

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

CURSO GESTÃO EM SAÚDE

PEDRO LUÍS ROSA ZIGNANI

**DIAGNÓSTICO DA CARGA TRIBUTÁRIA SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE
SUPLEMENTAR NO BRASIL**

PORTO ALEGRE - RS

2022

PEDRO LUÍS ROSA ZIGNANI

**DIAGNÓSTICO DA CARGA TRIBUTÁRIA SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE
SUPLEMENTAR NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso desenvolvido e apresentado ao Curso de Gestão em Saúde da UFCSPA, como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Paulo Albarello Friedrich

PORTO ALEGRE – RS

2022

Catálogo na Publicação

Zignani, Pedro Luís Rosa

Diagnóstico da carga tributária sobre os serviços de saúde suplementar no Brasil / Pedro Luís Rosa Zignani. -- 2022.

30 p. : 30 cm.

Monografia (trabalho de conclusão de curso) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Curso de Gestão em Saúde, 2022.

Orientador(a): Prof. Dr. Marcos Paulo Albarello Friedrich.

1. Taxação. 2. Isenção fiscal. 3. Saúde suplementar.
I. Título.

RESUMO

A carga tributária define-se por um conceito amplo de obrigações, direitos e deveres, referentes aos créditos tributários, gasto tributário, evasão, incentivos e benefícios fiscais. Através de políticas públicas pode-se fazer uso dos tributos como instrumento para corrigir falhas de mercado. Com o objetivo de diagnosticar os impactos dessas políticas sobre a saúde suplementar, buscam-se respostas à seguinte questão: Quais os efeitos das atuais políticas públicas e tributárias sobre os serviços de saúde suplementar no Brasil? Através de pesquisa bibliográfica de diagnóstico, de abordagem qualitativa, exploratória e integrativa, o estudo traça um panorama sobre como essas políticas influenciam o sistema de saúde e a vida dos brasileiros. Constatou-se que a melhora na economia das famílias impacta na adesão aos planos de saúde, sendo iminente melhorar a distribuição dos gastos por nível de renda; e que as dificuldades de financiamento do SUS carecem de articulações com setor privado através de políticas de gestão, fiscalização e controle dos gastos. Concluiu-se pela necessidade de ampliar os estudos sobre novas formas de tributação a fim de reduzir a carga tributária que encarece os serviços de saúde, e também a urgência em reduzir o gasto tributário, que favorece os estratos superiores de renda e retira dos orçamentos verbas significativas para a saúde; e que as parcerias público-privadas representam a melhor alternativa de fortalecimento do SUS para ampliar a cobertura e a capacidade de atendimento à população dentro das limitações orçamentárias do financiamento da saúde pública, contribuindo desta maneira, para o aprofundamento das discussões sobre o tema.

Palavras-chave: Taxação. Isenção fiscal. Saúde suplementar.

ABSTRACT

The tax burden is defined by a broad concept of obligations, rights and duties, referring to tax credits, tax expenditure, evasion, incentives and tax benefits. Through public policies, taxes can be used as an instrument to correct market failures. With the aim of diagnosing the impacts of these policies on supplementary health, answers are sought to the following question: What are the effects of current public and tax policies on supplementary health services in Brazil? Through diagnostic bibliographical research, with a qualitative, exploratory and integrative approach, the study outlines an overview of how these policies influence the health system and the lives of Brazilians. It was found that the improvement in families' economy impacts on adherence to health plans, with an imminent improvement in the distribution of expenses by income level; and that SUS financing difficulties lack articulation with the private sector through management, inspection and expenditure control policies. We concluded that there is a need to expand studies on new forms of taxation in order to reduce the tax burden that makes health services more expensive, and also the urgency to reduce tax expenditure, which favors the upper income strata and removes significant funds from the health budget; public-private partnerships represent the best alternative for strengthening SUS to expand coverage and the capacity to serve the population within the budgetary limitations of public health financing, thus contributing to further discussion on the subject.

Keywords: Taxes. Tax exemption. Supplemental health.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	6
1.1.	OBJETIVO GERAL	8
1.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
1.3.	JUSTIFICATIVA	9
2.	REFERENCIAL TEÓRICO	10
3.	METODOLOGIA	14
4.	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	15
5.	DISCUSSÃO	20
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
	REFERÊNCIAS	28

1. INTRODUÇÃO

Partindo da premissa que a saúde pública no Brasil não atende a todos como deveria e que a saúde privada não está acessível a todos, este estudo pretende diagnosticar a relação existente entre as políticas públicas e tributárias, seus impactos sobre a saúde suplementar no Brasil e suas relações com o Sistema Único de Saúde (SUS) público.

No âmbito da Saúde, diagnosticar o quanto as políticas tributárias impactam sobre a Saúde Suplementar no Brasil é uma maneira de tentar entender por que os Planos de Saúde, que segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2015 atendiam 35,12% da população brasileira, em 2020 representavam uma parcela de apenas 24,25% dos brasileiros (AGÊNCIA BRASIL, 2020). Na Austrália, por exemplo, o mercado de planos de saúde cobre 45% da população, mesmo essa contando com um serviço público de assistência médica a toda população, o *Medicare*, que é custeado com 1,5% da renda tributável dos contribuintes e dependendo da idade e da renda, esse percentual pode ser zerado, o que não impediu o fortalecimento do mercado de planos de saúde, através de incentivos fiscais do governo australiano (OCKÉ-REIS, 2016).

Para estudar a relação entre as políticas tributárias e a saúde suplementar, primeiro é preciso entender a complexidade do sistema tributário nacional, que compõe o chamado “Custo Brasil”. O “Custo Brasil” é uma expressão usada para referir a um conjunto de dificuldades estruturais, burocráticas, trabalhistas, econômicas e tributárias, que atrapalham o crescimento, influenciam negativamente o ambiente de negócios, encarecem os preços dos produtos e serviços nacionais e comprometem os investimentos no país (PORTAL DA INDÚSTRIA, 2020). Sobre a questão tributária aqui retratada:

O Instituto Brasileiro de Planejamento Tributário (IBPT) fez um estudo sobre o nosso sistema tributário e concluiu que, para o contribuinte compreender razoavelmente a realidade tributária brasileira, seria necessário analisar três mil normas fiscais, estudar os 61 tributos cobrados no Brasil. E, ainda, verificar 93 obrigações acessórias que pressionam todas as empresas brasileiras, bem como os profissionais atuantes na área tributária. (LIMA; REZENDE, 2017, p. 242).

No Brasil, mais de um terço de toda riqueza produzida vai para os cofres públicos em forma de carga tributária, que em 2019 alcançou o patamar recorde de 35,17% do Produto Interno Bruto (PIB) (CUCOLO, 2020). Contudo, a carga tributária não se limita apenas a arrecadação de tributos e a sua relação com o PIB. Constitui-se de um conjunto bem mais amplo de obrigações, direitos e deveres, determinados através da legislação, que trata não somente da obrigação principal, mas também das obrigações acessórias, dos créditos tributários, do gasto tributário, da evasão de divisas, dos incentivos e benefícios fiscais. Através de políticas públicas pode-se analisar o uso dos tributos como instrumento para corrigir algumas falhas de mercado, como “financiar bens públicos não fornecidos pelo setor privado e corrigir externalidades associadas com setores de mercados incompletos”(LIMA; REZENDE, 2017, p. 244). E é a partir deste aspecto que este estudo se desenvolve.

Segundo o relatório do Banco Mundial, *Doing Business* (2019), que avalia o clima de negócios e investimentos nas economias em todo o mundo, onde o Brasil figura em primeiro lugar, uma empresa brasileira leva 1.958 horas para pagar tributos, enquanto o segundo colocado, a Bolívia, leva 1.025 horas e a média entre os 190 países pesquisados é de 206 horas (AGÊNCIA CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2019), o que torna iminente a necessidade de rever as formas de tributação no Brasil. Desde 1988, todos os presidentes eleitos declararam ser a favor da reforma tributária, contudo, todas estas tentativas de reforma falharam (JUNQUEIRA, 2015).

Sabe-se também que quase todo o gasto com serviços de saúde privada pode ser deduzido do Imposto de Renda de Pessoas Físicas (IRPF), porém por enquanto, do total da população brasileira estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) dos mais de 211,7 milhões de habitantes, apenas cerca de 32,6 milhões estão obrigadas a declarar imposto de renda no país (AGÊNCIA BRASIL, 2020 e 2021). Dos quase 25% de brasileiros que possuem planos de saúde, a atual legislação tributária permite que apenas os 15% mais ricos da população tenham o benefício de deduzir no IRPF os valores gastos com saúde privada, caso o contribuinte opte pelo modelo de declaração completo.

Em consonância com os dados da Agência Brasil (2020) mais de 75% da população depende unicamente dos serviços do SUS público, e o Portal da Transparência da Controladoria-Geral da União estima que em 2022, um total de 14,74% da população brasileira esteja inscrita em algum programa do governo destinado a famílias de baixa renda, como o Auxílio Brasil, o Auxílio Emergencial, o Bolsa Família, o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o Garantia-Safra, o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e o Seguro Defeso. (BRASIL, 2022). Ou seja, enquanto os 15% mais ricos se beneficiam com a política tributária os quase 15% mais pobres dependem de políticas públicas para garantir a sua subsistência.

As deduções do IRPF fazem parte do gasto tributário, que é tudo aquilo que o país deixa de arrecadar, em razão de algumas isenções que beneficiam principalmente os estratos superiores de renda. Conforme Silveira *et al.* (2019, p. 7), “Os benefícios concedidos ao contribuinte na forma de isenções e deduções que, pela longevidade, se naturalizaram sem que houvesse um exame mais detalhado de sua justificativa, seu impacto fiscal e do segmento populacional que realmente beneficiam.” A falta de debate sobre o tema esconde nele os privilégios engendrados e as iniquidades que estes mecanismos reproduzem.

Este autor verificou ainda, que entre os grupos mais beneficiados por uma seleção de isenções e deduções dentro da estrutura do IRPF, as deduções concentradas no 1% do topo da faixa de renda que declaram IRPF abarcam 17% dos gastos tributários com educação, 27% das deduções com gastos em saúde e concentram até 49% das isenções por moléstia grave. A extinção de todos esses benefícios, somente desse percentil, aumentaria o poder distributivo do IRPF em 25,28%. Embora “não consistam em uma sugestão direta de adoção de políticas públicas [...] busca avaliar o potencial máximo de modificações na legislação tributária sobre o poder distributivo do IRPF” (SILVEIRA *et al.*, 2019, p. 21).

Por outro lado, a gratuidade dos serviços prestados pelo SUS, que permite o acesso universal e igualitário, a um grande contingente populacional antes marginalizado nas periferias urbanas e favelas, e que melhorou a maioria dos indicadores e especialmente a cobertura de serviços de saúde para grande parte da população, é gratuito no momento do uso, uma vez que é financiado por fundos públicos (NORONHA *et al.*, 2010). Porém, conforme nota do Observatório de Equidade do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social da Presidência da República, o impacto do peso dos tributos sobre bens e serviços revela que a distribuição da carga tributária, entre pessoas que ganhavam até dois salários mínimos em 2004 representava 48,8% de sua renda no pagamento de tributos, enquanto o peso da carga tributária para as famílias com renda superior a 30 salários mínimos correspondia a 26,3% (BRASIL, 2009).

Com base nisso, propõe-se o seguinte problema de pesquisa: Quais os efeitos das atuais políticas públicas e tributárias sobre os serviços de saúde suplementar no Brasil?

Para que futuramente se possa contribuir no desenvolvimento de políticas públicas que diminuam as distorções do sistema tributário brasileiro, criando um modelo mais adequado para um sistema mais igualitário de tributação e/ou restituição de despesas com saúde é preciso entender de que maneira a política tributária impacta sobre os serviços de saúde suplementar. Independentemente da qualidade dos serviços de saúde, pública ou privada, estima-se que uma maior oportunidade e condições de adesão aos planos de saúde privados, reduziram a busca por serviços de saúde pública, o que contribuiria para reduzir um dos maiores problemas do SUS, que é equalizar a oferta e a demanda para conseguir suprir com qualidade, todas as necessidades da população que não tem condições de acessar serviços de saúde suplementar.

1.1. OBJETIVO GERAL

Este estudo pretende diagnosticar a relação existente entre as políticas públicas e tributárias, seus impactos sobre a saúde suplementar no Brasil e suas relações com o SUS público.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para atingir o objetivo geral, são propostos os seguintes objetivos específicos:

- Analisar as formas de tributação, isenções, deduções fiscais e restituição dos serviços de saúde suplementar.
- Investigar sobre como o SUS pode ser fortalecido pelos serviços de saúde suplementar.
- Identificar modelos de políticas públicas que apresentaram bons resultados na área da saúde suplementar.

1.3. JUSTIFICATIVA

Entre as atribuições do gestor nos serviços de saúde, para gerenciar, coordenar e melhorar a qualidade dos serviços, trabalhando geralmente com pessoal transitório, políticas e estruturas inadequadas, ter competências técnicas, analíticas e financeiras para fazer a gestão dos recursos materiais, humanos e financeiros no setor onde desempenhará suas funções é o grande desafio (PAIVA *et al.*, 2018). Conhecer a origem e a destinação dos recursos e como as políticas públicas interferem na sua disponibilidade é parte imprescindível do planejamento estratégico para o gestor desenvolver uma gestão de qualidade e ser agente de articulação, promoção e melhoria nos serviços ofertados.

Santos e Amarante (2010), com o objetivo de fornecer subsídios à discussão, ressaltaram a ausência de estudos e pesquisas sobre saúde suplementar, e a dificuldade de obter informações sobre os valores aportados de recursos públicos para o mercado de planos de saúde. Segundo o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, estavam previstos para 2005 cerca de R\$ 980 milhões apenas para o pagamento de planos privados de saúde destinados a 1,8 milhão de servidores, o que corresponde a 38% dos trabalhadores federais. Contudo o governo federal pretendia, até o final de 2006, disponibilizar um plano de saúde privado e unificado para todos os servidores públicos federais da administração direta, de autarquias e fundações.

Oito anos depois do estudo deles, Avelar *et al.* (2018) constataram que ainda havia uma escassez de estudos sobre o mercado de saúde suplementar, e ao analisar a saúde financeira das Operadoras de Planos de Saúde (OPS), devido ao grande número de beneficiários atendidos e sua importância social para o sistema de saúde brasileiro, atendendo dezenas de milhões de pessoas, citaram, entre outros fatores para o endividamento das OPS, os benefícios fiscais, ou a ausência deles e a tributação. Levantaram a partir de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que em 2018, 47 milhões de beneficiários de planos de saúde utilizavam o sistema de saúde suplementar, ou seja, quase 23% da população brasileira, o que em comparação com os dados da Agência Brasil (2020), representa que nos últimos dois anos houve um crescimento na adesão ao sistema suplementar de cerca de 1,25% da população no número de usuários desse serviço.

Esse crescimento pode estar ligado a outro modelo de saúde suplementar, as Clínicas Populares de Saúde (CPS), um fenômeno crescente no país e consolidado nos Estados Unidos da América (EUA). As CPS são estabelecimentos privados que realizam procedimentos de baixa complexidade como consultas, exames e tratamentos de saúde, a preços acessíveis, sendo uma opção para a população de baixa renda. Os consumidores percebem uma grande mudança no atual modelo do sistema de saúde suplementar brasileiro, o que traduziu como uma percepção de tranquilidade, principalmente nas camadas mais carentes da sociedade, pois essa inovação na saúde suplementar representa uma nova solução para suprir a necessidade básica de saúde da população. Contribui para o entendimento de que planos de saúde mais acessíveis diminuem a demanda por serviços de saúde no SUS público, mas também sinaliza problemas que deixam estampadas as ineficiências estruturais da saúde pública do país (OLIVEIRA, 2018).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O Sistema Tributário Nacional foi instituído com a publicação da Emenda Constitucional nº 18 de 1º de dezembro de 1965 à Constituição criada em 1946, e regulamentado pela Lei Ordinária nº 5072 de 12 de agosto de 1966, ocasião que gerou a última grande Reforma Tributária no Brasil. Os ideais da proposta eram promover um sistema de repartição de receita mais eficiente entre os entes federativos e a redução no volume de impostos. Depois disso, apenas dois ajustes significativos foram feitos: em 1967 e 1969. Em 1988 com a promulgação da atual Constituição Federal, diversos dispositivos do Código Tributário Nacional (CTN) e suas leis regulamentadoras não foram recepcionados, desencadeando uma série de reformas através de Emendas Constitucionais a partir do início da década de 1990, que se tornaram necessárias para a compatibilização entre a nova constituição e a legislação tributária (DURÃES, 2019). Contudo, vários itens ainda dependem de regulamentação, sendo iminente a necessidade de avanços em nova Reforma Tributária.

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, com a promulgação da Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 há um descompasso caracterizado pela divisão entre público e privado, porém a lei regula em seu Art. 1º, “em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.” Portanto, se o sistema é “único”, entende-se que a participação do setor privado é complementar ao setor público, conforme o Art. 4º, § 2º “A iniciativa privada poderá participar do SUS, em caráter complementar” (BRASIL, 1990).

Quando as empresas Operadoras de Planos de Saúde (OPS) começaram a celebrar contratos de prestação de serviço de saúde com pessoas físicas e jurídicas com contrapartidas mensais de pagamento não havia regras para a criação dos planos de saúde, até que a Lei Nº 9.656 de 03 de junho de 1998 regulamentou os planos de saúde e sua comercialização no Brasil (BRASIL, 1998).

Com a criação da ANS, pela Lei Nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000, que diz em seu Art. 3º que “a ANS terá 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). Entende-se com isso que as ações de saúde pública devem contemplar a inclusão do setor privado no planejamento.

Albuquerque *et al.* (2011), faz um levantamento da carga tributária incidente sobre as receitas das operadoras de planos de saúde e concluiu que elas pagam 5,73% sobre a receita líquida, 21,25% de carga tributária indireta e 26,68% de carga tributária sobre o valor agregado, totalizando 53,66% do total do faturamento bruto das operadoras de planos de saúde, restando somente 46,34% de seu faturamento para todos os outros custos operacionais e administrativos.

Costa (2016), objetivando identificar as principais causas de fechamento das OPS verificou que os custos com insumos e a alta carga tributária na prestação de serviço são os principais gargalos neste tipo de empreendimento, tornando-o inviável

em longo prazo. A carga tributária incidente sobre os insumos utilizados nos procedimentos de saúde na época variava entre 11,37 a 33,84% nos produtos nacionais e entre 22,24 a 49,52% nos produtos importados. O autor concluiu ainda, que sendo este um dos itens que fazem parte da composição dos custos repassados ao consumidor e por se tratarem de produtos necessários para a prestação de serviços de atendimento e procedimentos de saúde, a revisão tributária deveria ser revista com extrema urgência.

Ainda, este autor destaca os inúmeros tributos incidentes no setor, assim como em qualquer outra atividade mercantil, cujas alíquotas variam de acordo com o porte da empresa e seu regime de tributação, o que torna muito difícil quantificar os percentuais aplicados a cada operadora e causa diferenciação na tributação conforme o tamanho da empresa, diferenças essas que impactam na diferença de preços ao consumidor destes serviços. Os doze impostos relacionados pelo autor são: Imposto de Renda Pessoa Jurídica (IRPJ), Programa de Integração Social (PIS), Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS), Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido (CSLL), Imposto Sobre Serviços De Qualquer Natureza (ISSQN), Imposto Predial Territorial Urbano (IPTU), Imposto Sobre Propriedade De Veículo Automotor (IPVA), Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), Imposto Sobre Produtos Industrializados (IPI), Taxa de Saúde Suplementar (TSS), Imposto Sobre Operações de Crédito, Câmbio, Seguros, Títulos e Valores Mobiliários (IOF) e Imposto Sobre Serviço (ISS), e para encerrar conclui que:

Para melhorar a eficiência da prestação de serviço das operadoras são necessárias medidas pontuais, dentre estas destacamos a revisão tributária dos principais itens utilizados na prestação de serviço das operadoras de saúde, esta revisão tributária deveria ser feita desde a aquisição dos insumos até a manufatura e comercialização do produto final, ainda existe a necessidade de revisão dos tributos municipais, estaduais e federais, visando à isenção total destes impostos para este tipo de atividade e isso se justifica pelo fato de as OPS estarem exercendo uma atividade de obrigação do estado. (COSTA, 2016, p. 16).

Lima e Rezende (2017, p. 242), ressaltam ainda a “tributação em cascata, ou seja, a incidência reiterada de um mesmo tributo nas várias etapas da produção ou circulação”, e complementam, como “ocorre com a tributação do PIS e da COFINS que incidem sobre o valor do ICMS, do INSS, do IRPJ e da Contribuição Social”.

Nesse sentido, conforme publicação do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) um conjunto de leis formado pelas Leis Nº 10.637 de 30 de dezembro de 2002, Nº 10.833 de 29 de dezembro de 2003, Nº 10.865 de 30 de Abril de 2004 e Decreto Nº 6.426 de 07 de abril de 2008, tratam da redução à zero da alíquota de PIS e COFINS incidente sobre toda a cadeia de produção e comercialização de medicamentos, desde a industrialização, importação ou receita de vendas dos produtos farmacêuticos e produtos químicos intermediários de síntese, necessários para a produção de medicamentos em todo o território nacional (OCKÉ-REIS e GAMA, 2016).

Outra medida estudada pelo IPEA é a isenção de IRPJ, CSLL e Contribuição Previdenciária Patronal (CPP) para os hospitais filantrópicos baseada na Constituição Federal de 1988, art. 150, VI, “c” e art. 195º, § 7º; na Lei 9.532 de 10 de

dezembro de 1997, art. 12º e art. 15º; na Medida Provisória Nº 2.158-35, de 24 de agosto de 2001, art. 14, X; na Lei Nº 12.101, de 27 de novembro de 2009 e no Decreto Nº 8.242, de 23 de maio de 2014 que determinam que as entidades filantrópicas na área da saúde devem ofertar no mínimo de 60% da prestação de seus serviços ao SUS, ou aplicar percentual igual da sua receita na gratuidade de atendimentos, além de cumprir outros requisitos legais, como remunerar diretores até o limite do subsídio do serviço público, para fazer jus a tais isenções (OCKÉ-REIS E GAMA, 2016).

Amaral (2019) estudou um modelo mais recente de interação da iniciativa privada nos serviços públicos e avaliou a contribuição dos contratos de Parceria Público-Privados (PPPs) para a melhoria da qualidade do serviço prestado pelo SUS. Constatou que elas contribuem para que o Estado possa oferecer infraestrutura adequada, promovendo a melhoria dos serviços prestados, sem onerar demasiadamente o seu orçamento. Muito embora revele que a implantação de PPPs na área de saúde deva ser vista com cautela, pois tende a reduzir o gasto com o desenvolvimento de pesquisas, ressaltou que elas funcionam bem em diversos setores, como transportes, tecnologia, habitação, educação, lazer e até em penitenciárias, ao desonerar o orçamento fiscal e compartilhar os riscos referentes à prestação de serviços, cabendo ao poder público manter o controle sobre a qualidade e a eficiência dos serviços prestados.

O *National Health Service* (NHS) do Reino Unido, que é uma das principais referências para organização de sistemas de saúde baseados no direito de cidadania e financiado por fontes fiscais é constituído por três partes, nele a porta de entrada, que se assemelha a nossa Atenção Primária em Saúde (APS) é realizada em consultórios privados de clínicos gerais, onde os médicos recebem segundo um contrato de remuneração; os serviços hospitalares especializados, que compreendem a Atenção Secundária em Saúde (ASS) e que são na sua maioria públicos, onde os médicos especialistas são assalariados; e os serviços de saúde pública, que por sua vez incluem as políticas de Atenção Básica em Saúde (ABS) (CONIL, 2021).

O Canadá também estabeleceu um sistema orientado pelo princípio de universalização dos cuidados e financiado a partir de impostos, definido como um seguro nacional, onde os serviços são oferecidos por prestadores privados credenciados com diversas formas de contratos. Na sua maioria são médicos que trabalham em consultórios particulares, clínicas de grupo ou hospitais. Já a enfermagem é assalariada em hospitais, consultórios de grupo, centros comunitários ou estruturas de saúde pública. Dentistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos e outros profissionais atuam predominantemente de modo privado, pois esses cuidados são considerados complementares, sendo garantidos apenas para grupos específicos, como idosos, crianças e população de baixa renda (CONIL, 2021).

Aguiar (2018) estudou, no Brasil, o período de abril de 2015 a abril de 2017, e constatou que as especialidades que apresentam maior demanda por consultas são, a cardiologia com tempo espera de 33 dias, mesmo havendo suficiência de profissionais especialistas na rede, enquanto que para a oftalmologia o tempo médio de espera é de 87 dias, pois não havia suficiência de profissionais dessa especialidade no período estudado, muito embora, essa demora no atendimento especializado também possa existir na rede privada.

Assim como na Austrália (OCKÉ-REIS, 2016), no Reino Unido e no Canadá (CONIL, 2021), países que possuem sistemas de saúde, financiado por fontes fiscais e baseados no direito de cidadania, como o Brasil, o fortalecimento do setor saúde se deu através de incentivos fiscais e parcerias público-privadas entre seus respectivos governos e os prestadores de serviços médicos privados. Neste sentido, o IPEA estudou também, como as isenções fiscais ao setor de medicamentos, e as parcerias público-privadas, através dos hospitais filantrópicos, influenciaram no ambiente de negócios da saúde suplementar e seus reflexos sobre a saúde pública brasileira, sendo importante fonte de subsídio para este estudo (OCKÉ-REIS E GAMA, 2016).

3. METODOLOGIA

Para a realização do presente estudo, e com isso ser possível analisar os efeitos das políticas tributárias sobre os serviços de saúde suplementar no Brasil, foi realizado no período de 25 de junho a 02 de novembro de 2022 uma pesquisa bibliográfica de diagnóstico, de abordagem qualitativa, exploratória e integrativa, na plataforma Google Acadêmico com os seguintes termos: Taxação, “Isenção fiscal”, “Saúde suplementar”, localizando aproximadamente 21 resultados publicados em português, entre 2016 e 2022, classificados por ordem de relevância. O Google Acadêmico é uma plataforma que apresenta os resultados de acordo com a sua relevância, e para isso, leva em conta itens como autor, publicação onde foi divulgada, a frequência que o texto é citado e se possui a versão integral do artigo (BIGOGNO, 2022).

Foram excluídos deste estudo dois resultados da pesquisa que versavam sobre isenções fiscais em outros setores como alimentação e cultura, embora tais itens integrem o conceito “saúde” na forma mais ampla. Foi excluído também um artigo que versava sobre isenção fiscal de uma concessionária de energia elétrica, outro sobre grandes fortunas e um sobre o caso de uma isenção por uma doença específica. Excluiu-se um artigo que versava sobre as propostas na área da saúde nos programas dos candidatos à presidência da república do Brasil em 2018 e um artigo que tratava de *fundraising* de um hospital público. Com isso restaram 14 artigos, dissertações e teses que fazem parte deste estudo.

Há dificuldade de encontrar artigos relacionados ao tema nas bases de dados específicas da área da saúde, como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), o portal da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), entre outras, confirmando o que Santos e Amarante (2010) e Avelar *et al.* (2018) constataram em seus respectivos estudos. A escassez de artigos constitui-se na principal limitação deste estudo e os resultados da busca foram determinantes para conduzir a discussão e as considerações finais na direção em que se apresentam.

Entre os materiais consultados para o embasamento teórico deste trabalho, constam ainda, dados da Agência Brasil e publicações do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Nas próximas seções, são apresentados os resultados encontrados, a discussão e as considerações finais.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção estão apresentados em forma de quadro os objetivos e resumos dos quatorze resultados encontrados na pesquisa, selecionados para a elaboração deste estudo.

Quadro 01: Apresentação dos Resultados

Título	Objetivos e Resultados	Autor/Ano
Estado e Mercado, Continuidade e Mudança: A Dualidade da Política de Saúde nos Governos FHC e Lula.	Explica a dualidade da política de saúde, a despeito das inovações de âmbito jurídico-institucional e variações no cenário político, próprias dos governos FHC e Lula. Conclui que, além de submetida aos efeitos de <i>feedback</i> de decisões do passado, a política de saúde resulta de uma permanente tensão entre a interpretação e a execução das regras, bem como da ação intencional de atores que buscam direcionar a política de saúde de acordo com as suas visões e interesses. A agenda de mudança incremental no SUS constitui-se permeada de desacordos sobre a proposta de universalização da saúde, que tendem fortalecer o setor.	ARAÚJO, Carmem Emmanuely Leitão. 2017.
A Produção em Saúde do Ipea: Contribuição à Promoção do Desenvolvimento Socioeconômico Brasileiro.	Analisa as contribuições do Ipea à promoção do desenvolvimento socioeconômico nacional, por meio de sua produção em saúde do período de 1982 a 2018, a fim de identificar as relações entre os diversos assuntos tratados nos documentos produzidos que são de interesse para a saúde. Conclui que o Ipea têm produzido conhecimento e oferecido informação relevante sobre aspectos relacionados à saúde da população e ao setor saúde, especialmente no tocante à identificação de problemas e ao acompanhamento, ao monitoramento e à avaliação de políticas e programas públicos, e é possível potencializar essa contribuição na área da saúde, com a participação mais ativa do seu corpo técnico na elaboração de propostas, nas formulações políticas e no planejamento da saúde, divididos em três categorias: I) financiamento do SUS, gastos em saúde e regulação governamental; II) alocação de recursos e gestão em saúde; e III) desigualdades nos níveis de saúde, no acesso aos serviços de saúde e participação social.	VIEIRA, Fabíola Sulpino. 2019.
O Protagonismo do Estado na Supercapitalização da Política De Saúde: O fortalecimento da saúde suplementar em debate.	Analisa o papel do Estado frente à supercapitalização da saúde por meio de incentivos à saúde suplementar nos governos Temer e Bolsonaro. Os resultados da pesquisa indicam condições essenciais para a luta de classes em torno da defesa do SUS público-estatal, concluindo que o atual processo de desfinanciamento do SUS inviabiliza seu avanço enquanto principal política pública de caráter universal, abrindo enormes brechas para a mercantilização da saúde. Os governos de Temer e de Bolsonaro agiram em consonância para favorecer uma nova estrutura de saúde que impossibilite futuras crises do mercado de saúde suplementar, e apontam para as atuais tendências de uma reconfiguração no sistema de saúde brasileiro, através da supercapitalização, em que a saúde suplementar se torna o principal meio de acesso à saúde. Caracterizou as ações do Estado na viabilização da supercapitalização da saúde, que teve centralidade no fortalecimento da saúde suplementar desde os governos do PT.	ALVES, Pâmela Karoline Lins. 2021.

<p>Renúncia de Arrecadação Fiscal em Saúde no Estado Brasileiro: forma político-jurídica no capitalismo contemporâneo.</p>	<p>Analisa os gastos tributários na saúde no orçamento da Seguridade Social, no financiamento do SUS, ressalta os gastos tributários proporcionados às pessoas físicas e jurídicas, à indústria farmacêutica e aos hospitais filantrópicos. Conclui que a renúncia fiscal na saúde realça no curto prazo, o caráter benéfico das famílias e empresas reaverem os dispêndios em bens e serviços privados de saúde, mas no longo prazo, evidencia o agravamento das desestruturas sociais, posto que os trabalhadores e as famílias de baixa renda comprometem mais com os gastos em saúde, devido ao caráter regressivo do sistema tributário brasileiro. As isenções, deduções e alíquotas zero da indústria e dos hospitais podem exprimir aspectos de distorção na prioridade dos recursos do SUS.</p>	<p>MACHADO, Felipe Galvão. 2017.</p>
<p>Elites econômicas, Estado e o Sistema Único de Saúde: fragilidades nas políticas sociais e na democracia brasileira.</p>	<p>Analisa os principais mecanismos utilizados pelas elites políticas e econômicas para tirar vantagens em benefício próprio das políticas sociais, particularmente da política de saúde, destacando os mecanismos que permitem o aproveitamento das políticas sociais de cunho político partidário e econômico. A análise mostra o caráter ambíguo das instituições e da legislação brasileiras, que simultaneamente promovem políticas públicas de caráter universal e mantém privilégios e facilidades que permitem a manutenção de barganhas corporativas e políticas que beneficiam as elites. O estudo examinou quatro mecanismos de apropriação pelas elites da política pública de saúde no Brasil: As renúncias fiscais em benefício do mercado privado de saúde; A forma pela qual a chamada saúde suplementar no Brasil beneficia duplamente seus segurados; A apropriação de recursos públicos pelos prestadores privados de saúde para o SUS e; A forma pela qual as emendas parlamentares ao orçamento beneficiam interesses políticos de caráter privado.</p>	<p>RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida; CAVALCANTI, Mariana; SOUZA, Flávia. 2018.</p>
<p>O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: Uma discussão prospectiva e inevitável.</p>	<p>Analisa o sistema de saúde brasileiro visando identificar estratégias promissoras para seu desenvolvimento, discutindo suas aproximações e distanciamentos de três tipos de SS: Baseados nos serviços nacionais universais (beveridgeanos); Baseados em seguros sociais obrigatórios (bismarckianos); Baseados em seguros privados voluntários (smithianos). Concluíram que o SS brasileiro é misto/segmentado, com muitos aspectos beveridgeanos, especialmente na APS, e smithianos (setor privado, cuidado especializado e hospitalar – insuficientes no SUS); e pouco similar aos bismarckianos. Nos seus aspectos smithianos e bismarckianos, é muito intensa a vigência da lei dos cuidados inversos, com financiamento público do setor privado para o quartil mais rico da população. Para maior racionalidade, equidade e universalidade, há que se investir nos aspectos beveridgeanos do SS brasileiro, o que não vem ocorrendo: reduzir gastos tributários em saúde, expandir e qualificar a APS via Estratégia Saúde da Família (ESF) e o cuidado especializado e hospitalar, regionalizar sua gestão, reduzindo desigualdades, e aumentar o poder de coordenação da ESF, ampliando/modificando os NASFs.</p>	<p>SERAPIONI, Mauro; TESSER, Charles Dalcanale. 2019.</p>

<p>Análise do alinhamento das 283 propostas nos três eixos aprovadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8) – 2019 – com as Políticas Nacionais de Saúde, como Instrumento de Gestão em Saúde.</p>	<p>Analisa o alinhamento das 283 propostas aprovadas da 16ª Conferência Nacional de Saúde a partir dos três eixos temáticos da Conferência: Saúde como direito; Consolidação dos Princípios do SUS; Financiamento adequado e suficiente para o SUS, com as 49 PNSs estratificadas por grupos. Verificou a existência de 159 (56,18%) propostas alinhadas e 124 (43,82%) de propostas não alinhadas. Foram evidenciadas propostas de caráter político, econômico ou ligadas à necessidade de recursos humanos para o setor saúde. Dentre as principais propostas foram identificadas: Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS); Política Nacional de Atenção Básica; Política Nacional de Saúde Mental e Política Nacional de Informação e Informática em Educação. Conclui que o processo e a dinâmica da Conferência estudada compõem um espaço importante para discussão e canalização de demandas e identificação de necessidades do setor.</p>	<p>AMARAL, Nadir Francisco do. 2020.</p>
<p>Os Gastos Públicos e Privados com Saúde das Famílias Brasileiras de 2000 a 2015.</p>	<p>Analisa o financiamento do SUS e a articulação entre a saúde pública e a suplementar. Objetiva evidenciar as questões relevantes sobre os gastos das famílias destinados à saúde suplementar e analisar os gastos públicos e privados em saúde pública no Brasil. Contribui para a economia da saúde e traz novas ponderações para que outros pesquisadores aprofundem a complexidade dos limites à renúncia fiscal. Conclui que, os gastos das famílias destinados à saúde suplementar englobam questões da Economia da Saúde, que formam um campo importante de discussão dentro das Ciências Econômicas. O caráter duplicado e suplementar do sistema de saúde brasileiro ocasiona características ímpares na oferta, na demanda e no acesso à assistência de saúde.</p>	<p>MACHADO, Felipe Galvão. 2015 (publicado em 2016).</p>
<p>A Participação dos Representantes do Setor Filantrópico em Conselhos Estaduais de Saúde.</p>	<p>Analisa a direção política da participação dos representantes do setor filantrópico nos conselhos estaduais de saúde, da região sul do Brasil. Estuda a participação do setor filantrópico nos conselhos de saúde. Sustenta a ideia de que a política de saúde no Brasil deveria ser totalmente pública estatal, gratuita e de qualidade e que nesse sentido o Sistema Único de Saúde - SUS, ainda possui uma longa caminhada para sua consolidação. Identificou que o setor filantrópico utiliza pouco os Conselhos Estaduais de Saúde para expor suas demandas, ao mesmo tempo em que evidenciou o uso de outras estratégias para atingi-las. Para tanto, foi realizada análise documental das atas das reuniões dos conselhos, durante o ano de 2016. Os conselhos de saúde se consolidam enquanto espaços institucionalizados de participação da comunidade, possuem natureza deliberativa e consultiva quanto ao planejamento, gestão e execução da política de saúde. O trabalho se dividiu em três capítulos: I – O setor filantrópico da saúde no Brasil; II – Conjuntura do SUS e suas tendências teórico-políticas e III – A participação do setor filantrópico nos conselhos estaduais de saúde da região sul do Brasil. O terceiro capítulo apresenta os resultados da pesquisa nas atas e a análise sobre as manifestações do setor filantrópico nos conselhos. A relação público-privada na saúde é complexa e o setor filantrópico se entrelaça a esse dilema.</p>	<p>CUNHA, Aline Tassiera Marques da. 2019.</p>

<p>Judicialização da Saúde: Uma Análise a partir dos Assistentes Sociais Inseridos na Rede Hospitalar Pública do Município de Aracaju - SE.</p>	<p>Analisa, sob a perspectiva dos assistentes sociais, a estratégia da judicialização da saúde para a reivindicação de direitos e perpassa a análise de que esta estratégia evidencia um impasse entre a garantia e a negação desses direitos. Concluiu que, apesar de a judicialização da saúde ser uma alternativa legítima e extremamente importante na garantia e manutenção dos direitos no âmbito do SUS, a mesma opera em certa superficialidade com resoluções pontuais e muitas vezes individualizadas dos problemas coletivos de saúde. Acerca dos impactos da judicialização da saúde sobre o exercício profissional do assistente social, a maioria dos entrevistados não identificou tais aspectos, evidenciando a necessidade de que estes profissionais tenham espaços de reflexão que possibilitem a compreensão da realidade além de seu imediatismo, levando à análise das contradições capitalistas e sua incidência sobre seus processos de trabalho.</p>	<p>ANDRADE, Regiane Freitas do Nascimento. 2019.</p>
<p>Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS): reconfiguração das relações público-privada e avanço da filantropia mercantil no setor da saúde.</p>	<p>Analisa as características do programa considerando o seu teor histórico, sua configuração e a relação público-privado nas políticas de saúde. A análise se apoia no materialismo histórico-dialético e na teoria social crítica. Afirma que o PROADI-SUS é a expressão de uma reconfiguração do setor filantrópico e não reconhece a experiência prévia na gestão estatal no setor saúde, embora a prática de se ter isenção fiscal através da realização de projetos já viesse sendo realizada por hospitais considerados estratégicos desde 1998. Constatou que, no período analisado, foram realizados 407 projetos, totalizando um valor de R\$3.377.444.187,62. Houve um aumento real dos recursos do programa, com variação percentual anual de mais de 40%. Os dados indicaram benefício direto das instituições privadas, para além da isenção concedida propriamente dita, além de dificuldade no alinhamento dos projetos às diretrizes do SUS. Constatou fragilidade no monitoramento e avaliação do programa, com falta de transparência. No entanto, em um cenário de austeridade e desfinanciamento da política de saúde, recursos dos gastos tributários foram considerados como significativos para implementação das políticas sociais, além do programa ter sido indicado como uma forma de superar a burocracia estatal.</p>	<p>SANTOS, Julia Amorim. 2021.</p>
<p>Financiamento do SUS – Limites Institucionais e Práticos.</p>	<p>Analisa o contexto do financiamento do sistema de saúde brasileiro, apontando o desenvolvimento histórico, organização e descentralização e também o contexto de saúde pública no Brasil. O estudo descreve as Renúncias Fiscais em saúde sob o enfoque de Incentivos do Governo ao setor privado e Pessoa Física, Desonerações Fiscais, cujas desonerações alcançam impostos que subsidiam o SUS. Aborda também os Programas de Recuperação Fiscal – REFIS e as crescentes demandas de ações judiciais.</p>	<p>ALCÂNTARA, Suelena Aparecida de. 2017.</p>
<p>Financiamento Público de Saúde: Desafios e Perspectivas.</p>	<p>Analisa o sistema público de saúde Brasileiro pós-constituição de 88, bem como contextualiza historicamente a política de saúde no Brasil, sua origem, mudanças no seu modelo de financiamento com ênfase nas alterações causadas pela EC-29 seu impactos no sistema e, por fim, analisa comparativamente o SUS com outros sistemas de proteção social.</p>	<p>FRANCO, Bruno Brettas. 2016.</p>

Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (Fies): Neoliberalismo e Subsídio Federal Durante os Governos do Partido dos Trabalhadores.	O objetivo deste estudo é mostrar que a imensa quantidade de verbas públicas repassadas para a iniciativa privada, por meio do FIES, sem qualquer tipo de controle, sem exigência de qualidade de formação e sem exigência de retorno social adequado, apenas gerou lucros abusivos a grupos de investidores em educação. Concluiu que esses recursos poderiam ser aplicados nas Instituições de Educação Superior públicas no Brasil.	SOEIRO DE FARIA, Reginaldo Tadeu. 2021.
--	--	---

Fonte: Elaborado pelo autor.

Embora este último artigo resultante da pesquisa seja sobre financiamento estudantil, é interessante mantê-lo no estudo, pois permite traçar um paralelo entre as formas de financiamento educacional e as formas de financiamento na área da saúde.

5. DISCUSSÃO

Para poder diagnosticar a relação existente entre as políticas públicas e tributárias, seus impactos sobre a saúde suplementar no Brasil e suas relações com o SUS público se fez necessário dividir os resultados da pesquisa em tópicos conforme são trazidos no referencial teórico deste estudo.

Nesse aspecto, Vieira (2019) destaca a relevância dos trabalhos na área socioeconômica da saúde, que ainda permanece pouco reconhecida, especialmente entre os gestores públicos. No tocante ao papel do gestor conforme citado por Paiva *et al.* (2018), Franco (2016) destaca que a boa gestão dos recursos constitui elemento que influencia diretamente na amplitude da cobertura e na qualidade do atendimento, tanto na esfera pública como na privada.

As reformas ao Sistema Tributário Nacional, trazidas por Durães (2019), encontram entre os resultados da pesquisa, Machado (2015), que ressalta que o sistema tributário brasileiro usa da progressividade para tentar garantir a equidade, porém, os chamados impostos proporcionais, incidem sobre toda a população com a mesma taxa de alíquota, sendo fator limitante de acesso aos bens de consumos e serviços de saúde, para os extratos inferiores de renda. Alcântara (2017) concorda que é necessário apontar alternativas de ampliação dos recursos do setor saúde, sem aumentar a já alta carga tributária imposta a todos os brasileiros.

Sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), Alcântara (2017) aponta ainda que o sistema é subfinanciado e apresenta desempenho abaixo das expectativas. Requer mais recursos financeiros para atingir plenamente seu objetivo e evidencia que, dos mecanismos de financiamento e possíveis fontes de receita, as desonerações fiscais para pessoas físicas e jurídicas, são as que mais reduzem os recursos no setor de saúde. Neste sentido, Franco (2016), conclui que o sistema proposto para o Brasil exige um Estado forte, o que não é o caso brasileiro. Serapioni e Tesser (2019) também identificaram a existência de longas filas no SUS e a insuficiência na provisão de cuidados especializados ambulatoriais, assim como nas internações. As dificuldades do SUS em garantir a inclusão social parecem emperradas nas limitações dos gestores em estabelecer uma rede assistencial condizente para as pretensões de garantir a integralidade e a qualidade da atenção à saúde (ARAÚJO, 2017).

Na questão do financiamento do SUS, Serapioni e Tesser (2019, p. 54), identificaram que o mesmo “padece de indefensável e iníquo financiamento público”, incompatível com a ética da saúde pública que concerne pela justiça social na distribuição dos recursos. Machado (2015) conclui que o déficit de financiamento do SUS não condiz com os princípios da universalidade, pois enquanto os gastos privados das famílias brasileiras representarem a maior parte dos gastos totais com saúde faz-se necessário impor limites à renúncia fiscal. Neste sentido Machado (2017) constatou também que não houve prioridade ao financiamento da Seguridade Social, especialmente na área da Saúde, ao longo dos governos de centro-esquerda no Brasil, e enfatiza que o SUS apresenta um problema estrutural de financiamento desde a sua criação que foi agravado pelas crises políticas econômicas subsequentes.

No caso das empresas Operadoras de Planos de Saúde (OPSs), conforme Albuquerque *et al.* (2011) e Costa (2016), Machado (2015) destaca a dualidade da saúde no Brasil retratada como uma dicotomia, porque enquanto o Estado protege o direito à saúde, também protege o espaço para as organizações de saúde privada na livre concorrência pelo mercado consumidor de planos e seguros de saúde. Alves (2021) constatou que durante os anos de 1989 a 2015 houve um crescimento contínuo do sistema de saúde suplementar atingindo 50,2 milhões usuários, atrelado ao aumento de subsídios para oferta de planos de saúde acessíveis, à renúncia fiscal, a compra de planos de saúde para funcionários públicos, a emissão de certificação filantrópica e outros subsídios ao setor.

Alves (2021, p. 14) apontou também que a partir de 2016, as dificuldades enfrentadas na economia, aliadas a “flexibilização das relações trabalhistas”, vêm denotando a menor capacidade da população em garantir sua subsistência, e esse fator tem afetado diretamente na diminuição da utilização dos serviços de saúde suplementar. Machado (2015) conclui que a elevada taxa de participação do setor privado no sistema de saúde brasileiro denota a impressão de um atendimento desigual, enquanto os cidadãos de maior poder aquisitivo usufruem de melhores serviços, o SUS é considerado um serviço de baixa qualidade direcionado aos pobres, e isso retira do Sistema a noção de ser uma política universal promotora de desenvolvimento e crescimento econômico. Araújo (2017, p. 299) acrescenta que “permanentemente, os trabalhadores brasileiros organizados pleiteiam planos privados como legítimos direitos adquiridos”.

Sobre a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Vieira (2019) conclui pela necessidade da atuação estatal no setor, para regulamentar e enfrentar os entraves ao desenvolvimento, que envolve tanto o subsistema público quanto o privado, observando os princípios e as diretrizes do direito à saúde. Araújo (2017) por outro lado, constatou que a ANS não teve dificuldade em estabelecer as prioridades regulatórias, inclusive em aspectos que revelaram descontentamento das operadoras, ao tentar transpor uma agenda do SUS para o mercado, e apesar desse empenho, nenhuma estratégia diferenciada foi adotada para alterar a rota dual da política de saúde, como verificado por Machado (2015). Araújo (2017) destacou a dificuldade dos gestores públicos em estabelecerem regulação em relação às ações das OPSs na assistência à população.

Franco (2016, p. 70 e 71), aponta que “de maneira geral os governos, sejam da era PSDB ou PT, trataram a saúde não como política pública de caráter universal, mas como ônus do estado” e que “as instituições públicas e de controle fiscal ainda não estão fortemente constituídas a ponto de garantir uma gestão à altura das necessidades que se impõe à garantia do funcionamento satisfatório do SUS.” No que Santos (2021) destaca uma significativa fragilidade na gestão dos programas e a necessidade de aumentar a regulação do setor estatal, diminuindo a imprecisão das informações para fortalecer a tomada de decisão e os rumos das políticas públicas.

Araújo (2017) também observou as pautas do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Intergestores Tripartite, e confirmou o desinteresse sobre os processos de regulação da saúde suplementar. Pelo contrário, mesmo tendo percebido o esforço da ANS em imprimir práticas de controle mercadológico e assistenciais às operadoras de planos e seguros de saúde, faz isso à parte da agenda

intergovernamental do SUS, sem qualquer alusão ao significado da saúde suplementar dentro do discurso de fortalecimento do SUS, o que contrapõem Santos e Amarante (2010) que entre as justificativas deste trabalho citaram o interesse do governo federal em disponibilizar planos de saúde privados para os servidores públicos federais da administração direta, de autarquias e fundações. Em relação aos planos e seguros privados, Araújo (2017) considera como o principal evento de consolidação da Saúde Suplementar no Brasil, o fato de que o Estado não visualizou de imediato a relevância do seu papel regulador na definição da regulamentação e regulação da saúde suplementar e sua participação no SUS.

Andrade (2019, p. 165) afirma que a judicialização da saúde é uma “estratégia que expressa o aprofundamento do neoliberalismo”, sem desconsiderar se tratar de uma das poucas possibilidades para a garantia dos direitos dos pacientes. Nesse sentido, Cunha (2019) constatou que o neoliberalismo existe, mas só para os pobres, pois os muito ricos são protegidos pelo sistema. Considera ainda que as grandes entidades são muito grandes para cair e são resgatadas sempre que têm problemas, e conclui que os impostos servem para subvencionar essas empresas e com elas, os ricos e poderosos.

A respeito das Parcerias Público-Privadas (PPPs), referenciadas por Amaral (2019), O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) estudado por Santos (2021) a partir de 2009, considerou que sua articulação público/privado nas políticas de saúde, e as correlações com as políticas sociais, tratam-se na verdade de uma reconfiguração do setor filantrópico, através da modalidade de desenvolvimento de projetos voltados ao SUS, além do modelo assistencial tradicional. Configurou uma experiência inicial de renúncia fiscal que acabava sendo direcionada para as políticas de saúde em um cenário de subfinanciamento sistemático das políticas sociais, implementando as políticas de saúde de uma forma mais flexível e eficaz, tentando contornar a burocracia estatal e o chamado “Custo Brasil”.

Ainda sobre o PROADI-SUS, Santos (2021) verificou que diferentemente da filantropia tradicional, onde está previsto a oferta de 60% dos recursos concedidos em ações assistenciais para o SUS, os hospitais que fizessem parte do programa teriam que desenvolver ações assistenciais, referente a 30% de gratuidade. Cunha (2019, p. 96) definiu que o setor filantrópico é antes de tudo um setor privado de atendimento à saúde e em uma análise mais crítica instiga, que este insiste “na colaboração para o fortalecimento de uma perspectiva de desmonte dos ideais de um SUS 100% estatal, gratuito e de qualidade”.

Machado (2017), revendo questões da política tributária, destaca o aspecto da regressividade, onde os impostos indiretos se concentram nos rendimentos originários do trabalho, ao invés dos frutos da renda, propriedade e lucro. Sobre isso, Serapioni e Tesser (2019) constataram que o sistema privado movimenta a maior parte dos gastos em saúde do País, atendendo apenas ao quartil mais rico da população, incluindo os servidores públicos, que também são subsidiados pelo Estado no consumo dos planos privados e no desembolso direto.

Ao analisar as formas de tributação, isenções, deduções fiscais e restituição dos serviços de saúde suplementar, Rodrigues *et al.*(2018) se refere ao gasto tributário e às renúncias fiscais como instrumento de incentivo social e econômico, e

ratifica a tendência do Brasil em financiar o setor privado de saúde, evidenciando a existência do incentivo estatal ao consumo privado de saúde, onde pessoas físicas e jurídicas podem deduzir no imposto de renda, gastos com saúde privada. Serapioni e Tesser (2019), concluíram que uma redução drástica do gasto tributário em saúde aumentaria em até 30% o orçamento federal na saúde, corroborando no sentido exposto por Silveira *et al.*, (2019) na introdução deste estudo. Alcântara (2017) registrou em 2015 a isenção de impostos no valor de R\$ 87,79 bilhões, beneficiando apenas o estrato de maior renda, aumentando a desigualdade e reduzindo os recursos disponíveis para a saúde pública, e acrescentou que pesquisar mecanismos que possam dar soluções ao financiamento público da saúde, certamente contribuirá para o fortalecimento do SUS.

Dos resultados da pesquisa, Andrade (2019) abordou um tema que não havia sido referenciado neste estudo, a questão da judicialização como fator tomador de verbas destinadas à saúde, se tornando uma alternativa para a reivindicação dos direitos no âmbito do SUS, visto que é dever do Estado disponibilizar aquilo que fora violado, transferindo a responsabilidade daquilo que deveria ser disponibilizado pela esfera do Poder Executivo, para o ente Judiciário. Santos (2021) ao considerar que o direito e o Estado estabelecem uma interação no curso de seu desenvolvimento, a forma jurídica também se reorganiza de modo a se conceber e se instituir o direito. A discussão sobre os elementos que mascaram a atual crise da saúde pública e que são a base do fenômeno da judicialização é primordial para entender que este é apenas a expressão aparente de um problema estrutural muito mais profundo (ANDRADE, 2019).

Ao tentar identificar modelos de políticas públicas e os resultados que estas apresentam na área da saúde suplementar, entre todos os aspectos trazidos ao estudo, o item que mais mostrou relevância nos resultados encontrados na pesquisa bibliográfica, foi justamente este. Rodrigues *et al.* (2018) constatou a relação entre o político e o econômico, baseado numa agenda liberal, na personalização e na individualização, fortalecendo o caráter clientelista das ações políticas, contribuindo para o abismo da desigualdade social. Vieira (2019) destaca que há uma lacuna de produção de propostas nos processos de formulação de políticas e de formação da agenda para o setor e Araújo (2017) reitera que as regras do SUS são imprecisas e ambíguas, especialmente no que diz respeito ao financiamento e à participação do setor privado, gerando aberturas para reinterpretações.

Rodrigues *et al.* (2018) ainda sobre as políticas de saúde, descreveu os mecanismos que as elites têm utilizado para garantir a sua permanência no controle das estruturas de poder e da lógica econômica estabelecida e enraizada na origem do Estado brasileiro. Araújo (2017) reforça a importância de pesquisas que tratem a questão da burocracia para entender a limitação na implementação das decisões políticas. Andrade (2019, p. 157) demonstrou que a judicialização da saúde necessita ser avaliada “não pela sua especificidade, mas pela relação que possui com a conjuntura política e social da saúde”.

Araújo (2017) cita também, entre os vários empecilhos para a expansão do SUS, como a visão da importância de enxugar o Estado, o argumento de que é mais importante para o SUS fortalecer seus aspectos gerenciais e incentivar o mercado na provisão dos serviços de saúde. Amaral (2020, p. 41 e 42) destaca que “a relevância da participação social na definição das políticas de saúde tem sido bem

estabelecida pela pluralidade de atores envolvidos no espaço das conferências e dos conselhos de saúde.” Sendo para isso necessário a reflexão sincera sobre as causas do distanciamento entre gestores, conferências de saúde e conselhos de saúde, sob-risco da perpetuação de “um processo desconectado, paralelo, fragmentado e inconsequente”.

Conforme Araújo (2017), ao analisar o papel do Estado brasileiro em relação às políticas sociais, as decisões governamentais para a prestação de assistência à saúde compuseram um enquadramento que fortaleceu o setor privado na assistência à saúde mesmo durante os anos do governo de centro-esquerda. E Machado (2017, p. 75), evidenciou no período 1999 a 2015, “as tendências do capitalismo contemporâneo em crise nas configurações do financiamento do SUS”. Alves (2021) destacou que o crescimento do setor privado não se deu pela ausência do Estado, muito antes pelo contrário, a consolidação da saúde suplementar se deu tendo como principal viabilizador o próprio Estado, fomentando o crescimento do setor a partir da contratação de serviços terceirizados. No estudo, Araújo (2017) complementa ainda que a questão principal nos governos de centro-esquerda foi a ausência de propostas capazes de reverter a persistência da dualidade da política de saúde, ou pior, foi a verificação de aplicação de políticas muito similares às do governo de centro-direita.

Soeiro de Faria (2021) aborda o tema do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES), que pode talvez servir de comparativo entre os sistemas de financiamento nas áreas da educação e saúde. A primeira grande constatação é justamente sobre um tema que não foi levado em consideração na elaboração deste estudo: a qualidade dos serviços. Mas enquanto Machado (2015) conclui que os cidadãos de maior poder aquisitivo usufruem de melhores serviços no setor privado, e o sistema de saúde brasileiro denota a impressão de um atendimento desigual, considerando o SUS público um serviço de baixa qualidade e direcionado aos pobres, Soeiro de Faria (2021) destaca a percepção da população em relação à superioridade das Instituições de Ensino Superior (IES) públicas em comparação com as IES privadas, e comprova essa percepção com dados Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) e do Índice Geral de Cursos (IGC) que avaliam o desempenho dos alunos e das instituições de ensino superior do país, com base na média ponderada das notas dos cursos de graduação e pós-graduação dessas instituições.

Outra constatação importante sobre o estudo de Soeiro de Faria (2021), diz respeito ao gasto tributário, pois enquanto a grande maioria dos agraciados pelo FIES pertencem às classes C, D e E, e acumulam dívidas durante o curso de formação superior, os estudantes de famílias pertencentes aos estratos superiores de renda gozam da prerrogativa de poder abater no imposto renda boa parte dos valores gastos em educação. Neste sentido, Alcântara (2017), Alves (2021) e Machado (2017) demonstram que os gastos tributários constituem importante mecanismo de desigualdade social na lógica das políticas do Estado brasileiro representando R\$ 39 bilhões de renúncias de arrecadação fiscal apenas na área da saúde somente no ano de 2017. Segundo Soeiro de Faria (2021, p. 163), “quando o FIES completou 20 anos, em 2019, apresentava um déficit de 13 bilhões”, valor que representa um terço do gasto tributário na saúde de um único ano, 2017 no caso.

Do mesmo modo que na saúde, Soeiro de Faria (2021, p. 165) destaca o fato de que “os bilhões de reais investidos pelo poder público no ensino superior privado

acabaram por se tornar lucros altíssimos dos acionistas das principais empresas do setor com ações em bolsa de valores”, e sobre isso Franco (2016, p. 71) já destacava o fato de que as “instituições públicas e de controle fiscal ainda não estão fortemente constituídas a ponto de garantir uma gestão à altura das necessidades que se impõe à garantia do funcionamento satisfatório do SUS”, assim como do FIES.

Ao investigar sobre como o SUS pode ser fortalecido pelos serviços de saúde suplementar e tentar identificar os principais efeitos das atuais políticas públicas e tributárias sobre os serviços de saúde suplementar no Brasil, com base nos estudos de Alcântara (2017), Alves (2021) e Machado (2017), podemos observar que a situação da tributação na saúde favorece os estratos superiores de renda em detrimento da maior parte da população brasileira. Os resultados de Rodrigues *et al.* (2018) e Serapioni e Tesser (2019) corroboram esse posicionamento, e confirmam a tendência do Brasil em financiar o consumo privado de saúde justamente para as camadas mais abastadas. Sendo urgente rever as formas de tributação, isenção e dedução fiscal para proporcionar uma melhor equidade na distribuição tributária.

Cunha (2019) e Santos (2021) verificaram que o setor filantrópico é o principal ente do setor privado com políticas voltadas ao atendimento à saúde pública, muito embora discordem entre si sob o aspecto da perspectiva de desmonte dos ideais do SUS defendida por Cunha (2019). Santos (2021) destaca a necessidade de uma maior regulação estatal com essa nova forma de filantropia-mercantil, o aumento da eficiência administrativa e a redução da dicotomia público-privada, com o setor estatal assumindo papel de liderança na mobilização de redes público-privadas, para conseguir atingir os objetivos da universalidade, equidade e integralidade. Nesse sentido, pelos aspectos vistos neste estudo, concluo que as parcerias público-privadas representam a melhor alternativa de fortalecimento do SUS para ampliar a cobertura e aumentar a capacidade de atendimento à população dentro das limitações orçamentárias do financiamento da saúde pública no Brasil.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim como Cunha (2019), a primeira grande conclusão deste estudo aponta para o caráter inacabado do trabalho. A amplitude e a magnitude dos temas pesquisados, aliados à ingenuidade política do autor para interpretar todos os atores envolvidos nas políticas públicas e tributárias não permitem ter a pretensão de dar a reflexão por terminada, constatação essa comum a grande parte dos artigos que integraram a pesquisa.

Os resultados da pesquisa não permitiram verificar uma relação causal direta entre a carga tributária e o consumo de planos de saúde, nem tampouco verificar a saúde financeira das Operadoras de Planos de Saúde no que tange ao peso dos tributos sobre seus custos operacionais e seu relativo impacto na margem de contribuição dessas empresas, mesmo porque, essas questões não estavam diretamente ligadas ao escopo do trabalho.

Este diagnóstico sobre os impactos da carga tributária nos serviços de saúde suplementar no Brasil permitiu traçar um panorama sobre como as políticas públicas e tributárias vem influenciando todo o sistema de saúde brasileiro desde antes da criação do SUS e conseqüentemente a vida dos usuários.

Há um entendimento, entre os autores pesquisados, sobre a necessidade de se estudar novas formas de tributação a fim de reduzir os encargos que encarecem os serviços de saúde, tanto públicos como privados e também a urgência em se reduzir o gasto tributário, que favorece os estratos superiores de renda e “sangra” os cofres públicos de maneira inaceitável.

Mesmo que o SUS represente a gratuidade dos serviços em saúde para toda a população, há que se considerar que muito embora as pessoas que têm menos renda gastem menos com saúde por utilizar mais o sistema gratuito, ainda assim, o peso dos gastos em saúde sobre suas rendas é muito maior que nos estratos superiores de renda, e nesse sentido é importante indicar maneiras de melhorar a distribuição dos gastos por nível de renda.

Foi possível compreender que as dificuldades de financiamento do SUS decorrem de um descompasso histórico entre as políticas em saúde e as políticas orçamentárias. A desoneração fiscal para pessoas físicas e jurídicas e a desvinculação dos recursos da Saúde Pública, são medidas que podem ou não, contribuir como o sistema de políticas públicas do Estado, estabelecendo limites de incentivo por meio de renúncias fiscais e restabelecendo a participação de recursos federais no financiamento do SUS, sendo assim apenas um ponto de partida para novos estudos na área.

Interessante perceber que a expansão da saúde suplementar se deu justamente no período de consolidação e implementação do SUS baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Essa expansão pode estar indiretamente ligada à descrença da população na capacidade de efetivação do Sistema Único de Saúde, e isso ter gerado uma busca maior pela sensação de segurança institucional percebida em relação ao setor privado da saúde suplementar.

Outra constatação deste estudo foi, que a melhora na saúde econômica das famílias brasileiras impacta diretamente na adesão aos planos de saúde suplementar. Levando-se em conta que a maioria dos usuários da saúde suplementar é oriunda de planos empresariais, tem-se como outro fator importante para a queda na adesão, a flexibilização dos contratos de trabalho, que permitiu a contratação de serviços sem vínculo empregatício, excluído deste trabalhador o direito ao plano de saúde da empresa contratante.

Este estudo aponta ainda para necessidade de viabilizar oportunidades de articulação com o setor privado, desenvolvendo parcerias público-privadas com compartilhamento de riscos operacionais e financeiros, objetivando estimular aumentos de produtividade e ganhos de eficiência, desde que sejam implementadas políticas de gestão, fiscalização e controle dos gastos orçamentários a fim de evitar o desperdício e a malversação do dinheiro público.

Finalmente, as conclusões deste estudo convergem para a necessidade da formação de gestores na área da saúde com competências para gerirem os recursos de forma idônea e focados nas premissas do SUS da universalidade, integralidade e equidade, além de contribuir para novas pesquisas e para a construção do conhecimento sobre as mudanças necessárias nas políticas públicas e tributárias, na área da saúde.

Ressalto ainda que este trabalho foi desenvolvido e apresentado em uma instituição pública na área da saúde, que carece de recursos federais e defende os princípios de um Sistema Único de Saúde público, baseado na universalidade, na integralidade e na equidade do acesso à saúde, custeado a partir de fontes fiscais.

As reflexões trazidas ao texto, a partir dos resultados da pesquisa, foram de grande valia para desvendar aspectos relevantes dos fatos envolvidos nas políticas públicas e na política tributária, contribuindo para o aprofundamento dos debates futuros sobre o tema, sugerindo novos desdobramentos e instigando a continuidade do trabalho.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **Cerca de 7 milhões de pessoas ainda não enviaram declaração do IR.** [S. l.], 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2021-05/cerca-de-7-milhoes-de-pessoas-ainda-nao-enviaram-declaracao-do-ir>. Acesso em: 18 Jul. 2021.

AGÊNCIA BRASIL. **População do Brasil passa de 211,7 milhões de habitantes, estima IBGE.** [S. l.], 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-08/populacao-do-brasil-passa-de-2117-milhoes-de-habitantes-estima-ibge>. Acesso EM: 18 Jul. 2021.

AGÊNCIA BRASIL. NITAHARA, Akemi. **Número de beneficiários de planos de saúde fica estável em 47 milhões.** [S. l.], 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/numero-de-beneficiarios-de-planos-de-saude-fica-estavel-em-47-milhoes>. Acesso em: 20 Jun. 2021.

AGÊNCIA CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Reforma Tributária.** 2019. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/agencia/infograficos-html5/ReformaTributaria/index.html>. Acesso em: 21 Jun. 2021.

AGÊNCIA CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto define prazo máximo de 15 dias para realização de consultas agendadas no SUS - Notícias.** 2020. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/691870-projeto-define-prazo-maximo-de-15-dias-para-realizacao-de-consultas-agendadas-no-sus/>. Acesso em: 3 Jul. 2022.

AGUIAR; Letícia de Oliveira Fraga de. **Regulação do Acesso em Saúde: Uma Análise das Filas e o Tempo de Espera para Consultas Médicas Especializadas no Distrito Federal.** Brasília, 2018. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/34154/1/2018_Let%c3%adciadeOliveiraFragadeAguiar.pdf. Acesso em: 02 Jul. 2022.

ALBUQUERQUE, Gustavo M. de; FLEURY, Maria Tereza Leme; FLEURY, André Leme. **Integração vertical nas operadoras de assistência médica privada: um estudo exploratório na região de São Paulo.** [S. l.], v. 21, n. 1, p. 39–52, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-65132011005000015>. Acesso em: 13 Ago. 2021.

ALCÂNTARA, Suelena Aparecida. **Financiamento do SUS – Limites institucionais e práticos.** 2017. 120f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde) – Faculdade de Medicina, USP, Ribeirão Preto – SP, 2017. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17157/tde-26042018-115624/en.php>. Acesso em: 26 Jun. 2022.

ALVES, Pâmela Karoline Lins. **O protagonismo do estado na supercapitalização da política de saúde: o fortalecimento da saúde suplementar em debate.** 2021. Disponível em: <https://attena.ufpe.br/handle/123456789/41725>. Acesso em: 26 Jun. 2022.

AMARAL, Débora Moreira. **A contribuição dos contratos de parceria público privados - PPP para a melhoria da qualidade do serviço prestado pelo SUS.** 2019. 23 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Contábeis) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/25781>. Acesso em: 30 Jul. 2022.

AMARAL, Nadir Francisco do. **Análise do alinhamento das 283 propostas nos três eixos aprovados na 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) – Com as Políticas Nacionais de Saúde, como instrumento de Gestão em Saúde.** 2020. Disponível em: <http://bibliotecatede.uninove.br/handle/tede/2240>. Acesso em: 26 Jun. 2022.

ANDRADE, Regiane Freitas do Nascimento. **Judicialização da saúde: uma análise a partir dos assistentes sociais inseridos na rede hospitalar pública do município de Aracaju-SE.** 2019. Disponível em: <https://ri.ufs.br/handle/riufs/14027>. Acesso em 26 Jun. 2022.

ARAÚJO, Carmem Emmanuely Leitão. **Estado e mercado, continuidade e mudança: a dualidade da política de saúde nos governos FHC e Lula.** 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-B33M3G>. Acesso em: 26 Jun. 2022.

AVELAR, Ewerton Alex; SOUZA, Antônio Artur de; BOINA, Terence Machado; AMARAL, Hudson Fernandes. **Endividamento em Operadoras de Planos de Saúde Filantrópicas: Uma Análise dos Determinantes na Perspectiva da Regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).** IX Congresso Brasileiro de Administração e Contabilidade - AdCont 2018 - RJ. Disp. em: <http://forscience.ifmg.edu.br/forscience/index.php/forscience/article/view/599>. Acesso em: 14 Mai. 2022.

BIGOGNO, Matheus. CANALTECH. **Como fazer uma pesquisa no Google Acadêmico.** [S. l.], 2022. Disponível em: <https://canaltech.com.br/mercado/o-que-e-e-como-usar-o-google-academico/>. Acesso em: 19 jan. 2023.

BRASIL. **Lei Nº 5172 de 25 de Outubro de 1966.** [S. l.], 2022. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/L5172.htm. Acesso em: 10 dez. 2022.

BRASIL. **Lei Nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990.** CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. 2021. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>. Acesso em: 13 Ago. 2021.

BRASIL. **Lei Nº 9.656 de 3 de Junho de 1998.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 08 Mai. 2022.

BRASIL. **Lei Nº 9.961 de 28 de Janeiro de 2000.** [S. l.], 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em: 13 Ago. 2021.

BRASIL. **Presidência da República. Observatório de equidade. Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social. Indicadores de Equidade do Sistema Tributário Nacional.** Relatório de Observação n.º 1. Brasília, junho de 2009.

Disponível em: http://www.anfip.org.br/arqspdfs/relatorio_de_observacao_n_1_indicadores_de_equidade_do_sistema_tributario_nacional.pdf. Acesso em: 29 Out. 2022.

BRASIL. **Benefícios ao Cidadão - Portal da Transparência**. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www.portaldatransparencia.gov.br/beneficios?ano=2022>. Acesso em: 17 Dez. 2022.

CONILL, Eleonor Minho. **Sistemas Universais de Saúde: o que a comparação com outros países nos informa?** Saúde coletiva: políticas públicas em defesa do sistema universal de saúde. Organizadoras: Daniela Savi Geremia, Maria Eneida de Almeida – Chapecó: Ed. UFFS, 2021. Disponível em: https://rd.uffs.edu.br/bitstream/prefix/4943/1/10_UFFS-Saude_Coletiva-WEB%20-%2030%20ago..pdf#page=85. Acesso em: 14 Mai. 2022.

COSTA, Robson Antônio. **Custos Operacionais e Tarifas Tributárias: Motivo de Falência das Operadoras de Plano de Saúde?** Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau, v.10, n.2, p.35-53, TRII 2016. ISSN 1980-7031. Disponível em: <https://rica.unibes.com.br/rica/article/view/694>. Acesso em: 13 Ago. 2021.

CUCOLO, Eduardo. **Estudo aponta que carga tributária bateu recorde em 2019**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/03/estudo-aponta-que-carga-tributaria-bateu-recorde-em-2019.shtml>. Acesso em: 20 Jun. 2021.

CUNHA, Aline Tassiara Marques da. **A participação dos representantes do setor filantrópico em conselhos estaduais de saúde**. 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/214542>. Acesso em: 26 Jun. 2022.

DE ALMEIDA RODRIGUES, Paulo Henrique; CAVALCANTI, Mariana; SOUZA, Flávia. **Elites econômicas, Estado e o Sistema Único de Saúde: fragilidades nas políticas sociais e na democracia brasileira**. Buenos Aires: CLACSO, 2018. Disp. em: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/becas/20190516043523/Informe_Brasil2_vf.pdf. Acesso em: 26 Jun. 2022.

DOING BUSINESS. International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. 2019. Disponível em: https://www.doingbusiness.org/content/dam/doingBusiness/media/Annual-Reports/English/DB2019-report_web-version.pdf. Acesso em: 07 Mai. 2022.

DURÃES, Cintya Nishimura. **A Reforma Constitucional Tributária à Luz do Princípio da Anticorrupção**. Universidade de Marília - UNIMAR Marília-SP 2019. [S. l.: s. n.], [s. d.]. Disponível em: <https://portal.unimar.br/site/public/pdf/dissertacoes/4725C427460B6F17C8D905004AC349E7.pdf>. Acesso em: 08 Mai. 2022.

FRANCO, Bruno Brettas. Financiamento público da saúde: desafios e perspectivas. **App.uff.br**, [s. l.], 2016. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/6755>. Acesso em: 01 Jan. 2023.

JUNQUEIRA, Murilo de Oliveira. **O nó da reforma tributária no Brasil (1995-2008)**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, [S. l.], v. 30, n. 89, p. 93, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.17666/308993-113/2015>. Acesso em: 20 Jun. 2021.

LEITE, Vítor. **O que é tributo? É o mesmo que imposto e taxa?** | Nubank. [S. l.], 2019. Disponível em: <https://blog.nubank.com.br/o-que-e-tributo/>. Acesso em: 10 Dez. 2022.

LIMA, Emanuel Marcos; REZENDE, Amaury José. **Um estudo sobre a evolução da carga tributária no Brasil: uma análise a partir da Curva de Laffer**. Interações (Campo Grande), [s. l.], v. 20, n. 1, p. 239, 2019. Disponível em: Acesso em: 30 Mai. 2020.

MACHADO, Felipe Galvão. **Os gastos públicos e privados com Saúde das Famílias brasileiras de 2000 a 2015**. 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/158347>. Acesso em: 26 Jun. 2022.

MACHADO, Felipe Galvão. **Renúncia de Arrecadação Fiscal em Saúde no Estado Brasileiro: forma político-jurídica no capitalismo contemporâneo**. 2017. 84f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-23102017-181735/en.php>. Acesso em: 26 Jun. 2022.

NORONHA, José Carvalho de; SANTOS, Isabela Soares; PEREIRA, Telma Ruth; **Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal**. Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde / Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Organizadores) – Rio de Janeiro: Cebes, 2010, Cap. 9. Disponível em: <http://idisa.org.br/img/File/GC-2010-RL-LIVRO%20CEBES-2011.pdf#page=152>. Acesso em: 29 Out. 2022.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; GAMA, Filipi Nogueira da. **Radiografia do gasto tributário em saúde (2003-2013)**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. (NT 19). Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6528/1/Nota_n19_radiografia_gasto_tri butario_saude_2003_2013.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6528/1/Nota_n19_radiografia_gasto_tri%20butario_saude_2003_2013.pdf). Acesso em: 01 Ago. 2022.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **Renúncia de Arrecadação Fiscal em Saúde: O Caso Australiano**. Boletim de Análise Político-Institucional | N. 10 | JUL.-DEC. 2016. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7646/1/BAPI_n10_ren%c3%bancia.pdf. Acesso em: 03 Ago. 2022.

OLIVEIRA, Gabriela Laudares Albuquerque De. **Imagens E Significados Das Novas Alternativas De Saúde: o caso das clínicas populares em São Paulo**, 2018. Disponível em: <https://tede2.espm.br/bitstream/tede/536/2/GABRIELA%20LAUDARES%20ALBUQUERQUE%20DE%20OLIVEIRA.pdf>. Acesso em: 14 Mai. 2022.

PAIVA, Rosilene Aparecida; RANDOW, Raquel; DINIZ, Luciene Patrícia; GUERRA, Vanessa de Almeida. **O papel do gestor de serviços de saúde: revisão de**

literatura. Rev. Med. Minas Gerais 2018;28 (Supl. 5): e-S280523. Disponível em: <http://www.rmmg.org/exportar-pdf/2455/v28s5a28.pdf>. Acesso em: 30 Out. 2022.

PORTAL DA INDÚSTRIA - **Custo Brasil**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://www.portaldaindustria.com.br/industria-de-a-z/o-que-e-custo-brasil/>. Acesso em: 20 Jun. 2021.

RABELO; Lucca Batista. **A Repartição de Competência Tributária e a (In)Viabilidade Econômica dos Municípios**. (Des)Igualdade de Arrecadação de Receitas Derivadas dos Entes Federados. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia - GO 2022. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/3872/1/LUCCA%20BATISTA%20RABELO.pdf>. Acesso em 30 Out. 2022.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida; CAVALCANTI, Mariana; SOUZA, Flávia. **Elites econômicas, Estado e o Sistema Único de Saúde: fragilidades nas políticas sociais e na democracia brasileira**. [S. l.: s. n.], [s. d.]. Disponível em: https://www.clacso.org.ar/concursos_convocatorias/Estudios_resultados_clacso_oxfam/Informe_Brasil2_vf.pdf. Acesso em: 01 Jan. 2023.

SANTOS, João Almeida; PARRA FILHO, Domingos. **Metodologia científica**. Núcleo de Pós-Graduação e Extensão - FAVENI, apostila (2012). Disponível em: <http://ava.institutoalfa.com.br/tcc/apostila-de-metodologia-cientifica.pdf>. Acesso em: 08 Jan. 2022.

SANTOS, João Almeida. **Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI- SUS)**: reconfiguração das relações público-privada e avanço da filantropia mercantil no setor da saúde. 2021. Tese – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-07022022-171929/en.php>. Acesso em: 26 Jun. 2022.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. (Organizadores) **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde** (pág. 236). Rio de Janeiro: Cebes, 2010. Disponível em: <http://idisa.org.br/img/File/GC-2010-RL-LIVRO%20CEBES-2011.pdf#page=152>. Acesso em: 02 Nov. 2022.

SERAPIONI, Mauro; TESSER, Charles Dalcanale. **O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional**: uma discussão prospectiva e inevitável. Saúde em Debate. 2020. Disp. em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/44-57/>. Acesso em: 26 Jun. 2022.

SILVEIRA, Fernando Gaiger; FERNANDES, Rodrigo Cardoso; PASSOS, Luana; **Benefícios Fiscais do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física e seus Impactos Redistributivos**. Rio de Janeiro: Ipea, 2019. (NT 57). Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9526/1/NT_57_Disoc_Benef%20fiscais%20do%20imposto%20sobre%20a%20renda%20da%20pessoa%20f%20c%20adsica.pdf. Acesso em: 02 Ago. 2022.

SOEIRO DE FARIA, Reginaldo Tadeu. **Fundo de financiamento ao estudante do ensino superior (FIES):** neoliberalismo e subsídio federal durante os governos do partido dos trabalhadores. 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/15073>. Acesso em: 26 Jun. 2022.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **A produção em saúde do Ipea:** contribuição à promoção do desenvolvimento socioeconômico brasileiro. 2019. Disponível em: <https://www.econstor.eu/handle/10419/211447>. Acesso em: 26 Jun. 2022.