99
1996	2.43
1997	1.53
1998	1.72
1999	1.43
2000	1.50
2001	1.47
2002	1.56
2003	1.39
2004	1.24
2005	1.44
2006	1.76
2007	1.94
2008	2.45
2009	3.06
2010	2.93
2011	2.65
2012	3.03
2013	3.19
2014	4.32
2015	4.71
2016	4.32
2017	4.3
2018	4.05
2019	4.15
2020	4.43
2021	3.55

Fonte: Global Tax Expenditures Database

Dentre os obstáculos à adoção de um plano de redução dos incentivos fiscais, o aspecto político tem papel relevante. Em abril de 2023 foi noticiado nos canais de imprensa a existência de relatório sigiloso, elaborado pela Receita Federal em 2019 e encaminhado ao Poder Executivo com recomendação de envio ao TCU (SALOMÃO, 2023). O documento conteria cronograma para reduções entre 2019 e 2021, com alerta, porém, sobre o risco de oposição setorial e popular às reduções dos incentivos fiscais, o que é sintomático do

arraigamento dos gastos tributários na política e na cultura tributárias nacional.

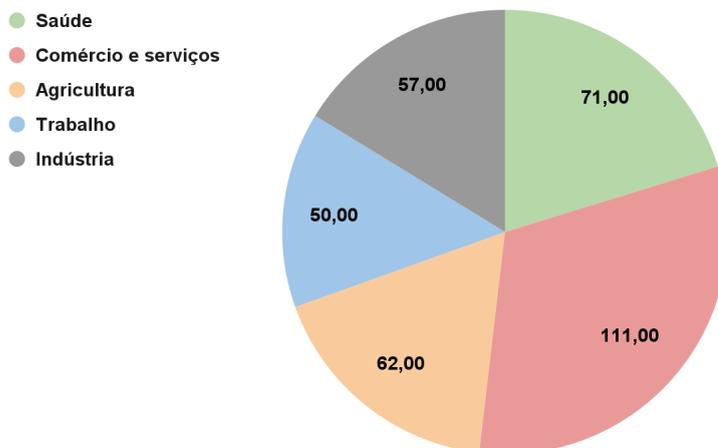
5.2 GASTOS TRIBUTÁRIOS EM SAÚDE

Ao longo dos anos, a saúde tem estado entre os segmentos mais contemplados pelas desonerações tributárias. O percentual referente à saúde, em relação ao gasto tributário total do governo, gira em torno de 10% a 13%, mantendo-se em nível regular ao longo dos últimos dez anos.

Considerando o quadro global de 27 funções orçamentárias¹⁸, a saúde participa de um volume considerável dos gastos indiretos. No ano de 2023, de acordo com projeções da Receita Federal (BRASIL, 2022), a saúde ocupará o segundo lugar em volume de desonerações, atrás apenas da função orçamentária Comércio e Serviços (Gráfico 4). Para o ano, foi projetado um total de R\$71 bilhões de gastos tributários em saúde, que representam 15% do volume total dos gastos dessa natureza. Esse valor equivale a 54% do orçamento da saúde informado no PLOA 2023, o que significa dizer que o financiamento direto em saúde poderia receber um acréscimo de recursos dessa ordem se não fossem instituídas tais políticas de renúncia fiscal.

¹⁸ A Receita Federal segmenta os gastos tributários por funções em analogia à forma de organização do orçamento público brasileiro, onde as funções representam as grandes áreas de atuação governamental.

Gráfico 4 - Projeção de gastos tributários por função orçamentária para 2023 , considerando os cinco maiores gastos (em R\$ bilhões).

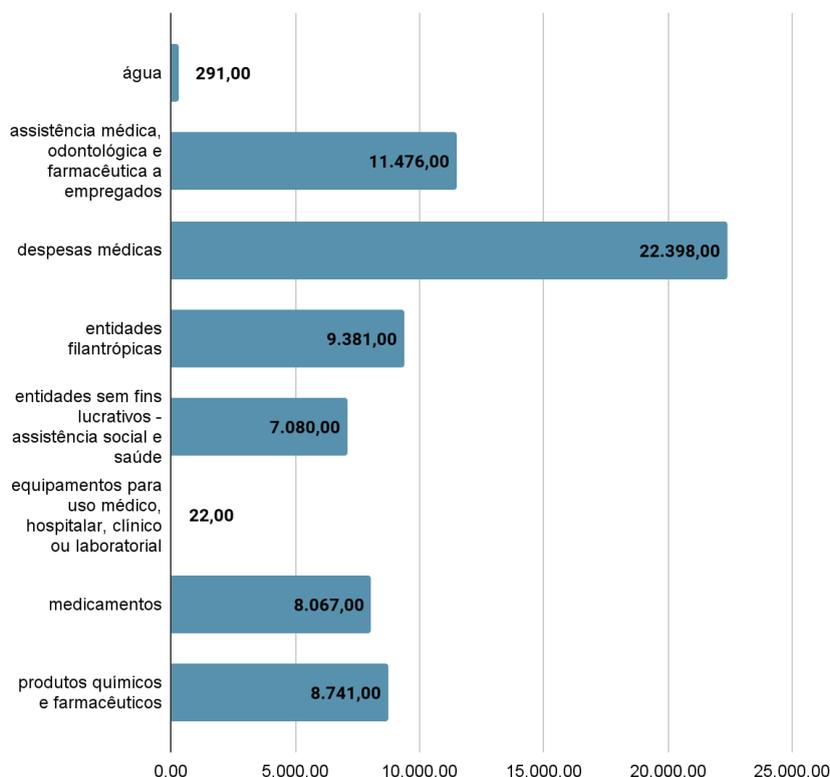


Fonte: Elaboração própria a partir do Demonstrativo de Gastos Tributários do PLOA 2023.

Dentro da função saúde, os gastos tributários são categorizados em oito grupos, cada qual autorizado por legislação própria: água mineral; assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados; despesas médicas; entidades filantrópicas; entidades sem fins lucrativos - assistência social e saúde; equipamentos para uso médico, hospitalar, clínico ou laboratorial; medicamentos; produtos químicos e farmacêuticos.

Os gastos tributários de 2022 informados pela RFB (bases efetivas), para a função saúde, são detalhados no Gráfico 5:

Gráfico 5 - Gastos tributários na função saúde em 2022 (em R\$ milhões).



Fonte: Elaboração própria a partir do Demonstrativo de Gastos Tributários (bases efetivas) 2022.

Dos oito grupos nos quais se subdividem os gastos tributários em saúde, este trabalho se detém naqueles que somam 50% das renúncias na função:

- i) gastos com assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados; e
- ii) gastos com despesas médicas.

5.2.1 Deduções fiscais de despesas com planos de saúde

Os gastos tributários com despesas médicas são autorizados pela Lei nº 9.250/1995, que estabelece a base de cálculo do imposto de renda de pessoa física (IRPF) e prevê as deduções relativas aos pagamentos efetuados, no ano-calendário, a médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e hospitais, despesas com exames laboratoriais, serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias (art. 8º, II, a). O parágrafo 2º, inciso I, inclui os pagamentos às operadoras de planos de saúde dentre os itens passíveis de dedução do IRPF ao contemplar pagamentos

efetuados a empresas domiciliadas no País que sejam destinados à cobertura de despesas com hospitalização, médicas e odontológicas, e entidades que assegurem direito de atendimento ou ressarcimento de despesas da mesma natureza.

Os gastos tributários com assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados, por seu turno, são previstos na Lei nº 9.249/1995, que, dentre outras, altera a legislação do imposto de renda das pessoas jurídicas (IRPJ) e autoriza deduções relativas ao custeio de seguros e planos de saúde instituídos em favor dos empregados e dirigentes da pessoa jurídica (art. 13, V)¹⁹.

A possibilidade de dedução de despesas médicas e odontológicas da base de cálculo do IRPF é prevista na legislação tributária nacional desde 1948, com base na Lei nº 154/1947. Em 1951, a possibilidade de dedução passou a contemplar também despesas hospitalares.

Avançando nos benefícios indiretos ao setor privado, a faculdade de abatimento das despesas com seguros e operadoras de planos de saúde foi instituída pelo Decreto-lei nº 2.396/1987. A norma previa dedução de pagamentos feitos a empresas nacionais, ou autorizadas a funcionar no País, referentes a prêmios de seguros destinados à cobertura de despesas com hospitalização e cuidados médicos e dentários, além de pagamentos feitos a entidades que assegurassem direitos de atendimento ou ressarcimento de despesas de natureza médica, odontológica e hospitalar (art. 7º, § 1º).

Na origem, é possível dizer que as deduções permitidas às pessoas físicas tinham uma finalidade mais associada ao que hoje se entende por política tributária progressiva, uma vez que eram voltadas a indivíduos de faixa de renda até determinado limite. Com o passar dos anos e as inúmeras alterações na legislação tributária, esse objetivo ensaiado perdeu força nas modalidades de gastos públicos referentes às deduções de imposto de renda de pessoa física. Atualmente, as despesas relativas à saúde não possuem limite de dedução²⁰, ao contrário de demais gastos também passíveis de dedução da base de cálculo, como aqueles voltados à educação e à previdência privada.

O histórico da legislação tributária que autoriza as deduções do IRPJ é mais difuso, e esta pesquisa não foi capaz de identificar seu nascedouro, embora seja presumido que já existissem antes da década de 1990 (MÉDICI, 1992).

¹⁹ As deduções incidem sobre a base de cálculo do lucro real. Pessoas jurídicas que declaram lucro presumido não se beneficiam da renúncia.

²⁰ O limite de deduções de despesas com saúde para pessoas físicas foi revogado pela Lei nº 8.134/1990.

É interessante observar que a legislação atual que fundamenta os gastos tributários voltados às deduções de imposto de renda de pessoa física e jurídica não sofreu qualquer alteração desde que foi instituída na década de 1990, período de forte influência de práticas liberalizantes da economia, sinalizando um viés que vem se sustentando ao longo dos diversos governos.

Uma consequência evidente da adoção dos gastos tributários como estratégia de política tributária é que o interesse público deixa de ser uma variável a ser considerada na utilização do recurso, já que o mercado opera segundo diretrizes próprias. Outra consequência, esta a mais perniciosa, é que o incentivo ao sistema privado de saúde acontece em um contexto de desigualdade econômica que faz com que tal fomento penalize a maior parcela da população na mesma medida em que beneficia o extrato mais privilegiado.

Em análise dos impactos das deduções de imposto de renda, Ocké-Reis (2021) pondera que os subsídios permitiriam uma política diversa de reajustes de preços dos planos individuais praticada pela ANS, em favor dos consumidores, considerando que o subsídio já representa um incentivo governamental ao setor da saúde suplementar, por sua vez já lucrativo. O fato de que essa “calibragem” não é observada configura uma das razões para redução dos incentivos. Uma forma de articular essa redução seria o aumento do investimento no SUS como forma de torná-lo mais atrativo para a classe trabalhadora e a classe média como um todo, incluindo servidores públicos dos três Poderes²¹, contornando a pressão política contrária à redução dos incentivos. Para isso, no entanto, o pesquisador reconhece a necessidade de crescimento econômico, mudança na política fiscal que permita mais investimentos sociais e aperfeiçoamento da gestão dos recursos humanos do SUS. Também invoca a necessidade de mudança na composição da carga tributária, de maneira que passe a tributar de forma progressiva a alta renda, a herança e o patrimônio, desafogando a tributação sobre consumo e trabalho que penaliza as classes mais baixas.

Quanto às deduções do IRPJ relativos ao custeio pelo empregador, Ocké-Reis (2021) preconiza a redução também desse incentivo, sem, no entanto, ignorar o prejuízo que acarretaria para os empregadores, uma vez que a manutenção da oferta de plano de saúde como benefício tornaria a folha de pagamento mais onerosa – embora o valor possa ser repassado ao consumidor como custo operacional, alternativa igualmente ruim. Como

²¹ Servidores públicos dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário têm duas formas de incentivo estatal para utilização de serviços de saúde diversos do SUS: ou recebem auxílio para custeio de planos de saúde contratados ou são cobertos por planos de autogestão. Em ambos os casos, também são beneficiados pela dedução desses gastos do IRPF.

solução, sugere que o abatimento seja feito em cima do lucro tributável. Também é apontada a necessidade de regulação mais ostensiva, pela ANS, das condições de oferta dos planos empresariais, em termos de preço, cobertura e qualidade, buscando reduzir o custo privado da assistência à saúde custeada pelos empregadores.

5.2.2 As falhas de mercado do setor saúde

Se há alocação de recursos públicos no setor privado, convém apurar em que medida essa alocação atende ao interesse público. Nessa seara, é preciso levar em consideração as imperfeições do mercado de saúde, que potencializam a necessidade de maior vigilância do poder público na adoção de políticas que gerem incentivos à mercantilização do setor.

Algumas das principais falhas de mercado identificadas, que comprometem na origem a escolha desse segmento de serviços como beneficiário de incentivos públicos, dizem respeito à assimetria de informações e envolvem a relação agente x principal, o risco moral e a seleção adversa (NUNES; ALMEIDA; SILVA JUNIOR, 2018).

Na relação entre beneficiários, operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços de saúde, os beneficiários (principal) não têm o mesmo nível de informação dos prestadores (agente) – tanto em termos de diagnóstico quanto de tratamento –, o que impede que avaliem em que medida seus interesses estão sendo assegurados. Ainda, se os prestadores tenderão a maximizar a complexidade e os custos do tratamento a fim de obter maiores ganhos, as operadoras de planos de saúde buscarão reduzir esses custos. Nesse contexto de assimetria e de divergência dos incentivos, o prestador dos serviços detém uma margem de poder mais elevada na relação desigual estabelecida por ser o detentor das informações fundamentais.

O risco moral, por seu turno, implica uma perda de racionalidade no uso dos serviços contratados. Uma vez que há um pré-pagamento à operadora de planos de saúde que lhes assegura, em princípio, a cobertura dos serviços, os beneficiários podem se sentir mais inclinados a assumir comportamento de risco, a utilizar os serviços com mais frequência e a procurar por tratamentos que envolvem tecnologias mais caras. Tudo isso influi para o aumento dos custos.

Além desses fatores, a seleção adversa também está associada à assimetria de informações e é própria do mercado de seguros, já que os indivíduos de mais alto risco têm

mais propensão à contratação do que aqueles de baixo risco, que virtualmente estão menos sujeitos a precisar dos serviços contratados. No mercado da saúde suplementar, em função da relação agente x principal já mencionada e de questões regulatórias que definem a cobertura obrigatória para cada tipo de plano, as operadoras não são capazes de distinguir precisamente os indivíduos que necessitarão de assistência, e em que grau isso acontecerá. Diante dessa impossibilidade, os segurados com menor propensão ao uso dos serviços de saúde invariavelmente cobrem os custos daqueles com maior tendência ao uso dos mesmos serviços.

Existem, ainda, amplas evidências de que os custos administrativos na área da saúde são maiores no setor privado do que no governo (WOOLDHANDLER; CAMPBELL; HIMMELSTEIN, 2003, 2017). As operadoras têm custos de transação mais altos, p.e.x., para atrair, reter clientes e negociar com os prestadores de serviços. Embora as funções administrativas sejam imprescindíveis, não é possível evidenciar que custos administrativos mais altos redundem em melhora na qualidade dos serviços de saúde oferecidos (OCDE, 2016).

A assimetria de informações no âmbito da saúde é uma variável especialmente relevante por se tratar de questões não só sensíveis como vitais para o “consumidor”. Não se trata de uma relação de consumo onde o que está em jogo é a arquitetura de uma casa. A previdência que leva o consumidor a contratar um plano de saúde – ou, no caso dos planos empresariais, que confere ao plano de saúde a condição de um benefício diferenciado – é a perspectiva de proteção da saúde individual ou da família, valores inegociáveis que não se encaixam nas regras de mercado tradicionais.

Por se tratar do deslocamento de recursos do setor público em direção ao setor privado, todos os elementos que evidenciam o alto custo adicionado às transações que envolvem a saúde devem ser levados em conta nas análises em torno da eficiência econômica dessa escolha.

5.3 GASTOS TRIBUTÁRIOS EM SAÚDE E O ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL

A análise dos gastos tributários em geral, sob a perspectiva do estado de bem-estar social, traz relevantes contribuições às discussões em torno da oportunidade de sua implementação e manutenção. Como já ficou explícito neste trabalho, gastos tributários em saúde envolvem complexidade ainda maior, dado que saúde é tema sensível que, em

princípio, deveria estar à margem da lógica de mercado.

Nesta seção, a abordagem da discussão semântica em torno dos gastos tributários introduz a investigação do problema principal desta pesquisa, permitindo avaliar em que medida a política de gastos tributários que autoriza deduções de despesas com planos de saúde do imposto de renda se alinha ao estado de bem-estar social.

5.3.1 O debate semântico em torno dos gastos tributários

Investigar a relação entre gastos tributários e estado de bem-estar social se relaciona intimamente com o significado atribuído aos gastos dessa natureza, dentro de uma ótica analítica. Como informado no início deste capítulo, a opção pela terminologia “gastos tributários” é uma escolha deliberada que tem por objetivo destacar que os benefícios fiscais são, essencialmente, uma forma de gasto governamental.

Uma vez que o Estado renuncia à arrecadação, está transferindo para os entes privados a competência sobre a alocação desses recursos. Como também já foi abordado ao longo das seções anteriores, a adoção de uma política de gastos tributários como alternativa ao investimento estatal direto incorre em uma série de questões que nos autorizam a questionar se se trata efetivamente da melhor solução em termos de política pública. Considerando especialmente aspectos de equidade e *accountability*, os gastos tributários se revelam uma escolha questionável em termos de efetividade e eficácia.

Em que pesem essas ponderações, ou justamente por causa delas, a natureza de gasto dos benefícios fiscais deve ser destacada; resta, porém, a discussão em torno de como qualificar de forma apropriada esses gastos. Em síntese, a questão que se impõe é se é correto afirmar que gastos tributários que incidem sobre funções orçamentárias sociais devem ser considerados gastos de bem-estar social.

Titmuss (1959) introduziu essa discussão de forma indireta ao confrontar as críticas então comumente presentes nos discursos daqueles que se opunham ao estado de bem-estar social. Tais críticas se fundamentavam eminentemente na ideia de que os contribuintes estariam sustentando indivíduos que não contribuía economicamente para a sociedade. Para essas pessoas, os benefícios sociais deveriam ser dirigidos apenas àqueles que concorriam para a arrecadação dos tributos. Esses críticos se colocavam em defesa da classe média por enxergá-la como o grupo mais prejudicado pela oferta de serviços pelo Estado.

Subjacente a esse discurso estava a noção de que a classe média não era contemplada pelos gastos sociais proporcionados pelos recursos arrecadados a partir de seus ganhos, e é contra essa premissa que Titmuss desenvolve sua linha de raciocínio que segmenta o bem-estar social em três categorias: social, fiscal e ocupacional. O autor destaca que essa divisão se baseia na diferença de métodos administrativos e recursos institucionais empregados para atingir um mesmo objetivo: aplacar necessidades individuais, que se confundem com necessidades sociais e variam de acordo com a época considerada.

A primeira categoria é representada pelos serviços diretamente financiados pelo Estado, tradicionalmente enquadrados como serviços sociais. Além dessa, o autor destaca a existência das duas demais. Enquanto a categoria de bem-estar social fiscal seria preenchida por benefícios fiscais concedidos pelo Estado, a categoria ocupacional seria composta por benefícios diretamente relacionados à atividade laboral, que, embora concedidos pelos empregadores, seriam largamente subsidiados pelo Estado. Em comum, as duas últimas teriam como principais beneficiários justamente os indivíduos da classe média. Nesse ponto, a conclusão de Titmuss se alinha à discussão proposta neste trabalho na medida em que questiona o aspecto redistributivo dos gastos de bem estar-social.

Howard (1997), ao estudar a origem nos Estados Unidos do que ele cunhou como *hidden welfare state*, ou estado de bem-estar social oculto, argumenta em favor da perspectiva de que gastos tributários são efetivamente gastos sociais se cumprem funções sociais por via diversa dos gastos diretos. O autor destaca alguns fatores que teriam feito os *policy makers* mais inclinados a optar pelos gastos tributários como estratégia de implementação de determinadas políticas em favor de grupos ou setores específicos antes mesmo da implementação de políticas que envolviam atuação direta do Estado, o que naquele país teria ocorrido apenas a partir da década de 1930.

Importante observar, no entanto, que esses fatores se baseavam justamente em aspectos que tornam os gastos dessa natureza indesejáveis: i) aprovação mais fácil no Congresso por se tratar de gastos sobre os quais pouco se conhecia; ii) trâmite legislativo prescindindo de aprovação de lei específica; iii) representação política estratégica que atenderia a segmentos sociais diversos a depender do tipo de benefício instituído, com apelos que atingiam desde aqueles que defendiam que o governo compartilhasse com o setor privado o custeio de benefícios sociais, até aqueles que condenavam os programas sociais do Estado na provisão desses benefícios. O autor ainda identifica que, em muitos casos, a opção pela instituição de alguns gastos tributários a partir da década de 1970 aconteceu precisamente

como forma de impedir o avanço de programas sociais. Ou seja, os gastos tributários são capazes de atrair tanto os defensores do Estado maior quanto do Estado menor.

Em relação aos benefícios fiscais destinados às empresas como forma de compensar a oferta de seguro de saúde aos empregados, instituído em 1954, Howard sugere que essa política teria minado o desenvolvimento de um sistema de saúde pública naquele país. No governo Clinton, a tentativa de redução dos benefícios concedidos aos empregadores para custeio da saúde dos funcionários sofreu forte resistência de sua base de apoio política formada pelos trabalhadores. Tal como no cenário nacional, lá esses benefícios foram assimilados como um direito trabalhista, afastando essa classe da perspectiva do sistema público.

O fato de determinada política de gasto tributário beneficiar apenas parcela restrita da população, como exemplificado pelo seguro de saúde custeado pelo empregador, é o ponto nevrálgico que enseja o questionamento aqui proposto em torno do valor dos gastos tributários em termos de política de estado de bem-estar social.

Prasad (2011, 2016) traz argumentos contundentes contra esse viés. Sua opção pela terminologia “tax preferences”, em lugar de “tax expenditures” antecipa o ângulo sob o qual analisa os benefícios fiscais. A autora questiona o raciocínio subjacente à conclusão de que gastos tributários são equivalentes a gastos de bem-estar social, julgando equivocada concluir que a arrecadação de um valor “x” pelo Estado e o investimento do valor na área social seria equivalente ao Estado abrir mão de arrecadar esse valor “x” e deixar que seja aplicado diretamente pelo contribuinte.

Prasad propõe que essa lógica conduziria à ideia de que, quanto menor a arrecadação do Estado, maior o estado de bem-estar social. Idealmente, portanto, para promover o estado de bem-estar em escala ideal, o Estado deveria dispensar a arrecadação de 100% das receitas previstas no sistema tributário padrão. Seria um Estado com Estado ausente. Destacando o absurdo que a ideia representa, Prasad analisa por que não é possível fazer a equivalência entre gastos tributários e gastos de bem-estar social.

Assumindo que o direito de tributar do Estado se fundamenta no princípio de que o valor arrecadado seja convertido em benefícios para a sociedade, abrir mão da arrecadação só poderia ser equivalente a gastar para o bem-estar social se o Estado não deixasse de oferecer essa contrapartida, ou seja, se empregasse outros meios – tributação alternativa ou empréstimos – para manutenção de seus serviços. Este é um ponto. Porém, quando se fala em

estado de bem-estar social não se está tratando apenas de arrecadação e retorno para a sociedade em forma de gastos, mas, sim, da arrecadação que permite ao Estado distribuir aquela receita de forma justa, ou seja, do exercício de sua função distributiva no investimento em bens públicos. Nessa condição, benefícios fiscais seriam equivalentes a gastos de bem-estar social se fossem capazes de substituir as funções básicas do estado de bem-estar social, sobre as quais não há consenso mas que passam invariavelmente pela capacidade de redistribuição dos recursos, visando ao bem-estar social.

Outro atributo essencial do estado de bem-estar social, colocado por Prasad, diz respeito à faculdade de socialização dos riscos (*risk pooling*), que pode ser entendida como a capacidade que o Estado possui de diluir os riscos individuais aos quais todos os cidadãos estão sujeitos em maior ou menor grau – relativos a desemprego e doença, por exemplo –, de maneira que sua superação seja financiada por toda a sociedade. A socialização dos riscos sociais de forma eficiente é possibilitada a partir da arrecadação empreendida pelo Estado. Se, por outro lado, benefícios fiscais forem concedidos para que determinados grupos possam cobrir seus próprios riscos, ou o risco de terceiros definidos, os indivíduos que não fazem parte do grupo beneficiado estarão à margem dessa cobertura. Isso resulta em uma individualização dos riscos.

Analisados esses aspectos, Prasad propõe que os gastos tributários possam ser considerados gastos de bem-estar social se atenderem a três condições: a capacidade alocativa do Estado é preservada apesar da redução das receitas provocada por benefícios fiscais; o valor do benefício fiscal é restituído aos cofres públicos nas situações em que montante deduzido exceder o tributo que haveria de ser efetivamente pago pelo contribuinte, permitindo redistribuição; e a instituição do benefício fiscal está condicionada ao gasto dos valores renunciados de uma forma que se aproxime da socialização dos riscos promovida pelo estado de bem-estar social.

Sem entrar no mérito do custo de implementação e de fiscalização em relação ao cumprimento dessas condições, aqui propomos uma crítica à solução conceitual ofertada pela autora. À exceção do último ponto, que se relaciona à exigência de que a receita renunciada seja aplicada pelo contribuinte de forma que se assemelhe à socialização dos riscos ofertada pelo estado de bem-estar social, os demais parâmetros apenas reforçam o papel central do Estado na oferta de bem-estar social. Isso nos leva a concluir que também não seria legítimo associar gastos tributários com gastos de bem-estar social com base nos parâmetros sugeridos.

À parte essa limitação, os argumentos apresentados por Prasad convergem com a

perspectiva proposta neste trabalho de que gastos tributários não podem ser confundidos com gastos de bem-estar social. A relevância dessa discussão semântica se funda na ideia de que a forma como os gastos tributários são colocados nos discursos têm consequências significativas em termos de apoio social e político às políticas dessa natureza.

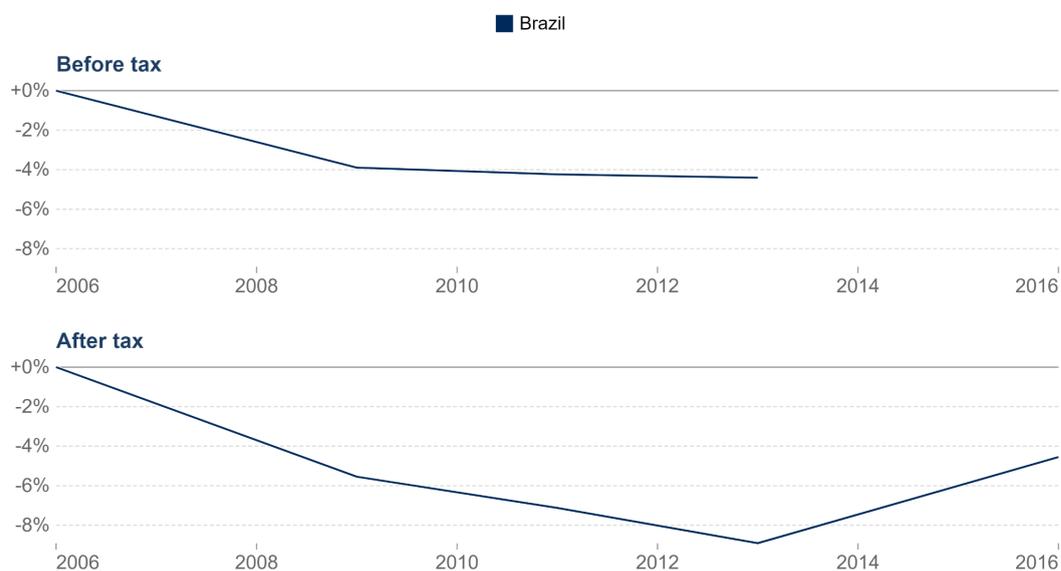
5.3.2 Deduções do imposto de renda e o estado de bem-estar social brasileiro

O recorte dos dois grupos de gastos tributários em saúde analisados neste trabalho foi definido porque juntos representam 50% do total das renúncias da função saúde. Há um fator adicional, no entanto. Esses grupos de gastos permitem identificar com clareza os grupos beneficiados de forma direta e indireta – pessoa físicas e pessoas jurídicas contratantes. Conseqüentemente, são mais precisos os elementos para análise quanto à convergência da concessão desses benefícios tributários e os princípios do estado de bem-estar social, aqui referido como um modelo de atuação do Estado que, em última instância, busca reduzir a desigualdade (TITMUSS, 1959; PRASAD, 2011, 2016).

Como visto na seção anterior, é por meio da arrecadação fiscal que o Estado adquire capacidade de exercer sua função distributiva, essencial para superar os obstáculos impostos pela desigualdade. Ao coletar tributos e aplicá-los em bens e serviços públicos, parte da riqueza disponível é distribuída ao conjunto da população (GIAMBIAGI; ALEM; PINTO, 2016). O Estado também atua nessa função ao implementar políticas de gastos tributários que têm entre suas finalidades a equalização de desequilíbrios socioeconômicos.

É possível atestar no Gráfico 6 que, a partir de 2008, há, efetivamente, considerável redução do índice de desigualdade no Brasil verificado pós-tributação e concessão de subsídios tributários.

Gráfico 6 - Mudança na desigualdade de renda: coeficiente de Gini antes e depois da tributação, Brasil.



Fonte: *Our World in Data*, a partir de dados do *Luxembourg Income Study* (2023).

Esse cálculo geral, no entanto, camufla o fato de que boa parte dos benefícios tributários tem um caráter regressivo. Quando isso acontece, a política implementada se revela contrária ao estado de bem-estar social e merece ser reavaliada.

No Brasil, o público principal do SUS na atenção primária é majoritariamente composto por pessoas cuja faixa de renda é de até 1 salário mínimo, enquanto no atendimento hospitalar é majoritariamente composto por pessoas cuja faixa de renda é de até 2 salários mínimos (BRASIL, 2020b, 2020c). Em vez de priorizar políticas que atendam esse grande número de usuários do sistema público, a adoção de uma política de gastos tributários que beneficia os percentis mais altos da renda nacional desloca volume significativo de recursos da gestão pública para ser gerido por entes privados. A escala em que isso acontece é exemplificada na Tabela 7, que apresenta o crescente aumento do gasto tributário em saúde em relação ao gasto direto do Ministério da Saúde.

Tabela 7 - Proporção do gasto tributário em saúde sobre o gasto do Ministério da Saúde e o gasto tributário total (2003-2018 - em R\$ milhões).

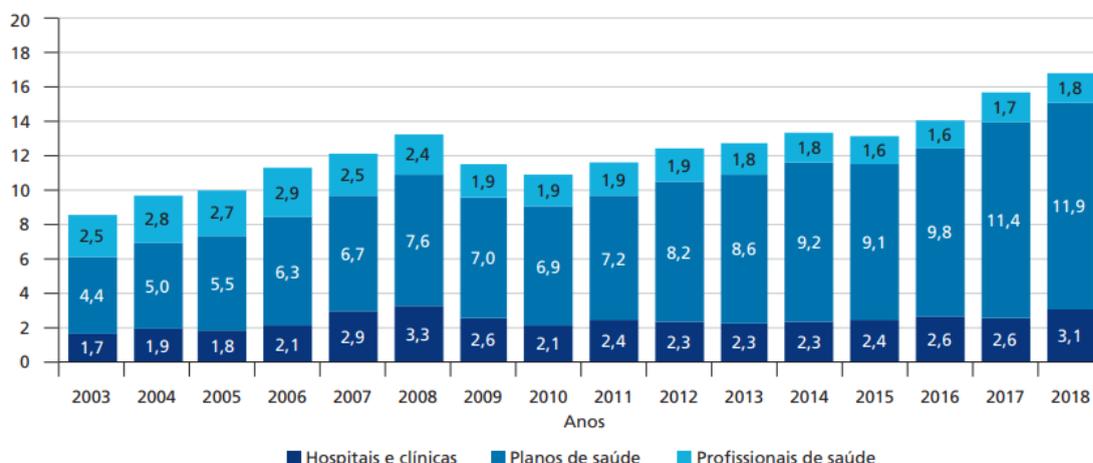
Ano	MS ¹		Gasto tributário				Gasto tributário em saúde (%)	
	Nominal	Real ²	Total		Saúde		Gasto MS	Gasto tributário total
			Nominal	Real ²	Nominal	Real ²		
2003	27.181	62.185	38.857	88.897	8.641	19.768	31,8	22,2
2004	32.703	69.535	49.800	105.885	10.515	22.357	32,2	21,1
2005	37.146	74.728	56.429	113.522	11.426	22.986	30,8	20,2
2006	40.750	79.482	81.240	158.457	14.894	29.051	36,6	18,3
2007	44.303	82.726	102.673	191.715	15.148	28.285	34,2	14,8
2008	48.670	85.814	114.755	202.333	17.050	30.061	35,0	14,9
2009	58.270	98.494	116.098	196.240	17.229	29.122	29,6	14,8
2010	61.965	98.896	135.861	216.833	18.376	29.329	29,7	13,5
2011	72.332	108.392	152.441	228.438	20.387	30.550	28,2	13,4
2012	80.063	113.359	181.747	257.330	23.431	33.176	29,3	12,9
2013	83.053	111.030	223.310	298.533	25.786	34.472	31,0	11,5
2014	91.899	115.457	257.223	323.163	29.305	36.818	31,9	11,4
2015	100.055	113.581	277.140	314.607	31.582	35.852	31,6	11,4
2016	106.236	113.463	264.687	282.695	37.426	39.972	35,2	14,1
2017	114.701	118.997	287.936	298.721	50.427	52.316	44,0	17,5
2018	116.821	116.821	295.600	295.600	52.479	52.479	44,9	17,8

Fonte: Ocké-Reis (2021), a partir de dados do Ministério da Saúde (MS) e do Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros da Receita Federal do Brasil (Cetad/RFB).

Notas: ¹Despesas com ações e serviços públicos de saúde, em conformidade com a Lei Complementar (LC) no 141/2012, que regulamentou a Emenda Constitucional (EC) no 29.

²Valores corrigidos para 2018 pelo IPCA.

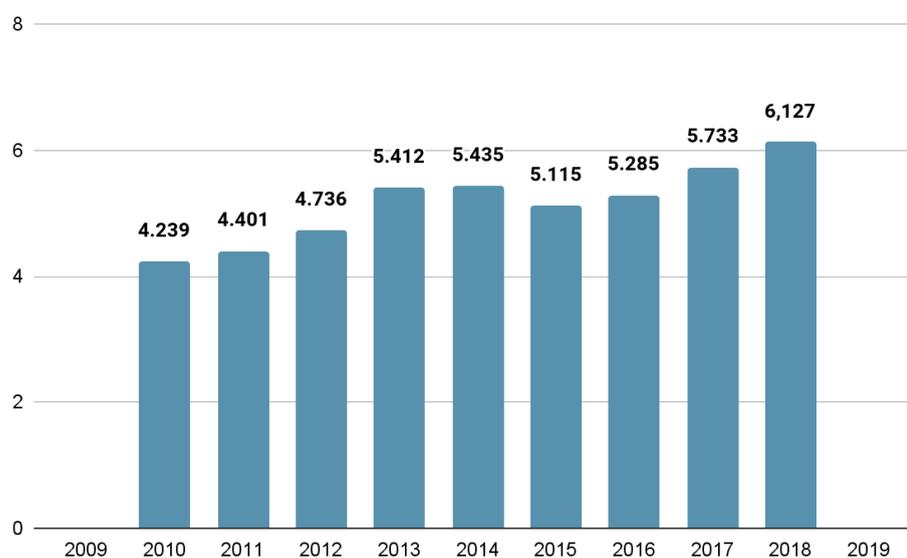
Em linha com a trajetória de incentivos estatais ao setor privado de assistência à saúde detalhado no capítulo 4, a renúncia fiscal de que tratam as deduções de IRPF traz como principais favorecidas as operadoras de planos de saúde, conforme atesta Ocké-Reis (2021) no Gráfico 7. Permitindo-se que os gastos voltados a esse tipo de assistência privada sejam deduzidos da base de cálculo do imposto de renda, o mercado é financiado de forma indireta com recursos públicos.

Gráfico 7 - IRPF: gasto tributário em saúde^{1,2}, segundo tipo de gasto (em R\$ bilhões).

Fonte: Ocké-Reis (2021), a partir de dados da RFB.

Notas: ¹Os dados relativos aos “hospitais e clínicas” e “profissionais de saúde” agregam os abatimentos nacionais e internacionais. ²Considerado o IPCA médio de 2018.

Apesar de não termos identificado dados que discriminem também os tipos de gasto com saúde deduzidos do IRPJ, a título de cálculo assumiremos que os pagamentos com saúde suplementar para empregados e dirigentes representam a totalidade dos gastos, visto que a legislação informada pela RFB como fundamento para esse tipo de dedução menciona expressamente “custeio de seguros e planos de saúde” e, de forma acessória, “benefícios complementares assemelhados aos da previdência social”. O volume de deduções de IRPJ com saúde é explicitada no Gráfico 8:

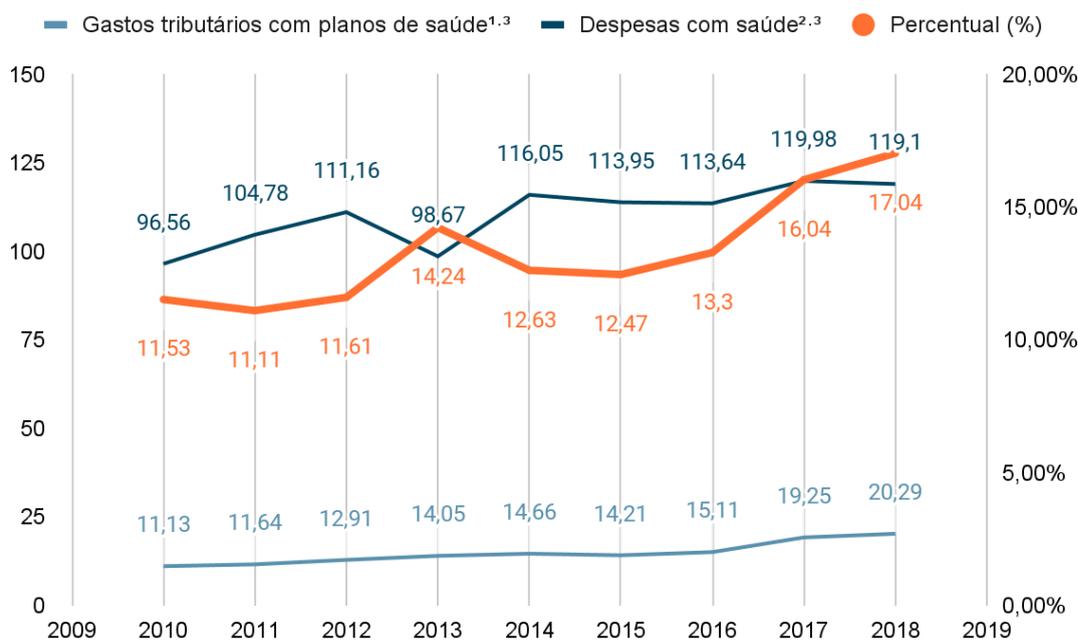
Gráfico 8 - IRPJ: gasto tributário com planos de saúde em bases efetivas¹ (em R\$ bilhões).

Fonte: Elaboração própria a partir dos Demonstrativos de Gastos Tributários (bases efetivas).

Nota: ¹Valores corrigidos para 2018 pelo IPCA.

Mantendo o recorte sobre os gastos tributários com planos de saúde, constatamos pelo Gráfico 9 que o percentual que se tem deixado de investir de forma direta pelo Estado varia de 13% a 16% das despesas orçamentárias com saúde.

Gráfico 9 - Proporção do gasto tributário com planos de saúde em relação às despesas orçamentárias com saúde (2010 - 2018) (em R\$ bilhões).



Fonte: Elaboração própria a partir de dados de Ocké-Reis(2021) e Tesouro Nacional.

Notas: ¹Soma das deduções de planos de saúde do IRPF e deduções de assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados do IRPJ.

²Despesa executada, calculada com base na despesa liquidada do exercício, acrescida dos restos a pagar do exercício anterior.

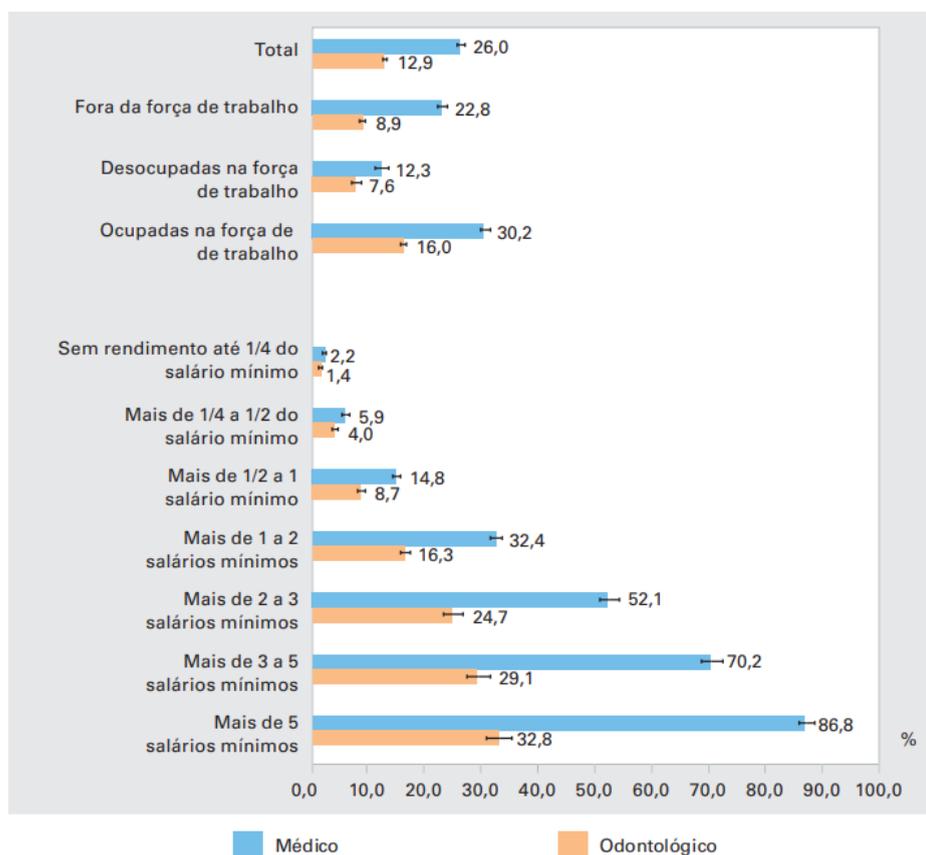
³ Valores corrigidos para 2018 pelo IPCA.

Os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde promovida pelo IBGE em 2019 (BRASIL, 2020b) atestam a concentração de beneficiários de planos de saúde nas faixas de renda mais alta da população, em contraste com o reduzido volume de beneficiários entre aqueles que recebem até dois salários mínimos.

Como mostra o Gráfico 10, enquanto 86,8% da população que recebe acima de cinco salários mínimos possui algum tipo de plano de saúde, esse percentual cai para 32,4% quando se trata da parcela que recebe entre um e dois salários mínimos. Nas faixas de renda mais baixas, os percentuais são consideravelmente menores. Considerando que 25% da população brasileira é beneficiária de plano de saúde, como visto no capítulo 5, não é difícil inferir que

boa parte desse público figure nas faixas de renda mais altas.

Gráfico 10 - Proporção de pessoas que tinham algum plano de saúde, médico ou odontológico, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por tipo de plano, segundo a condição de ocupação e as faixas de renda - Brasil - 2019.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Confirmando essa linha lógica, a Associação Nacional dos Auditores da Receita Federal do Brasil (UNAFISCO, 2020a) apontou que 79,85% dos contribuintes que declararam despesas médicas no ano-calendário 2019 – não exclusivamente despesas com planos de saúde, porém, como já visto, estas representam a maior parcela das despesas médicas declaradas – recebem de 3 a 30 salários mínimos, sendo que 50% estão na faixa de 7 a 30 salários mínimos²². Esses dados se tornam mais reveladores quando se considera que um cidadão brasileiro cuja renda seja de apenas 3 salários mínimos pertence à categoria dos 20%

²² Ainda pelo relatório da UNAFISCO, as faixas de renda que recebem mais de 60 salários mínimos respondem por apenas 6% das declarações de despesas médicas, o que poderia ser explicado por alguns fatores: i) trata-se de uma parcela igualmente reduzida da população; ii) não contrata planos de saúde por ter segurança financeira para custear os altos custos com saúde, quando necessário; ou iii) não declara os gastos.

mais ricos do país, segundo dados do *World Inequality Database*²³. No Brasil, pode-se dizer que três salários mínimos habilitam um indivíduo a pertencer à classe de privilegiados.

Na edição 2017-2018 da Pesquisa de Orçamento Familiar, o IBGE apurou as despesas mensais com planos de saúde, por família e faixa de renda. Os números acompanham as evidências já mostradas nesta pesquisa ao também apontar maior volume de gastos nas faixas de renda mais altas. Enquanto R\$6,02 é o valor médio mensal para famílias cuja renda é de até R\$1.908,00 (incluindo famílias sem rendimento), para famílias com renda acima de R\$23.850,00 o valor médio mensal com planos de saúde é de R\$831,13. Os valores baixos se justificam porque nem todas as famílias entrevistadas têm despesas com planos de saúde. Assim, quando calculada a média das despesas pelo total das famílias, o valor por família é diluído.

Um aspecto das deduções de IRPF que fica oculto dos dados é o quanto o vínculo empregatício tem relação com as deduções efetuadas também por pessoas físicas. Como visto no capítulo 5, além dos planos individuais e familiares, contratados pelo próprio beneficiário, existem também os planos coletivos por adesão e coletivos empresariais. Estes, embora dependam de uma pessoa jurídica – associação, sindicato, empresa ou governo – participando da relação contratual, em muitos casos são custeados de forma parcial ou integral pelo beneficiário, que poderá deduzir essa despesa no ato da declaração.

Essa estreita relação entre vínculo empregatício e assistência à saúde, cuja trajetória foi extensamente abordada no início da pesquisa, é um aspecto a ser analisado de forma mais detida. Ainda segundo os dados do Gráfico 11, 30,2% das pessoas que possuem plano de saúde de assistência médica estão ocupadas na força de trabalho. Por outro lado, 35,1% estão fora da força de trabalho ou desocupadas²⁴, o que significa que essas pessoas podem, dentro de um intervalo mais ou menos curto de tempo, ficar descobertas pelo plano contratado por dificuldade no pagamento.

Os efeitos da taxa de desemprego sobre o mercado da saúde suplementar foram

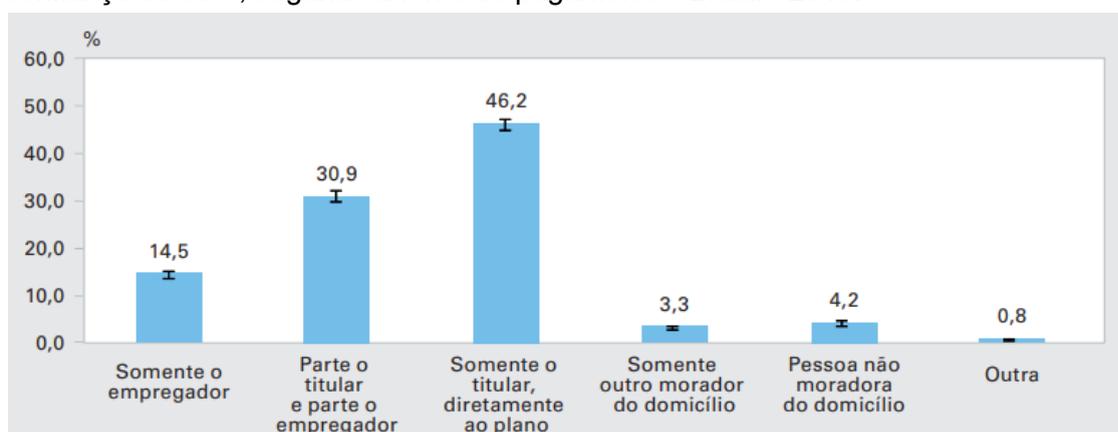
²³ Considerado salário mínimo de R\$1.320,00, vigente em 2023. Para o cálculo, não foi informada moradia em imóvel próprio, o que altera a posição relativa do declarante, segundo a metodologia adotada.

²⁴ Segundo o IBGE, pessoa fora da força de trabalho é pessoa que não é classificada como ocupada nem como desocupada na semana de referência da pesquisa, mas está em idade de trabalhar. Pessoa ocupada é a pessoa que, na semana de referência da pesquisa, trabalhou pelo menos uma hora completa em trabalho remunerado em dinheiro, produtos, mercadorias ou benefícios (moradia, alimentação, roupas, treinamento etc.), ou em trabalho sem remuneração direta em ajuda à atividade econômica de membro do domicílio ou parente que reside em outro domicílio, ou, ainda, a que tinha trabalho remunerado do qual estava temporariamente afastada nessa semana.

analisados por Marques, Ferreira e Hutz (2021), que observaram que efetivamente há uma queda no volume de beneficiários em períodos de recessão. Ainda, avaliaram que nessas conjunturas a elevação do desemprego torna a margem de negociação dos representantes dos empregados ainda mais fragilizada, o que permite às operadoras compensar a perda de clientes com o aumento do valor das mensalidades, oportunismo que exemplifica um dos aspectos perversos da mercantilização da saúde.

O Gráfico 11 apresenta dados do IBGE (BRASIL, 2020b) que revelam que 45,4% dos beneficiários de planos de saúde têm o pagamento realizado integralmente ou em parte pelo empregador.

Gráfico 11 - Proporção de pessoas com plano de saúde médico, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo a fonte de pagamento - Brasil - 2019.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Embora não seja possível projetar o comportamento dessa parcela de beneficiários se não houvesse participação do empregador no custeio, é inconteste que as deduções de IRPJ permitidos às empresas é forte incentivo estatal ao setor da saúde suplementar. Um agravante é que a concessão de planos de saúde dentre os benefícios ofertados pelos empregadores, da maneira como está enraizada na cultura trabalhista, vem provocando o afastamento dessa classe política da base de apoio ao SUS.

A partir dos dados apresentados, identificamos um aspecto de focalização reversa²⁵ que não se coaduna com os princípios do estado de bem-estar social. Ao abrir mão da arrecadação

²⁵ Enquanto a focalização nas políticas públicas é direcionada ao segmento da população de mais baixa renda ou marginalizada em seus direitos sociais – condições que em geral se manifestam associadas –, os benefícios gerados por esses grupos de gastos tributários atingem majoritariamente indivíduos que não se enquadram nessas categorias.

em favor de determinados grupos que preenchem as faixas de renda mais altas – seja de forma direta (beneficiários) ou indireta (empresas empregadoras), seja em termos relativos ou absolutos –, o Estado abre mão também da sua função distributiva, fundamental para proporcionar o efetivo bem-estar ao conjunto da população.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho apresentamos o histórico da assistência à saúde no país buscando evidenciar a dependência que foi sendo estabelecida em relação ao setor privado, diante da ausência de um sistema público de saúde estruturado. Mostramos que o contexto da criação do SUS, marcado por disputas nos campos econômico e político, aconteceu em paralelo com a previsão constitucional de participação do setor privado na assistência à saúde, que por sua vez não foi acompanhada de vedação à concessão de subsídios públicos a esse segmento. Essa confluência de fatores permitiu que se perpetuasse de forma crescente a oferta de serviços de assistência suplementar à saúde, que foi posteriormente regulamentada.

Na sequência, detalhamos aspectos do mercado da saúde suplementar relativos à cobertura de atendimento, o que evidenciou o tamanho da participação do setor na prestação de assistência à saúde no país, os problemas decorrentes da vinculação entre cobertura e poder econômico dos contratantes, seu aspecto regionalizado e concentrado. Ao abordar os diversos elementos relacionados à regulação do setor, analisamos criticamente as normas regulatórias em termos de atendimento do interesse público e verificamos a fragilidade do Estado em sua atuação como instância reguladora.

Os gastos tributários em saúde foram analisados a partir do recorte dos benefícios concedidos a pessoas físicas e jurídicas, às quais é permitido efetuar deduções de gastos com saúde privada da base de cálculo do imposto de renda devido. Identificamos que os grupos beneficiados por esses gastos tributários pertencem majoritariamente às classes de renda mais altas, o que gera uma dupla iniquidade: enquanto o Estado focaliza a concessão de benefícios nos grupos mais favorecidos, deixa de arrecadar receitas que poderiam ser distribuídas de forma mais equânime a toda a população, por meio dos investimentos diretos no sistema público de saúde.

Explorando o conceito de estado de bem-estar social sob a ótica do aspecto redistributivo, apresentamos argumentos em defesa da dissociação entre as noções de gasto tributário e gasto de bem-estar social. Na sequência, as evidências das análises dos gastos tributários compensatórios de despesas com saúde privada concedidos a pessoas físicas e jurídicas permitiram avaliar que os aspectos de focalização reversa desses grupos de gastos tributários, no contexto brasileiro, tornam tal política divergente da noção de estado de bem-estar social.

Tais resultados ensejam contínua exploração do tema dos gastos tributários sob a perspectiva do estado de bem-estar social, considerando a diversidade de abordagens possíveis e as lacunas de informação em torno do assunto.

Referências

ABRASCO. **Pelo Direito Universal à Saúde**. Rio de Janeiro, 1985.

ADEMA, W. , Fron, P. and Ladaique, M. “Is the European Welfare State Really More Expensive? Indicators on Social Spending, 1980–2012; and a Manual to the OECD Social Expenditure Database (SOCX)”, OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 124, OECD, 2011.

ADEMA W. , Fron, P. and Ladaique, M. ‘How Much Do OECD Countries Spend on Social Protection and How Redistributive Are Their Tax/Benefit Systems?’, **International Social Security Review**, 67, 2014.

AROUCA, A.S. **RADIS ENTREVISTA: Sérgio Arouca, o eterno guru da Reforma Sanitária**. Radis, 3, out. 2002. Disponível em:
<<https://cebes.org.br/entrevista-com-sergio-arouca-para-radis-outubro-de-2002/20503/>>
Acesso em 18 mar 2023.

ATKINSON, A. **Inequality: what can be done?**, Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press, 2015.

BAHIA, L. **Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil**. 314 p. 1999. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

BAHIA, L. A démarche do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal: 1988-2008. *In*. Matta, Gustavo Corrêa; Lima, Júlio César França. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p.123-185, 2008.

BAHIA, L. et al . From health plan companies to international insurance companies: changes in the accumulation regime and repercussions on the healthcare system in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 32, supl. 2, 2016 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001405002&lng=en&nrm=iso> Acesso em 18 mar. 2021.

BAIRD, M. **Redes de influência, burocracia, política e negócios na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)** 260 p. 2017. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

BRASIL. Constituição Federal (1946). **Constituição Federal dos Estados Unidos do Brasil**. Brasília, 1946.

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**.

Brasília, 1988.

BRASIL. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Disponível em:

<<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4682-24-janeiro-1923-538815-publicacaooriginal-90368-pl.html>> Acesso em 14 jan. 2023.

BRASIL. Lei de 15 de novembro de 1831. Orça a receita e fixa a despesa para o anno financeiro de 1832 - 1833. Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei_sn/1824-1899/lei-37687-15-novembro-1831-564851-publicacaooriginal-88758-pl.html> Acesso em 14 jan. 2023.

BRASIL. Decreto nº 2.711 de 19 de dezembro de 1860. Contém diversas disposições sobre a criação e organização dos Bancos, Companhias, Sociedades anonymas e outras, e prorroga por mais quatro mezes o prazo marcado pelo artigo 1º do Decreto nº 2.686 de 10 de novembro do corrente anno. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dim/dim2711.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%202.711%2C%20DE%2019.de%20novembro%20do%20corrente%20anno.> Acesso em 14 jan. 2023.

BRASIL. Lei nº 3.701, de 1 de janeiro de 1916. Código Civil. Disponível em:

<<https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=79402>> Acesso em 14 jan. 2023.

BRASIL. Decreto nº 5.109, de 20 de dezembro de 1926. Estende o regimen do decreto legislativo n. 4.682, de 24 de janeiro de 1923, a outras empresas. Disponível em:

<<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-5109-20-dezembro-1926-564656-publicacaooriginal-88603-pl.html>> Acesso em 13 jan. 2023.

BRASIL. Decreto nº 20.465, de 1º de outubro de 1931. Reforma a Legislação das Caixas de Aposentadorias e Pensões. Disponível em:

<<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20465-1-outubro-1931-500674-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso em 13 jan. 2023.

BRASIL. Decreto nº 21.081, de 2 de fevereiro de 1932. Altera artigos do decreto n. 20.465, de 1 de outubro de 1931. Disponível em:

<<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-21081-24-fevereiro-1932-511792-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso em 13 jan. 2023.

BRASIL. Lei nº 159, de 30 de dezembro de 1935. Regula a contribuição para a formação da receita dos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões subordinados ao Conselho Nacional do Trabalho e dá outras providencias. Disponível em:

<<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-159-30-dezembro-1935-499861-publicacaooriginal-1-pl.html>> Acesso em 13 jan. 2023.

BRASIL. Decreto-lei nº 72, de 21 de novembro de 1966. Unifica os Institutos de Aposentadorias e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. Disponível em:

<<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1960-1969/decreto-lei-72-21-novembro-1966->

[375919-publicacaooriginal-1-pe.html](#)> Acesso em 18 abr. 2023.

BRASIL. Lei nº 6.168, de 9 de dezembro de 1974. Cria o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS - e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6168.htm> Acesso em 27 abr. 2023

BRASIL. Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6229.htm> Acesso em 27 abr. 2023.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de Saúde. Proposta política para um programa de saúde. **Saúde em Debate**, (17): 33-6, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede hospitalar filantrópica no brasil: perfil histórico-institucional e oferta de serviços**. Belo Horizonte, 2001. Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2465.pdf>> Acesso em 29 dez. 2022.

BRASIL. Receita Federal do Brasil. **Demonstrativo dos Gastos Tributários. PLOA 2023**. Brasília, 2022.

BRASIL. Receita Federal do Brasil. **Demonstrativo dos Gastos Tributários. Bases Efetivas - 2017. Série 2015 a 2020**. Brasília, 2020.

BRASIL. Receita Federal do Brasil. Gasto tributários conceitos e critérios de classificação. Brasília, 2020a.

BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Disponível em <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf> Acesso em 24 mai. 2023.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. **Portal da Transparência**. Disponível em <<http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2020>> Acesso em 12 jan. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Tabulador de dados - TABNET. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/anstabnet/index.htm>> Acesso em 21 jun. 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Boletim informativo: utilização do sistema público por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 15ª edição, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-e-publicacoes-do-ressarcimento-ao-sus/Boletim_de_Ressarcimento_ao_SUS_15a_Ed_r03.pdf> Acesso em 21 jun. 2023.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão nº 502/2009**. Plenário. Relator: Ministro Valmir Campelo. Sessão de 25/03/2009. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1034965>
Acesso em 23 jun. 2023.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **ProAfR no REsp 1.978.141-SP**. Primeira Seção. Relator: Ministro Og Fernandes. Sessão de 22/03/2022. Disponível em:
<<https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15347682283&ext=.pdf>>
Acesso em 23 jun. 2023.

BRASIL. **Tribunal Regional Federal da 5ª Região**. TRF5 reconhece legalidade de índice aplicado pela ANS para ressarcimento ao SUS. Divisão de Comunicação Social do TRF5 [online]. Última atualização em 31 maio de 2023. Disponível em:
<<https://www.trf5.jus.br/index.php/noticias/leitura-de-noticias/?id=324876>> Acesso em 23 jun. 2023.

BRASIL. **Advocacia-Geral da União**. Plano de saúde deve ressarcir o SUS pelo atendimento de segurados, confirma AGU na Justiça. Notícias [online]. Publicado em 30 de maio de 2022. Disponível em:
<<https://www.gov.br/agu/pt-br/comunicacao/noticias/plano-de-saude-deve-ressarcir-o-sus-pelo-atendimento-de-segurados-confirma-agu-na-justica>> Acesso em 23 ago. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 597.064**. Rio de Janeiro. Relator: Ministro Gilmar Mendes. Sessão virtual de 14 a 21 de agosto de 2020. Disponível em <<https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15344415055&ext=.pdf>>
Acesso em 23 jun. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.931**. Distrito Federal. Relator: Ministro Marco Aurélio. Sessão de 07/02/2018. Disponível em <<https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=314542313&ext=.pdf>> Acesso em 23 jun. 2023.

BRASIL. Projeto de Lei nº 3.203/2021. Dispõe sobre o plano de redução gradual de incentivos e benefícios federais de natureza tributária e o encerramento de benefícios fiscais, nos termos do disposto no art. 4º da Emenda Constitucional nº 109, de 15 de março de 2021. Disponível em:
<<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2299134>>
Acesso em 21 jun. 2023.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019 - Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde, 2020b**. Disponível em <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>> Acesso em 28 jun. 2023.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019 Atenção primária à saúde e informações antropométricas, 2020c**. Disponível em <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>> Acesso em 28 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Efeito redistributivo da política fiscal no Brasil, Brasília,

2017. Disponível em

<https://www.gov.br/fazenda/pt-br/centrais-de-conteudos/publicacoes/boletim-de-avaliacao-d-e-politicas-publicas/arquivos/2017/efeito_redistributivo_12_2017.pdf> Acesso em 10 ago. 2023.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL. Rio de Janeiro: **Imprensa Nacional**, ano XXXII, n.131, 6 out. 1921. Disponível em:

<<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD06OUT1921.pdf#page=>>
Acesso em 12 jun. 2021.

DONNAGELO, M. C. F. **Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo. Pioneira, 1975.

DRAIBE, S. M. Welfare State no Brasil: características e perspectivas. **Caderno de Pesquisa NEPP/UNICAMP**, n. 08, 1993. Disponível em:

<<https://www.nepp.unicamp.br/biblioteca/periodicos/issue/view/104/CadPesqNepp8>> Acesso em 11 ago. 2021.

ESPING-ANDERSEN, G. **As três economias políticas do welfare state**. Lua Nova, São Paulo, n. 24, p. 85-116, Sept. 1991. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451991000200006&lng=en&nrm=iso> Acesso em 21 mar. 2021.

ESPING-ANDERSEN, G. et al. **Why we need a new welfare state**. Oxford: Oxford University Press, 2002.

FONIF. **A Contrapartida do setor filantrópico no Brasil**, 2022. Disponível em

<https://fonif.org.br/wp-content/uploads/2022/12/pesquisa_fonif_final_2022.pdf> Acesso em 2 jan. 2023.

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4405-4415, Dec. 2019.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204405&lng=en&nrm=iso> Acesso em 20 mar. 2021.

GIAMBIAGI, F; ALEM, A.C; PINTO, S.G.B. **Finanças Públicas: Teoria e Prática no Brasil**. 5a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

HOCHMAN, G. Regulando os efeitos da interdependência: Sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v.6, n.11, p.40-61, 1993.

HOWARD, C. **The Hidden Welfare State**. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1997.

HOWARD, C. The Hidden Side of the American Welfare State. **Political Science Quarterly**, 1993, p. 403–436.

KROETZ, M.C.A.I. **Enriquecimento sem causa no direito civil brasileiro contemporâneo e recomposição patrimonial**. 207p. 2005. Tese (Doutorado em Direito) - Programa de Pós-graduação em Direito da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2005.

KUHNLE, S; SANDER, A. The Emergence of the Western Welfare State. *In: The Oxford Handbook of the Welfare State*. CASTLES, F et al. New York: Oxford University Press, 2010, p. 61-80.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Fundamentos metodologia científica. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2001

LATORRE, M.R. Análise de séries temporais em epidemiologia: uma introdução sobre os aspectos metodológicos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 4, nº 3, 2001. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/KM9MndgpCGSnjSNDddSydCG/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em 05 jun. 2023.

LEAL, A. CNS é contra criação de planos populares de saúde sugeridos por ministro. **Agência Brasil** [online]. Brasília, 7 dez. 2016. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-07/cns-e-contracriacao-de-planos-populares-de-saude-sugeridos-por-ministro>> Acesso em 23 jun. 2023.

MARQUES, R.M.; PIOLA, S.F., Ocke-Reis C.O. O financiamento do SUS numa perspectiva futura. *In: Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. Brasília: MS, Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento, OPAS/OMS no Brasil; 2016. p. 247-258.

MARQUES, R.M.; FERREIRA, M.R.J.; HUTZ, A. Os planos de saúde na recente crise econômica brasileira. **Planejamento e Políticas Públicas** , v. 59, p. 237-256, 2021.

MARSHALL, T. H. "Citizenship and Social Class". *In: MANZA, J.; SAUDER, M. (eds.). Inequality and Society*. Nova York: W. W. Norton and Co, 2009.

MEDEIROS, M. **A Trajetória do Welfare State no Brasil: papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990**. Texto para Discussão n. 857, Brasília, IPEA, 2001.

MÉDICI, A.C. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 26(2), abr.-jun, p. 79-115, 1995.

MELLO, C.G. A Previdência Social e a Economia de Mercado: análise do Plano de Pronta Ação. *In: O Sistema de Saúde em Crise*. CEBES-HUCITEC, São Paulo, p. 88-98, 1981.

MENDES, A.; WEILLER, J.A.B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 491-505, 2015

MENDES, E.V. **Reordenamento do Sistema Nacional de Saúde: visão geral**. Anais da VIII CNS. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf> Acesso em 18

nov. 2022.

MENICUCCI, T.M.G. **Público e privado na assistência à saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 320 pp.

MENICUCCI, T.M.G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar, p.77-92, 2014.

MORAIS, H.M.M. de; FLORES, O. O plano de reorientação da assistência médica da previdência social: uma análise de sua coerência, factibilidade, viabilidade e desenho da estratégia. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, n. 1, p. 26 a 47, 1985. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/10366>. Acesso em 4 jun. 2023.

MOREIRA, A.F. A greve de 1917 em Recife. **CLIO – Revista de Pesquisa Histórica**, Vol.. 23, n. 1, 2005. Disponível em: <[A GREVE DE 1917 EM RECIFE. | Moreira | CLIO: Revista de Pesquisa Histórica \(ufpe.br\)](#)> Acesso em 17 out. 2022.

MORGAN, K.; CAMPBELL, A. **The Delegated Welfare State: Medicare, markets and the governance of social policy**. Oxford University Press, 2011.

NERI, M.C. **Escalada da Desigualdade - Qual foi o Impacto da Crise sobre a Distribuição de Renda e a Pobreza?** Rio de Janeiro, Agosto/2019 - FGV Social. Disponível em: <https://www.cps.fgv.br/cps/bd/docs/A-Escalada-da-Desigualdade-Marcelo-Neri_FGV-Social.pdf> Acesso em 3 jan. 2021.

NERI, M.C. **Desigualdade de Impactos Trabalhistas na Pandemia**. Rio de Janeiro, Setembro/2021 - FGV Social. Disponível em: <https://www.cps.fgv.br/cps/bd/docs/Desigualdade_de_Impactos_Trabalhistas_na_Pandemia_Marcelo-Neri_FGV-Social.pdf> Acesso em 15 set. 2021.

NERI, M.C. Mapa da Nova Pobreza. Rio de Janeiro, junho/2022 - FGV Social. Disponível em: <https://www.cps.fgv.br/cps/bd/docs/Texto-MapaNovaPobreza_Marcelo_Neri_FGV_Social.pdf> Acesso em 2 mar. 2023.

NUNES, A; ALMEIDA, A.N.; JUNIOR, L.H.S. As imperfeições do mercado de saúde: revisitando o marco teórico da economia da saúde. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**. V. 9, nº 1, jan. 2018. Disponível em < <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/10443/9204>> Acesso em 23 mai 2023.

NULLMEYER, F; KALFMMAN, F. Post-War Welfare State Development. *In: The Oxford Handbook of the Welfare State*. CASTLES, F et al. New York: Oxford University Press, 2010, p. 81-105.

OCDE. **Tax expenditures in OECD countries**. Paris: OECD, 2010.

OCDE. **Scoping paper on health system efficiency measurement (cooperation between the OECD and EC in promoting efficiency in health care)**. Paris. OECD, 2016.

Disponível em:

<<https://www.oecd.org/health/health-systems/Scoping-Paper-Measuring-efficiency-in-health-system.pdf>> Acesso em 20 mai. 2023.

OCDE (2021), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en . Acesso em 17 set. 2021

OCDE (2021), Gross domestic product (GDP) (indicator). doi: 10.1787/dc2f7aec-en
Acesso em 17 Set. 2021

OCKÉ-REIS, C.O. Uma reflexão sobre o papel da ANS em defesa do interesse público. **Revista de Administração Pública**, v. 39, n. 6, nov-dez, 2005, p. 1303-1316. Disponível em <<https://www.redalyc.org/pdf/2410/241021517005.pdf>> Acesso em 13 mai. 2023.

OCKÉ-REIS, C.O.; SANTOS, F. **Mensuração dos Gastos Tributários em Saúde 2003-2006**. Texto para Discussão n. 1.637, Brasília, IPEA, 2011.

OCKÉ-REIS, C.O.; GAMA, F. **Radiografia do Gasto Tributário em Saúde 2003-2013**. Nota Técnica n. 19, Brasília, IPEA, 2016.

OCKÉ-REIS, C.O.; GAMA, F. **Descrição do Gasto Tributário em Saúde 2003-2015**. Nota Técnica n. 48, Brasília, IPEA, 2018.

OCKÉ-REIS, C.O.; GAMA, F. **Avaliação do Gasto Tributário em saúde: o caso das despesas médicas do imposto de renda da pessoa física**. Texto para discussão 2712, nov. 2021. Disponível em <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10929/1/td_2712.pdf> Acesso em 28 jun. 2023.

OCKÉ-REIS, C. O. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2035-2042, junho de 2018.

OLIVEIRA, J.; TEIXEIRA, S. **A (im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. 2ª edição. São Paulo: Vozes/Cebes/Hucitec, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)** - 48a edição, 2014.

Disponível em:

<<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>>
≥ Acesso em 13 fev. 2021

OUR WORLD IN DATA. **Income inequality before and after taxes: how much do countries redistribute income?**, [s.d]. Disponível em <<https://ourworldindata.org/income-inequality-before-and-after-taxes>> Acesso em 28 jun. 2023.

PAES, N. L. Os gastos tributários e seus impactos sobre o desempenho da saúde e da educação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1245-1253, abr. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401245&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 19 mar. 2021.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão crítica.**

300p. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, June 2018.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=en&nrm=iso> Acesso em 19 Mar. 2021.

PELLEGRINI, J. A. Gastos tributários: conceitos, experiência internacional e o caso do Brasil. Brasília: Núcleo de Estudos e Pesquisas/CONLEG/Senado, 2014. (Texto para Discussão, n. 159). Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/503102>> Acesso em 13 abr. 2023.

PIKETTY, T. **Capital in the Twenty-First Century**, The Belknap Press of Harvard University Press, 2014.

PINHEIRO FILHO, F.P. **Hospitais filantrópicos e sua relação com o sistema de saúde brasileiro: dependência e limites para a expansão da rede pública de serviços de saúde.** 2017. (Seminário).

Disponível em:

<<https://www.uniara.com.br/arquivos/file/eventos/2017/seppu/anais/pinheiro-filho.pdf>> Acesso em 13 nov. 2022

PIOLA, SF; BARROS, E. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento.** Brasília: MS, Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento, OPAS/OMS no Brasil; 2016. p. 101-138.

PRASAD, M.; DENG, Y. Taxation and the Worlds of Welfare. **Socio-Economic Review**. n.7, 2009.

PRASAD, M. Tax “Expenditures” and Welfare States: A Critique. **Journal of Policy History**. n 23. p. 251-266, 2011.

PRASAD, M. American Exceptionalism and the Welfare State: the revisionist literature. **The Annual Review of Political Science**, p. 187-201, 2016. Disponível em <<https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-polisci-042214-044323>> Acesso em 25 ago. 2023.

RANGEL, R. **Assistência no Rio de Janeiro: elite, filantropia e poder na Primeira**

República. 223p. 2013. Tese (Programa de Pós-graduação em Serviço Social) - Centro de Serviço Social, PUC-Rio, Rio de Janeiro, 2013.

REDONDA, A., von HALDENWANG, C., & ALIU, F. (2023): Global Tax Expenditures Database [data set], Version 1.1.5, Disponível em: <<https://gted.net/data-visualisation/>> Acesso em 12 jul. 2023.

RIBEIRO, J. A. C.; PIOLA, S. F.; SERVO, L. M. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. **Divulgação em saúde para debate**, CEBES, Rio de Janeiro, n. 37, p. 21-43, jan. 2007 Disponível em: <https://www.academia.edu/7571198/Economia_Pol%C3%ADtica_da_Sa%C3%BAde_introduzindo_o_debate> Acesso em 12 jul. 2023.

RODRIGUEZ NETO, E. **Saúde: promessas e limites da Constituição**. 2. ed. Edições Livres; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019. (Coleção Memória Viva). Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/36610/Saude-promessas-e-limites.pdf?sequence=2&isAllowed=y>> Acesso em 23 abr. 2023.

ROSS, J. **Gastos fiscales y desigualdad en America Latina**. Paper. International Budget Partnership. Junio, 2018. Disponível em: <<https://internationalbudget.org/wp-content/uploads/tax-expenditures-and-inequality-latin-america-spanish-2018.pdf>> Acesso em 15 jun. 2023.

SALDIVA, P. H. N; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estud. av.**, São Paulo , v. 32, n. 92, p. 47-61, Apr. 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142018000100047&lng=en&nrm=iso> Acesso em 23 mar. 2021.

SALOMÃO, A. Nota da Receita alerta sobre riscos políticos em corte de gastos tributários. **Folha de São Paulo**. Brasília, 27 abr. 2023. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2023/04/nota-da-receita-alerta-sobre-riscos-politicos-em-corte-de-gastos-tributarios.shtml>> Acesso em 27 abr. 2023.

SALVADOR, E. S. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo , n. 130, p. 426-446, Dec. 2017 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282017000300426&lng=en&nrm=iso> Acesso em 19 mar. 2021.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L.. **Representação política e interesses particulares na saúde: a participação de empresas de planos de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014**. Relatório de Pesquisa 2015. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/03/Planos-de-Saude-e-Eleicoes-FEV-2015.pdf>> Acesso em 12 jan. 2023.

SENADO FEDERAL. Comissão de Assuntos Sociais. **Avaliação da Política de Atenção Hospitalar e da Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS)**, 2018. Relatório. Disponível em:

<<https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=7891948&ts=1544022615906&disposition=inline>> Acesso em: 12 jan. 2021.

SEGURA, F. F. **A Questão Previdenciária na Primeira República: a excepcionalidade da Lei Eloy Chaves**, 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Araraquara, 2017.

SERVO, L. M. S. et al. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Org.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ipea, 2011.

SILVERWOOD-COPE, K; LING, M. Fugindo do jogo para ganhar: o peso dos gastos tributários. In: COUTO, L. F; RODRIGUES, J. M (Org.) **Governança Orçamentária no Brasil**. Brasília, DF. Ipea, 2022. p. 381-410.

STRINGHINI, S. et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. **Lancet**. v. 389, p. 1229-1237. 25-31 mar. 2017.

TEIXEIRA, S. M. F. Reorientação da assistência médica previdenciária: um passo adiante ou dois atrás?. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, n. 1, p. 48 a 58, 1985.

Disponível em:

<<https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/10372>> Acesso em 4 jun.2023.

TITMUSS, R. The Social Division of Welfare, *in* **Essays on “The Welfare State”**. New Haven: Yale University Press, 1959.

TOLEDO, E.. (2017). Um ano extraordinário: greves, revoltas e circulação de ideias no Brasil em 1917. **Estudos Históricos (Rio De Janeiro)**, 2017. Disponível em: <[SciELO - Brazil - Um ano extraordinário: greves, revoltas e circulação de ideias no Brasil em 1917 Um ano extraordinário: greves, revoltas e circulação de ideias no Brasil em 1917](#)> Acesso em 17 out. 2022

TOMACHESKI, J.A. **Condições Sociais de Surgimento e Implementação de uma Política Pública: burocratas e médicos na formação das políticas de saúde no Brasil**. 315p. 2007. Tese (Doutorado em Sociologia) - Departamento de Sociologia, Universidade Federal da Brasília, Brasília, 2007.

UNAFISCO. **Tributação da distribuição de lucros e dividendos: a dupla não tributação de parte do lucro distribuído, estimativa arrecadatória da tributação de dividendos e propostas para equilíbrio da carga tributária**. Nota técnica nº 15/2020, 2020a. Disponível em <<https://unafisconacional.org.br/wp-content/uploads/2020/09/NT15.pdf>> Acesso em 28 jun. 2023.

UNAFISCO. **Considerações sobre as deduções de despesas médicas no Imposto sobre a Renda da Pessoa Física**. Nota técnica nº 18/2020, 2020b. Disponível em <<https://unafisconacional.org.br/wp-content/uploads/2020/09/NT18.pdf>> Acesso em 28 jun. 2023.

VIEIRA, F. S. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 40, n. 109, p. 187-199, June 2016 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200187&lng=en&nrm=iso> Acesso em 21 mar. 2021.

VIEIRA, F.S. Health financing in Brazil and the goals of the 2030 Agenda: high risk of failure. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 127, 2020.

Disponível em <[View of Health financing in Brazil and the goals of the 2030 Agenda: high risk of failure \(usp.br\)](View of Health financing in Brazil and the goals of the 2030 Agenda: high risk of failure (usp.br))> Acesso em 4 jun. 2023.

VIANNA, M. L. T. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil:** estratégias de bem-estar e políticas públicas. 2ª edição. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

WOOLHANDLER, M.D.; CAMPBELL, M.H.A.; HIMMELSTEIN, M.D., Costs of Health Care Administration in the United States and Canada. **The New England Journal of Medicine**, Ed. 349, 2003, p. 768 - 775.

Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmsa022033>> Acesso em 23 mai. 2023.

WOOLHANDLER, M.D.; CAMPBELL, M.H.A.; HIMMELSTEIN, M.D., Costs of Health Care Administration in the United States and Canada, 2017. **Annals of Internal Medicine**, jan. 21, 2020, p. 134 - 142.

Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31905376/>> Acesso em 23 mai. 2023.

WORLD INEQUALITY DATABASE. **Where are you in the income distribution?**, [s.d].

Disponível em <<https://wid.world/country/brazil/>> Acesso em 28 jun. 2023.