Relatório de Avalição Executiva

Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados

2026

30 de setembro

Ciclo CMAP 2025-2026

CMAP Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas
MINISTÉRIO DA GESTÃO E DA INOVAÇÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS
MINISTÉRIO DA FAZENDA
CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO
CASA CIVIL
MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO
GOVERNO DO BRASIL DO LADO DO POVO BRASILEIRO

Ficha Técnica

Presidente do Brasil
Luiz Inácio Lula da Silva

Ministério do Planejamento e Orçamento - MPO

Ministro do Planejamento e Orçamento
Bruno Moretti

Secretário-Executivo
Guilherme Santos Mello
Secretário-Executivo Adjunto
Márcio Luiz de Albuquerque Oliveira

Secretária Nacional de Planejamento
Tatiana Lemos Sandim

Secretário de Articulação Institucional
Wagner Artur de Oliveira Cabral

Secretário de Assuntos Internacionais e Desenvolvimento
Antônio Negromonte Nascimento Junior

Secretário de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas
Otávio Augusto Ferreira Ventura

Secretário de Orçamento Federal
Clayton Luiz Montes

Design
Secretaria Executiva
Ministério do Planejamento e Orçamento
Viviane Barros – **Designer Sênior Coordenadora**
Douglas Saymom – **Designer Junior**
Projeto Gráfico e Diagramação
Viviane Barros e Douglas Saymon

Ministério do Planejamento e Orçamento
gov.br/planejamento

Siga nossas redes sociais

@MinPlanejamento

@planejamentoeorcamento

Última alteração: 30 de setembro de 2026.

É permitida a reprodução total ou parcial, desde que citada a fonte.

Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP)

Comitê de Monitoramento e Avaliação dos Subsídios da União (CMAS)

Ciclo CMAP
2025/2026

Política Avaliada
Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados

Coordenação do Ciclo CMAP
Secretaria de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas
Luiz Fernando Arantes Paulo
Andréia Rodrigues dos Santos

Coordenação Técnica
Secretaria de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas
Rodrigo Cesar Bessoni e Silva

Coordenação Administrativa
Secretaria de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas
Luiz Fernando Arantes Paulo

Equipe Técnica
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Danilo Rebert de Oliveira Rocha
Eduardo Fagundes de Carvalho
Fernando Gaiger Silveira
João Pedro de Freitas Gomes

Secretaria de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas
Gabriela Goulart Ferreira

Banco de Avaliadores
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
André Braz Golgher
Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Fernando Antônio de Melo Pereira Lhamas
Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE)
Kleyton José da Silva Pereira de Siqueira
Universidade Federal Rural do Paraná (UFPR)
Paulo de Andrade Jacinto
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)
Rafael Câmara de Melo
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
Widemberg da Silva Nobre

Apoio Técnico
Escola Nacional de Administração Pública

Informações
E-mail: gabin.sma@planejamento.gov.b

Sumário

Sumário 3
Lista de Siglas 5
Lista de Gráficos 6
Lista de Tabelas 7
Lista de Figuras 8
Lista de Quadro 9
Resumo Executivo 10
Avaliação Executiva da Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados 13

1. Descrição Geral 13

1.1. O que é o subsídio "Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados" e qual é a sua finalidade? 14
1.2. Quando o subsídio foi instituído? 15
1.3. Como o subsídio é identificado no Plano Plurianual? 17
1.4. Como o subsídio está relacionado aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável? 18
1.5. Quais são as instituições públicas e privadas que participam da execução da política? 18

2. Diagnóstico do Problema 20

2.1. Análise documental 21

2.1.1. Exposição de Motivos do projeto de lei que instituiu o subsídio 21
2.1.2. O problema público na literatura especializada 23

2.2. Proposta de árvore do problema 25
2.3. Evidências adicionais sobre o diagnóstico do problema público 27

3. Desenho da Política 34

3.1. Proposta de Modelo Lógico 34
3.2. Indicadores 36
3.3. Análise de consistência do modelo lógico 37
3.4. Forma de Acesso ao Subsídio 41

4. Implementação 42
5. Governança 45
6. Resultados e Impactos 50

6.1. Introdução 50
6.2. Dados e transparência da política pública 52

6.2.1. Dados da ANS 54

6.3. Resultados e Impacto 57

6.3.1. Parâmetro de interesse 58
6.3.2. Parâmetro de interesse sob a ótica de política de subsídio gradativa 58
6.3.3. Questões causais: viés de confundimento e viés de seleção 60

6.4. Revisão de literatura 61
6.5. Desenho de avaliação de impacto 62

6.5.1. Saúde dos trabalhadores 63
6.5.2. Outros indicadores 64

7. Execução Orçamentária e Financeira 66

7.1. Gasto tributário em saúde no conjunto das renúncias fiscais 66
7.2. Dimensão fiscal da política avaliada 67
7.3. Estrutura tributária da política: IRPJ e CSLL 69
7.4. Gasto Planejado da Política x Gasto Efetivo 71
7.5. Síntese avaliativa 72

8. Insights sobre Eficiência e Economicidade 74

8.1. O Contexto da Avaliação de Eficiência e Economicidade 74
8.2. Capacidade Institucional de Monitoramento e Análise de Alternativas 75
8.3. Avaliação de Custos e Relação Produto-Insumo 75

8.3.1. Custo de Oportunidade e Impacto Orçamentário 76
8.3.2. Ineficiência Alocativa e Desigualdade de Acesso (Regressividade) 76

8.3.2.1. A natureza duplicada, suplementar e complementar do sistema de saúde privado em relação ao sistema de saúde público 76
8.3.2.2. A natureza progressiva do SUS e a natureza regressiva do subsídio da Assistência Médica a Empregados 78
8.3.2.3. Ausência de Evidências do Impacto em Produtividade e Saúde Laboral (Produto-Insumo) 80
8.3.2.4. Possibilidade de vantagens competitivas na atração de mão de obra 81
8.3.2.5. Comparativo Internacional 82
8.3.2.6. Conclusões da subseção 88

8.4. Riscos Financeiros, Mercadológicos e Mitigadores 90

8.4.1. Risco de Descontrole Fiscal e Pressão Inflacionária 90
8.4.2. Risco de Escassez e Realocação de Recursos Humanos no SUS 91

8.5. Proposta de Desdobramento: Metodologia para Estudo Quantitativo de Economicidade 91

8.5.1. Fontes de Dados e Integração 92
8.5.2. Desenho Amostral e Estratégia de Identificação Econométrica 92
8.5.3. Principais Variáveis Dependentes de Interesse (Resultados) 92

Referências Bibliográficas 94

Lista de Siglas

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ATT	Average Treatment Effect on the Treated (Efeito Médio do Tratamento sobre os Tratados)
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CMAP	Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
CPC	Comitê de Pronunciamentos Contábeis
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
CSDID	Callaway and Sant'Anna Difference-in-Differences
CTN	Código Tributário Nacional
DGT	Demonstrativo dos Gastos Tributários
DiD	Differences-in-Differences (Diferenças em Diferenças)
ECD	Escrituração Contábil Digital
ECF	Escrituração Contábil Fiscal
ENAP	Escola Nacional de Administração Pública
HEI	Horizontal Equity Index (Índice de Equidade Horizontal)
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IN	Instrução Normativa
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IRPF	Imposto sobre a Renda da Pessoa Física
IRPJ	Imposto sobre a Renda da Pessoa Jurídica
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MEI	Microempreendedor Individual
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
PLOA	Projeto de Lei Orçamentária Anual
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PPA	Plano Plurianual
PSM	Propensity Score Matching (Pareamento por Escore de Propensão)
PTF	Produtividade Total dos Fatores
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RFB	Receita Federal do Brasil
RIR	Regulamento do Imposto de Renda
SIB	Sistema de Informações de Beneficiários
SPED	Sistema Público de Escrituração Digital
STR	Sistema Tributário de Referência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TFT	Taxa de Fecundidade Total
TWFE	Two-Way Fixed Effects

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Participação percentual das empresas contratantes de planos de saúde, por número de funcionários 56

Gráfico 2 - Participação percentual de beneficiários de planos de saúde por porte da empresa 56

Gráfico 3 - Associações entre gastos públicos com saúde e proporção da população coberta por planos privados 85

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Árvore do Problema 26
Tabela 2 - CNPJs por forma de tributação em 2024 51
Tabela 3 - Participação dos CNPJs por forma de tributação em variáveis selecionadas, 2024 51
Tabela 4 - Subsídio à saúde de empregados de empresas privadas - valores em R$ de 2023 (IPCA) 52
Tabela 5 - Peso fiscal do gasto tributário com assistência à saúde de empregados e dirigentes 53
Tabela 6 - Planos de saúde na modalidade coletivo empresarial no Brasil - quantidade 55
Tabela 7 - Empresas contratantes de planos de saúde por número de funcionários 55
Tabela 8 - Gasto tributário em saúde e participação no gasto tributário total 66
Tabela 9 - Distribuição regional do gasto tributário em saúde (R$ bilhões) 67
Tabela 10 - Gasto tributário da política e participação relativa 68
Tabela 11 - Distribuição regional da política (R$ bilhões) 68
Tabela 12 - Gasto tributário total por tributo 69
Tabela 13 - Gasto tributário da política em IRPJ 70
Tabela 14 - Gasto tributário da política em CSLL 70
Tabela 15 - Distribuição regional da política por tributo (R$ bilhões) 71
Tabela 16 - Relação entre gasto efetivo e planejado da política 72

Lista de Figuras

Figura 1 - Árvore do problema - principais elementos 26
Figura 2 - Modelo Lógico da Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados 36

Lista de Quadro

Quadro 1 - Modelo Lógico da Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados 35
Quadro 2 - Aglomerados hierárquicos 83

Resumo Executivo

A política de Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados consiste em um gasto tributário que permite às empresas tributadas pelo regime do lucro real deduzirem da base de cálculo do Imposto sobre a Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ) e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) as despesas efetuadas com assistência à saúde de empregados e dirigentes.

Seguindo a metodologia de avaliação executiva ex post adotada pelo Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP), a análise do diagnóstico do problema identificou que as dificuldades de acesso oportuno a cuidados de saúde para parcela significativa dos trabalhadores brasileiros motivaram a decisão política de estabelecer esse benefício em lei. Entretanto, as pesquisas sobre gastos tributários em saúde ressaltam que essa questão está inserida em um contexto mais amplo de segmentação do sistema de saúde brasileiro e de coexistência entre os setores público e privado. Embora a justificativa originalmente associada à política estivesse relacionada à ampliação do acesso à assistência médica e à possível redução da pressão sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), especialistas na matéria indicam que a adoção do subsídio sem quaisquer controles ou restrições agrava o cenário de segmentação no acesso a serviços de saúde.

No que se refere ao desenho da política, a avaliação identificou uma coerência parcial da lógica subjacente ao benefício tributário. A dedução das despesas de saúde reduz o custo líquido suportado pelas empresas e cria incentivos para a oferta ou manutenção de benefícios de assistência médica aos trabalhadores. Contudo, os elos posteriores da cadeia causal apresentam menor sustentação empírica. Embora exista plausibilidade teórica para a hipótese de melhorias em saúde, produtividade e absenteísmo, as evidências disponíveis até o momento não permitem concluir que tais resultados ocorram em magnitude suficiente para justificar os impactos esperados da política.

A implementação do subsídio encontra-se restrita à ótica tributária. Sua execução ocorre por meio dos sistemas de escrituração contábil e fiscal da Receita Federal, que asseguram o funcionamento regular do benefício nos termos estabelecidos na legislação. Entretanto, a implementação está orientada fundamentalmente para a conformidade legal e tributária, não havendo estruturas voltadas ao acompanhamento de resultados finalísticos relacionados à saúde dos trabalhadores, à produtividade das empresas ou aos efeitos sobre o sistema de saúde. Também foram identificadas limitações relevantes de transparência e disponibilidade de dados, que dificultam avaliações mais aprofundadas sobre a efetividade da política e o perfil de seus beneficiários.

Em relação à governança, observou-se a existência de fragilidades institucionais importantes. Apesar da vinculação da política ao setor saúde no âmbito do planejamento governamental, ainda não existem mecanismos de coordenação e de compartilhamento de dados entre os atores envolvidos. A avaliação não identificou

estruturas consolidadas de monitoramento, avaliação de desempenho, gestão de riscos ou produção sistemática de evidências capazes de orientar a revisão e o aperfeiçoamento da política. Como resultado, o benefício opera predominantemente como uma renúncia tributária permanente, sem os elementos normalmente associados à gestão de políticas públicas orientadas para resultados.

A análise dos resultados e impactos foi significativamente limitada pela indisponibilidade de dados desagregados sobre o subsídio. Atualmente, as informações públicas permitem acompanhar apenas o custo fiscal agregado do gasto tributário. Não há dados suficientes para identificar de forma adequada quantas empresas utilizam o benefício, quantos trabalhadores são alcançados ou quais modalidades de assistência são efetivamente financiadas. As evidências disponíveis sugerem que a expansão dos planos coletivos empresariais não depende exclusivamente deste subsídio e que os efeitos sobre produtividade, lucratividade empresarial, retenção de trabalhadores e indicadores de saúde apresentam resultados limitados ou inconclusivos na literatura examinada. Por outro lado, foram identificados indícios de potenciais efeitos indiretos sobre a organização do sistema de saúde, incluindo possíveis impactos na distribuição de profissionais entre os setores público e privado.

A análise da execução orçamentária e financeira demonstrou que a política possui relevância fiscal expressiva. Entre 2018 e 2023, o gasto tributário associado ao benefício cresceu de aproximadamente R$ 11 bilhões para R$ 15,1 bilhões. O benefício representa parcela relevante dos gastos tributários em saúde e apresenta elevada concentração regional, com predominância da região Sudeste. Essa distribuição acompanha a concentração das grandes empresas, da renda e dos vínculos formais de trabalho.

Por fim, a avaliação de eficiência e economicidade evidenciou limitações relevantes para a aferição da relação entre custos e benefícios da política. Não foram encontradas evidências robustas capazes de demonstrar que os impactos produzidos sejam proporcionais aos recursos públicos renunciados. A literatura especializada destaca questões relacionadas à regressividade dos benefícios, à sobreposição entre cobertura pública e privada de saúde e ao custo de oportunidade associado à utilização desses recursos. Também foram identificados riscos relacionados ao crescimento automático da despesa tributária em função da inflação médica e à inexistência de mecanismos de limitação quantitativa do benefício.

Em síntese, a avaliação conclui que a Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados constitui uma política fiscalmente relevante e fortemente integrada ao mercado de saúde suplementar brasileiro. Contudo, persistem fragilidades significativas em seu diagnóstico, governança, monitoramento e capacidade de geração de evidências. Embora existam indícios de que o subsídio contribua para a oferta empresarial de assistência à saúde, não há atualmente evidências suficientes para demonstrar de forma robusta que ele produza os impactos públicos historicamente associados à sua justificativa, especialmente no que se refere à

melhoria da saúde dos trabalhadores, ao aumento da produtividade ou à redução da pressão sobre o SUS. Nesse contexto, é desejável promover o fortalecimento dos mecanismos de governança, a ampliação da transparência, a produção sistemática de indicadores e o acesso a bases de dados que permitam avaliações quantitativas mais robustas, subsidiando futuras decisões sobre a manutenção, reformulação ou aperfeiçoamento da política.

Avaliação Executiva da Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados

1. Descrição Geral

A "Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados" consiste em um benefício tributário que permite às pessoas jurídicas tributadas com base no lucro real deduzirem, para fins de apuração do Imposto sobre a Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ) e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), as despesas realizadas com a prestação de assistência médica, odontológica e farmacêutica em favor de seus empregados e dirigentes, desde que observados os requisitos previstos na legislação. Essas deduções reduzem a base de cálculo dos referidos tributos, caracterizando uma modalidade de gasto tributário.

A Lei nº 9.249/1995, que altera a legislação do imposto de renda das pessoas jurídicas, bem como da contribuição social sobre o lucro líquido, assim dispõe em seu art. 13, inciso V:

> *Art. 13. Para efeito de apuração do lucro real e da base de cálculo da contribuição social sobre o lucro líquido, são vedadas as seguintes deduções, independentemente do disposto no art. 47 da Lei nº 4.506, de 30 de novembro de 1964:*
>
> *(...)*
>
> *V - das contribuições não compulsórias, exceto as destinadas a custear seguros e planos de saúde, e benefícios complementares assemelhados aos da previdência social, instituídos em favor dos empregados e dirigentes da pessoa jurídica;*

O caput do dispositivo legal anuncia que será apresentada uma lista de vedações a deduções de despesas na apuração da base de cálculo da CSLL e do lucro real, que funciona como base de cálculo do IRPJ para uma parcela das pessoas jurídicas. No inciso V, especifica-se a vedação à dedução de contribuições não compulsórias, exceto, entre outras, as destinadas à assistência médica fornecida aos empregados e dirigentes das empresas.

A regulamentação desse dispositivo torna a compreensão desse benefício fiscal mais clara. O Decreto nº 9.580/2018, que trata da tributação, da fiscalização, da arrecadação e da administração do Imposto sobre a Renda e Proventos de Qualquer Natureza, assim dispõe:

> *Art. 372. Consideram-se despesas operacionais os gastos realizados pelas empresas com seguros e planos de saúde, destinados indistintamente a todos os seus empregados e dirigentes (Lei nº 9.249, de 1995, art. 13, caput, inciso V).*

> *§ 1º O disposto neste artigo se aplica aos serviços de assistência médica, odontológica, farmacêutica e social que sejam prestados diretamente pela empresa, por entidades afiliadas para esse fim constituídas com personalidade jurídica própria e sem fins lucrativos, ou, ainda, por terceiros especializados, como na hipótese da assistência médico-hospitalar.*

A Instrução Normativa RFB nº 1.700/2017, que dispõe sobre a determinação e o pagamento do imposto sobre a renda e da contribuição social sobre o lucro líquido das pessoas jurídicas, reproduz o sentido do art. 372, § 1º, do Decreto nº 9.580/2018 em seu art. 134, § 1º.

1.1. O que é o subsídio "Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados" e qual é a sua finalidade?

A base normativa que cria a renúncia fiscal Assistência Médica a Empregados resulta em seu tratamento, no orçamento público brasileiro, como gasto tributário. A Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil (RFB) conceitua[1] gastos tributários como

> *gastos indiretos do governo realizados por intermédio do sistema tributário, visando a atender objetivos econômicos e sociais e constituem-se em uma exceção ao Sistema Tributário de Referência – STR, reduzindo a arrecadação potencial e, consequentemente, aumentando a disponibilidade econômica do contribuinte.*

De fato, a partir dos excertos normativos já apresentados, compreende-se que o subsídio aqui analisado é uma exceção às vedações de deduções das bases de cálculo do IRPJ e da CSLL, conforme art. 13 da Lei nº 9.249/1995, o que resulta em menor arrecadação desses tributos pela União e aumenta a disponibilidade econômica do contribuinte empresário para fornecer assistência médica aos seus empregados e dirigentes.

Ao considerar a Assistência Médica a Empregados como gasto tributário, a RFB estima anualmente esse benefício no Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária (ou Demonstrativo de Gastos Tributários – DGT), documento elaborado para cumprir[2] o inciso II do art. 5º da Lei Complementar nº 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF).

---

[1] BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil. Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros. Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária (Gastos Tributários) – PLOA 2026: base conceitual. Versão 1.01. Brasília: Ministério da Fazenda, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/renuncia/gastostributarios-ploa. Acesso em: 1 out. 2025.

[2] Conforme consta nas Considerações Iniciais do DGT, o inciso II do art. 5º da LRF estabelece que o Projeto da Lei Orçamentária Anual será acompanhado de demonstrativo do efeito decorrente de isenções, anistias, remissões, subsídios e benefícios de natureza tributária, financeira e creditícia, em atendimento ao § 6º do art. 165 da Constituição Federal.

No Quadro XXVI do Anexo I do DGT, a Receita Federal identifica duas ocorrências do gasto tributário definido como Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados: uma referente ao IRPJ e outra referente à CSLL. Ambas as ocorrências têm como base legal o inciso V do art. 13 da Lei nº 9.249/1995 e prazo de vigência indeterminado. O subsídio em análise corresponde, portanto, à definição e às estimativas efetuadas pela RFB nos DGT anuais.

A Assistência Médica a Empregados é compreendida como um gasto tributário resultante de benefício criado por lei e, nos termos em que foi estabelecido, não existe uma política pública com clara definição de finalidade. Da leitura do texto legal, depreende-se como finalidade imediata do subsídio a diminuição do custo de oferta de serviços médicos por empresas aos seus empregados e dirigentes. A finalidade de interesse público da instituição do benefício será mais bem examinada na seção de Diagnóstico do Problema.

1.2. Quando o subsídio foi instituído?

O subsídio está atualmente instituído pela Lei nº 9.249, em 27 de dezembro de 1995. Essa lei alterou regramentos aplicáveis ao IRPJ e à CSLL, dentre os quais a inclusão do art. 13 e seus dispositivos. Esta foi a primeira vez que a dedução de despesas de saúde dos empregados e dirigentes da base de cálculo do IRPJ e da CSLL constou explicitamente em texto legal.

O reconhecimento do benefício como gasto tributário apareceu pela primeira vez no DGT de 2004, conforme explicitado no Quadro I do capítulo 6 desse documento[3]. A novidade decorreu da mudança de conceituação de gasto tributário, que passou a embutir a ótica orçamentária, em sintonia com o entendimento utilizado por outros países de referência[4].

A análise da legislação tributária precedente, no entanto, revela que normativos infralegais já previam essa dedução, inclusive de maneira muito similar ao atual texto do art. 372 do Decreto nº 9.580/2018. Por exemplo, o Decreto nº 76.186/1975, que aprovava o regulamento para a cobrança e fiscalização do imposto sobre a renda e proventos de qualquer natureza[5], assim dispunha:

> *Art. 162 - São operacionais as despesas não computadas nos custos, necessárias à atividade da empresa e à manutenção da respectiva fonte produtora (Lei nº 4.506/64, art. 47).*

[3] Disponível em: https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/renuncia/gastos-tributarios-ploa?b_start:int=0

[4] No DGT de 2004, a Receita Federal não especificou quais seriam esses países, mas explicou que a mudança conceitual buscava maior uniformização com padrões internacionais.

[5] À época, não existia a CSLL, a qual só foi instituída no ordenamento jurídico brasileiro a partir da Constituição Federal de 1988.

> *§ 1º - São necessárias as despesas pagas ou incorridas para a realização das transações ou operações exigidas pela atividade da empresa (Lei nº 4.506/64, art. 47, § 1º).*
>
> *§ 2º - As despesas operacionais admitidas são as usuais ou normais, no tipo de transações, operações ou atividades da empresa (Lei nº 4.506/64, art. 47, § 2º).*
>
> *(...)*
>
> *§ 6º - Consideram-se despesas operacionais os gastos realizados pelas empresas com serviços assistências, sob qualquer título, destinados indistintamente a todos os seus empregados, inclusive com a complementação de proventos de aposentadoria pagos pelas instituições oficiais de previdência, quando os mesmos não atinjam o salário médio mensal percebido nos últimos 12 (doze) meses de atividade do empregado aposentado.*
>
> *§ 7º - O disposto no parágrafo anterior alcança os serviços assistenciais que sejam prestados diretamente pela empresa, por entidades afiliadas para este fim constituídas com personalidade jurídica própria e sem fins lucrativos, ou, ainda por terceiros especializados, como no caso da assistência médico-hospitalar.*
>
> *§ 8º - Os recursos despendidos pelas empresas na manutenção dos programas assistenciais somente serão considerados como despesas operacionais quando devidamente comprovados, mediante manutenção de sistema de registros contábeis específicos capazes de demonstrar os custos pertinentes a cada modalidade de assistência e quando as entidades prestadoras também mantenham sistema contábil que especifique as parcelas de receita e de custos dos serviços prestados.*

Os dispositivos acima, que detalhavam o conceito de despesas operacionais à luz do art. 47 da Lei nº 4.506/1964, evidenciam que já vigorava à época o entendimento de que despesas assistenciais dos empregados custeadas pelas empresas, inclusive assistência médico-hospitalar, eram consideradas como despesas operacionais. Não havia à época dispositivo em lei como o inciso V do art. 13 da Lei nº 9.249/1995, que explicitamente excepcionava as despesas com saúde dos empregados de vedações a deduções da base de cálculo do imposto de renda.

Os Regulamentos do Imposto de Renda (RIR) posteriores ao de 1975 mantiveram dispositivos com o mesmo conteúdo. Serão transcritos abaixo os dispositivos dos decretos regulamentadores do IRPJ que vigoraram até o advento da Lei nº 9.249/1995, registrando, portanto, a preexistência da dedutibilidade desse tipo de despesa.

O RIR de 1980 (Decreto nº 85.450) assim dispunha:

> *Art. 239. Consideram-se despesas operacionais os gastos realizados pelas empresas com serviços de assistência médica, odontológica, farmacêutica e social, destinados indistintamente a todos os seus empregados.*
>
> *§ 1º O disposto neste artigo alcança os serviços assistenciais que sejam prestados diretamente pela empresa, por entidades afiliadas para este fim*

> *constituídas com personalidade jurídica própria e sem fins lucrativos, ou, ainda, por terceiros especializados, como no caso da assistência médico-hospitalar.*
>
> *§ 2º Os recursos despendidos pelas empresas na manutenção dos programas assistenciais somente serão considerados como despesas operacionais quando devidamente comprovados, mediante manutenção de sistema de registros contábeis específicos capazes de demonstrar os custos pertinentes a cada modalidade de assistência e quando as entidades prestadoras também mantenham sistema contábil que especifique as parcelas de receita e de custos dos serviços prestados.*

O RIR de 1994 (Decreto nº 1.041) assim dispunha:

> *Art. 300. Consideram-se despesas operacionais os gastos realizados pelas empresas com serviços de assistência médica, odontologia, farmacêutica e social, destinados indistintamente a todos os seus empregados.*
>
> *§ 1° O disposto neste artigo alcança os serviços assistências que sejam prestados diretamente pela empresa, por entidades afiliadas para este fim constituídas com personalidade jurídica própria e sem fins lucrativos, ou, ainda, por terceiros especializados, como no caso da assistência médico-hospitalar.*
>
> *§ 2° Os recursos despendidos pelas empresas na manutenção dos programas assistenciais somente serão considerados como despesas operacionais quando devidamente comprovados, mediante manutenção de sistema de registros contábeis específicos capazes de demonstrar os custos pertinentes a cada modalidade de assistência e quando as entidades prestadoras também mantenham sistema contábil que especifique as parcelas de receita e de custos dos serviços prestados.*

1.3. Como o subsídio é identificado no Plano Plurianual?

Considerada como um gasto tributário, a assistência médica, odontológica e farmacêutica aos empregados é identificada no Plano Plurianual (PPA) como uma ação não orçamentária. No PPA 2024-2027, assim consta:

> *Ação Não-Orçamentária: 010O - Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados - Saúde - Dedução, como despesa operacional, dos gastos realizados pelas empresas com serviços de assistência médica, odontológica, farmacêutica e social, destinados indistintamente a todos os seus empregados e dirigentes.*

Os gastos tributários são informados no PPA pela Receita Federal. Tendo em vista que a dedução é aplicável a despesas com a saúde dos trabalhadores, esse subsídio está relacionado ao programa Atenção Primária à Saúde (código 5119), sob gestão do Ministério da Saúde. Os montantes registrados como valores previstos para o gasto tributário são provenientes dos DGTs produzidos pela Receita Federal.

Outros detalhamentos sobre as estimativas da Assistência Médica a Empregados serão abordados na seção de Execução Orçamentária e Financeira desta avaliação.

1.4. Como o subsídio está relacionado aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável?

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) fazem parte da Agenda 2030[6] da Organização das Nações Unidas. Trata-se de um compromisso colaborativo assumido por países em torno de 17 objetivos e 169 metas orientadas ao desenvolvimento sustentável das nações.

O ODS nº 3 é "assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades" (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015). Entre suas metas, destaca-se a seguinte:

> ▪ 3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos;

Como o subsídio em questão gera incentivo financeiro ao fornecimento de assistência médica a empregados, sua implementação está relacionada ao aumento de cobertura dos serviços com qualidade e a preços mais acessíveis.

O ODS nº 8, que busca "promover o crescimento econômico inclusivo e sustentável, o emprego pleno e produtivo e o trabalho digno para todos", também está relacionado ao subsídio para a Assistência Médica a Empregados, especialmente nos aspectos de inclusão e trabalho digno, já que os trabalhadores são beneficiários desse subsídio.

1.5. Quais são as instituições públicas e privadas que participam da execução da política?

A Receita Federal do Brasil é a instituição pública imediatamente relacionada à operacionalização da Assistência Médica a Empregados, já que o subsídio é um benefício tributário implementado na apuração do IRPJ e da CSLL devidos por empresas que apuram suas respectivas bases de cálculo pelo regime do lucro real. Assim, é a atividade regular da autoridade tributária no exercício da homologação dos lançamentos efetuados a partir das informações apresentadas pelas empresas que

[6] ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. Tradução: Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil (UNIC Rio). Brasília: ONU Brasil, 2015. Disponível em: https://sustainabledevelopment.un.org. Acesso em: 1 out. 2025.

resulta na implementação da dedução devida pelo custeio das despesas de saúde dos empregados.

Além disso, o Anexo I do Decreto nº 9.834/2019, em vigor nos termos do parágrafo único do art. 15 do Decreto nº 11.558/2023, dispõe que o Ministério da Saúde é o órgão gestor da política de Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados. Considerando também que a ação não orçamentária 010O está vinculada ao Programa Atenção Primária à Saúde (5119) no PPA, há uma vinculação institucional do Ministério da Saúde ao acompanhamento desse benefício tributário. Não há evidência de que o Ministério da Saúde realize atividades que levem em consideração ou que interfiram na implementação do subsídio da Assistência Médica a Empregados.

As empresas que apuram as bases de cálculo do IRPJ e da CSLL pelo regime do lucro real são as instituições privadas mais diretamente relacionadas à implementação do subsídio. Elas são os beneficiários imediatos da política, já que se beneficiam do registro dessas despesas como itens dedutíveis das bases de cálculo dos tributos. Também atuam na operacionalização da política, tanto pelo fornecimento das informações contábeis para o cálculo da dedução, como no fornecimento dos serviços de saúde usufruídos pelos empregados e dirigentes, notadamente em cumprimento à exigência do § 1º do art. 372 do Decreto nº 9.580/2018 de manutenção de sistema contábil que especifique as parcelas de receita e de custos dos serviços prestados.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por sua vez, é a entidade responsável pela regulação dos serviços que são os mais utilizados como Assistência Médica a Empregados. Dessa maneira, a regulação influencia a capacidade de oferta de serviços privados, influenciando, por conseguinte, a quantidade de serviços e planos contratados, bem como a quantidade de beneficiários alcançados. A ANS, todavia, não exerce qualquer papel formal sobre o tratamento tributário dessas despesas. Sua participação é relevante por influenciar o acesso a serviços de saúde privados para grupos de empregados.

2. Diagnóstico do Problema

O Guia Prático de Análise *Ex Post*[7], publicado pela Casa Civil da Presidência da República, apresenta a racionalidade que deve existir entre um problema público identificado e a política pública a ser desenhada para enfrentar esse problema. Segundo esse guia, um problema público "pode ser entendido como um conjunto de necessidades da população ou de um grupo de pessoas que precisa da intervenção do governo". Assim, a presente seção avaliativa serve para "assegurar que o diagnóstico que ensejou a criação dessa política estava correto e verificar se tal percepção se mantém atual". No caso da Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados, esse exercício exige reconstruir *ex post* a lógica pública do subsídio, uma vez que não se identificou, em sua origem, formulação explícita de objetivo, público-alvo, resultados esperados e indicadores de acompanhamento.

O custeio de assistência médica a empregados surgiu na iniciativa privada, no ambiente de alguns mercados de trabalho, assim como ocorreu com outros serviços que no futuro vieram a ser estendidos a toda a população por meio de políticas de seguridade social. Conforme Brant (2017)[8]

> *O modelo de intervenção do Estado brasileiro na área social data das décadas de 1920 e 1930, época na qual os direitos civis e sociais foram vinculados unicamente à posição do indivíduo no mercado de trabalho, assegurando o direito à assistência médica via medicina previdenciária*.

A revisão bibliográfica efetuada em Brant (2017) descreve como a assistência médica aos empregados se desenvolveu a partir de grupos específicos de trabalhadores formais, com avanço da participação das empresas no custeio à medida que o Estado procurava conter os gastos diretos com essas despesas e que os sindicatos incorporaram a assistência médica na pauta das negociações coletivas.

A análise desenvolvida nesta seção partiu do exame de documentos e publicações com o objetivo de identificar diagnósticos do problema eventualmente já realizados na instituição da política ou por pesquisadores do tema. Em seguida, o tema foi discutido com especialistas e com os pontos focais dos órgãos relacionados à política para, por fim, estruturar a análise sobre a atualidade do problema público e sobre a pertinência do subsídio como intervenção necessária para atuar sobre suas causas e alcançar os efeitos esperados.

Na ausência de diagnóstico formal previamente identificado, a estruturação do problema público será realizada por meio da metodologia da árvore do problema, nos

[7] Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex post, volume 2/ Casa Civil da Presidência da República ... [et al.]. – Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 2018. v. 2 (301 p.): il., grafos., mapa color.

[8] BRANT, Isabela Luiza Moreira. Contratos coletivos de assistência médica suplementar: estudo de caso em empresa empregadora e sindicato no ramo metalúrgico em Minas Gerais. 2017. 134 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

termos do Guia Prático de Análise *Ex Post*. Essa ferramenta consiste em identificar o problema público central que necessita de uma intervenção pública para sua resolução ou mitigação, suas causas e consequências imediatas e mediatas. A política deve atuar para eliminar alguma(s) causa(s), prevenindo assim a ocorrência do problema público, ou deve atuar sobre alguma(s) consequência(s), mitigando os efeitos provocados pela ocorrência de um problema público que não possa ser evitado.

2.1. Análise documental

2.1.1. Exposição de Motivos do projeto de lei que instituiu o subsídio

Tendo em vista que o subsídio Assistência Médica a Empregados foi instituído pelo inciso V do art. 13 da Lei nº 9.249/1995, procedeu-se à pesquisa sobre documentos auxiliares que pudessem externar a motivação pública ou eventual justificativa de interesse público. Em consulta ao portal da Câmara dos Deputados[9], é possível constatar que o dispositivo constava de projeto de lei de iniciativa do Poder Executivo.

A proposta original encaminhada pelo Poder Executivo não previa a excepcionalização das contribuições voluntárias das pessoas jurídicas da vedação às deduções das bases de cálculo do IRPJ e da CSLL. Na redação original do inciso V do art. 13 do projeto de lei, ficam vedadas as deduções relativas às contribuições não compulsórias:

> *Art. 13. Para efeito de apuração do lucro real e da base de cálculo da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), ficam vedadas as seguintes deduções, independentemente do disposto no art. 47 da Lei nº 4.506, de 30 de novembro de 1964:*
>
> *V – as contribuições não compulsórias;*

Caso essa redação tivesse sido mantida, não se constituiria o gasto tributário atualmente identificado como Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados.

No decorrer da tramitação legislativa na Câmara dos Deputados, emendas apresentadas em dois momentos alteraram essa lógica e resultaram no texto legal aprovado em 1995 e ainda vigente. Inicialmente, emenda apresentada à Comissão de Tributação e Finanças propôs excepcionalizar as despesas com previdência complementar em favor dos empregados. Posteriormente, emenda apresentada em plenário ampliou a exceção para contemplar despesas com seguros e planos de saúde dos empregados. Por isso, as razões expostas pelos parlamentares na apresentação das duas emendas podem auxiliar a traçar o fio lógico que fundamentou a decisão

[9] Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1134860&filename=Dossie-PL%20913/1995

política de estabelecer em lei a dedutibilidade da Assistência Médica a Empregados na apuração da base de cálculo do IRPJ e da CSLL pelo lucro real.

A primeira emenda parlamentar foi justificada com base na necessidade de redefinição das fontes de financiamento da seguridade e da previdência social, atribuindo ao setor privado, por meio de instituições específicas, papel complementar à ação básica do Estado. Também se argumentou haver incoerência em impedir a dedutibilidade de contribuições patronais destinadas à complementação de benefícios previdenciários dos empregados.

A segunda emenda parlamentar, que permitiu a dedutibilidade das despesas das empresas com seguros e planos de saúde dos empregados, foi justificada a partir de quatro premissas principais:

- muitas empresas contratam planos e seguros-saúde para *garantir assistência* médico-hospitalar a seus empregados;
- apesar disso, contribuem, obrigatoriamente, para a Seguridade Social, em que está inserido o percentual para a saúde;
- por outro lado, a assistência médico-hospitalar privada oferecida pelas empresas a seus empregados supostamente *desoneraria o SUS;*
- tais despesas são admitidas, *no interesse dos trabalhadores e mesmo do erário público*, isto é, o SUS, na medida em que terá *diminuídas suas despesas* ao *não precisar atender* tais segurados.

A partir dessas justificativas, é possível identificar as seguintes percepções em torno do problema público sob a ótica dos formuladores do dispositivo legal que instituiu a Assistência Médica a Empregados:

- atuação complementar dos agentes privados como necessária;
- necessidade de novas fontes de financiamento para a provisão dos serviços contemplados;
- contratação de serviços privados de saúde para garantir assistência médico-hospitalar;
- custeio privado desoneraria o erário;
- diminuição de pressões sobre os serviços públicos por diminuição da demanda sobre eles.

Embora não tenha havido uma formulação do problema público de maneira explícita, nem desenho estruturado de uma política pública orientada a objetivos, resultados e com indicadores, depreende-se das justificativas legislativas uma lógica inicial implícita: o fornecimento de serviços privados de saúde aos empregados facilitaria o

acesso desse público à assistência médico-hospitalar a esse público, onerando as empresas e desonerando o SUS, em uma aparente relação de complementariedade que demanda alívio tributário ao financiamento privado. Na mesma data de publicação da Lei nº 9.249/1995, foi publicada a Lei nº 9.250/1995, que trata da legislação do imposto de renda das pessoas físicas. Na Exposição de Motivos[10] desta lei (BRASIL, 1995), encontram-se justificativas para alterações nas deduções de despesas médicas da base de cálculo do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF), especialmente relacionadas ao impacto financeiro extraordinário de determinadas despesas de saúde sobre o orçamento familiar. O item 9 do documento assim dispõe:

> *9. O art. 8º estabelece a base de cálculo do imposto devido na declaração, discriminado as hipóteses de dedução. Em relação às deduções, as principais alterações propostas na legislação vigente são:*
>
> *a) inclusão no conceito de despesas médicas dos gastos efetuados com próteses e aparelhos ortopédicos, o que, em virtude do caráter extraordinário desses dispêndios, frequentemente comprometem o orçamente familiar.*
>
> *(...)*

Essa referência é útil porque permite contrastar a motivação explicitada para pessoas físicas com a motivação identificada no caso das pessoas jurídicas: enquanto no IRPF aparece uma justificativa associada à proteção do orçamento familiar, no caso da Assistência Médica a Empregados a justificativa se apoia sobretudo na complementaridade privada e na suposta desoneração do SUS.

São essas as fundamentações expostas nos registros do estabelecimento da Assistência Médica a Empregados. Para aprofundar a análise, é necessário recorrer a outras fontes, sobretudo na bibliografia especializada, que abordem o problema público que o subsídio busca mitigar ou eliminar.

2.1.2. O problema público na literatura especializada

É importante, inicialmente, destacar que a Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados é pouco abordada de forma específica em artigos e estudos avaliativos. O relatório Gastos Tributários e o Desafio Fiscal do Brasil, produzido pelo Tribunal de Contas da União (TCU) entre 4 de julho e 1º de agosto de 2025, por exemplo, listou nas referências bibliográficas apenas sete artigos que tratam de renúncia fiscal em saúde. Ainda assim, nenhum desses artigos examina de maneira separada o gasto tributário aqui avaliado, o qual frequentemente é abordado em conjunto com os demais gastos tributários da saúde. Essa lacuna constitui um achado

[10] Exposição de Motivos nº 411/MF, de 14 de novembro de 1995. Publicada no Diário da Câmara dos Deputados de 5/12/1995. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1995/lei-9250-26-dezembro-1995-362566-exposicaodemotivos-149786-pl.html

relevante da avaliação, pois limita a identificação de evidências específicas sobre os efeitos, a focalização e a efetividade da Assistência Médica a Empregados.

O Guia Prático de Análise *Ex Ante,* por sua vez, afirma que "a caracterização de um problema pressupõe que seja explicitado qual grupo ou segmento da população é mais afetado". No caso da Assistência Médica a Empregados, essa exigência é especialmente relevante, pois há diferença entre o grupo social afetado pelo problema amplo de acesso a serviços de saúde, o beneficiário direto do subsídio — empresas tributadas pelo lucro real que deduzem despesas de saúde da base do IRPJ e da CSLL — e o beneficiário indireto esperado, composto por empregados e dirigentes que recebem assistência médica, odontológica ou farmacêutica custeada pelas empresas. Essa distinção é necessária para estabelecer corretamente a relação entre problema público, público-alvo e instrumento de intervenção.

Uma primeira aproximação do problema público pode ser alcançada a partir dos objetivos de política pública para subsídios na área de saúde elencados por Ocké-Reis (2014)[11], conforme excerto abaixo:

> *(...) seria razoável esperar que, no âmbito do sistema de saúde brasileiro, o gasto tributário com planos de saúde, decorrente dos gastos das famílias e dos empregadores, fosse justificado plenamente pelo governo federal. Afinal, não está claro para os analistas de políticas de saúde qual é a funcionalidade desta renúncia, embora, na literatura especializada, este gasto possa, em tese, atender aos seguintes objetivos governamentais (Ocké-Reis, 2014):*
>
> - *promover benefício fiscal;*
> - *reestruturar padrão de competição do mercado (questão regulatória);*
> - *patrocinar consumo de planos privados de saúde;*
> - *reduzir filas de espera do setor público;*
> - *diminuir carga tributária dos contribuintes que enfrentam gastos catastróficos em saúde; e*
> - *atender reivindicação das famílias pela redução dos gastos com bens e serviços de saúde.*

Esses objetivos potenciais podem estar relacionados a problemas públicos distintos, bem como com suas causas ou consequências. Por exemplo, a diminuição da carga tributária dos contribuintes que enfrentam gastos catastróficos em saúde e o atendimento às reivindicações das famílias pela redução dos gastos com bens e serviços de saúde são objetivos alinhados à finalidade declarada na exposição de motivos ao projeto de lei que resultou na Lei nº 9.250/1995, aplicável ao IRPF. Já a redução de filas de espera do setor público é um objetivo que atende a um problema de capacidade de atendimento dos serviços públicos de saúde, enquanto os objetivos

[11] OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Qual é a magnitude do gasto tributário em saúde? Boletim de Análise Político-Institucional, n. 5, p. 71–76, maio 2014. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea.

de patrocínio do consumo dos planos de saúde e de reestruturação de competição nesse mercado são objetivos relacionados a serviços de saúde vistos como mercadorias.

2.2. Proposta de árvore do problema

Considerando conjuntamente a fundamentação legislativa identificada, a literatura sobre gasto tributário em saúde e a necessidade de delimitar o público afetado, a elaboração da árvore do problema - como instrumento de apoio à reconstrução avaliativa do diagnóstico da política - buscou uma formulação mais específica do que o problema amplo de acesso à saúde. Isso porque, no caso da Assistência Médica a Empregados, a hipótese é de que o problema público envolve a combinação entre alto custo da assistência privada, limitações de acesso oportuno no sistema público, segmentação do acesso à saúde segundo posição no mercado de trabalho, sendo o incentivo tributário à provisão empresarial de benefícios de saúde o instrumento adotado para o enfrentar.

Pode-se identificar, portanto, um problema público relacionado às dificuldades de acesso oportuno a serviços de saúde para trabalhadores. Do lado público, limitações da oferta, tempo de espera e disponibilidade desigual de serviços podem contribuir para judicializações, agravamento das condições de saúde e perda de qualidade de vida. Do lado privado, o alto custo da saúde suplementar dificulta o acesso individual aos serviços e torna a assistência médica empresarial um benefício relevante nas relações de trabalho. Nesse contexto, empresas internalizam custos de saúde dos trabalhadores com vistas a favorecer melhores condições de saúde, reduzir riscos de absenteísmo, preservar produtividade e responder a demandas de empregados e organizações sindicais.

O problema de acesso a serviços de saúde não atinge apenas os trabalhadores, nem se manifesta necessariamente de forma mais intensa nesse grupo. A análise segmentada dos trabalhadores justifica-se pelo instrumento avaliado, que atua sobre despesas de saúde custeadas por pessoas jurídicas em favor de empregados. Essa delimitação permite identificar causas e consequências específicas associadas à inserção no mercado de trabalho e avaliar em que medida o subsídio é pertinente para atuar sobre eles.

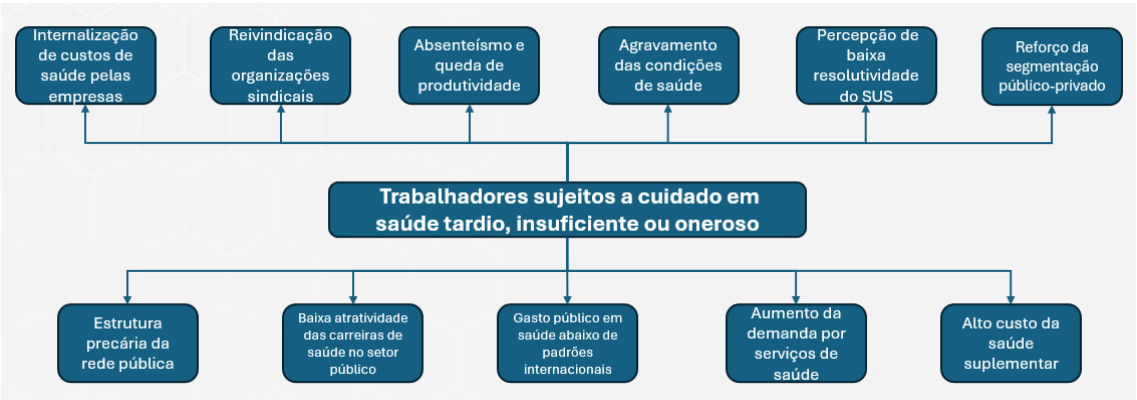
Os componentes da árvore do problema podem ser compreendidos conforme disposto na tabela e na figura a seguir:

Tabela 1 - *Árvore do Problema*

	Árvore do Problema		
Consequências Secundárias	Internalização de custos de saúde pelas empresas	Perda de qualidade de vida dos trabalhadores	Judicialização de demandas de saúde
Consequências Imediatas	Reivindicação das organizações sindicais por assistência à saúde; Percepção de baixa resolutividade do atendimento público; Absenteísmo e queda de produtividade	Agravamento das condições de saúde Reforço da segmentação público-privado do acesso à saúde	
Problema	**Trabalhadores sujeitos a cuidado em saúde tardio, insuficiente ou oneroso**		
Causas Imediatas	Estrutura precária da rede pública; Baixa atratividade das carreiras de saúde no setor público	Aumento da demanda por serviços de saúde	Alto custo da saúde suplementar
Causas Secundárias	Investimento público em saúde abaixo de padrões internacionais	Transição demográfica e epidemiológica	Crescimento dos custos assistenciais e Inflação médica; Exposição das famílias a custos elevados; Assimetrias de informação

Fonte: Fonte: Elaboração própria.

Figura 1 - *Árvore do problema - principais elementos*



Fonte: Elaboração própria.

Os elementos indicados acima podem ser ordenados pelo seguinte fio lógico: a internalização das despesas de saúde dos empregados pelas empresas responde a, pelo menos, três motivações. Primeiramente, a necessidade da empresa em favorecer

melhores condições de saúde dos empregados e reduzir risco de absenteísmo, com potenciais efeitos sobre a produtividade. A segunda motivação está relacionada às limitações de acesso oportuno a serviços de saúde, seja no setor público, em razão de restrições de capacidade, disponibilidade de profissionais e tempo de espera, seja no privado, em razão do alto custo dos serviços privados de saúde, especialmente quando arcados de maneira individual. A terceira decorre da consolidação histórica da assistência médica como um benefício valorizado por empregados organizados em sindicatos e incorporado às negociações coletivas e às estratégias empresariais de atração e retenção de capital humano.

A questão avaliativa central, portanto, é por que o poder público deveria subsidiar empresas que decidem internalizar despesas de saúde dos empregados. Além das motivações de ordem privada, o custeio de despesas de saúde de empregados pode atender a interesses de ordem pública, especialmente via redução da demanda pelos serviços públicos. Essa justificativa, contudo, depende de hipóteses que precisam ser testadas: que a perda de arrecadação com o gasto tributário seja inferior ao gasto direto que o Estado teria caso precisasse oferecer todos os serviços de saúde a empregados não atendidos pela assistência oferecida a partir do subsídio concedido, supondo que a ausência do gasto tributário levaria a uma redução do interesse do empregador em custear essa despesa.

2.3. Evidências adicionais sobre o diagnóstico do problema público

A análise do diagnóstico do problema público associado à Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados, conforme estruturada na Árvore de Problemas apresentada, encontra respaldo empírico relevante, mas também revela limitações importantes quando confrontada com evidências adicionais provenientes da literatura acadêmica e das entrevistas realizadas no âmbito desta avaliação. Em particular, a caracterização do problema como “trabalhadores sujeitos a cuidado em saúde tardio, insuficiente ou oneroso” é, de modo geral, corroborada por dados e análises, ainda que, em vários aspectos, se mostre incompleta frente à complexidade do sistema de saúde brasileiro.

As evidências disponíveis indicam que o sistema de saúde brasileiro se organiza em um arranjo público-privado complexo e segmentado. O SUS, de caráter universal, é composto majoritariamente por serviços públicos, mas admite a participação complementar de instituições privadas, ao passo que a saúde suplementar opera em lógica própria, regulada e financiada predominantemente por recursos privados. Nesse contexto, observa-se que a obtenção efetiva de cuidado em saúde não se distribui de forma homogênea na população, sendo influenciado por fatores como renda, inserção no mercado de trabalho e localização geográfica. Essa segmentação é especialmente relevante para a política avaliada, pois o subsídio atua justamente sobre a provisão empresarial de assistência à saúde, vinculada à posição ocupacional dos beneficiários.

O acesso a serviços de saúde privados envolve custos elevados para famílias, trabalhadores e empresas. Levantamento efetuado pelo jornal Valor Econômico[12] indica que os reajustes de mensalidades dos planos coletivos de saúde nos últimos dez anos foram quatro vezes acima da inflação do período. Já o acesso aos serviços públicos evoluiu desde a criação do SUS, mas persistem problemas estruturais que ajudam a explicar o interesse social e empresarial por alternativas privadas de assistência à saúde.

Nesse sentido, Andrade et al. (2013)[13] argumentaram que, embora tenham sido observados avanços relevantes no SUS entre 1998 e 2008, fatores como renda, escolaridade e inserção no mercado de trabalho ainda condicionam tanto a capacidade de buscar atendimento quanto a efetiva obtenção de cuidados, de modo que indivíduos em posições socioeconômicas mais vulneráveis enfrentam maiores barreiras de acesso. Essas barreiras manifestam-se na forma de maiores tempos de espera, menor disponibilidade de serviços especializados e dependência mais intensa de redes públicas frequentemente sobrecarregadas, revelando que o acesso não se dá de forma equitativa. Esse achado reforça que o problema não se restringe aos trabalhadores formais, embora a política avaliada esteja desenhada para alcançar esse grupo de forma indireta.

Em publicação mais recente, Bigliazzi (2025) destacou que o sistema brasileiro apresenta uma estrutura segmentada de oferta e acesso a serviços que frequentemente resulta em acesso desigual aos cuidados de saúde, sendo marcado por desafios estruturais como filas longas e tempos de espera, e atrasos nos diagnósticos e no tratamento. Esses achados reforçam o diagnóstico de que há dificuldades de acesso, especialmente no âmbito do sistema público, o que ajuda a explicar a demanda por serviços privados.

Além disso, dados relacionados ao funcionamento do sistema indicam que o acesso à saúde privada está fortemente associado ao vínculo empregatício formal. A expansão de planos de saúde patrocinados por empregadores, característica central da política analisada, evidencia que o acesso à saúde suplementar depende, em grande medida, da posição do indivíduo no mercado de trabalho, indicando que a política se insere em um contexto mais amplo de segmentação do acesso.

Em verdade, conforme a publicação Panorama da Saúde Suplementar, da ANS[14],

> *"o crescimento do número de beneficiários em planos de assistência médica foi apenas em planos coletivos empresariais (4,35%). Vale observar que a*

[12] Disponível em: https://valor.globo.com/patrocinado/dino/noticia/2025/11/04/planos-coletivos-sobem-quatro-vezes-mais-que-a-inflacao-1.ghtml

[13] ANDRADE, Mônica Viegas et al. Desigualdade Socioeconômica no Acesso aos Serviços de Saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. Economia Aplicada, São Paulo, v. 17, n. 4, 2013, pp. 623-645.

[14] Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Boletim panorama: saúde suplementar. v.8 n. 10, 3º trimestre de 2025. 10 ed. Rio de Janeiro: ANS, 2025.

> *variação do número de beneficiários nos demais tipos de contratação tem sido negativa nos últimos anos".*

Nesse sentido, embora existam problemas de acesso enfrentados por diversos segmentos sociais, o grupo de trabalhadores formais tem sido o que melhor consegue acessar os serviços privados. Esse achado reforça o contraponto frequentemente encontrado na literatura e mencionado por especialistas ouvidos ao longo da avaliação: incentivos à saúde privada podem aprofundar a segmentação na provisão de serviços de saúde, agravando a assimetria no acesso da população como um todo. Esse efeito contraria o princípio da equidade, que pressupõe que "o acesso aos serviços de saúde deve ocorrer de acordo com a necessidade de cuidados independentemente da condição socioeconômica dos indivíduos" (Andrade et al, 2013).

A identificação de um problema público de acesso a serviços de saúde em torno do grupo dos trabalhadores remonta à história do desenvolvimento do sistema de saúde no Brasil. Como registrado na seção de Descrição Geral, a previsão da Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados como despesa operacional dedutível da base de cálculo do IRPJ já existia com praticamente a mesma redação normativa desde o Regulamento do Imposto de Renda de 1975, tendo sido mantida em todas as edições posteriores, inclusive nas edições de 1980 (ainda antes da Constituição Federal de 1988) e de 1994, anteriores, portanto, à previsão legal do dispositivo do inciso V do art. 13 da Lei nº 9.249/1995. Isso é coerente com a visão de sistema de saúde prevalecente no período anterior ao estabelecimento do SUS, como se detalhará a seguir.

A formação do sistema de saúde brasileiro é marcada por uma trajetória histórica de forte segmentação social e institucional, na qual o acesso à assistência à saúde foi progressivamente estruturado em torno da relação entre Estado, mercado de trabalho e setor privado antes da implementação de um sistema universal público. Na sua origem, a política de saúde no país não se configurou como um direito homogêneo, mas como um conjunto de intervenções fragmentadas, frequentemente associadas à condição ocupacional e contributiva dos indivíduos.

O marco histórico do fornecimento de assistência médica pelas empresas aos seus empregados foi a institucionalização, a partir da década de 1920, da previdência social e das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), que introduzem um modelo de proteção restrito aos trabalhadores formais (Brant, 2017; Barbosa, 2014). Essas caixas eram estabelecidas por empresa, criando a oferta de serviços privados de saúde de maneira segmentada por entidade. Nesse contexto, o acesso à saúde torna-se um benefício associado ao vínculo empregatício, como destaca Baptista (2007): "o direito à assistência à saúde estava restrito, nesse período, à condição de segurado".

Esse modelo é aprofundado a partir dos anos 1930 com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), organizados por categorias profissionais e financiados por contribuições. Barbosa (2014) ressalta que essa estrutura produziu forte segmentação interna, caracterizada como uma forma de cidadania regulada, em

que os direitos sociais são definidos pela posição ocupacional. O grau de segmentação, portanto, tornou-se menos desagregado do que sob o formato das CAPs, já que as IAPs eram estruturadas em torno de categorias profissionais em nível nacional, e não no nível da empresa. O grau de amplitude da assistência médica, entretanto, ainda refletia as diferenças de capacidade de pagamento entre as categorias, mantendo a lógica da segmentação enquanto o sistema se expandia. Assim, trabalhadores de diferentes setores tinham acesso a benefícios distintos, enquanto aqueles fora do mercado formal permaneciam desassistidos.

Paralelamente à assistência previdenciária, à qual a assistência médica estava vinculada, o Estado desenvolveu ações de saúde pública voltadas à prevenção e ao controle de doenças (Baptista, 2007). Consolidou-se, assim, uma estrutura dual: de um lado, um setor público voltado para ações coletivas e preventivas; de outro, um sistema de assistência individual vinculado à previdência.

A partir da década de 1950, com o avanço da industrialização e da urbanização, o sistema de saúde passa por uma nova transformação, marcada pela expansão dos serviços médico-hospitalares e pela crescente centralidade do modelo curativo. Nesse período, “a assistência torna-se mais cara, e o hospital, o principal ponto de referência para a busca de atendimento” (Baptista, 2007), refletindo a incorporação de tecnologias médicas e a especialização dos serviços. Entretanto, essa expansão ocorre sem universalização do acesso, mantendo-se a dependência do vínculo contributivo e ampliando as desigualdades.

Durante o regime militar (1964–1985), essa dinâmica se intensifica com a consolidação do chamado complexo médico-empresarial. O Estado passa a atuar como financiador indireto da expansão do setor privado, contratando serviços hospitalares e ambulatoriais para atender a demanda crescente. Baptista (2007) destaca que “o Estado respondeu à demanda com a contratação dos serviços privados”, o que permitiu a formação desse complexo. A característica da oferta de serviços de saúde antes da Constituição Federal de 1988 era a “segmentação e estratificação social, com categorias de trabalhadores contando com o seguro previdenciário e a assistência médica” (Silveira e Gaiger, 2021).

Os dados e análises posteriores demonstram que essa relação não apenas se manteve, mas se aprofundou. O estudo de Barbosa (2014) evidencia que “o Estado brasileiro financia de forma significativa serviços privados de proteção social”, inclusive por meio de gastos indiretos como benefícios tributários. Esses mecanismos consolidam um padrão em que o setor privado se expande também apoiado por recursos públicos.

Outro elemento fundamental desse período é a crescente vinculação entre assistência à saúde e relações de trabalho, sobretudo por meio de convênios empresariais. Ao analisar o funcionamento dos serviços privados de saúde em períodos mais recentes, Brant (2017) menciona que “a cobertura de planos de saúde no Brasil é, em sua grande maioria, associada ao vínculo empregatício”, reforçando a herança histórica do modelo de oferta de serviços de saúde. Além disso, a autora observa que “a assistência

à saúde dos trabalhadores no Brasil é predominantemente realizada pelo setor privado suplementar", o que demonstra a centralidade do mercado na oferta de serviços para grupos com maior inserção econômica.

Esse arranjo institucional foi reforçado por políticas públicas específicas, incluindo incentivos fiscais. Ainda que nem sempre explicitados como mecanismos centrais, tais incentivos desempenham papel decisivo na expansão do setor privado. Brant (2017) destaca que deduções tributárias facilitam a concessão de benefícios de saúde suplementar aos trabalhadores, indicando que o Estado estimula o consumo de serviços privados por meio de benefícios tributários. Esse tipo de política contribui para a consolidação de um sistema segmentado, no qual o acesso a serviços privados é facilitado para determinados grupos.

A crise do modelo nos anos 1970 e 1980, marcada pela exclusão social e pela ineficiência institucional, deu origem ao movimento da Reforma Sanitária, que propôs a universalização do acesso à saúde e a construção de um sistema público integrado (Baptista, 2007). Essas propostas foram incorporadas à Constituição de 1988, que estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS introduziu princípios fundamentais como universalidade, integralidade e descentralização, representando uma ruptura normativa com o modelo anterior.

No entanto, a criação do SUS não eliminou a estrutura dual historicamente construída. O próprio diagnóstico apresentado na literatura indica que, mesmo após a Constituição, o gasto público em saúde tem sido menor que o gasto privado (Brant, 2017), além de uma expressiva participação de planos de saúde na cobertura da população. Isso sugere que o sistema brasileiro evoluiu para uma configuração híbrida, na qual coexistem um sistema público universal e um setor privado robusto e amplamente financiado.

Essa coexistência é reforçada pelos incentivos fiscais contemporâneos, que continuam a direcionar recursos públicos para o setor privado. Barbosa (2014) identifica uma "dupla regressividade", associada tanto ao sistema de arrecadação quanto à estrutura de gastos, indicando que os benefícios fiscais tendem a favorecer grupos de maior renda. Um padrão de regressividade contribui para a manutenção das desigualdades e para a segmentação do acesso à saúde, na medida em que os recursos públicos são parcialmente desviados de sua função redistributiva.

No mesmo sentido, Silveira e Gaiger (2021) ponderam que

> *O perfil do gasto total em saúde no Brasil se mostra muito regressivo, pois os ganhos redistributivos do gasto público são superados pela concentração do gasto privado e seu peso nos orçamentos familiares, pela iniquidade do gasto tributário em saúde e pelo financiamento regressivo do financiamento público.*

A observação do desenvolvimento histórico do sistema de saúde brasileiro evidencia a persistência de um modelo dual e segmentado, no qual o setor público e o privado não

apenas coexistem, mas se estruturam de forma interdependente. A análise das diferentes fases históricas revela que os incentivos fiscais e os mecanismos de financiamento indireto desempenharam papel central na consolidação desse arranjo. Assim, a atual configuração do sistema de saúde brasileiro não é resultado de escolhas recentes, mas de uma trajetória histórica marcada pela interação contínua entre Estado e mercado, com implicações duradouras para a equidade e a universalidade do acesso.

Além disso, há evidências de que a expansão do setor privado gera efeitos indiretos sobre o SUS. Bigliazzi (2025) analisou efeitos como a realocação de médicos do setor público para o setor privado e a redução da oferta de horas trabalhadas por médicos no setor público. Esses efeitos, frequentemente descritos como *crowding-out*, indicam que incentivos ao setor privado de saúde podem contribuir para reduzir a disponibilidade de profissionais no sistema público, contrariando a hipótese de redução de pressões, reforçando uma das causas para a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Esse ponto é reforçado pelas respostas dos especialistas nas entrevistas[15], que indicaram uma percepção de que o subsídio não reduz a demanda sobre o SUS e reforça a segmentação do sistema de saúde.

As evidências confirmam, em parte, a lógica causal segundo a qual dificuldades de obtenção de cuidado oportuno pode gerar consequências como absenteísmo e perda de produtividade. Bigliazzi (2025) aponta que a ampliação do acesso a serviços de saúde por meio de planos empresariais está associada a uma leve redução na probabilidade de afastamento médico, o que corrobora a hipótese de que o acesso mais rápido a serviços de saúde pode contribuir para reduzir afastamentos de curta duração. Esse resultado reforça a coerência parcial da árvore de problemas, especialmente no que se refere às consequências imediatas associadas ao funcionamento do mercado de trabalho.

Por fim, a literatura (Bigliazzi, 2025) também investigou relações entre o acesso a serviços de saúde e a produtividade agregada ou desempenho das empresas, indicando que esses fatores podem estar relacionados à decisão das firmas sobre a contratação de planos de saúde para seus empregados. Os possíveis impactos relacionados serão comentados nas seções de Desenho da Política e de Resultados e Impactos.

Em síntese, a análise das evidências confirma parcialmente o diagnóstico do problema público ao reconhecer a existência de dificuldades de obtenção de cuidado em saúde oportuno, adequado ou financeiramente viável e suas implicações para trabalhadores e empresas. A árvore do problema organiza os principais nexos causais associados ao subsídio avaliado. As evidências adicionais, por sua vez, qualificam essa representação ao indicar que tais nexos causais se inserem em um arranjo público-privado segmentado, marcado por desigualdades de acesso, dependência da inserção no

[15] A coordenação da avaliação realizou, em parceria com a ENAP, um painel com especialistas e uma sequência de entrevistas com o objetivo de dialogar a respeito da política e obter informações técnicas e referências bibliográficas úteis para a avaliação.

mercado de trabalho e possíveis efeitos sistêmicos sobre o SUS. Dessa forma, o problema público deve ser compreendido não apenas como uma questão individual de acesso à saúde, mas também parte de um desafio mais amplo de organização, financiamento e equilíbrio do sistema de saúde, com implicações para a avaliação da pertinência e dos efeitos do subsídio analisado.

3. Desenho da Política

O Guia Prático de Análise *Ex Post* orienta que a seção de Desenho da Política em uma avaliação executiva deve abordar pelo menos os seguintes três elementos: o Modelo Lógico da política, incentivos existentes e forma de acesso à política. A ideia é, ao final da seção, concluir se o desenho está estruturado de maneira encadeada o suficiente para que a realização das ações públicas resulte em entregas, resultados e impactos sociais capazes de alterar a realidade na qual se entende haver um problema de interesse público.

O encadeamento entre insumos, processos, produtos, resultados e impactos estruturado no modelo lógico traduz visualmente a Teoria do Programa vinculada à política pública implementada. A Teoria do Programa é uma afirmação que expõe a racionalidade que justifica a existência da política para atuar sobre as causas do problema público definido. Assim, os resultados e impactos esperados com a implementação da política traduzem a transformação da realidade almejada.

Assim como não foi identificado um diagnóstico prévio formal do problema público, também não se identificou modelo lógico preestabelecido para a Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados. Por essa razão, o modelo apresentado a seguir constitui uma reconstrução avaliativa da lógica implícita do subsídio, elaborada a partir da legislação, das justificativas identificadas em sua tramitação e das evidências disponíveis sobre o tema.

3.1. Proposta de Modelo Lógico

No caso da Assistência Médica a Empregados, entende-se que a política está desenhada em torno da incidência de regras tributárias aplicáveis às despesas de saúde de empregados e dirigentes de pessoas jurídicas tributadas pelo lucro real. Nesse sentido, os insumos, processos e produtos estão relacionados a tudo o que é necessário para efetivar o tratamento estabelecido na legislação tributária para esse tipo de despesa. Os resultados e impactos, por sua vez, transbordam a esfera tributária e alcançam, como hipóteses, interesse público relacionado à saúde dos trabalhadores, à produtividade, ao mercado de saúde suplementar e à pressão sobre os serviços públicos de saúde.

A Teoria do Programa subjacente ao modelo lógico em construção parte da hipótese de que a dedução, da base de cálculo do IRPJ e da CSLL, das despesas com assistência médica, odontológica e farmacêutica oferecida aos empregados reduz o custo líquido desse benefício para as empresas tributadas pelo lucro real, o que aumentaria o incentivo para que as empresas ofertem ou mantenham esses benefícios, contribuindo para ampliar o acesso dos trabalhadores à assistência à saúde.

A partir dessa oferta, espera-se facilitar a obtenção de cuidado de saúde aos beneficiários, com potenciais efeitos sobre saúde, absenteísmo e produtividade, bem

como eventual redução de pressões sobre o sistema público de saúde. Essa formulação incorpora, como pressupostos a serem avaliados, os fundamentos apresentados no Poder Legislativo para garantir essa dedução em lei.

A tabela e a figura a seguir apresentam os elementos do modelo lógico proposto nesta avaliação a partir da compreensão da teoria do programa associada ao subsídio:

Quadro 1 - *Modelo Lógico da Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados*

MODELO LÓGICO					
OBJETIVOS	INSUMOS	PROCESSOS	PRODUTOS	RESULTADOS	IMPACTOS
- Reduzir gastos das empresas com a saúde de seus empregados. - Ampliar acesso à saúde	Base Legal: - IN RFB 1.700/2017 - Lei nº 9.249/1995 Recursos das empresas para contratação dos serviços de assistência médica, odontológica e farmacêutica Documentos: - Comprovantes dos serviços contratados - Escrituração contábil (empresa e prestador de serviço) Equipes da RFB Sistemas da RFB	Empresas contratam serviços de saúde para seus empregados Empresas registram contabilmente como despesas operacionais e informam documentos Análise de conformidade pela RFB Homologação das deduções pela RFB	Assistência à saúde disponibilizada aos empregados beneficiários Dedução registrada na base de cálculo do IRPJ e da CSLL	Aumento do acesso dos empregados a serviços de saúde Redução do custo tributário para as empresas Maior gasto das empresas com saúde dos empregados	Melhoria das condições de saúde dos trabalhadores Maior produtividade nas empresas beneficiárias Diminuição do custo dos serviços de saúde privados Redução parcial da demanda sobre o SUS entre trabalhadores cobertos Redução do custo de financiamento do SUS Incentivo ao setor privado de serviços de saúde

Fonte: Fonte: Elaboração própria.

Figura 2 - *Modelo Lógico da Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados*



Fonte: Fonte: Elaboração própria.

3.2. Indicadores

O único indicador divulgado sobre a Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados é o montante anual do gasto tributário estimado pela Receita Federal do Brasil[16]. Trata-se de indicador fiscal, calculado em dois momentos: na fase de elaboração do Projeto de Lei Orçamentária Anual, que compõe o anexo ao projeto enviado pelo Poder Executivo ao Poder Legislativo; e após o cumprimento anual das obrigações acessórias pelas empresas, com base nas informações prestadas sobre as despesas de saúde efetivadas, nas chamadas Bases Efetivas.

As estimativas do gasto tributário são apresentadas pela Receita Federal:

- pelo total anual estimado em nível nacional (Quadro III) e por região do país (Quadro IV); e
- pelo total anual discriminado por tributo (IRPJ e CSLL) estimado em nível nacional (Quadro VII) e por região (Quadro VII - Regional);

Apesar dessa abertura regional e tributária, os dados divulgados não permitem identificar empresas beneficiárias, trabalhadores alcançados, tipos de despesas deduzidas, modalidades de assistência ofertadas ou coberturas efetivamente disponibilizadas.

Essa estimativa funciona como um indicador para o produto tributário "dedução registrada na base de cálculo do IRPJ e da CSLL", justamente por quantificar a dedução.

[16] Disponível em: https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/renuncia

No entanto, a apresentação em níveis muito agregados não permite quantificar a entrega realizada a cada contribuinte ou, pelo menos, a grupos de contribuintes.

Nesse sentido, o único indicador divulgado atende apenas ao produto sob a perspectiva tributária, para fins de cumprimento dos comandos constitucionais e legais de transparência ativa de renúncias de receita. Ele não alcança, porém, a dimensão finalística do subsídio no campo da saúde nem permite avaliar adequadamente focalização, equidade, efetividade, resultados, impactos ou economicidade da política

Tendo como base referências bibliográficas que se propuseram a efetuar alguma análise quantitativa sobre gastos tributários em saúde (por exemplo, Ocké-Reis, 2014) ou sobre os efeitos da contratação de planos de saúde coletivos empresariais sobre o trabalhador (Bigliazzi, 2025), depreende-se ser possível desenvolver indicadores para os demais elementos do modelo lógico apresentado, sobretudo para os resultados e impactos esperados. Para que os indicadores sejam viáveis, no entanto, seria necessário ter acesso a bases de dados mais desagregadas do que as disponíveis atualmente.

A seção de Resultados e Impactos discorre sobre quais variáveis podem ser quantificadas em caso de acesso a dados mais desagregados, o que não ocorreu durante o período desta avaliação. Essas variáveis podem contribuir para a construção futura de indicadores de acompanhamento do subsídio.

3.3. Análise de consistência do modelo lógico

A análise de consistência do modelo lógico tem por objetivo verificar a coerência entre as hipóteses que estruturam a política, expressas no encadeamento entre insumos, processos, produtos, resultados e impactos, e as evidências disponíveis sobre seus efeitos. Trata-se de examinar tanto a coerência interna da cadeia causal reconstruída quanto sua sustentação empírica.

No caso da Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados, essa análise permite incorporar à racionalidade do subsídio informações técnicas obtidas do contato com especialistas no tema, tendo em vista que o modelo lógico foi reconstruído *ex post* a partir da observação de documentos oficiais sobre a criação do subsídio e da literatura sobre o tema, não decorrendo de um desenho originalmente estruturado como política pública. Além disso, o subsídio se insere em um contexto mais amplo de financiamento público e privado da saúde no Brasil, razão pela qual é necessário aprofundar a compreensão sobre seu desenho para fornecer aos gestores de políticas de saúde informações úteis para o alcance dos objetivos de interesse público no tema.

De maneira geral, o modelo lógico pressupõe que a redução do custo tributário para as empresas pode incentivar a ampliação da oferta de assistência privada aos

trabalhadores, resultando em maior acesso a serviços de saúde, com potenciais efeitos sobre condições de saúde, absenteísmo, produtividade e eventual redução de demanda sobre determinados serviços do SUS. O modelo lógico assim desenhado reflete a ideia dos proponentes de seu estabelecimento em lei, os quais argumentaram que o fornecimento de serviços privados de saúde a empregados atuaria tanto na garantia da assistência médico-hospitalar aos beneficiários como na desoneração do sistema público de saúde, tanto em termos de demanda quanto em termos financeiros.

Essa cadeia causal apresenta uma aparente coerência teórica inicial, especialmente quando interpretada à luz da literatura econômica, que reconhece que subsídios fiscais podem alterar preços relativos e estimular a demanda por planos de saúde, inclusive via mecanismos de cofinanciamento implícito entre Estado e agentes privados (Andreazzi e Ocké-Reis, 2007). No entanto, a análise das evidências, tanto empíricas quanto teóricas, revela que essa coerência é parcial, sendo progressivamente fragilizada nos elos subsequentes do modelo, sobretudo quando se passa dos resultados para os impactos finais esperados.

No que se refere ao primeiro elo - da relação de causalidade entre a redução de custo das empresas e a ampliação da oferta e do acesso a planos de saúde -, há evidências de que a renúncia fiscal contribui para a expansão ou sustentação do mercado de planos de saúde e da oferta privada de serviços. Segundo Andreazzi e Ocké-Reis (2007), tais incentivos funcionam como mecanismos que aumentam a demanda por planos e estimulam a estruturação do mercado privado, inclusive como componente da dinâmica de financiamento do setor saúde. Ademais, Mendes e Weiller (2015) apontam que o arcabouço jurídico e tributário brasileiro tem sustentado a ampliação contínua de renúncias fiscais em favor de serviços de saúde privados, contribuindo para o crescimento da cobertura por planos de saúde. Assim, os dois estudos estão em linha com a suposição do modelo lógico relacionada ao elo inicial entre o gasto tributário e a expansão da cobertura privada e da oferta empresarial de assistência à saúde, ainda que restrito a segmentos específicos da população.

Entretanto, essa consistência inicial deve ser qualificada à luz das limitações estruturais apontadas pela literatura, especialmente quanto aos efeitos esperados sobre custos setoriais, produtividade, equidade e pressão sobre o SUS. Em particular, diversos estudos indicam que o acesso ampliado promovido por esse tipo de subsídio é seletivo e condicionado à renda e ao vínculo empregatício (Andreazzi e Ocké-Reis, 2007), o que reforça padrões de segmentação do sistema de saúde. A renúncia fiscal, ao permitir a dedução de despesas de saúde da base tributável, funciona como um gasto público indireto cujo efeito distributivo tende a ser regressivo, favorecendo indivíduos e empresas com maior capacidade contributiva.

No que diz respeito aos impactos sobre os trabalhadores e empresas, particularmente aqueles relacionados à melhoria das condições de saúde e à produtividade, as evidências são mais ambíguas. Embora seja teoricamente plausível que o acesso mais rápido a serviços de saúde contribua para a redução de afastamentos e para a

manutenção da capacidade laboral, a literatura sobre efeitos da contratação de planos de saúde sobre o mercado de trabalho e as empresas (Bigliazzi, 2025) indica que esses efeitos tendem a ser limitados e heterogêneos.

A principal controvérsia da teoria do programa representada pelo modelo lógico inicial, contudo, reside no elo final referente aos impactos sistêmicos sobre o SUS. O modelo pressupõe que o deslocamento de parte da demanda para o setor privado reduziria a pressão sobre o sistema público, contribuindo para sua sustentabilidade, conforme fundamento defendido no momento da instituição do subsídio em lei. Essa hipótese não encontra respaldo na literatura. Ao contrário, diversos estudos apontam que a renúncia fiscal pode agravar problemas estruturais do sistema público de saúde (Ocké-Reis, 2018).

Inicialmente, destaca-se que a renúncia fiscal representa, do ponto de vista das finanças públicas, uma redução da capacidade de arrecadação do Estado, equivalente a um gasto público indireto. Em um contexto de subfinanciamento crônico do SUS, essa redução implica menor disponibilidade de recursos para a expansão e qualificação da rede pública, conforme argumentado por Ocké-Reis (2018). Para esse autor, o montante de recursos envolvidos na renúncia é significativo e poderia ser alocado em áreas estratégicas do sistema público, como atenção primária e média complexidade. Dessa forma, haveria uma contradição direta entre o impacto fiscal do subsídio e sua suposta contribuição para o alívio das pressões sobre o SUS.

Adicionalmente, a literatura destaca que os subsídios ao setor privado desempenham papel estrutural na configuração de um sistema de saúde segmentado e dual, no qual coexistem redes públicas e privadas com diferentes padrões de acesso e qualidade (Andreazzi e Ocké-Reis, 2007). Nesse arranjo, o incentivo ao consumo privado não reduz necessariamente a demanda sobre o SUS, uma vez que usuários de planos de saúde continuam a utilizar serviços públicos, especialmente aqueles de maior complexidade e custo, como urgência, transplantes e procedimentos de alta tecnologia (Ocké-Reis, 2018). Esse fenômeno implica que o sistema público continua a absorver parte dos custos, enquanto o setor privado se beneficia da expansão da demanda, contrariando a hipótese de substituição entre sistemas.

Ainda com relação aos efeitos sobre o sistema público de saúde, Greenspan e Vogel (1980) já indicavam, para o caso norte-americano, que os subsídios à saúde privada afetam negativamente o setor público principalmente por meio do aumento geral dos custos do sistema de saúde, o que restringe a capacidade de financiamento e atendimento dos programas públicos. Ao elevar a demanda por seguros e serviços privados, os subsídios pressionam preços e levam a uma competição pelos recursos assistenciais (especialmente médicos), dificultando o acesso dos usuários do sistema público.

Silveira e Gaiger (2021) discutem resultados de estudo sobre os sistemas de relação público-privado no setor de saúde em diferentes países. Destacam que, em sistemas com oferta paralela dos serviços públicos e privados, não se observa uma redução das

filas no setor público. Pelo contrário, ocorre uma drenagem de recursos públicos com incentivos ao consumo privado, o que reduz a capacidade de atendimento da rede pública em termos relativos. Para esses autores, a experiência internacional mostra que é uma falácia a ideia de que o crescimento da participação privada reduz as pressões sobre a oferta pública. Isto é, ainda que haja uma migração de demanda em busca de serviços privados, o sistema paralelo de serviços baseado em incentivos para o setor privado também resulta em uma redução na disponibilidade de recursos para o setor público, o que diminui sua capacidade de oferta e não o alivia das pressões de demanda.

Em estudo sobre a existência desse efeito no sistema de saúde brasileiro, Bigliazzi (2025) encontrou evidências consistentes de que a atratividade exercida pelos planos de saúde sobre os médicos levaria a uma menor disponibilidade de horas de trabalho dedicadas por esses profissionais ao SUS. Essa evidência contradiz, por via indireta, a suposição de que o incentivo a contratação de planos de saúde desoneraria financeiramente o sistema público. Pelo contrário, a inflação médica, estimulada pela expansão da demanda por serviços privados, aumenta os custos do setor como um todo.

Outro elemento relevante de inconsistência refere-se aos impactos distributivos da política. A literatura frequentemente aponta que a renúncia fiscal em saúde possui caráter regressivo, ao beneficiar predominantemente os estratos de maior renda, que são aqueles com maior capacidade de realizar gastos dedutíveis. Além disso, ao favorecer o financiamento privado da saúde, esses subsídios contribuem para a desigualdade no acesso e na utilização dos serviços, perpetuando uma estrutura fragmentada e desigual do sistema de saúde brasileiro (Andreazzi e Ocké-Reis, 2007).

Por fim, cabe destacar que a literatura também aponta a existência de incerteza quanto à efetividade global da política, em razão da ausência de consenso empírico sobre seus impactos e da dificuldade de mensuração de seus efeitos. Estudos ressaltam que a relação entre renúncia fiscal, demanda por planos e desempenho do sistema de saúde é complexa e sujeita a múltiplas condicionantes (Andreazzi e Ocké-Reis, 2007), o que dificulta a validação das hipóteses centrais que estruturam o modelo lógico. Essa limitação é reforçada pela inexistência de mecanismos sistemáticos de monitoramento e avaliação, o que impede a verificação empírica do encadeamento causal proposto.

A análise de consistência do modelo lógico indica que a política apresenta coerência parcial. Os elos iniciais da cadeia causal, relacionados à redução do custo tributário e à expansão do acesso à saúde privada, encontram respaldo na teoria econômica e em evidências empíricas. No entanto, os elos subsequentes, especialmente aqueles relativos à melhoria da saúde, à produtividade e aos impactos sobre o SUS, não corroboram a teoria da mudança segundo a qual a concessão do benefício garantiria a assistência médica aos trabalhadores com consequente desoneração do SUS.

3.4. Forma de Acesso ao Subsídio

O acesso ao subsídio está disponível a todas as pessoas jurídicas que apuram a base de cálculo do IRPJ e da CSLL pelo regime do lucro real. Caso essas empresas custeiem despesas de saúde de seus empregados e dirigentes e informem devidamente essas despesas em seus registros contábeis e fiscais, estarão aptas a declarar esses gastos como despesas operacionais, reduzindo o lucro líquido e, portanto, o lucro real.

O benefício concedido pelas empresas é estendido a todos os seus empregados e dirigentes. Assim, não há critérios de priorização ou elegibilidade. As demais empresas que decidem custear despesas de saúde de seus empregados não gozam de redução adicional da base de cálculo de seus tributos em razão dessa decisão. Nesse sentido, essa dedução é usufruída apenas pelas empresas com maior montante de lucro, o que contraria o princípio da progressividade dos tributos sobre a renda.

Além disso, não há nenhum mecanismo ao alcance do Estado para exercer limitações às decisões das empresas em ampliar ou reduzir o montante dessa despesa e, assim, reduzir ou ampliar a arrecadação potencial dos tributos afetados. Dessa maneira, o acesso ao subsídio está tão somente limitado pela decisão privada das empresas declarantes pelo regime do lucro real a respeito do patamar de despesas de saúde de seus empregados por elas custeadas.

4. Implementação

A análise da implementação do subsídio “Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados” foi conduzida com base nas diretrizes do Guia Prático de Análise Ex Post de Políticas Públicas da Casa Civil (BRASIL, 2018a), em evidências oriundas da legislação tributária e em diagnósticos institucionais sobre gastos tributários no Brasil, notadamente aqueles produzidos pelo Tribunal de Contas da União.

Trata-se de um subsídio operacionalizado no âmbito da administração tributária, com fundamento no art. 13, inciso V, da Lei nº 9.249/1995, e regulamentado pelo Decreto nº 9.580/2018 e pela Instrução Normativa RFB nº 1.700/2017, que disciplina os critérios de apuração do IRPJ e da CSLL, incluindo a dedutibilidade de despesas. A dedução das despesas com assistência à saúde é admitida desde que observados critérios não discriminatórios na sua concessão aos empregados. Ressalte-se, contudo, que a fruição do benefício depende de decisões privadas das empresas quanto à oferta desses benefícios, não se configurando como execução direta por parte do Estado.

No que concerne à existência de processos sistemáticos de monitoramento e avaliação, não foram identificados mecanismos estruturados voltados ao acompanhamento dos resultados e impactos do subsídio sob a perspectiva de política pública. Sua operacionalização ocorre por meio do cumprimento de obrigações acessórias transmitidas via Sistema Público de Escrituração Digital (SPED), em conformidade com as Instruções Normativas RFB nº 2.003/2021 e nº 2.004/2021. A Escrituração Contábil Digital (ECD) registra as despesas incorridas, enquanto a Escrituração Contábil Fiscal (ECF) consolida tais informações para fins de apuração do lucro tributável. Tais instrumentos, contudo, possuem natureza eminentemente fiscal e declaratória, não tendo sido concebidos como mecanismos de monitoramento de políticas públicas. Nesse contexto, a atuação da Receita Federal do Brasil concentra-se na verificação da conformidade legal das deduções declaradas, não havendo monitoramento sistemático dos resultados ou dos impactos finalísticos do subsídio.

Essa característica é consistente com diagnósticos institucionais que apontam a ausência de mecanismos sistemáticos de avaliação de resultados em gastos tributários, bem como a inexistência de objetivos e indicadores claramente definidos (BRASIL, 2025e). À luz das diretrizes da Casa Civil da Presidência da República (BRASIL, 2018a), observa-se que tais instrumentos não atendem aos requisitos típicos de políticas públicas avaliáveis. Esse diagnóstico também é corroborado pela literatura internacional, segundo a qual os gastos tributários tendem a ser acompanhados predominantemente sob a ótica do custo fiscal, havendo limitações recorrentes na avaliação de seus resultados e impactos (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010).

A disponibilização de dados sobre a execução da política apresenta limitações relevantes. As informações públicas concentram-se nas estimativas agregadas de renúncia fiscal divulgadas anualmente no Demonstrativo de Gastos Tributários.

Embora essas estimativas permitam dimensionar o custo fiscal do subsídio, não são disponibilizados dados desagregados que permitam identificar os beneficiários diretos, isto é, as empresas que usufruem da dedução, os trabalhadores e dirigentes indiretamente alcançados, o volume de serviços de saúde efetivamente ofertados ou os resultados alcançados. Tal limitação reduz significativamente a capacidade de análise da política, tanto por parte do governo quanto da sociedade. Estudos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, como o de Ocké-Reis (2014), destacam que, no caso dos gastos tributários em saúde, muitas vezes não está claramente definida sequer a funcionalidade do instrumento, o que dificulta a avaliação de sua efetividade.

No que diz respeito ao controle de elegibilidade, observa-se que os critérios são definidos de forma ampla pela legislação, permitindo o acesso ao subsídio a todas as pessoas jurídicas tributadas pelo lucro real que realizem despesas com assistência à saúde de seus empregados e dirigentes. O controle ocorre de forma indireta, por meio da fiscalização tributária, que pode verificar a adequação das deduções à legislação vigente. Entretanto, não se verificou a existência de cadastro consolidado de beneficiários nem mecanismos específicos para assegurar que os benefícios sejam efetivamente ofertados de forma indistinta aos trabalhadores. A ausência de mecanismos ativos de verificação sugere que o controle é predominantemente reativo, acionado em situações de fiscalização, o que pode comprometer a aderência da política às suas diretrizes normativas.

A análise da gestão de riscos revela a inexistência de estrutura específica voltada à identificação, mensuração e mitigação de riscos associados ao subsídio. Os riscos existentes, como o uso indevido das deduções ou sua utilização como instrumento de planejamento tributário, são tratados apenas no âmbito geral da fiscalização tributária. Não há evidências de que tais riscos sejam analisados sob a perspectiva de política pública, tampouco de que existam estratégias para avaliar possíveis distorções alocativas ou efeitos distributivos do benefício. Esse padrão é consistente com diagnósticos do Tribunal de Contas da União (2025), que apontam fragilidades de governança e ausência de monitoramento em gastos tributários federais.

A participação social na implementação e avaliação da política é praticamente inexistente. Não foram identificados mecanismos formais de consulta pública, instâncias participativas ou canais específicos para manifestação de beneficiários ou da sociedade civil. Essa ausência limita a possibilidade de controle social e contrasta com os princípios de transparência e publicidade da administração pública. Ademais, a escassez de dados disponíveis dificulta a atuação de pesquisadores e organizações da sociedade civil na análise da política.

A coordenação da política apresenta-se de forma difusa e pouco institucionalizada. Embora o Ministério da Saúde seja formalmente indicado como órgão gestor no âmbito do Plano Plurianual, não há evidências de sua atuação efetiva na supervisão, monitoramento ou avaliação do subsídio. Na prática, a realização de atividades relacionadas à política está concentrada na Receita Federal do Brasil, que atua no âmbito de suas competências tributárias, sem articulação estruturada com o setor

saúde. Essa dissociação compromete a capacidade de alinhar o subsídio a objetivos mais amplos do sistema de saúde.

Por fim, os canais de comunicação entre os atores institucionais envolvidos são limitados e não estruturados para promover colaboração eficaz. Não foram identificados fluxos regulares de troca de informações entre a Receita Federal e o Ministério da Saúde, tampouco sistemas integrados que permitam o compartilhamento de dados relevantes para a avaliação da política. Essa limitação dificulta a construção de indicadores, o acompanhamento de resultados e a eventual revisão da política com base em evidências.

Em síntese, os achados indicam que a política é plenamente implementada sob a ótica tributária, carecendo de institucionalização enquanto política pública orientada a resultados. A ausência de monitoramento sistemático, de transparência sobre beneficiários e efeitos, de gestão de riscos e de coordenação interinstitucional limita significativamente a capacidade do Estado de avaliar sua efetividade e eficiência, em linha com diagnósticos institucionais e com a literatura internacional sobre gastos tributários.

5. Governança

A presente seção tem por objetivo avaliar a governança associada ao gasto tributário relativo à Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados, compreendida como o conjunto de arranjos institucionais responsáveis pela direção estratégica, coordenação, controle, transparência e articulação entre os diferentes atores envolvidos na política. Trata-se de dimensão essencial da avaliação, especialmente porque o subsídio é operacionalizado por meio do sistema tributário, mas produz efeitos esperados sobre a assistência à saúde, o mercado de trabalho, a saúde suplementar e o SUS.

Esta seção avaliativa se baseia no Guia Prático de Análise Ex Post (BRASIL, 2018a) abordando questões avaliativas que abrangem: a relação entre os atores envolvidos com a supervisão da política; o processo decisório na condução da política; a supervisão da política e os incentivos ao aprimoramento de sua concepção e implementação; a prestação de contas sobre a execução e gestão; e a gestão de riscos.

No contexto das avaliações conduzidas pelo Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP), a governança é examinada à luz dos princípios estabelecidos no Decreto nº 9.203/2017, bem como das boas práticas consolidadas pelo Tribunal de Contas da União (TCU), que enfatizam a necessidade de definição clara de responsabilidades, existência de mecanismos de coordenação interinstitucional, institucionalização de processos de monitoramento e avaliação, implementação de estruturas de gestão de riscos, promoção da transparência e disponibilização de canais efetivos de participação social.

Ao analisar o arranjo institucional do subsídio à assistência médica a empregados sob essa perspectiva, verifica-se, de forma consistente entre diferentes fontes de evidência, que a política apresenta fragilidades relevantes nas dimensões analisadas. Essas fragilidades decorrem, sobretudo, de sua origem como gasto tributário instituído por exceção legal, sem a construção concomitante de uma estrutura de governança típica de políticas públicas setoriais.

Um dos aspectos mais evidentes refere-se à ausência de coordenação interinstitucional estruturada na condução do subsídio. As respostas coletadas nas entrevistas com gestores e especialistas indicam de forma reiterada que não foram identificadas instâncias formais ou informais de coordenação, de tomada de decisão conjunta ou de prestação de contas relacionadas à política. Ainda que existam interações entre os órgãos envolvidos, elas são descritas como pontuais, principalmente voltadas à produção de estudos, não configurando, portanto, um arranjo institucional estruturado com capacidade de alinhar objetivos, compartilhar informações e coordenar a atuação entre diferentes entes governamentais.

Essa ausência de coordenação torna-se especialmente relevante quando se considera a natureza híbrida da política, que combina elementos tributários com efeitos substantivos sobre o sistema de saúde. A Receita Federal do Brasil exerce papel central

na operacionalização do subsídio, uma vez que a fruição do benefício ocorre no âmbito da apuração do imposto de renda e da contribuição social sobre o lucro líquido das empresas sob o regime tributário do lucro real. No entanto, o Ministério da Saúde, órgão setorial formalmente vinculado à política e tecnicamente mais aderente à avaliação de seus efeitos em saúde, não participa de forma sistemática de sua governança.

A literatura especializada e as discussões do painel de especialistas sugerem que essa fragmentação institucional não é um fenômeno isolado, mas uma característica recorrente de políticas estruturadas como gastos tributários. Tais instrumentos tendem a permanecer circunscritos à esfera fiscal, limitando-se à lógica de conformidade tributária, sem integração com as políticas setoriais correspondentes. No caso em análise, essa configuração resulta em uma política que afeta diretamente o acesso à saúde e a organização do sistema de saúde brasileiro, mas que é conduzida predominantemente segundo critérios fiscais, sem coordenação com os atores responsáveis pela saúde pública.

A base normativa que institui o subsídio evidencia sua natureza estritamente tributária, sem estabelecer comandos relacionados à sua governança setorial. O inciso V do art. 13 da Lei nº 9.249/1995, ao excepcionar a vedação de deduções para permitir que despesas com assistência médica sejam consideradas para fins de apuração do lucro real e da base de cálculo da CSLL, limita-se a definir o tratamento tributário do gasto, não avançando na definição de objetivos de política pública, nem na atribuição de responsabilidades institucionais para sua condução. De modo complementar, o art. 372 do Decreto nº 9.580/2018, ao regulamentar a matéria, dispõe que tais despesas podem ser consideradas operacionais quando destinadas indistintamente aos empregados, restringindo-se igualmente à disciplina da dedutibilidade e aos procedimentos fiscais associados, sem previsão de coordenação interministerial, monitoramento de resultados ou atuação do setor saúde na condução do instrumento.

Nesse contexto, observa-se que, embora o Decreto nº 11.558/2023 juntamente com o Anexo I do Decreto nº 9.834/2019 classifiquem formalmente o Ministério da Saúde como órgão gestor da política, não há, nos normativos que estruturam o benefício, comando legal que estabeleça mecanismos para a sua atuação na formulação e na implementação do subsídio. Como resultado, a política permanece circunscrita à lógica tributária, sob a responsabilidade operacional da Receita Federal. Essa lacuna normativa contribui diretamente para a ausência de liderança setorial e para a desconexão entre o instrumento fiscal e os objetivos da política de saúde, evidenciando que a fragilidade de governança identificada decorre da própria ausência de previsão legal de um arranjo institucional integrado.

O Plano Plurianual em vigor (Lei nº 14.802/2024), por outro lado, estrutura o financiamento dos programas de governo em torno de recursos orçamentários e não orçamentários. Nesse sentido, considerando que a Assistência Médica a Empregados é uma ação não orçamentária vinculada a programa finalístico sob gestão do Ministério da Saúde, os dados e informações a seu respeito são relevantes para o

acompanhamento dos objetivos associados à mudança na realidade social que o programa visa promover ao enfrentar o problema público. Então, embora o Ministério da Saúde não exerça papel direto no exercício do direito tributário pelo contribuinte que usufrui da Assistência Médica a Empregados, pode aperfeiçoar o atingimento do interesse público nas políticas públicas de saúde ao integrar esse subsídio tributário à racionalidade do planejamento de suas políticas, programas e ações.

O Ministério da Saúde dispõe de capacidade técnica para avaliar os impactos do subsídio sobre o sistema de saúde, conforme entendimento manifestado na aplicação das entrevistas. Essa capacidade, no entanto, não é atualmente mobilizada, pois o subsídio não é tratado como política de saúde. Essa ausência implica que decisões sobre a continuidade, o aperfeiçoamento ou a reformulação do instrumento não são informadas por evidências relacionadas aos seus efeitos sobre a saúde da população ou sobre a equidade do sistema.

Do ponto de vista das boas práticas de governança, essa configuração representa uma falha relevante, uma vez que a separação entre órgão arrecadador e órgão gestor setorial impede o desenvolvimento de uma visão integrada da política. O TCU enfatiza a necessidade de atribuição clara de responsabilidades entre os atores envolvidos, de modo a assegurar que a política seja conduzida com base em seus objetivos finalísticos, e não apenas em sua dimensão instrumental. Considerando o atual arcabouço legal que rege o subsídio, entretanto, entende-se que a atribuição formal de papeis e responsabilidades depende de uma previsão legal a esse respeito.

Outro aspecto crítico refere-se à ausência de mecanismos estruturados de monitoramento e avaliação da política. As respostas às entrevistas indicam que o acompanhamento atualmente existente está restrito à verificação da regularidade do gasto, sendo descrito como estritamente fiscal. Isso significa que a Receita Federal monitora a conformidade das deduções realizadas pelas empresas, mas não foi identificada estrutura dedicada à avaliação dos resultados e impactos da política sob a ótica da saúde pública.

Além disso, não foi identificado monitoramento centralizado da fruição do benefício, que ocorre de forma descentralizada e pulverizada entre milhares de empresas. Essa característica dificulta a identificação dos beneficiários efetivos, a análise da distribuição do gasto tributário e a avaliação de seus efeitos sobre obtenção de cuidado em saúde, a produtividade dos trabalhadores ou a pressão sobre o sistema público. Como resultado, o Estado carece de informações essenciais para a tomada de decisão, o que compromete a capacidade de gestão estratégica da política.

A ausência de monitoramento de resultados também inviabiliza a definição de indicadores de desempenho e a avaliação sistemática da efetividade do subsídio. Esse aspecto é particularmente crítico quando se considera que, conforme abordado nas demais seções desta avaliação, os impactos da política são complexos e, em alguns casos, podem ser contraditórios, envolvendo simultaneamente benefícios privados e efeitos sistêmicos adversos.

A gestão de riscos constitui outra dimensão relevante da governança na qual se observam lacunas significativas. As entrevistas indicam a existência de rotinas formais de gestão de riscos focadas na conformidade fiscal, o que evidencia que o risco é tratado exclusivamente sob a perspectiva de prevenção de fraudes ou irregularidades tributárias. Não há, porém, qualquer estrutura voltada à identificação e mitigação de riscos associados aos efeitos da política, tais como sua regressividade, seus impactos sobre a alocação de recursos no sistema de saúde ou seu potencial de gerar desigualdades no acesso aos serviços. Essa limitação revela uma visão restrita da gestão de riscos, que não incorpora os riscos estratégicos relacionados aos objetivos da política, tais como os relacionados à efetividade, à eficiência e à equidade.

No que se refere à transparência e ao fluxo de informações, a análise evidencia limitações importantes. As entrevistas apontam a dificuldade do Ministério da Saúde em acessar dados da Receita Federal em nível mais desagregado do que o divulgado no DGT, o que indica barreiras institucionais ao compartilhamento de informações entre órgãos públicos. Essa dificuldade compromete não apenas a capacidade de avaliação do Ministério da Saúde, mas também a produção de conhecimento sobre a política e seus efeitos.

As informações atualmente disponíveis ao público concentram-se em estimativas agregadas de renúncia fiscal, o que impede a análise detalhada da distribuição dos benefícios. Não há divulgação sistemática de informações sobre beneficiários, valores deduzidos ou características dos serviços financiados, o que limita a transparência e dificulta o controle social.

Por fim, a análise da governança revela que o subsídio não se encontra plenamente institucionalizado como política pública estruturada. Na prática, a política se reduz à fruição do subsídio tributário pelas empresas elegíveis, sem definição clara do que se busca alcançar em termos finalísticos. Essa caracterização resume de forma sintética as fragilidades identificadas ao longo da análise.

A ausência de institucionalização implica que a política não dispõe de objetivos explícitos, metas definidas, indicadores de desempenho ou integração com outras políticas setoriais. Como resultado, o instrumento opera à margem do ciclo de políticas públicas, sem planejamento, monitoramento ou avaliação sistemática. Essa configuração compromete a capacidade do Estado de gerar valor público a partir do subsídio, dificultando a identificação de seus benefícios e custos e a tomada de decisões informadas sobre sua continuidade.

Em síntese, a análise de governança evidencia que o subsídio à assistência médica a empregados apresenta fragilidades estruturais relevantes, caracterizadas pela ausência de coordenação interinstitucional, indefinição de liderança, inexistência de monitoramento de resultados, lacunas na gestão de riscos e limitações na transparência. Esses elementos convergem para um diagnóstico central: a política não dispõe de um arranjo de governança compatível com sua relevância social, fiscal, distributiva e com seus possíveis impactos sobre o sistema de saúde.

A principal implicação desse diagnóstico é que o problema de governança não se limita a falhas específicas em determinadas dimensões, mas à própria ausência de uma estrutura de governança que permita tratar o subsídio como política pública. Nesse contexto, qualquer decisão sobre a manutenção, reformulação ou extinção do instrumento deve considerar a necessidade de sua institucionalização, com definição clara de responsabilidades, criação de mecanismos de coordenação, implementação de sistemas de monitoramento e avaliação e fortalecimento da transparência.

6. Resultados e Impactos

6.1. Introdução

O subsídio para a assistência à saúde de empregados é uma política pública que se destina, diretamente, a empresas, que deduzem despesas realizadas com assistência médica, odontológica e farmacêutica da base de cálculo de Imposto de Renda Sobre Pessoa Jurídica (IRPJ) e Contribuição Social Sobre o Lucro líquido (CSLL), e, indiretamente, a empregados e dirigentes de empresas, além de seus familiares e dependentes, que se beneficiam de assistência à saúde concedida pelo empregador, principalmente via contratação de plano de saúde.

As empresas elegíveis para o benefício fiscal são todas as que utilizam a declaração de imposto pelo lucro real, que exige apuração do lucro líquido contábil. De acordo com as regras da Receita Federal, qualquer empresa pode escolher o lucro real como regime de apuração do IRPJ e da CSLL, mas apenas aquelas com faturamento acima de R$ 78 milhões são obrigadas a utilizar esse regime tributário. Como é um regime que exige maior rigor contábil, ele é custoso para empresas pequenas e médias, que geralmente optam pelo regime de lucro presumido (faturamento de até R$ 78 milhões) ou pelo Simples Nacional (faturamento de R$ 4,8 milhões). Desse modo, ainda que qualquer empresa possa, potencialmente, utilizar o subsídio de assistência à saúde, ele é mais acessível a empresas maiores, cuja capacidade contábil e financeira é mais elevada.

A Tabela 3 apresenta a distribuição de CNPJs de empresas brasileiras declarantes na Receita Federal em 2024 por forma de tributação, mostrando que apenas 249.207 declararam pelo regime do lucro real, de um total de 18,3 milhões. Isso representa apenas 1,36% das empresas, e são apenas elas que se beneficiam adicionalmente com o uso do subsídio para a assistência à saúde de empregados. Por outro lado, trata-se das empresas com maior peso relativo de receitas (80,14%), quantidade de empregados (49,69%) e massa salarial (62,99%), conforme mostra a Tabela 4.

Em relação à arrecadação de impostos, as empresas do lucro real são responsáveis por 72,58% do IRPJ e 70,80% da CSLL, refletindo as alíquotas tributárias maiores e o elevado valor absoluto das bases de cálculo em relação ao Simples Nacional e ao lucro presumido. Já a arrecadação total ficou em 73,83% de tudo o que as empresas contribuíram, mas proporcionalmente abaixo (6,81%) do que o Simples Nacional (11,81%) e o lucro presumido (8,52%) pagaram de imposto em relação às suas receitas brutas.

Tabela 2 - *CNPJs por forma de tributação em 2024*

Forma de tributação	Quantidade de CNPJs	Receita Bruta (R$ 2024)	Quantidade de empregados
Imune do IRPJ	121.218	365.837.481.718,89	2.729.123
Isenta do IRPJ	148.735	206.703.914.331,36	1.159.653
Lucro arbitrado	702	8.408.436.926,84	16.825
Lucro presumido	1.282.286	2.909.699.220.691,68	7.399.280
Lucro real	249.207	24.098.127.275.954,70	30.012.750
Simples	6.228.080	2.171.798.828.184,51	18.876.568
Simples - MEI	10.284.140	310.969.612.070,00	210.584

Fonte: ETA/Receita Federal. Elaboração própria.

Tabela 3 - *Participação dos CNPJs por forma de tributação em variáveis selecionadas, 2024*

Forma de tributação	Quantidade de CNPJs	Receita Bruta	Arrecadação IRPJ	Arrecadação CSLL	Arrecadação Total	Quantidade de empregados	Massa salarial
Imune do IRPJ	0,66%	1,22%	0,02%	0,16%	1,51%	4,52%	5,22%
Isenta do IRPJ	0,81%	0,69%	0,01%	0,05%	1,34%	1,92%	2,01%
Lucro arbitrado	0,00%	0,03%	0,06%	0,05%	0,03%	0,03%	0,02%
Lucro presumido	7,00%	9,68%	22,33%	22,30%	11,15%	12,25%	15,07%
Lucro real	1,36%	80,14%	72,58%	70,80%	73,83%	49,69%	62,99%
Simples	34,01%	7,22%	5,00%	6,63%	11,53%	31,25%	14,61%
Simples - MEI	56,15%	1,03%	0,01%	0,01%	0,61%	0,35%	0,09%

Fonte: ETA/Receita Federal. Elaboração própria.

O mecanismo básico do subsídio é computar planos de saúde e outras modalidades de assistência à saúde a empregados e dirigentes como despesa operacional, que são deduzidas da apuração do IRPJ e da CSLL. Uma vez que declare imposto pelo lucro real, a empresa está elegível ao subsídio, podendo aderir ou não à política. Conforme foi detalhado na seção de Governança deste relatório de avaliação executiva, esse gasto tributário não conta com gestão ativa do Ministério da Saúde ou da Agência Nacional

de Saúde Suplementar (ANS), resumindo-se a um código no sistema tributário operado pela Receita Federal do Brasil. Assim, as empresas que declaram pelo lucro real se autosselecionam para a política de acordo com suas estratégias e características específicas, não dependendo de regulação e enfoque além dos poucos citados na Lei nº 9.249/1995 e no Decreto nº 9.580/2018, especialmente a destinação indistinta dos benefícios de saúde aos empregados e dirigentes e a contabilização como despesa operacional.

6.2. Dados e transparência da política pública

Como já mencionado nas seções anteriores, não há indicadores e metas de produtos ou resultados explícitos para o acompanhamento desse gasto tributário. O único indicador que é possível calcular diretamente com dados públicos é o valor do gasto tributário total anual com o subsídio divulgado pela Receita Federal no Demonstrativo de Gastos Tributários (DGT)[17], cujos valores em bases efetivas estão disponíveis integralmente de 2018 a 2023, com os dados desdobrados entre IRPJ e CSLL. De 2008 a 2017, apenas os valores relativos ao IRPJ foram divulgados. Assim, a Tabela 5 traz os dados do gasto tributário anual com a rubrica Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados tanto para IRPJ e CSLL e os respectivos totais, corrigidos pelo IPCA a preços de 2023. No período para o qual existem dados, verifica-se uma relativa estabilidade do gasto tributário com o benefício até 2023, quando houve um salto de 24,23% em relação a 2022, possivelmente em razão da recuperação do emprego no pós-pandemia.

Tabela 4 - *Subsídio à saúde de empregados de empresas privadas - valores em R$ de 2023 (IPCA)*

Ano	IRPJ	CSLL	Total
2018	8.136.403.727,91	2.943.656.043,04	11.080.059.770,95
2019	7.800.629.253,71	2.822.176.751,56	10.622.806.005,27
2020	8.377.394.178,05	3.015.861.904,15	11.393.256.082,19
2021	8.333.354.585,40	3.000.007.650,57	11.333.362.235,97
2022	8.924.651.661,51	3.212.874.598,65	12.137.526.260,15
2023	11.087.943.952,25	3.991.659.823,00	15.079.603.775,25

Fonte: DGT/Receita Federal. Elaboração própria.

A Receita Federal também divulga, no DGT, alguns indicadores sobre o peso fiscal desse gasto tributário, trazendo os percentuais sobre o Produto Interno Bruto (PIB), arrecadação de impostos e gasto tributário total, decompostos entre IRPJ e CSLL. O fato notável é o salto proporcional do gasto no PIB e na arrecadação total entre 2022 e 2023, assim como ocorreu com o valor absoluto do subsídio, saindo de 0,11% para

[17] Gastos Tributários (Bases Efetivas) — Receita Federal

0,14% do PIB e de 0,57% para 0,69% da arrecadação. No entanto, a Receita Federal ainda não disponibilizou os dados a partir de 2023, de modo que não é possível analisar o comportamento posterior desse gasto em bases efetivas. Ressalte-se que o contexto geral brasileiro é de aumento do gasto tributário total federal nos últimos anos, que, segundo o próprio DGT, passou de 4,43% do PIB e 22,74% da arrecadação em 2018 para, respectivamente, 4,88% e 24,67% em 2023.

Tabela 5 - *Peso fiscal do gasto tributário com assistência à saúde de empregados e dirigentes*

Ano	Subsídio IRPJ - em %				Subsídio CSLL - em %				Subsídio IRPJ + CSLL - em %		
	PIB	Arrecadação IRPJ		Total do GT	PIB	Arrecadação CSLL		Total do GT	PIB	Arrecadação	Total do GT
2018	0,09	0,45	4,32	1,97	0,03	0,16	2,81	0,71	0,12	0,61	2,68
2019	0,09	0,48	4,15	2,17	0,03	0,17	2,8	0,78	0,12	0,65	2,95
2020	0,09	0,5	3,95	2,09	0,03	0,18	2,76	0,75	0,12	0,68	2,84
2021	0,08	0,43	3,03	1,79	0,03	0,15	2,17	0,64	0,11	0,58	2,43
2022	0,08	0,42	2,71	1,73	0,03	0,15	1,86	0,62	0,11	0,57	2,35
2023	0,1	0,51	3,69	2,08	0,04	0,18	2,55	0,75	0,14	0,69	2,83

Fonte: DGT/Receita Federal. Elaboração própria.

Desse modo, os dados atualmente disponíveis mostram apenas o custo total anual do subsídio, que está em aproximadamente R$ 15 bilhões de reais. Porém, não há dados disponíveis ou suficientes nem sequer para se apurar quais produtos esse gasto gera. Segundo o Guia Prático de Análise Ex Post (BRASIL, 2018a), o produto de uma política pública é aquilo que "é produzido pelos processos da intervenção". No caso específico do subsídio de assistência à saúde, os produtos seriam quantas empresas do lucro real utilizam o benefício fiscal, quantos planos de saúde são contratados e por qual valor, as coberturas oferecidas e a quantidade de pessoas beneficiadas, sejam os titulares (trabalhadores e dirigentes das empresas) ou dependentes (seus familiares e outros dependentes legais). Tampouco há dados sobre outras despesas dedutíveis com a saúde de empregados e dirigentes, realizadas fora dos contratos de planos de saúde.

Trata-se, portanto, de um gasto tributário cujos produtos não são divulgados publicamente, o que inviabiliza, de início, qualquer avaliação mais aprofundada sobre sua economicidade, resultados e impactos. A equipe de avalição do CMAP requisitou formalmente à Receita Federal os microdados das empresas beneficiadas por esse subsídio, mas não os recebeu até a finalização deste relatório. A Receita Federal manifestou o entendimento de que

> *Embora o § 3º, inciso IV, do art. 198 do CTN preveja exceção quanto à divulgação de informações relativas a incentivo, renúncia, benefício ou imunidade de natureza tributária cujo beneficiário seja pessoa jurídica, tal hipótese não abrange toda e*

> *qualquer dedução ou mecanismo de determinação da base de cálculo de tributos, especialmente quando não caracterizado como benefício fiscal autônomo.*
>
> *No caso em análise, as despesas com assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados são tratadas, no regime do lucro real, como despesas dedutíveis na apuração da base de cálculo do IRPJ e da CSLL, nos termos da legislação vigente.*
>
> *Tais despesas integram a sistemática geral de apuração do lucro real, constituindo componentes de formação da base de cálculo do IRPJ e da CSLL. Nessa condição, ainda que possam ser classificadas como gasto tributário em sentido amplo, operam como registros contábeis dedutíveis desta base, inerentes à apuração do resultado tributável, não se caracterizando como benefício fiscal autônomo, mensurável ou destacável por contribuinte, nos moldes exigidos para a aplicação da exceção prevista no art. 198, § 3º, inciso IV, do CTN.*

No entanto, é possível argumentar que o subsídio de assistência à saúde, ao menos quando destinado à contratação de planos de saúde, que é seu principal uso, não é uma despesa operacional no sentido estrito da Contabilidade, que a define como valores consumidos ou incorridos pela entidade em suas operações para vender produtos, prestar serviços, administrar o negócio e financiar suas atividades, embora não diretamente embutidos nos custos de produção de mercadorias e serviços (MARTINS, 2022).

Planos de saúde custeados por empresas podem trazer benefícios que vão além das atividades inerentes aos negócios, abrangendo coberturas de saúde mais amplas do que as atividades relacionadas ao trabalho e incluindo indivíduos beneficiários que nem sequer trabalham na empresa (dependentes). Esse entendimento é corroborado pela própria Receita Federal em seu manual de gastos tributários (RECEITA FEDERAL, 2020, pág. 113), mas ele não foi levado em consideração na análise do pedido de liberação dos dados para esta avaliação.

6.2.1. Dados da ANS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a principal fonte de dados e indicadores sobre saúde suplementar no Brasil[18], já que é o órgão regulador do setor. Apesar de pedido formal feito por avaliadores do CMAP, também não foi possível obter microdados das empresas contratantes de planos de saúde a tempo da finalização deste relatório. Ainda assim, alguns dados agregados divulgados no Painel dos Contratantes de Plano de Saúde[19] dão alguns indícios sobre a situação das contratações na modalidade coletivo empresarial, usualmente utilizada por empresas para ofertar assistência à saúde a empregados, inclusive aquelas tributadas pelo lucro real. A Tabela 7 mostra que, em 2024, havia mais de 2,3 milhões de planos do tipo coletivo empresarial no Brasil, número muito superior às 249.207 empresas do lucro real elegíveis ao benefício fiscal de assistência à saúde. Embora os universos não sejam perfeitamente equivalentes, essa comparação sugere que parcela expressiva

[18] Dados e Indicadores do Setor — Agência Nacional de Saúde Suplementar
[19] Microsoft Power BI

das empresas que custeiam planos de saúde empresariais o faz sem usufruir da dedução tributária analisada, o que evidencia vantagem tributária relativa das empresas tributadas pelo lucro real. Entre 2020 e 2024, houve um aumento de 48% nas contratações de planos coletivos empresariais, chegando a 37,4 milhões de beneficiários. Nesse período, foram acrescentados 751.842 contratos a essa modalidade, ao passo que apenas 69.463 CNPJs foram adicionados à base declarantes pelo lucro real na Receita Federal. Esses dados sugerem que a expansão do mercado de saúde suplementar parece depender relativamente pouco do subsídio ao IRPJ e à CSLL para se expandir e se manter como um setor dinâmico da economia brasileira.

Tabela 6 - *Planos de saúde na modalidade coletivo empresarial no Brasil - quantidade*

Ano	Contratantes	Beneficiários	Titulares	Dependentes
2020	1.561.952	31.970.601	16.654.651	15.315.687
2021	1.828.422	33.454.390	17.614.052	15.840.085
2022	2.016.018	34.717.518	18.431.127	16.286.194
2023	2.180.304	35.641.869	19.054.156	16.587.552
2024	2.313.794	37.432.517	20.066.562	17.360.808

Fonte: GPIND/ANS. Elaboração própria.

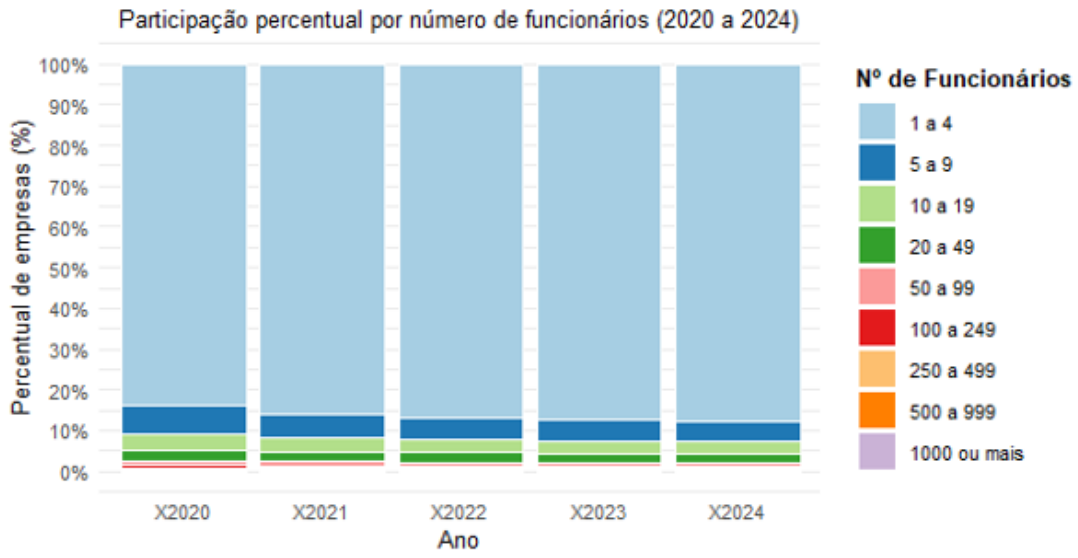
Os dados da ANS trazem outras informações agregadas sobre as empresas contratantes de planos de saúde empresariais, como diferenças no perfil setorial, regional e de cobertura médico-hospitalar, mas uma das mais importantes é relacionada ao tamanho das empresas. A Tabela 8 exibe a quantidade absoluta de empresas que oferecem planos de saúde agrupadas por número de funcionários, mostrando que as pequenas (que geralmente não declaram imposto pelo lucro real) são a grande maioria das contratantes, enquanto as médias e grandes empresas formam um universo relativamente pequeno de contratantes, embora sejam as prováveis beneficiárias do gasto tributário analisado. O Gráfico 1 traz esses números em percentuais, mostrando que, para 2024, empresas com 1 a 4 funcionários correspondem a 88% dos contratantes, ao passo que empresas com mais de 1000 funcionários são apenas 0,12%. O baixo percentual estende-se ainda para empresas de 500 a 999 funcionários (0,13%), 250 a 499 (0,25%), 100 a 249 (0,64%) e 50 a 99 (0,90%). Por outro lado, o Gráfico 2 mostra que a maior parte dos indivíduos beneficiários de planos de saúde estão ligados a empresas com mais de 1000 funcionários, chegando a 40,92% em 2024, enquanto os associados a pequenas empresas com 1 a 4 funcionários correspondem a 17,24% do total.

Tabela 7 - *Empresas contratantes de planos de saúde por número de funcionários*

Nº funcionários	2020	2021	2022	2023	2024
1 a 4	1.307.869	1.566.074	1.745.515	1.902.715	2.027.910
5 a 9	105.900	108.453	110.259	111.680	112.592
10 a 19	60.187	61.667	63.127	64.761	66.527
20 a 49	43.142	44.909	46.646	48.460	50.282
50 a 99	17.419	18.258	19.260	20.063	20.820
100 a 249	12.448	13.032	13.713	14.090	14.673
250 a 499	4.761	5.106	5.286	5.486	5.840
500 a 999	2.509	2.634	2.840	2.893	3.036
1000 ou mais	2.236	2.370	2.465	2.561	2.735

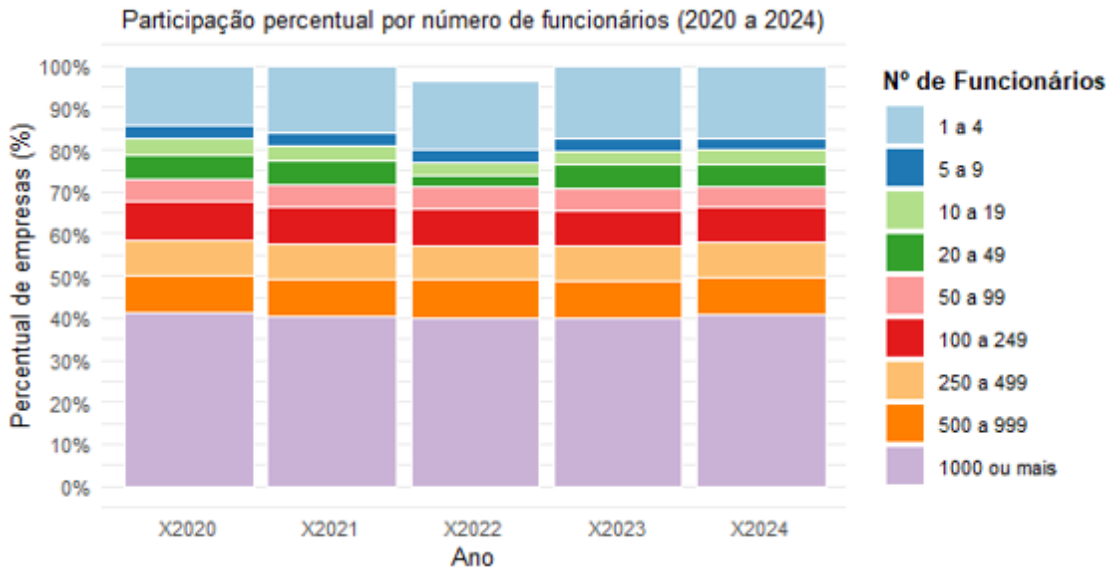
Fonte: GPIND/ANS. Elaboração própria.

Gráfico 1 - *Participação percentual das empresas contratantes de planos de saúde, por número de funcionários*



Fonte: GPIND/ANS. Elaboração própria.

Gráfico 2 - *Participação percentual de beneficiários de planos de saúde por porte da empresa*



Fonte: GPIND/ANS. Elaboração própria.

Além de ser um problema fiscal relevante para a análise e gestão da política pública, dado que envolve aproximadamente R$ 15 bilhões anuais em contexto de restrição orçamentária no país, o subsídio da assistência à saúde de empregados de empresas do lucro real suscita outras questões relevantes, especialmente quanto a suas consequências distributivas, pois, pelos indícios, tende a beneficiar grandes empresas e trabalhadores inseridos em vínculos formais de maior remuneração relativa. Há ainda outras questões a serem analisadas, como o impacto da política sobre a saúde do trabalhador, a competitividade das empresas e a oferta geral de serviços de saúde no país, considerando que o setor privado compete com o setor público por profissionais e outros recursos (BIGLIAZZI, 2025). Estudos mais aprofundados, porém, dependem da liberação de microdados tanto pela Receita Federal quanto pela ANS, o que aumentaria o grau de transparência e compreensão da política ainda pouco conhecida em sua dinâmica distributiva, finalística e sistêmica.

6.3. Resultados e Impacto

De acordo com o Guia Prático de Análise Ex Post (BRASIL, 2018a), a avaliação de impacto é a abordagem que permite examinar as hipóteses da teoria do modelo lógico e é por meio dela que se pode verificar se de fato a política está gerando os resultados e impactos esperados. Ainda de acordo com o Guia, há uma série de critérios mínimos para avaliação de impacto que vão desde a descrição de variáveis à estimação da magnitude do impacto de uma política. Nesta seção, discute-se essas questões a partir de três subseções: considerações sobre identificação de parâmetro de impacto, revisão de literatura e proposta de avaliação de impacto.

6.3.1. Parâmetro de interesse

Com base na problemática em estudo, é importante refletir sobre a adequada definição do efeito de interesse, uma vez que ambiguidades conceituais podem comprometer a interpretação dos resultados. Nesse sentido, apresentam-se alguns dos efeitos causais mais utilizados na literatura, bem como exemplos de contextos em que eles podem ser aplicados. Para essa discussão, considera-se uma população composta por empresas que fazem uso da dedução de despesas médicas farmacêuticas e odontológicas e por empresas que, embora elegíveis, optam por não usar tal subsídio em questão.

- Efeito médio populacional (do inglês, *Average treatment effect*): parâmetro populacional que atesta sobre questionamentos do tipo:
- Qual seria o impacto nos indicadores de impacto, em nível nacional, caso o subsídio de assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados fosse descontinuado?
- Efeito médio populacional condicional (do inglês *conditional average treatment effect*): parâmetro sub-populacional que atesta sobre questionamentos do tipo:
- Qual seria o impacto nos indicadores de impacto, em nível local, caso o subsídio de assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados fosse descontinuado?
- Efeito médio no grupo dos tratados (do inglês *average treatment effect on the treated*, ATT): parâmetro sub-populacional que atesta sobre questionamentos do tipo:
- Qual seria o impacto nos indicadores de impacto, derivado de empresas que faziam uso do subsídio, caso o subsídio de assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados fosse descontinuado?

É importante pontuar que o ATT é o efeito de interesse quando são aplicados métodos de diferença em diferença, usuais na literatura de econometria.

6.3.2. Parâmetro de interesse sob a ótica de política de subsídio gradativa

Além da avaliação do subsídio em seu formato atual, é relevante considerar parâmetros de interesse associados a cenários de reformulação gradual da política. Essa discussão é útil porque eventual alteração do gasto tributário poderia ocorrer de forma progressiva, associada ou não a medidas compensatórias de fortalecimento do financiamento ou da oferta pública de saúde.

Durante os painéis com os especialistas, foram debatidos cenários envolvendo a descontinuação gradual da política de subsídio à assistência médica, odontológica e farmacêutica concedida aos empregados, em paralelo à implementação de incentivos direcionados ao fortalecimento dos investimentos em saúde pública. Cabe destacar

que o termo “incentivo” é empregado para designar o estado vigente de uma determinada política, podendo inclusive assumir valor nulo quando inexistem mecanismos adicionais de estímulo.

Com base nesse processo de transição gradual, considera-se um cenário em que a implementação da política está associada a um determinado nível de incentivo ao investimento em saúde pública. Para formalizar essa estrutura, define-se a variável S, tal que S=1 indica a introdução da política gradativa e S=0 indica sua não implementação. De forma análoga, define-se a variável I, em que I=1 representa a existência de investimentos em saúde pública e I=0 a ausência desses investimentos.

Essa formulação é particularmente relevante porque os parâmetros de interesse passam a estar associados a características observadas após a definição do nível de incentivo, configurando um contexto em que fatores pós-incentivo desempenham papel central na análise. Nesse cenário, torna-se fundamental identificar os grupos sub-populacionais que particionam a população de interesse.

Para formalizar esses grupos, seja I(S) o investimento potencial em saúde pública sob o estado da política S, em que I(S)=1 indica a realização do investimento e I(S)=0 sua não realização. Com base nos pares de resultados potenciais (I(1),I(0)), a população de interesse pode ser particionada nos seguintes estratos latentes:

- Sub-população de *compliers* (I(1)=1 e I(0)=0): o investimento em saúde pública é realizado quando a política gradativa é implementada, mas não é realizado quando a política não é implementada. Nesse grupo, a implementação da política induz a realização do investimento.
- Sub-população de *always-takers* (I(1)=1 e I(0)=1): o investimento em saúde pública é realizado independentemente da implementação da política gradativa. Nesse caso, os incentivos vigentes já são suficientes para promover o investimento.
- Sub-população de *never-takers* (I(1)=0 e I(0)=0): o investimento em saúde pública não é realizado, independentemente da implementação da política gradativa. Nesse grupo, os incentivos vigentes não são suficientes para estimular o investimento.
- Sub-população de *defiers* (I(1)=0 e I(0)=1): o investimento em saúde pública é realizado quando a política gradativa não é implementada, mas deixa de ser realizado quando ela é implementada. Trata-se de um comportamento contrário ao esperado em relação ao efeito da política.

Desta forma, com base nessa potencial problemática, julgam-se necessárias discussões sobre os parâmetros sub-populacionais de interesse em um contexto de estudo e validação de políticas gradativas.

6.3.3. Questões causais: viés de confundimento e viés de seleção

Nesta subseção, discutem-se conceitos centrais para a identificação de efeitos causais que devem ser considerados no desenvolvimento de estudos observacionais e na avaliação de novas intervenções. Para fixar ideias, considere um cenário em que se deseja investigar o efeito de uma variável de intervenção (Z) sobre uma variável resposta (Y), avaliando o papel desempenhado por uma terceira variável (X).

Nesse contexto, destacam-se situações envolvendo viés de confundimento e viés de seleção, observando como a inclusão ou exclusão da variável (X) no modelo pode influenciar a identificação e a estimação do efeito de interesse. A correta especificação dessas relações é fundamental para garantir interpretações adequadas dos resultados e reduzir potenciais fontes de viés.

- O viés de confundimento ocorre em situações nas quais a inclusão de determinadas variáveis explicativas é necessária para a correta estimação do efeito de interesse. Em particular, considere o seguinte mecanismo de geração de dados:

$$X \sim \text{Normal}(0,1),$$

$$Z \mid X \sim \text{Normal}(X,1),$$

$$Y \mid Z,X \sim \text{Normal}(Z+X,1).$$

Nesse cenário, a variável (X) influencia simultaneamente (Z) e (Y), caracterizando-se como uma variável de confundimento. Consequentemente, caso (X) seja omitida da modelagem de (Y) em função de (Z), o estimador de mínimos quadrados ordinários — amplamente utilizado na literatura econométrica — produzirá estimativas viesadas para o efeito de interesse. Assim, na presença de confundimento, a identificação e a estimação adequada dos efeitos de interesse dependem de controlarmos pelas variáveis de confundimento, sejam elas observáveis ou não observáveis. Quando fatores de confundimento são não-observados, abordagens com o uso de variáveis instrumentais são alternativas para estimativas consistentes do efeito causal de interesse. Portanto, a depender do parâmetro de interesse, discussões na linha de potenciais variáveis de controle para confundimento são indispensáveis tendo em vista uma correta avaliação da política implementada.

- O viés de seleção refere-se a situações em que a inclusão de determinadas variáveis no processo de modelagem introduz associações artificiais e comprometem a estimação do efeito de interesse. Em particular, considere o seguinte mecanismo de geração de dados:

$$X \sim \text{Normal}(0,1)$$

$$Y|Z \sim \text{Normal}(Z,1)$$

$$X|Y,Z \sim \text{Normal}(Z+Y,1).$$

Nesse cenário, a variável (X) é determinada tanto por (Z) quanto por (Y), caracterizando-se como uma variável posterior a intervenção e a resposta de interesse. Consequentemente, ao incluir (X) na modelagem de (Y) em função de (Z), o estimador de mínimos quadrados ordinários deve produzir estimativas viesadas para o efeito de interesse. Esse problema ocorre porque o condicionamento em (X) induz uma associação espúria entre (Z) e (Y), ainda que tal associação não esteja presente na estrutura causal que se deseja avaliar. Em particular, o ajuste para variáveis pós-tratamento pode distorcer a interpretação dos parâmetros estimados e comprometer a validade das conclusões acerca do efeito causal de interesse. Dessa forma, torna-se fundamental avaliar se os dados utilizados e as variáveis incluídas na análise são compatíveis com o efeito que se pretende estimar.

Por fim, ressalta-se que a avaliação de uma política pública requer uma representação estatística robusta, estruturada em múltiplas etapas interdependentes. Entre elas, destacam-se a definição precisa do efeito de interesse, a identificação dos potenciais mecanismos de confundimento e seleção, bem como a avaliação da adequação e representatividade dos dados utilizados na análise.

Nesse contexto, a validade das conclusões obtidas depende não apenas da escolha do método estatístico empregado, mas também da compatibilidade entre o parâmetro de interesse, os pressupostos necessários para sua identificação e as informações efetivamente disponíveis. Dessa forma, o desenvolvimento de estudos avaliativos deve ser acompanhado por uma análise criteriosa dos objetivos da investigação, das características dos dados observados e das limitações inerentes ao processo de inferência.

6.4. Revisão de literatura

A ausência de dados detalhados sobre esse gasto tributário também afeta a literatura sobre o tema, que é rara e baseada em dados agregados. De fato, em revisão de literatura sobre o tema, QUEIROZ-CARDOSO, OLIVEIRA & MOTA (2026) destacam a escassez de evidências robustas para políticas semelhantes a nível global e a concentração de estudos para o caso americano que, embora relevante, possui pouca validade externa para o caso brasileiro em que há a universalização da saúde pública.

Entre as contribuições existentes, os artigos da literatura buscam destacar o peso fiscal do subsídio e possíveis usos alternativos dos recursos, principalmente para o financiamento da saúde pública. Nesse sentido, OCKÉ-REIS (2018) argumenta que os subsídios à saúde privada são ineficientes e fomentam um sistema de saúde duplicado e desigual, que não desafoga o SUS e contribui para seu subfinanciamento, fazendo mais sentido extingui-los e utilizar o dinheiro para construir um sistema verdadeiramente universal e equitativo. ANDREAZZI & OCKÉ-REIS (2007) fazem considerações semelhantes, enfatizando a regressividade desse gasto tributário, mas alertam que os recursos liberados pelo fim do subsídio não iriam necessariamente para a saúde pública, além de ser necessário o aumento da eficiência da máquina

pública para absorver a nova demanda e a diminuição da desigualdade geral do país para se atingir um sistema de saúde mais equitativo.

Um trabalho mais recente relacionado ao tema, cuja metologia empírica é mais alinhada às melhores práticas econométricas, é o de BIGLIAZZI (2025). Essa tese de doutorado se baseia em microdados de uma amostra de empresas brasileiras de capital aberto, que têm obrigação legal de divulgar balanços e, portanto, despesas com saúde de empregados e dirigentes. Entre as principais conclusões da autora, destacam-se: (i) a oferta de planos de saúde não afeta a produtividade e lucratividade das empresas, embora não seja possível descartar que os efeitos sejam positivos em um horizonte temporal maior do que o analisado; (ii) os trabalhadores não aumentam suas licenças médicas, mas as licenças que ocorrem são ligeiramente mais extensas, possivelmente em razão do acesso a melhores tratamentos de saúde; (iii) não há evidência de que a oferta de plano de saúde aumente as licenças devido a acidentes de trabalho e doenças ocupacionais; (iv) por fim, analisa-se também o efeito dos planos de saúde privados sobre a oferta de médicos no setor público, concluindo-se que há um *crowding-out* desses profissionais do público para o privado em razão de melhores salários e condições de trabalho.

Embora seja uma das melhores evidências sobre o tema, o artigo possui limitações importantes para avaliação da política pública em questão, em particular em relação aos dados sob análise. Em primeiro lugar, o artigo não contempla o universo dos beneficiários da política, se concentrando em empresas de capital aberto, o que limita a validade externa de seus resultados. Além disso, o artigo não utiliza informações do sistema de saúde para além dos da ANS, retendo-se às informações presentes da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS). Por exemplo, as conclusões sobre a oferta de trabalho dos médicos consideram apenas os contratos formais de trabalho, desconsiderando outros contratos de prestações de serviço, comuns entre os médicos e cobertos pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

6.5. Desenho de avaliação de impacto

Com base no desenho empírico de BIGLIAZZI (2025) e nos avanços da literatura de diferenças em diferenças, esta subseção apresenta uma proposta de avaliação de impacto sobre indicadores do modelo lógico, a ser desenvolvida caso estejam disponíveis diferentes conjuntos de microdados. Em todos os casos, as estratégias principais dependem da identificação do CNPJ das empresas elegíveis ao usufruto do benefício, informação custodiada pela Receita Federal do Brasil. O uso dessa variável é crucial para o cruzamento com outras fontes de dados que possam permitir a identificação dos trabalhadores potencialmente beneficiados, das empresas que efetivamente utilizam a dedução e dos planos ou serviços de saúde contratados.

Além das restrições de dados, outra dificuldade a ser contornada para a identificação do efeito causal diz respeito à endogeneidade associada à fruição da dedução. Como o acesso ao subsídio é diretamente aferido pelas empresas ao declararem seus gastos

com assistência médica na modalidade de lucro real, há preocupação de que empresas que fazem uso do benefício sejam sistematicamente diferentes das que não fazem seu uso, não só em características, mas principalmente em não observáveis.

A estratégia ideal para recuperação do efeito causal do benefício envolveria explorar uma variação exógena na probabilidade de concessão do benefício às empresas, por exemplo a partir de mudanças na regulamentação ou definição de critérios de elegibilidade. O desenho do benefício, no entanto, não favorece o uso de uma variável instrumental que ajude a recuperar o seu efeito. Ainda que haja uma regra de eligibilidade atrelada à obrigatoriedade de declaração do lucro real, garantindo acesso ao benefício, ele é acompanhado de uma série de mudanças associadas a estar na modalidade de lucro real, como direito a outras deduções e custos contábeis.

Uma maneira de mitigar esse problema é utilizar o momento de aquisição do benefício para estudar a trajetória dos trabalhadores das empresas que oferecem assistência médica aos trabalhadores comparados com aquelas que ainda não oferecem, mas passam a oferecer o benefício ao longo do tempo. Sob determinados pressupostos de identificação, é possível recuperar o efeito do benefício sobre indicadores de saúde. Entre tais pressupostos, destaca-se que a trajetória do grupo de controle deve representar um contrafactual adequado à trajetória do grupo tratados (isto é, que as tendências sejam paralelas) e que a oferta de assistência médica não deve ocorrer concomitantemente a outras ações das empresas que afetem a saúde dos empregados.

6.5.1. Saúde dos trabalhadores

A estratégia mais completa para capturar o efeito sobre saúde dos trabalhadores deveria conter informações sobre: i) identificação de empresas de lucro real e o montante deduzido por ano, incluindo empresas que não deduzem (a partir de dados da Receita Federal do Brasil); ii) informações sobre trabalhadores cobertos e, nos casos de contratação de planos de saúde, tipo de cobertura (a partir das bases da RAIS e da ANS); iii) informações de acesso à saúde, como procedimentos preventivos e cobertura vacinal (dados do DataSus)

Nesse caso, é possível construir um painel anual de trabalhadores e empresas que tem acesso à assistência médica, odontológica e farmacêutica, os planos de saúde contratados e sua cobertura e variáveis de acesso à saúde.Assim, sob os pressupostos de identificação e dado o desenho da política, seria possível recuperar o ATT (efeito de tratamento nos tratados) utilizando os avanços recentes da literatura de Diferenças-em-Diferenças.

Em particular, essa literatura apontou para os limites e vieses introduzidos ao se estimar o ATT usando os modelos de *two-way fixed-effects* (TWFE) que consistem em modelos de regressão linear com efeitos fixos de unidade e tempo (DE CHAISEMARTIN & D'HAULTFOEUILLE 2020; CALLAWAY & SANT'ANNA, 2021) em especial quando há

adoção escalonada do tratamento como no caso da política em análise. Seguindo CALLAWAY & SANT'ANNA (2021), a solução consiste em estimar ATT para cada grupo de tratamento definido pela coorte de ano de início tendo como grupo de comparação as unidades não tratadas naquele momento. Em termos formais,

$$ATT(g,t) = E[Y_t(g) - Y_t(0)|G_g = 1]\,; t \geq g$$

Em que Y_t(g) é resultado potencial no período t para uma firma da coorte de tratamento g, Y_t(0) é o resultado potencial para essa mesma firma no mesmo período e G_g = 1 indica que a coorte de tratamento é a que recebeu o tratamento pela primeira vez no período g.

A estimação em geral ocorre via estimador duplamente robusto (*doubly robust)* já que exige menos condições para implementação e inferência uma vez que combina as alternativas *outcome regression* e *propensity score* e está bem especificado quando ao menos uma das duas alternativas também está.[20]

6.5.2. Outros indicadores

Estratégias semelhantes podem ser adotadas para outros indicadores de resultado e impacto do modelo lógico. Variáveis no nível do trabalhador disponíveis na RAIS, como afastamento por licença médica, além de retenção, contração e salário de trabalhadores, são importantes não só para testar acesso à saúde, mas também para avaliar se o benefício ajuda as empresas a atrair e manter trabalhadores, além de testar se representa de fato um aumento dos ganhos dos trabalhadores ou, ao contrário, afeta o salário a ponto de ser apenas uma alteração da composição da remuneração total do trabalhador.

Conforme discutido nessa e em seções anteriores, a dedução tem efeitos potenciais no mercado de saúde suplementar com reverberações também na provisão de saúde pública. Um canal apontado por BIGLIAZZI (2025) é a contratação de médicos e o efeito *crowding-out*. Para além da necessidade da extensão das estimativas feitas pela autora, com incorporação de dados do CNES, é possível pensar em estratégias de identificação que incluam dimensões espaciais para delimitar mercados e redes de saúde.

Assim como a literatura de diferenças em diferenças, estratégias utilizando o instrumento *shift-share* tem se popularizado e avançado para a estimação de efeito causal.[21] Nesse caso, seria possível examinar municípios ou áreas com maior exposição a poucas empresas que passem a oferecer planos de saúde ou assistência médica deduzidos de suas contribuições. Sob determinados pressupostos de identificação, seria possível testar se esse choque de oferta de saúde privada tem reverberações na

[20] Veja CALLAWAY & SANT'ANNA (2021) para mais detalhes sobre estimadores e pressupostos de identificação. https://bcallaway11.github.io/did/ apresenta o pacote para implementação em R.
[21] Veja BORUSYAK et al (2025) para uma discussão e guia de uso.

capacidade de oferta pública de saúde, em particular em termos de disponibilidade de médicos.

7. Execução Orçamentária e Financeira

Esta seção examina a execução orçamentária e financeira da política a partir dos dados consolidados nas bases do Demonstrativo dos Gastos Tributários – DGT - previsão PLOA e Bases Efetivas. Considerando a natureza tributária da política, a análise não se refere à execução de despesa direta, mas ao acompanhamento fiscal da renúncia estimada. A estratégia adotada parte do agregado do gasto tributário em saúde, depois situa a política nesse universo mais amplo, e, na sequência, desagrega a análise por tributo de incidência, IRPJ e CSLL, e por região do país. Além disso, compara-se a base efetiva com a base planejada (PLOA), de modo a responder também à questão relativa à relação entre previsão e realização. Por fim, vale o destaque que a análise focou no recorte temporal dos últimos 5 anos com informações disponíveis (2018 a 2022).

7.1. Gasto tributário em saúde no conjunto das renúncias fiscais

O ponto de partida da análise consiste em situar o gasto tributário em saúde no conjunto mais amplo das renúncias fiscais da União. Tal procedimento permite dimensionar a relevância fiscal do setor saúde antes de focalizar a política específica objeto da avaliação. Conforme pode ser visto na Tabela 9 abaixo, no período de 2018 a 2022, o gasto tributário em saúde apresentou trajetória de crescimento nominal, passando de R$ 53,14 bilhões para R$ 73,42 bilhões. Esse movimento corresponde a expansão de aproximadamente 38% no período. Não obstante, sua participação relativa no gasto tributário total apresentou oscilação descendente, tendo recuado de 17,11%, em 2018, para 14,91%, em 2022. Em termos de posicionamento relativo entre os principais gastos tributários, a saúde ocupou a segunda colocação entre 2018 e 2020, passando à terceira colocação em 2021 e 2022.

Tabela 8 - *Gasto tributário em saúde e participação no gasto tributário total*

Ano	Gasto em saúde (R$ bi)	% no gasto tributário total	Ranking
2018	53,14	17,11%	2
2019	51,74	16,29%	2
2020	53,74	16,36%	2
2021	59,40	14,11%	3
2022	73,42	14,91%	3

Fonte: elaboração própria com base nos dados dos DGTs Bases Efetivas.

Os dados dispostos na Tabela 9 indicam que, embora o gasto tributário em saúde tenha aumentado em termos absolutos, sua participação no total das renúncias fiscais não acompanhou integralmente essa expansão, revelando perda relativa de peso no conjunto do sistema de gastos tributários.

No que tange à análise do gasto por região, a análise evidencia uma concentração territorial do gasto tributário em saúde ao longo de toda a série observada. Conforme pode ser visto na Tabela 10 a seguir, em todos os anos analisados, a região Sudeste respondeu pela maior parcela do total, com participação superior à das demais regiões.

Tabela 9 - *Distribuição regional do gasto tributário em saúde (R$ bilhões)*

Ano	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Total
2018	1,29	5,00	4,87	35,54	6,43	53,14
2019	1,51	5,43	6,22	32,37	6,21	51,74
2020	1,66	5,52	6,68	33,50	6,39	53,74
2021	1,91	6,35	6,00	37,84	7,29	59,40
2022	2,16	8,01	7,35	45,96	9,93	73,42

Fonte: elaboração própria com base nos dados dos DGTs Bases Efetivas.

A Tabela 10 mostra que, em 2018, o Sudeste concentrou R$ 35,54 bilhões de um total de R$ 53,14 bilhões, o que corresponde a aproximadamente 66,9% do gasto tributário em saúde. Em 2022, essa concentração permaneceu elevada, com R$ 45,96 bilhões de um total de R$ 73,42 bilhões, equivalente a cerca de 62,6% do total. As regiões Sul e Nordeste aparecem em posição intermediária, ao passo que Norte e Centro-Oeste apresentam valores substancialmente inferiores. O padrão observado sugere que os benefícios tributários na área da saúde se distribuem de forma consideravelmente assimétrica ao longo do território nacional, com elevada concentração nas regiões de maior dinamismo econômico e de maior presença de vínculos formais de trabalho e de mercado de saúde suplementar.

7.2. Dimensão fiscal da política avaliada

Uma vez caracterizado o comportamento do gasto tributário em saúde, procede-se à análise da política de Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados, com o objetivo de situá-la no interior desse agregado. Neste sentido, a Tabela 11, a seguir, mostra que entre 2018 e 2022, o gasto tributário efetivo da política variou de R$ 8,34 bilhões para R$ 11,60 bilhões, o que representa crescimento nominal de

aproximadamente 39,0%. Em relação ao gasto tributário total, a política respondeu por percentuais entre 2,36% e 2,94% no período. Quando considerada sua participação no gasto tributário em saúde, os percentuais oscilaram entre 15,70% e 18,08%.

Tabela 10 - *Gasto tributário da política e participação relativa*

Ano	Gasto da política (R$ bi)	% do gasto tributário total	% do gasto tributário em saúde
2018	8,34	2,69%	15,70%
2019	9,35	2,94%	18,08%
2020	9,35	2,85%	17,40%
2021	10,24	2,43%	17,24%
2022	11,60	2,36%	15,80%

Fonte: elaboração própria com base nos dados dos DGTs Bases Efetivas.

Os números apresentados na Tabela 11 indicam que a política ocupa posição relevante no conjunto das renúncias tributárias em saúde, representando parcela expressiva do gasto tributário setorial ao longo de toda a série analisada.

Quando o olhar se volta para o gasto tributário com a política nas diferentes regiões do país, é possível notar, a partir dos dados da Tabela 12 que a distribuição regional da política reproduz, em certa medida, a concentração territorial já observada no conjunto do gasto tributário em saúde. Em todos os anos da série, o Sudeste concentrou aproximadamente 72% a 76% do gasto tributário da política. Em 2022, por exemplo, o gasto da política na região Sudeste atingiu R$ 8,79 bilhões, de um total de R$ 11,60 bilhões, o que corresponde a 75,8% do total nacional. As demais regiões apresentam valores significativamente inferiores, confirmando a concentração geográfica dos benefícios fiscais associados à política.

Tabela 11 - *Distribuição regional da política (R$ bilhões)*

Ano	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Total
2018	0,18	0,57	0,49	6,31	0,79	**8,34**
2019	0,19	0,60	0,97	6,71	0,87	**9,35**
2020	0,19	0,63	0,61	7,03	0,90	**9,35**
2021	0,19	0,70	0,71	7,61	1,03	**10,24**

Ano	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Total
2022	0,20	0,77	0,64	8,79	1,20	11,60

Fonte: elaboração própria com base nos dados dos DGTs Bases Efetivas.

7.3. Estrutura tributária da política: IRPJ e CSLL

Conforme descrito no arcabouço normativo, a política está associada a dois tributos: Imposto sobre a Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ) e Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL). A análise a partir da ótica desses tributos é importante para compreender a base fiscal de sustentação da política e a forma como a renúncia se distribui entre eles. Neste sentido, inicialmente será apresentado o gasto tributário total por tributo (Tabela 13) e, em seguida, situados os valores destinados especificamente à política de Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados.

Tabela 12 - *Gasto tributário total por tributo*

Ano	Tributo	Gasto Tributário por tributo (R$ bi)	% do PIB	% da Arrecadação	% Gasto Tributário Total
2018	IRPJ	50,75	0,72%	3,72%	16,34%
2019	IRPJ	47,70	0,65%	3,31%	15,02%
2020	IRPJ	57,24	0,75%	4,13%	17,42%
2021	IRPJ	88,24	0,98%	5,04%	20,97%
2022	IRPJ	90,54	0,90%	4,42%	18,39%
2018	CSLL	12,70	0,18%	0,93%	4,09%
2019	CSLL	13,15	0,18%	0,91%	4,14%
2020	CSLL	15,95	0,21%	1,15%	4,85%
2021	CSLL	19,55	0,22%	1,12%	4,65%
2022	CSLL	27,35	0,27%	1,34%	5,55%

Fonte: elaboração própria com base nos dados dos DGTs Bases Efetivas.

A Tabela 13 mostra que, no período analisado, o gasto tributário total associado ao IRPJ foi superior ao da CSLL. Em 2022, por exemplo, o gasto tributário total associado ao IRPJ alcançou R$ 90,54 bilhões, ao passo que o da CSLL somou R$ 27,35 bilhões. Em participação no gasto tributário total, o IRPJ variou entre 15,02% e 20,97%, enquanto a CSLL oscilou entre 4,09% e 5,55%. Esses resultados mostram que, em um contexto mais amplo, o IRPJ responde pela maior parte das renúncias fiscais entre os dois tributos considerados.

Ao se examinar especificamente a política de Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados, verifica-se que o IRPJ também concentra, de forma estável, a maior parte do gasto tributário associado à política. Em toda a série, esse tributo responde por aproximadamente 73,5% do total, cabendo à CSLL os 26,5% restantes, conforme pode ser observado nas Tabelas 14 e 15.

Tabela 13 - *Gasto tributário da política em IRPJ*

Ano	Valor IRPJ (R$ bi)	% do PIB	% da Arrecadação	% Gasto Tributário Total
2018	6,13	0,09%	0,45%	1,97%
2019	6,88	0,09%	0,48%	2,17%
2020	6,88	0,09%	0,50%	2,09%
2021	7,53	0,08%	0,43%	1,79%
2022	8,53	0,08%	0,42%	1,73%

Fonte: elaboração própria com base nos dados dos DGTs Bases Efetivas.

Em valores nominais, o componente da política associado ao IRPJ passou de R$ 6,13 bilhões, em 2018, para R$ 8,53 bilhões, em 2022 (Tabela 14). No caso da CSLL, os valores variaram de R$ 2,22 bilhões para R$ 3,07 bilhões no mesmo período (Tabela 15). Esse padrão evidencia que a política depende, em maior intensidade, da renúncia vinculada ao IRPJ, o que deve ser considerado tanto na análise de sua evolução quanto na discussão sobre mecanismos de acompanhamento e previsibilidade fiscal. Quando se observa a evolução na participação do gasto tributário com a política em relação ao PIB, à arrecadação e ao gasto tributário total, é possível notar que para ambos os tributos, nos casos do PIB e da arrecadação, existe um padrão de relativa estabilidade, todavia, no caso do Gasto Tributário Total, o padrão é de decrescimento na importância relativa do gasto com a política, para ambos os tributos.

Tabela 14 - *Gasto tributário da política em CSLL*

Ano	Valor CSLL (R$ bi)	% do PIB	% da Arrecadação	% Gasto Tributário Total
2018	2,22	0,03%	0,16%	0,71%
2019	2,48	0,03%	0,17%	0,78%
2020	2,48	0,03%	0,18%	0,75%
2021	2,71	0,03%	0,15%	0,64%
2022	3,07	0,03%	0,15%	0,62%

Fonte: elaboração própria com base nos dados dos DGTs Bases Efetivas.

A análise da distribuição regional por tributo confirma o padrão já identificado anteriormente: o Sudeste concentra a maior parte do gasto tributário da política, tanto no componente associado ao IRPJ quanto no componente associado à CSLL (Tabelas 16). Em 2022, o Sudeste respondeu por R$ 6,46 bilhões do total da política em IRPJ e por R$ 2,33 bilhões do total em CSLL. Em ambos os casos, a participação regional situou-se em torno de 75% do total nacional. As demais regiões mantiveram participações substancialmente menores ao longo de todo o período. Neste sentido, o resultado indica que a concentração territorial observada no total da política não decorre de um único tributo, mas se manifesta de forma consistente tanto no IRPJ quanto na CSLL, conforme pode ser visto na Tabela 16, abaixo.

Tabela 15 - *Distribuição regional da política por tributo (R$ bilhões)*

Ano	Tributo	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Total
2018	IRPJ	0,13	0,42	0,36	4,63	0,58	6,13
2019	IRPJ	0,14	0,44	0,72	4,94	0,64	6,88
2020	IRPJ	0,14	0,46	0,45	5,17	0,66	6,88
2021	IRPJ	0,14	0,52	0,52	5,59	0,76	7,53
2022	IRPJ	0,15	0,57	0,47	6,46	0,88	8,53
2018	CSLL	0,05	0,15	0,13	1,68	0,21	2,22
2019	CSLL	0,05	0,16	0,26	1,78	0,23	2,48
2020	CSLL	0,05	0,17	0,16	1,86	0,24	2,48
2021	CSLL	0,05	0,19	0,19	2,01	0,27	2,71
2022	CSLL	0,05	0,20	0,17	2,33	0,32	3,07

Fonte: elaboração própria com base nos dados dos DGTs Bases Efetivas.

7.4. Gasto Planejado da Política x Gasto Efetivo

A comparação entre os montantes planejados e os efetivamente observados constitui etapa central para aferir a aderência do planejamento à trajetória real da política. Essa

comparação fornece evidências sobre a capacidade preditiva das estimativas constantes das peças orçamentárias e sobre a robustez informacional do processo de monitoramento fiscal. Conforme pode ser visto na Tabela 17, no período analisado, o gasto efetivo da política superou, em todos os anos, o valor previsto na PLOA. A discrepância foi mais pronunciada no início da série: em 2018, o valor efetivo correspondeu a 1,58 vez o planejado e em 2019 foi de 1,66 vez. Nos dois anos finais, a diferença reduziu-se para 1,14, em 2021, e 1,05, em 2022.

***Tabela 16** - Relação entre gasto efetivo e planejado da política*

Ano	Efetivo (R$ bi)	PLOA (R$ bi)	Efetivo / PLOA
2018	8,34	5,27	1,58
2019	9,35	5,65	1,66
2020	9,35	6,42	1,46
2021	10,24	8,95	1,14
2022	11,60	11,09	1,05

Fonte: elaboração própria com base nos DGTs das Bases Efetivas e PLOA.

A série aponta para dois movimentos simultâneos. De um lado, observa-se subestimação sistemática do gasto efetivo pela base planejada. De outro, verifica-se redução progressiva dessa diferença ao longo do período, sugerindo melhora da aderência entre previsão e observação. Tal resultado pode ser interpretado como indício de aperfeiçoamento das estimativas ou, alternativamente, de redução da volatilidade dos fatores determinantes da renúncia. Quando se observam os dados desagregados por tipo de tributo, é possível identificar um padrão semelhante ao caso geral. No caso do IRPJ, o valor efetivo permaneceu acima do planejado em todos os anos, com redução gradual da discrepância ao longo da série. Em 2018, a relação efetivo/PLOA foi de 1,16 e em 2022 foi de 1,05. Para a CSLL, a base de relação efetivo-orçado apresenta dados apenas para 2021 e 2022, o que restringe a comparação histórica. Ainda assim, nos anos disponíveis, o valor efetivo também superou o planejado, com índices de 1,14 e 1,04, respectivamente.

7.5. Síntese avaliativa

A análise desenvolvida nesta seção trouxe quatro achados principais. O primeiro é que o gasto tributário em saúde apresenta magnitude elevada no conjunto das renúncias fiscais federais, embora sua participação relativa no total dos gastos tributários tenha se reduzido ao longo do período examinado. O segundo refere-se ao fato de que a política de Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados detém posição relevante nos gastos tributários em saúde, respondendo por parcela significativa desse agregado em todos os anos da série.

O terceiro achado é que a política apresenta forte concentração regional, particularmente na região Sudeste, padrão que se reproduz tanto no agregado quanto em sua decomposição por tributo. Esse resultado sugere que a distribuição territorial do benefício acompanha, e possivelmente reforça, assimetrias estruturais já existentes no mercado de trabalho formal e na oferta privada de serviços de saúde. O quarto achado diz respeito à estrutura tributária. Foi possível notar que a base fiscal da política é claramente dominada pelo IRPJ, responsável por aproximadamente três quartos da renúncia associada ao benefício, cabendo à CSLL a parcela residual. Essa predominância confere ao comportamento do IRPJ papel decisivo na trajetória fiscal da política, sugerindo que sua dinâmica está fortemente condicionada a esse tributo.

Embora a política disponha de base informacional para o acompanhamento de sua trajetória fiscal, foram observadas limitações relevantes associadas à aderência entre os valores projetados e os efetivamente observados, sobretudo nos anos iniciais da série. Esse aspecto sinaliza a necessidade de aprimoramento dos mecanismos de estimativa e revisão das projeções de gasto tributário, com vistas ao fortalecimento da capacidade de monitoramento e avaliação da política, bem como ao desenvolvimento de instrumentos que ampliem o acesso a dados desagregados sobre os beneficiários, de modo a viabilizar análises relativas aos impactos e ao grau de focalização da política.

Por fim, no que se refere ao acompanhamento da execução orçamentária e financeira, os resultados indicam que, em razão da natureza tributária da política, seu monitoramento não se realiza por meio dos mecanismos tradicionais de execução da despesa, mas sim pela observação da evolução do gasto tributário nas bases efetivas, sua decomposição por tributo (IRPJ e CSLL) e sua distribuição regional. Assim, ainda que a natureza desta seção não permita estabelecer associação direta entre variações no montante da renúncia e mudanças observáveis em produtos, resultados ou impactos da política, os dados sugerem sensibilidade à dinâmica do mercado formal de trabalho e à oferta de planos empresariais de saúde, indicando uma relação indireta entre expansão da renúncia e ampliação do benefício.

8. Insights sobre Eficiência e Economicidade

8.1. O Contexto da Avaliação de Eficiência e Economicidade

Conforme preconizado pelo *Guia Prático de Análise Ex Post de Políticas Públicas*[22], o exame da economicidade deve confrontar os custos incorridos com os produtos e resultados gerados. No caso do subsídio à Assistência Médica a Empregados via deduções de IRPJ e CSLL, a não disponibilização de registros individualizados de procedimentos ou custos por beneficiário pela Receita Federal inviabiliza análises microeconômicas tradicionais.

Adicionalmente, a perspectiva utilizada nesta seção é semelhante à proposta por Andreazzi e Ocké-Reis (2007) e Andreazzi et al. (2010). Eles argumentam que a discussão sobre instrumentos para abordar o financiamento público de serviços de saúde deve incluir uma discussão mais ampla com gastos públicos em saúde em outras esferas, como no SUS e outras isenções fiscais, e que os instrumentos para preservar a equidade no financiamento da saúde devem fazer parte de uma discussão mais ampla sobre a fragilidade financeira do Estado e a desigualdade e vulnerabilidade social. Assim, questões de justiça fiscal e de desigualdade na obtenção de cuidado não são apenas uma agenda do setor de saúde, mas permeiam o sistema econômico e tributário brasileiro.

Somam-se a este cenário questões de transições demográfica e epidemiológica, que apontam para tendências futuras do financiamento da saúde e reforçam a necessidade de olhar mais criterioso ao tema. O Brasil encontra-se em estágio final de transição demográfica - desde 2002, a taxa de fecundidade total (TFT) está abaixo do nível de reposição (2,1) (Dattani, 2025), chegando a 1,62 em 2023. Como consequência, o processo de envelhecimento populacional já é uma realidade, com aumento das taxas de morbidade e das demandas por assistência à saúde. Além disso, em razão da transição epidemiológica e do aumento da prevalência de doenças crônicas (McKeown, 2009), espera-se elevação dos custos de saúde per capita por idade. Esse cenário reforça a importância de avaliar a alocação de recursos públicos diretos e indiretos em saúde, inclusive renúncias fiscais de prazo indeterminado, especialmente diante de tendências futuras que exigirão mais recursos financeiros.

Para abordar tais pontos e superar a limitação de informações apontada acima, esta seção analisa a economicidade sob uma perspectiva macroeconômica e alocativa, estruturando as evidências em torno de três dimensões avaliativas pactuadas: a capacidade institucional de monitoramento, a razoabilidade dos custos em relação aos benefícios esperados (relação produto-insumo), e a gestão de riscos fiscais e operacionais.

[22] Disponível aqui: https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/downloads/guiaexpost.pdf/view

8.2. Capacidade Institucional de Monitoramento e Análise de Alternativas

A primeira dimensão avaliativa diz respeito à existência de capacidade institucional tempestiva e eficaz para monitorar os custos da política e avaliar alternativas mais econômicas. O arranjo institucional que gerencia o subsídio à Assistência Médica a Empregados revela um quadro de fragmentação e de monitoramento meramente arrecadatório, sem foco em custo-efetividade.

A Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil (RFB) estima anualmente o montante global da renúncia fiscal no DGT, cumprindo as exigências formais da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). O Ministério da Saúde, por sua vez, planeja e executa a política de saúde pública (SUS) de forma desvinculada desse orçamento indireto. Já a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) atua na regulação do mercado de planos de saúde, mas sem atribuições de avaliação do impacto fiscal das isenções tributárias. Não há, portanto, um comitê intersetorial ou um cronograma sistemático que integre MS, RFB e ANS para analisar se os recursos renunciados anualmente geram retornos sociais superiores aos que seriam obtidos em cenários alternativos de alocação, inclusive no orçamento direto do SUS.

O subsídio funciona sob o regime de prazo indeterminado e demanda aberta, não possui dispositivos legais que limitem seu montante e, dessa forma, depende da declaração do valor gasto pelas empresas com serviços de saúde privados para seus empregados (Garcia et al., 2015). Por conseguinte, não há teto para deduções, diferentemente de outros países, como Alemanha e Itália (Colombo e Tapay, 2004; Garcia et al., 2015; Ocké-Reis, 2018). Isso significa que o Estado abdica de arrecadar conforme as decisões de contratação de planos de saúde pelas empresas tributadas pelo Lucro Real, sem avaliações de custo-benefício ou análises comparativas de alternativas de alocação de recursos.

A literatura de finanças públicas (Ocké-Reis, 2018; Andreazzi e Ocké-Reis, 2007) aponta que essa fragilidade institucional impede a pactuação de metas de eficiência. Na ausência de uma governança coordenada, a política perpetua-se como uma inércia fiscal, carecendo de métodos formais e tempestivos para a identificação de opções alocativas mais econômicas.

8.3. Avaliação de Custos e Relação Produto-Insumo

A segunda dimensão avaliativa questiona se a política pública é realizada a custos razoáveis (economicidade) e analisa a consistência da relação produto-insumo. Diante da impossibilidade de estimar o custo de procedimentos específicos por indivíduo, a análise do custo de oportunidade e da eficiência alocativa serve como balizadora fundamental.

8.3.1. Custo de Oportunidade e Impacto Orçamentário

A razoabilidade do custo da política deve ser avaliada frente ao orçamento direto do SUS, que sofre com subfinanciamento histórico crônico (Massuda et al., 2018). Conforme dados do DGT sistematizados por Ocké-Reis (2018) [23] para o ano de 2018, a soma de todos os gastos tributários em saúde totalizou cerca de R$ 50 bilhões, equivalendo a 45% de todo o orçamento executado pelo Ministério da Saúde naquele ano (R$ 110 bilhões). Ao isolarmos apenas as deduções de saúde da esfera corporativa (IRPJ) e individual (IRPF), o montante alcançou R$ 26 bilhões — ou seja, 25% de todo o gasto direto do Ministério da Saúde (aproximadamente 17 bilhões foram para deduções de IRPF e 9 bilhões para isenções de IRPJ). O custo desse subsídio, portanto, representa uma fatia expressiva do orçamento[24] que poderia ser destinada ao fortalecimento da atenção primária e secundária do SUS.

8.3.2. Ineficiência Alocativa e Desigualdade de Acesso (Regressividade)

A relação produto-insumo da política se revela ineficiente do ponto de vista do bem-estar social. A justificativa teórica para o subsídio reside, em parte, na premissa de que a expansão da assistência privada empresarial poderia aliviar a sobrecarga de demanda sobre o SUS. Contudo, evidências elencadas por Santos (2011) indicam que a política gera ineficiência alocativa grave devido ao fenômeno da "cobertura duplicada". O subsídio fiscal beneficia predominantemente indivíduos de classe média e alta que já possuem capacidade de pagamento, concentrando os recursos públicos indiretos em uma fatia populacional que utiliza o SUS de forma duplicada apenas para procedimentos de alta complexidade e custo elevado (quimioterapia, diálise, transplantes), cujos custos não são cobertos ou são limitados nos contratos de planos privados (Souza Júnior et al., 2021; Silva et al., 2022).

A política mobiliza renúncia fiscal expressiva (insumos) sem que haja, até o momento, evidências suficientes de que produza impactos tais como retornos em saúde laboral, redução de absenteísmo, ganho de produtividade ou menor demanda sobre o SUS.

8.3.2.1. A natureza duplicada, suplementar e complementar do sistema de saúde privado em relação ao sistema de saúde público

Santos (2011) argumenta a assistência médica privada impacta no sistema de saúde público de diferentes modos. Em particular, a autora descreveu os aspectos duplicados, suplementares e complementares da saúde privada em relação ao sistema público. Serviços duplicados são aqueles oferecidos simultânea e similarmente pelos sistemas de saúde privado e público. Os serviços suplementares correspondem a serviços ou comodidades ofertados pelo setor privado que não integram o sistema público, como determinados serviços de hotelaria hospitalar ou procedimentos

[23] A subseção 7.1 deste relatório detalha as projeções em bases efetivas desde 2018.
[24] Supondo-se que haveria arrecadação efetiva caso não existisse o subsídio.

estéticos. Já a atuação complementar ocorre quando a oferta privada amplia a capacidade de provisão dos serviços não cobertos ou que exigem coparticipação pelo sistema público, como no caso de clínicas privadas que realizam exames para pacientes do sistema público mediante contratação pública.

Souza Júnior et al. (2021) analisaram a natureza duplicada da cobertura de saúde no Brasil e argumentaram que existe uma sobreposição considerável de serviços. Esse tipo de cobertura pode gerar problemas financeiros e distributivos para o setor público, na medida em que parte dos beneficiários de planos privados continua a utilizar serviços públicos, enquanto o Estado também subsidia, por meio de renúncia fiscal, despesas privadas de saúde desses mesmos grupos. Nesses casos, os gastos de saúde privados não atuam de forma sinérgica com o sistema público, pois duplicam a cobertura dos serviços oferecidos pelo SUS e reforçam desigualdades no sistema de saúde.

Ademais, os planos de saúde não cobrem parte dos procedimentos médicos e a população segurada utiliza o SUS quando necessita desses serviços. Por exemplo, os autores supracitados observaram, utilizando a PNAD de 2008, que cerca de 10% das cirurgias realizadas pelo SUS foram para pessoas com planos de saúde privados. Além disso, os planos de saúde privados eram responsáveis por 27% da atenção geral prestada à população brasileira, mas os números para procedimentos de alto custo, como transplantes, quimioterapia e hemodiálise, foram menores e se concentravam no SUS. Portanto, além de financiar a atenção primária, o SUS continua absorvendo terapias de maior complexidade, mais caras, para muitos dos indivíduos com plano de saúde privados (Garcia et al., 2015; Silva et al., 2022).

Silva et al. (2022) usaram as Pesquisas Nacionais de Saúde (PNS) de 2013 e 2019 para analisar os usuários que utilizam os setores públicos e privado de saúde de forma simultânea. Eles argumentaram que o uso duplo de serviços de saúde pode levar à redundância de recursos entre as esferas pública e privada quando essas oferecem os mesmos serviços. Os autores definiram usuários duplos como alguém sem plano de saúde privado que utilizou o sistema privado em seu último atendimento ou alguém com plano de saúde privado que declarou ter utilizado um serviço público em seu último atendimento. O uso combinado é particularmente relevante entre pessoas sem seguro privado que buscam atendimento privado diante de longos tempos de espera no sistema público, incluindo consultas com especialistas, cirurgias eletivas, serviços de suporte diagnóstico e terapêutico e medicamentos. Diferentemente, aqueles com planos de saúde acessam o sistema público principalmente para atenção primária e para tratamentos mais complexos e caros (Santos, 2011). Assim, esses arranjos duplos contribuem para a desigualdade na oferta, na obtenção do cuidado e no uso de serviços saúde.

Santos (2011) argumentou que o setor privado, na verdade, retira recursos do sistema público e aumenta a ineficiência deste devido ao trânsito de pacientes entre os dois sistemas. Além disso, em geral, os pacientes que acessam o sistema público buscam principalmente consultas com clínicos gerais, enquanto aqueles que acessam o sistema

privado consultam particularmente médicos especialistas, aumentando a desigualdade no acesso a especialistas. A autora concluiu que a cobertura duplicada não contribui para os objetivos gerais do sistema de saúde de universalidade, abrangência e equidade.

Portanto, uma regulamentação mais efetiva dos planos e gastos com saúde privados em relação a serviços duplicados, suplementares e complementares por parte dos governos pode ser estratégica para superar algumas das dificuldades impostas pela perda fiscal devidos aos subsídios. Poder-se-ia, por exemplo, definir quais tipos de gastos privados seriam elegíveis à dedução e quais não deveriam ser cobertos por isenções fiscais.

8.3.2.2. A natureza progressiva do SUS e a natureza regressiva do subsídio da Assistência Médica a Empregados

O SUS é um sistema público de saúde universal e, por desenho constitucional, deve atender a todas as camadas da população. No entanto, indivíduos de renda mais alta tendem a depender parcial ou predominantemente do sistema privado de saúde. Portanto, o SUS possui um caráter progressivo em relação ao acesso à saúde pelas diferentes camadas da população. Adicionalmente, uma importante característica do SUS é a promoção de proteção financeira, ao reduzir a exposição das famílias a gastos diretos mais elevados com saúde.

Vale destacar que, apesar do sucesso dos primeiros 30 anos, o SUS enfrenta muitos desafios relevantes. Por exemplo, embora seja bastante abrangente na atenção primária e esteja bastante presente na realização de procedimentos sofisticados e caros, ainda enfrenta dificuldades no provimento oportuno de cuidados especializados (Castro et al., 2019).

Além disso, Massuda et al. (2018) e Paschoalotto et al. (2025) argumentaram que o SUS pode ser impactado por aspectos políticos, econômicos e financeiros. O financiamento desse sistema foi impactado pela Emenda Constitucional 95/2016, que estabeleceu limites individualizados para as despesas primárias, o que na prática tem levado o sistema público de saúde a problemas crônicos de financiamento e com a distribuição espacial desigual de recursos financeiros. Essas questões de financiamento são particularmente relevantes porque, como será discutido em mais detalhes na subseção de comparativo internacional, o gasto público com saúde no Brasil é menor do que o gasto privado, o que não é comumente observado em países com cobertura pública universal. Consequentemente, os gastos per capita com saúde no SUS são muito menores do que a alocação per capita para saúde no sistema de saúde privado (Castro et al., 2019; Garcia et al., 2015).

A Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados e as deduções de saúde no IRPF (identificadas como Despesas Médicas no DGT) são altamente regressivas e particularmente beneficiam indivíduos e empresas com renda mais alta.

Destaca-se ainda a relevância dos planos de saúde coletivos empresariais no mercado local, sendo a modalidade de planos de saúde privados mais comercializada no Brasil (Bigliazzi, 2025; Garcia et al., 2015) – cobrindo dois terços dos beneficiários. Além disso, como já mencionado, não há limite de gastos para nenhuma dessas duas políticas (Despesas Médicas e Assistência Médica a Empregados), e o valor do subsídio depende do nível de gastos com saúde da empresa ou do indivíduo, beneficiando de forma preferencial os indivíduos mais privilegiados.

Alguns autores investigaram a natureza regressiva dessas duas isenções fiscais. O estudo de Menezes-Filho e Politi (2020) analisou a isenção fiscal relacionada ao IRPF, que não é o foco deste trabalho, mas entende-se que sua discussão apresentará algumas informações úteis que podem ser aplicadas ao subsídio em análise. Os autores utilizaram a PNAD de 2008 para explorar se indivíduos que tem maior desconto em saúde, porque se localizam um pouco acima da faixa de uma alíquota específica do IRPF (0, 7,5%, 15%, 22,5% e 27,5%), têm maior probabilidade de adquirir planos de saúde privados. Indivíduos acima dessas faixas de renda têm um incentivo maior para gastar mais com saúde, pois recebem maiores subsídios devido à alíquota de imposto de renda relativamente mais alta. Ou seja, os planos de saúde se tornam relativamente mais baratos quando a pessoa está acima de uma faixa de renda, já que uma parcela maior do valor pago à saúde privada será subsidiada pelo governo. Eles observaram que a probabilidade de ter um plano privado aumentou logo acima do ponto de troca de faixa de alíquota, embora tenham verificado que outros gastos, como internações, consultas médicas e exames, não apresentavam a mesma característica e podem ser incluídos nas reduções de impostos.

Golgher (2015) utilizou a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-2009 para analisar os gastos em geral e em saúde. Indivíduos de alta renda tendiam a gastar uma proporção maior de suas despesas totais com saúde. Similarmente, para deduções de saúde no IRPF, menos de 1% dos benefícios eram direcionados à metade mais pobre da população brasileira, enquanto 88% dos benefícios estavam concentrados no quintil mais rico (BRASIL, 2020a).

Em relação ao perfil da população que possui planos de saúde privados, Souza Júnior et al. (2021) analisaram a cobertura destes utilizando as Pesquisas Nacionais de Saúde (PNS) de 2013 e 2019. Eles verificaram que cerca de 28% da população brasileira era coberta por planos privados em ambos os anos e que mais de 80% dos indivíduos que viviam em domicílios com renda per capita acima de cinco Salários-Mínimos (SM) possuíam planos de saúde privados.

Garcia et al. (2015) investigaram os gastos das famílias com planos de saúde privados utilizando as Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF) de 2002-2003 e 2008-2009. A proporção de famílias que possuíam gastos com planos de saúde foi de aproximadamente 24%. No entanto, o valor da gastos por família cresceu em termos absolutos e em relação à renda total das famílias entre as pesquisas. Além disso, as famílias de renda mais alta gastaram quantias maiores, sendo preferencialmente beneficiadas pela redução de impostos devido aos subsídios.

8.3.2.3. Ausência de Evidências do Impacto em Produtividade e Saúde Laboral (Produto-Insumo)

Conforme O'Brien (2003), a provisão de planos de saúde para empregados é justificável para as empresas se a assistência médica melhorar a produtividade, reduzir o absenteísmo por doença e elevar a retenção de mão de obra qualificada.

Em pesquisa a respeito dos impactos de planos de saúde custeados pelo empregador sobre as empresas e os empregados, Bigliazzi (2025) cruzou os registros de planos de saúde suplementar da ANS com os dados de vínculos empregatícios da RAIS e os CNPJs das empresas por meio de modelos econométricos dinâmicos de Diferenças em Diferenças (DiD) e o estimador CSDID *(Callaway and Sant'Anna Difference-in-Differences)*. O estudo concluiu que, para a vasta maioria das empresas brasileiras, a introdução ou expansão do benefício de saúde complementar não gerou efeitos estatisticamente significativos no valor adicionado, na lucratividade das firmas ou na taxa de retenção de funcionários. Os impactos positivos foram marginais e restritos a subsetores muito específicos da indústria manufatureira. A autora investigou se a adoção de planos de saúde patrocinados pelo empregador estava relacionada à proporção de trabalhadores com pelo menos um afastamento médico por ano, ao número médio de dias de afastamento por trabalhador, à proporção de trabalhadores afastados por acidentes de trabalho e à proporção de trabalhadores afastados por doenças ocupacionais.

Com relação à saúde, os resultados gerais não mostraram diferenças significativas entre empresas com e sem planos de saúde patrocinados pelo empregador para o número médio de dias de licença por trabalhador, para a proporção de trabalhadores em licença por acidentes de trabalho e para a proporção de trabalhadores em licença por doenças ocupacionais. Para a proporção de trabalhadores com pelo menos uma licença médica em um determinado ano, a adoção de planos de saúde patrocinados pelo empregador foi associada a um ligeiro declínio após um período de cinco anos. Em relação ao mecanismo desta última descoberta, a autora apontou que uma potencial melhoria no acesso aos cuidados de saúde leva a uma melhor assistência preventiva e impacta, com atraso, nas melhorias da saúde. No entanto, existem poucas evidências empíricas de que planos de saúde patrocinados pelo empregador melhorem a saúde dos trabalhadores e reduza o absenteísmo. Quando empresas de diferentes tipos foram analisadas separadamente, a autora observou declínios na proporção de trabalhadores com pelo menos uma licença médica em um determinado ano e no número médio de dias de licença por trabalhador para empresas de manufatura.

Bigliazzi (2025) também investigou se planos de saúde patrocinados pelo empregador afetavam positivamente o desempenho das empresas no Brasil. Ela observou um efeito positivo da adoção desses planos sobre o valor adicionado (produtividade) quando o método DiD foi utilizado, mas não verificou resultados significativos para os lucros das empresas. Quando o estimador CSDID foi utilizado, ela observou resultados não significativos para valor adicionado, lucratividade, atração ou retenção de

trabalhadores e encerramento das empresas. Em outras palavras, as empresas com planos de saúde patrocinados pelos empregadores não diferiram significativamente em muitos aspectos daquelas que não o tinham.

Já O'Brien (2003) citou que a maioria das pesquisas relata que empresas com trabalhadores com melhor saúde são mais produtivas e apresentam menor rotatividade. Contudo, as descobertas empíricas para o contexto brasileiro não foram muito conclusivas. Assim, observa-se que há poucas evidências empíricas de que o fornecimento de planos de saúde patrocinados pelo empregador melhore a saúde e(ou) a produtividade dos trabalhadores e que reduza o absenteísmo.

O supracitado estudo de Menezes-Filho e Politi (2020), embora voltado às deduções de saúde no IRPF, observou que indivíduos com planos de seguro privado consultavam médicos com mais frequência, utilizavam mais serviços ambulatoriais e recebiam mais medicamentos prescritos. Por outro lado, as diferenças para serviços de saúde não preventivos foram, em sua maioria, não significativas. Os autores comentaram que isso é esperado, já que os efeitos de risco moral são menores em emergências de saúde. Eles concluíram que os principais benefícios dos subsídios aos gastos com saúde privada relacionados ao IRPF eram estimular a assistência médica preventiva, uma conclusão que pode ser estendida àqueles relacionados à assistência à saúde custeada pelo empregador. Destaca-se que as isenções fiscais promovem a expansão dos mercados de planos de saúde e isso estimula a assistência preventiva. Observa-se que o custeio de planos de saúde pelo empregador teve um efeito positivo nos cuidados preventivos de empregados, mas que as empresas no Brasil não apresentaram um melhor desempenho. Há poucas evidências empíricas de que os planos privados de saúde patrocinados pelos empregadores melhorem a saúde e/ou a produtividade dos trabalhadores.

8.3.2.4. Possibilidade de vantagens competitivas na atração de mão de obra

Podem existir outros benefícios para empregados e empregadores além dos ganhos em saúde e produtividade (O'Brien, 2003). Em geral, serviços de saúde privados custeados pelo empregador constituem um benefício desejado por empregados com vínculo empregatício formal e por aqueles organizados em sindicatos. O subsídio faz parte da estratégia de negociações de trabalho coletivas e pode ser um modo eficaz de atração de capital humano para empresas específicas. Quando os custos de contratação são altos, as empresas têm um grande incentivo em manter seus funcionários, principalmente após investir em treinamentos para o empregado. Portanto, ter um plano de saúde custeado pelo empregador pode ser eficiente para as empresas diminuírem sua rotatividade de pessoal, reduzindo assim os custos de contratação e treinamento. Desta forma, empresas que fornecem benefícios de saúde ao trabalhador podem ter um processo de recrutamento facilitado e uma força de trabalho mais leal à empresa.

Em teoria, os trabalhadores podem aceitar salários menores quando lhes é oferecido plano de saúde como benefício, uma vez que seus custos de saúde são total ou parcialmente pagos pelos empregadores. Quando os planos de saúde são parcialmente cobertos por isenções fiscais, isso pode ser considerado um subsídio que promove custos mais baixos para as empresas por meio de potenciais salários mais baixos dos trabalhadores. No entanto, essa teoria de diferenciais compensatórios não foi observada de forma robusta empiricamente. Na verdade, os trabalhadores de empresas que oferecem plano de saúde como benefício tendem a ter salários mais altos (O'Brien, 2003).

A teoria dos salários eficientes pode explicar esses resultados, na medida em que empresas podem oferecer seguro saúde, melhores salários, treinamento e oportunidades de promoção para atrair trabalhadores mais produtivos e criar um ambiente de maior bem-estar (O'Brien, 2003). Esse aspecto é relevante para compreender o comportamento das empresas, mas não constitui, por si só, evidência de que o subsídio produza benefícios públicos proporcionais ao seu custo fiscal.

8.3.2.5. Comparativo Internacional

No Brasil, embora o SUS seja um sistema público de saúde universal e, em teoria, atenda toda a população brasileira, os gastos públicos com saúde são menores do que os privados. Ou seja, o sistema de saúde brasileiro se assemelha ao caso Europeu em termos de cobertura universal e aos EUA no que se refere aos grandes gastos com saúde privada. Contudo, o Brasil é um caso completamente atípico, pois tem gastos públicos com saúde bastante baixos entre aqueles com cobertura pública universal.

No que se refere à cobertura pública, entre os 28 países com dados em Colombo e Tapay (2004), o sistema público cobria toda ou quase toda a população na maioria dos países, com exceção dos EUA, México, Holanda e Turquia. No Brasil, em razão do desenho constitucional do SUS, a cobertura é universal e se assemelha ao exemplo europeu.

Em relação à proporção da população coberta por planos de saúde privados, entre os 28 países analisados por esses autores, 8 apresentaram valores insignificantes (Noruega, Suécia, Islândia, Japão, Hungria, Polônia, República Tcheca, República Eslovaca), enquanto seis tinham mais da metade de sua população coberta por planos privados (EUA, Canadá, França, Holanda, Suíça e Bélgica). No Brasil, o valor é de aproximadamente 28% entre 2013 e 2019.

Com relação ao gasto privado em saúde, Colombo e Tapay (2004) investigaram os custos e benefícios tanto para indivíduos como para sistemas de planos de saúde privados em países da OCDE. Em geral, planos de saúde privados representam uma pequena parte do gasto total com saúde, mas em alguns países, como nos EUA (35,1%) e na Holanda (15,2%), estes gastos representam mais de 10%. Além disso, os países com maior tamanho de mercado de planos de saúde privados tendem a ser aqueles

com os maiores níveis de gastos com saúde per capita. Entre os 22 países analisados por esses autores, o gasto privado representou menos da metade do gasto total com saúde em 20 deles, sendo as duas exceções os EUA (56%) e o México (52%). A maioria dos países europeus apresentou valores abaixo de 30%. Por sua vez, os dados do Brasil são semelhantes aos dos EUA, já que 58% do gasto total com saúde foi privado em 2018, embora os desenhos institucionais sejam bastantes distintos entre os sistemas brasileiro e americano (BRASIL, 2020a).

Para ilustrar as características do sistema de saúde brasileiro em comparação com os países da OCDE, foi construído exercício exploratório com 29 países, incluindo aqueles discutidos em Colombo e Tapay (2004) e o Brasil. Foram consideradas três variáveis: gastos públicos com saúde como percentual do total, cobertura do sistema público e população coberta por planos de saúde privados. As variáveis foram normalizadas (N(0,1)) e realizou-se o agrupamento hierárquico. A Tabela 18 apresenta a composição dos grupos e, para cada grupo, três medidas: proporção de recursos públicos no gasto em saúde, proporção da população coberta pelo sistema público e proporção da população coberta por planos privados.

Quadro 2 - *Aglomerados hierárquicos*

<table>
<tr><th>Dois grupos</th><th>Três grupos</th><th>Quatro grupos</th><th>Seis grupos</th></tr>
<tr><td rowspan="4">Be, Br, Ca, Fr, Gr, M, Nt, Si, T e US

(60, 82 e 50)</td><td rowspan="3">Br, Gr, M, T e US

(52, 68 e 23)</td><td>US

(44, 25 e 72)</td><td>US

(44, 25 e 72)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Br, Gr, M e T

(55, 79 e 11)</td><td>M e T

(60, 58 e 2)</td></tr>
<tr><td>Br e Gr

(49, 100 e 19)</td></tr>
<tr><td>Be, Ca, Fr, Nt e Si

(68, 95 e 76)</td><td>Be, Ca, Fr, Nt e Si

(68, 95 e 76)</td><td>Be, Ca, Fr, Nt e Si

(68, 95 e 76)</td></tr>
<tr><td>As, A, Cz, D, Fi, Ge, H, Ic, Ir, It, J, L, Nw, No, P, Sl, Sp, Se e Uk

(79, 99 e 14)</td><td>As, A, Cz, D, Fi, Ge, H, Ic, Ir, It, J, L, Nw, No, P, Sl, Sp, Se e Uk

(79, 99 e 14)</td><td>As, A, Cz, D, Fi, Ge, H, Ic, Ir, It, J, L, Nw, No, P, Sl, Sp, Se e Uk

(79, 99 e 14)</td><td>D, Fi, Ge, H, Ir, It, J, Nw, P, Sp e Uk

(75, 99 e 20)</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td>As, A, Cz, Ic, L, No, Sl e Se</td></tr>
</table>

			(87, 100 e 0)

Inicialmente, dois grupos foram formados com uma medida de dissimilaridade acima de 40. Um grupo (Bélgica (Be), Brasil (Br), Canadá (Ca), França (Fr), Grécia (Gr), México (M), Holanda (Nt), Suíça (Si), Turquia (T) e EUA) apresentou valores mais altos para o sistema privado e mais baixos para o sistema público. O outro grupo apontou um sistema público de saúde relativamente maior e um sistema privado de saúde menor. Observe que, embora o Brasil tenha cobertura universal de saúde pública, foi classificado no primeiro grupo principalmente devido à grande alocação de recursos na área da saúde para o setor privado.

Em torno da dissimilaridade 30, existem três grupos. O primeiro e o segundo originaram-se da divisão do primeiro grupo. O grupo com Bélgica, Canadá, França, Holanda e Suíça apresentou valores mais altos para gastos públicos em saúde e maior cobertura pública, mas também apresentou maior participação de planos de saúde privados do que o grupo formado por Brasil, Grécia, México, Turquia e EUA. Note que esses resultados são aparentemente discrepantes, pois o primeiro grupo tem um sistema de saúde público mais abrangente e maior cobertura de planos privados de saúde se deve pela composição do segundo grupo, que é formado por países com menor desenvolvimento socioeconômico (Brasil, Grécia, México e Turquia) e o total outlier representado pelos EUA. Em torno da dissimilaridade 20, o grupo no qual o Brasil fazia parte foi dividido em dois de forma a separar os EUA dos países de menor desenvolvimento socioeconômico, caracterizados por níveis mais baixos de cobertura de planos de saúde privados, em parte devido à menor renda de sua população.

Em torno da dissimilaridade 10, havia seis grupos:

- Um composto apenas pelos EUA, com um perfil muito diferente, com poucos recursos no sistema público de saúde, baixa cobertura do sistema público e elevada cobertura de planos privados (44%, 25% e 72%).
- Em seguida, aparecem dois pares, são países com menor desenvolvimento socioeconômico, caracterizados por níveis mais baixos de cobertura de planos de saúde privados, em parte devido à menor renda de sua população.
- Um com México e Turquia (60, 58 e 2). Outro com Brasil e Grécia (49, 100, 19). Observe que a principal diferença é que esses países possuem cobertura pública universal, com um mercado maior de planos de saúde privados.
- Os dois últimos grupos são compostos por países com maior foco no sistema público. indicando um sistema público de saúde relativamente maior e um sistema privado de saúde menor.
- Um grupo foi formado por Bélgica, Canadá, França, Holanda e Suíça (68, 95 e 76). Observe que este último grupo manteve-se semelhante nas análises com os grupos 3, 4 e 6, indicando grande

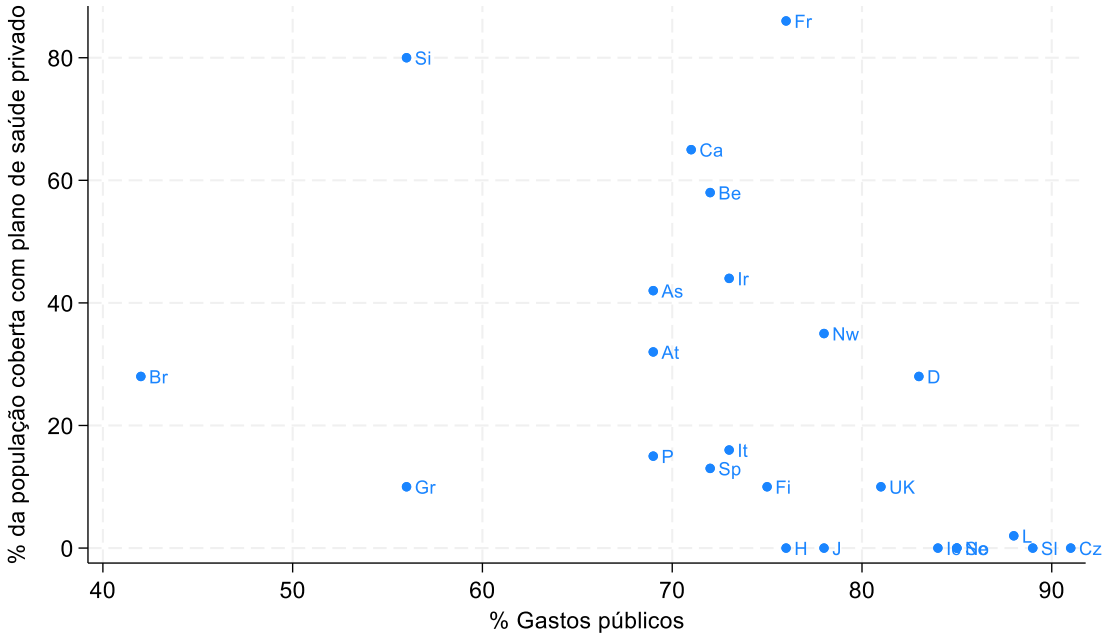
similaridade. Ele possui cobertura quase universal, como o Brasil, mas, apesar de ter uma proporção muito maior da população coberta por planos de saúde privados, apresenta maiores proporções de gastos na saúde públicos.

- Os demais países foram caracterizados pelo grupo que se manteve semelhante nas análises com os grupos 2, 3 e 4, indicando grande similaridade que se transformou em dois grupos apenas nesta última análise. Um deles é composto por Dinamarca, Finlândia, Alemanha e Hungria. Irlanda, Itália, Japão, Nova Zelândia, Portugal, Espanha e Reino Unido (75, 99 e 20). Este grupo, composto principalmente por países europeus, tem cobertura quase universal, uma alta proporção dos gastos com saúde é destinada ao setor público e o tamanho do mercado de planos de saúde privados não é muito pequeno.
- O último grupo é o mais voltado para o setor público, com um mercado de planos de saúde privados insignificante (87, 100 e 0), composto pelos países europeus: Noruega, Suécia, Islândia, Luxemburgo, República Tcheca e Eslováquia.

Evidenciam-se, assim, características singulares do sistema de saúde brasileiro. O país possui cobertura pública universal, como muitos países europeus, mas apresenta participação privada no financiamento mais próxima de países com menor centralidade do gasto público ou de sistemas mais orientados a mercado. Essa combinação sugere uma tensão estrutural no arranjo brasileiro, marcado pela coexistência entre universalidade formal, forte presença privada e subsídios públicos indiretos à saúde suplementar.

O gráfico abaixo compara o Brasil com outros países usando o mesmo banco de dados acima, mas foi feita uma seleção de países com cobertura pública universal ou quase universal para compará-lo com países que possuem as mesmas características de cobertura do sistema público de saúde. O gráfico apresenta a porcentagem de gastos públicos na saúde no eixo *x* e a porcentagem da população coberta por planos privados de saúde no eixo *y*.

Gráfico 3 - *Associações entre gastos públicos com saúde e proporção da população coberta por planos privados*



Observe que o Brasil é um caso bastante atípico no conjunto analisado, pois apresenta gastos públicos bastante baixos em saúde entre os países com cobertura pública universal. Suíça e Grécia vêm a seguir, com valores ligeiramente acima da metade do gasto total em saúde sendo público. A Suíça, que é muito desenvolvida e rica, tem uma população extremamente grande coberta também por planos privados, e a Grécia com valores menores para a proporção da população coberta por planos de saúde privados, possivelmente em parte devido a sua menor renda per capita. A França também é um caso atípico, mas menos notável, com valores para a proporção da população coberta por planos de saúde privados maiores do que o esperado pela quantia relativa de gastos públicos no total dos gastos da saúde.

Todos os outros países estão bastante próximos e mostram uma clara associação negativa entre as duas variáveis. Se o Brasil apresentasse padrão similar ao desses países, mantendo a proporção atual de cobertura privada, a participação pública no gasto total em saúde seria substancialmente superior à observada: aproximando-se de 75%. Esse exercício não implica que os subsídios à saúde privada seriam automaticamente convertidos em recursos para o SUS, mas evidencia o custo de oportunidade associado à manutenção de renúncias fiscais em um sistema público universal ainda marcado por restrições de financiamento.

Em relação às principais características do sistema de saúde brasileiro, Andreazzi e Ocké-Reis (2007) argumentaram que o Estado brasileiro trata as políticas de saúde de forma ambígua. Por um lado, o Estado de bem-estar social-democrata europeu serviu de base para o modelo brasileiro de proteção social (e de saúde) proposto pela Constituição de 1988. Por outro lado, o sistema de saúde brasileiro seguiu, em parte, a experiência liberal norte-americana, com fontes de financiamento fortemente baseadas em incentivos fiscais e benefícios trabalhistas. Esses dois modelos de

políticas distintos promoveram a expansão das deduções fiscais em gastos com saúde, como se observa atualmente no Brasil.

Entre os 28 países com dados em Colombo e Tapay (2004), o setor privado era suplementar em todos eles e complementar em 15. No Brasil, o sistema privado é suplementar e complementar. O sistema privado era duplicado em 10 países, como ocorre no Brasil. Alguns desses países são Austrália, Itália, México, Portugal, Espanha e Reino Unido.

A maioria dos países da OCDE se assemelha ao Brasil quanto à existência incentivos ou vantagens fiscais individuais e empresariais relacionados à compra ou oferta de planos de saúde privados, o que moldou o desenvolvimento local dos mercados de planos de saúde privados, com exceção da Finlândia e do Reino Unido, que não possuem esses incentivos (Colombo e Tapay, 2004).

As autoras concluíram que os planos de saúde privados apresentam oportunidades e riscos para o desempenho dos sistemas de saúde. Os mercados de planos de saúde privados injetam recursos nos sistemas de saúde e aumentam as possiblidades de escolha do usuário; no entanto, criam desafios consideráveis em termos de equidade e aumentam os gastos per capita com saúde. Devido a *trade-offs*, os governos podem decidir que os benefícios fiscais dos planos de saúde privados não compensam seus custos, embora os mercados de planos de saúde privados devam continuar a existir (Colombo e Tapay, 2004).

Por sua vez, a regressividade da política é quantificada pelo Índice de Equidade Horizontal (HEI), que mede o quão equitativo é o acesso aos serviços entre os diferentes estratos da população - controlando as diferenças de acesso, o índice é zero se não houver diferença na utilização entre os usuários, positivo quando os ricos usam mais serviços de saúde e negativo quando os pobres têm maior acesso. Devaux (2015) comparou os países da OCDE para consultas médicas, rastreamento do câncer de mama e consultas odontológicas. Os resultados sugerem que o Reino Unido e alguns países europeus têm menores desigualdades de acesso à saúde, enquanto o Canadá, a França e especialmente os EUA apresentaram as maiores desigualdades de acesso.

Em estudos internacionais de desigualdade no acesso à saúde, Macinko e Mendonça (2018) compararam países da OCDE e o Brasil usando esse mesmo índice. O Brasil apresenta um HEI de 0,23 para consultas médicas. Esse indicador de desigualdade em favor das rendas mais altas é pior que o observado nos Estados Unidos (0,20), um sistema sabidamente desigual e centrado na esfera privada. Levando em consideração a universalidade do SUS, esse resultado brasileiro sugere que o sistema de saúde privado é capaz de criar grandes desigualdades de acesso. Por outro lado, para consultas odontológicas, o valor brasileiro (0,021) foi menor que o de todos os países da OCDE discutidos por Devaux (2015). Macinko e Mendonça (2018) argumentaram que o sistema de saúde brasileiro ainda é pró-ricos, embora tenha se tornado cada vez mais equitativo ao longo do tempo.

Adicionalmente, a relação entre gastos em saúde e expectativa de vida ao nascer pode oferecer elementos exploratórios sobre a eficiência dos sistemas de saúde (UNITED NATIONS, 2024). No entanto, deve-se enfatizar que a expectativa de vida é influenciada por múltiplos fatores além do sistema de saúde, incluindo condições socioeconômicas, violência, saneamento, educação e estilos de vida. O caso mais atípico nessa relação é a dos EUA, que apresentam gastos em saúde muito superiores aos dos demais países e expectativa de vida ligeiramente inferior à de muitos países desenvolvidos, sugerindo baixa eficiência relativa do gasto em saúde quando considerada apenas essa associação agregada. A maioria dos outros países está bem próxima da associação geral crescente e côncava entre gastos com saúde e expectativa de vida e apenas alguns países desviam-se ligeiramente da tendência geral.

Portanto, a experiência internacional, fundamentada com a discussão na realidade brasileira, sugere que a elevada participação privada no financiamento da saúde e a existência de subsídios tributários à saúde suplementar representam importante custo de oportunidade para o sistema público brasileiro. Esses achados reforçam a necessidade de avaliar se a manutenção de benefícios fiscais à saúde privada é compatível com os objetivos de universalidade, equidade e sustentabilidade financeira do SUS.

8.3.2.6. Conclusões da subseção

Devido aos *trade-offs*, os governos podem decidir que os benefícios fiscais associados aos gastos privados com saúde não compensam seus custos de oportunidade. No entanto, as modificações nas deduções fiscais não devem implicar no fim dos mercados de planos privados de saúde, apenas que as isenções fiscais não terão o efeito de expandir o mercado privado de planos de saúde. Deve ficar claro que os mercados de planos privados de saúde podem ampliar possibilidades de escolha para determinados usuários, mas também geram desafios relevantes de equidade, custo e organização do sistema de saúde.

A existência de subsídios públicos para o sistema privado de saúde no Brasil entrou recentemente na agenda de debate porque esses subsídios, além de serem regressivos, podem reduzir a capacidade de financiamento do SUS. Assim, a imposição de limites ou tetos às isenções fiscais em saúde poderia ampliar o espaço fiscal do Estado e, mediante decisão orçamentária específica, contribuir para o financiamento do SUS, que é um sistema público de saúde progressivo.

Além disso, como já discutido, há uma sobreposição considerável de serviços entre os setores público e privado de saúde no Brasil, caracterizando serviços duplicados. A maioria dos usuários duplos entre os indivíduos com planos de saúde são aqueles que utilizam a atenção primária do SUS ou terapias caras, e a maioria dos usuários duplos entre os indivíduos sem planos de saúde privados são aqueles que utilizam o sistema privado de saúde ambulatorial com especialistas. Se parte dos recursos gastos com deduções fiscais for direcionada ao SUS, a disponibilidade de especialistas poderá

aumentar e esse último tipo de usuário duplo diminuirá em número, reduzindo a duplicação de serviços. Os formuladores de políticas podem elaborar políticas direcionadas a tipos específicos de cobertura, reduzindo subsídios para serviços específicos. Assim, uma outra possibilidade de contenção de gastos com isenções seria definir que tipos de serviços duplicados seriam cobertos pelas deduções de forma que apenas os serviços mais deficientes no SUS fossem contemplados.

Não obstante, políticas compensatórias podem ser implementadas para reduzir a resistência à mudança. Modificações nas isenções fiscais, limitando-as ou mesmo extinguindo-as, poderiam ser compensadas por reduções em outros impostos empresariais ou nas alíquotas do IRPF (BRASIL, 2020a), caso haja menor participação das empresas no custeio da saúde dos empregados em decorrência de restrições ao subsídio da Assistência Médica a Empregados.

Andreazzi et al. (2010) argumentaram que a retirada desses subsídios reduziria o poder de compra das famílias com renda acima do limite de isenção do imposto de renda e abaixo de trinta SM. Eles enfatizaram que as famílias de baixa renda não seriam afetadas. Políticas poderiam ser implementadas para compensar parcial e temporariamente essas perdas, como modificações nas faixas do IRPF ou nos subsídios fiscais para educação (aumento dos tetos).

Seguindo Andreazzi et al. (2010), dados os valores da elasticidade-preço da demanda de planos privados que são pequenos, mudanças nos benefícios fiscais não interfeririam muito na demanda por seguro saúde privado. Ou seja, para esses autores, provavelmente a maioria dos indivíduos que possuem seguro saúde privado o comprariam de qualquer forma mesmo com o fim dos subsídios. Esse ponto pode ajudar a explicar por que a implementação das deduções fiscais para empresas teve pouco impacto nos níveis de saúde e produtividade dos trabalhadores. O número de indivíduos segurados diminuiria ligeiramente e eles provavelmente frequentariam o SUS com mais frequência, sendo que esse possivelmente teria um subfinanciamento de menor magnitude. Nessa linha, Andreazzi e Ocké-Reis (2007) descreveram modificações nas leis de deduções fiscais no Reino Unido e comentaram que a remoção dos benefícios teve um pequeno impacto na demanda por saúde privada entre os idosos.

Andreazzi e Ocké-Reis (2007) e Andreazzi et al. (2010) comentaram que havia uma posição favorável para promover mudanças nas deduções fiscais no Ministério da Fazenda em um documento de 2003. Neste documento comenta-se a intenção de revisar os benefícios e isenções fiscais, considerados regressivos por natureza. Em outro documento do mesmo ano, a Confederação Nacional de Saúde propôs a suspensão dos subsídios originados de deduções fiscais, redirecionando os recursos para ações emergenciais em saúde e atenção primária. No entanto, o texto conclui que a limitação ou o fim das deduções fiscais para saúde privada não garante que haverá maior alocação para o setor público de saúde.

Além disso, o mercado privado de saúde e os mercados de planos de saúde são grandes beneficiários das isenções fiscais relacionadas ao IRPJ, CSLL e IRPF. Por essa razão, alterações nas políticas de isenção fiscal tendem a gerar reações de atores econômicos interessados na manutenção do arranjo atual. Ademais, Andreazzi et al. (2010) enfatizaram que as empresas que operam em mercados competitivos enfrentariam custos trabalhistas crescentes. No entanto, as empresas maiores sofreriam menos impacto se mudanças nos subsídios ocorressem devido ao seu planejamento tributário.

Ou seja, reações contrárias a mudanças na política são prováveis, e assim a implementação de mudanças deve ser de forma negociada e possivelmente paulatina a partir das modificações mais óbvias e informadas por evidências. Uma estratégia possível seria iniciar por medidas de menor disrupção, como exigências de transparência, produção de indicadores, delimitação de despesas elegíveis e definição de um teto para a política de Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados.

No entanto, deve-se enfatizar que qualquer mudança de política procurando diminuir os gastos tributários com saúde privada poderá afetar interesses de diferentes atores. As classes média e alta, e os trabalhadores formais dos setores público e privado perderiam parte de sua renda. Além disso, a perda de receita da saúde privada devido ao fim de subsídios será acompanhada por pressão para a continuidade da política atual (BRASIL, 2020a; Garcia et al., 2015). Dado que o poder econômico e político está concentrado nas camadas de renda mais alta que possuem maior poder de barganha junto aos órgãos públicos, com relação à implementação dos subsídios citados, existe um certo consenso entre especialistas de que um dos maiores desafios para o SUS está na esfera política (Ocké-Reis, 2018).

8.4. Riscos Financeiros, Mercadológicos e Mitigadores

A terceira dimensão foca na mitigação de riscos referentes aos custos da política. Ao contrário de outras despesas públicas com saúde que enfrentam riscos de dependência de fornecedor monopolista ou oscilação cambial na compra de insumos farmacêuticos, os riscos associados à Assistência Médica a Empregados são de natureza fiscal, alocativa e inflacionária.

8.4.1. Risco de Descontrole Fiscal e Pressão Inflacionária

Por ser um gasto indireto sem limite fiscal previamente definido (teto), um dos principais riscos da política reside no crescimento vegetativo e descontrolado da renúncia tributária à medida que os custos dos planos privados de saúde aumentam acima da inflação geral (a chamada "inflação médica"). A dedução integral permitida pela legislação atual transfere o risco de custos das operadoras de planos de saúde e das empresas para o Estado. À medida que os preços das mensalidades privadas

sobem, o governo arca com uma perda fiscal proporcionalmente maior. Não existem mecanismos mitigadores instituídos na política, como a fixação de um teto máximo de dedução por empregado (coparticipação do empregador no risco fiscal) ou a vinculação do benefício a metas de desempenho de saúde laboral (Andreazzi et al., 2010).

8.4.2. Risco de Escassez e Realocação de Recursos Humanos no SUS

Um risco de custo indireto, mas severo, decorre da atração de profissionais de saúde do setor público para o privado subsidiado. Bigliazzi (2025) demonstrou que a expansão da cobertura de saúde suplementar gerou uma realocação líquida de médicos do SUS para a saúde privada, impulsionada por assimetrias de remuneração e infraestrutura. A autora investigou se a expansão dos seguros de saúde custeados pelo empregador havia causado uma diminuição da presença de médicos no sistema de saúde público no Brasil. Utilizando dados de municípios extraídos da ANS, RAIS e plataforma DATASUS, ela observou que houve uma realocação de médicos do sistema público para o privado motivada por melhores salários e melhores condições de trabalho na esfera privada. Ela argumentou que o crescimento da cobertura de saúde privada pode enfraquecer os sistemas públicos e saúde devido à escassez de médicos, prejudicando a qualidade e a continuidade do SUS. Essa possibilidade de realocação de trabalhadores entre as esferas público e privada é facilitada porque mais da metade dos médicos brasileiros trabalha em ambos os setores, aumentando a propensão das transições da esfera pública para o setor privado.

Essa migração agrava a escassez de profissionais na atenção primária e em regiões vulneráveis e em áreas rurais (Massuda et al., 2018), forçando o setor público a elevar seus custos administrativos e salariais em concursos ou contratos emergenciais na tentativa de reter profissionais. O subsídio governamental ao setor privado, portanto, inflaciona os custos operacionais de recursos humanos do próprio sistema público de saúde. Trata-se, contudo, de hipótese que demanda verificação empírica específica, com integração de dados da ANS, RAIS/eSocial, CNES, DATASUS e bases fiscais da Receita Federal.

8.5. Proposta de Desdobramento: Metodologia para Estudo Quantitativo de Economicidade

Como limitação metodológica central das avaliações executivas atuais da política de Assistência Médica a Empregados, destaca-se o alto nível de agregação das bases de dados públicas de gastos (como o DGT), o que impede o cálculo exato do custo de procedimentos específicos por trabalhador ou da eficiência marginal no nível da empresa.

Para suprir essa lacuna e viabilizar investigações mais robustas no âmbito do Comitê de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP), propõe-se um

desdobramento metodológico focado no cruzamento de bases administrativas (*linkage* de dados) no nível da empresa.

8.5.1. Fontes de Dados e Integração

A investigação quantitativa proposta baseia-se na integração de registros administrativos utilizando o Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) das empresas como chave primária de ligação entre as seguintes bases:

a. **ANS (Sistema de Informações de Beneficiários - SIB):** Identificação e mapeamento longitudinal dos trabalhadores dependentes e dirigentes vinculados a contratos corporativos de saúde suplementar, detalhando a abrangência geográfica, cobertura e o porte da operadora.
b. **Ministério do Trabalho/MTE (RAIS e eSocial):** Microdados longitudinais sobre os vínculos trabalhistas (remuneração, escolaridade, tempo de casa, setor de atividade econômica CNAE), além de registros de absenteísmo por motivos de doença (afastamentos previdenciários e licenças médicas) e taxa de rotatividade (turnover) das firmas.

8.5.2. Desenho Amostral e Estratégia de Identificação Econométrica

Para estimar o impacto causal do benefício de saúde na produtividade e comportamento das empresas, sugere-se a estruturação de um painel de dados dinâmico de empresas que adotaram ou expandiram o benefício de saúde complementar (grupo de tratamento) comparadas a empresas que não adotaram ou mantiveram padrões de saúde constantes (grupo de controle).

- **Pareamento por Scores de Propensão (PSM) ou Entropy Balancing:** As empresas seriam pareadas com base em covariáveis observáveis (tamanho da empresa, faturamento, localização geográfica, setor econômico CNAE) para garantir a comparabilidade de base.
- **Modelo de Diferenças em Diferenças (DiD) e Estimadores de Callaway and Sant'Anna (CSDID):** Estimação econométrica de efeitos fixos para empresas e tempo, controlando tendências prévias e corrigindo possíveis vieses de tratamento heterogêneo em painéis com adoção escalonada.

8.5.3. Principais Variáveis Dependentes de Interesse (Resultados)

- **Indicadores de Produtividade:** Faturamento médio por trabalhador no nível da firma e produtividade total dos fatores (PTF).
- **Saúde e Estabilidade Laboral:** Taxa de absenteísmo médio por motivo de saúde (dias de trabalho perdidos), índice de rotatividade de mão de obra (turnover) e taxa de acidentes de trabalho.
- **Custo-Efetividade:** Análise da relação entre a taxa de cobertura de planos corporativos da ANS (insumo da empresa) e as reduções de absenteísmo observadas na RAIS (resultado na empresa).

A consecução deste estudo quantitativo integrado fornecerá à coordenação da avaliação e aos tomadores de decisão governamentais uma estimativa individualizada da economicidade marginal da renúncia, preenchendo as lacunas empíricas observadas.

Referências Bibliográficas

ANDRADE, Mônica Viegas et al. **Desigualdade Socioeconômica no Acesso aos Serviços de Saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008.** Economia Aplicada, São Paulo, v. 17, n. 4, 2013, pp. 623-645.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **Renúncia de arrecadação fiscal: subsídios para discussão e formulação de uma política pública**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 521-544, 2007.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; BURSZTYN, Ivani; HOLGUIN, Tatiana; SICSÚ, Bruno; TURA, Luiz Fernando Rangel. **A agenda da reforma dos benefícios tributários das famílias e das empresas com saúde: entre o particular e o geral**. Revista de Sociologia e Política, Curitiba, v. 18, n. 35, p. 151-165, fev. 2010.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde.** In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (org.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 29-60.

BARBOSA, Thais de Oliveira. **Entre o público e o privado: o financiamento da seguridade social brasileira entre 2002 e 2009**. 2014. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento) – Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

BIGLIAZZI, Giovana Cavaggioni. **The economic effects of supplementary health insurance in Brazil: evidence from firms and labor markets**. Tese (Doutorado em Economia do Desenvolvimento) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2025.

BORUSYAK, Kirill; HULL, Peter; JARAVEL, Xavier. **A practical guide to shift-share instruments**. *Journal of Economic Perspectives*, *39*(1), 181-204.

BRANT, Isabela Luiza Moreira. **Contratos coletivos de assistência médica suplementar: estudo de caso em empresa empregadora e sindicato no ramo metalúrgico em Minas Gerais**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Boletim panorama: saúde suplementar**. v.8 n. 10, 3º trimestre de 2025. 10 ed. Rio de Janeiro: ANS, 2025a.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 913, de 1995.** *Altera a legislação do imposto de renda das pessoas jurídicas e dá outras providências*. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1995a. Dossiê digitalizado. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1134860&filename=Dossie-PL%20913/1995>.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. **Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex post**. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 2018a. v. 2. 301 p.

BRASIL. **Decreto nº 9.580, de 22 de novembro de 2018**. Regulamenta a tributação, a fiscalização, a arrecadação e a administração do imposto sobre a renda e proventos de qualquer natureza. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 23 nov. 2018b.

BRASIL. **Lei nº 9.249, de 26 de dezembro de 1995.** Altera a legislação do imposto de renda das pessoas jurídicas, bem como da contribuição social sobre o lucro líquido, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 27 dez. 1995b.

BRASIL. Ministério da Economia. Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP). **Relatório de avaliação: dedução das despesas médicas do IRPF.** Brasília: Ministério da Economia, 2020a.

BRASIL. Ministério da Fazenda. **Exposição de Motivos nº 411/MF, de 14 de novembro de 1995**. Exposição de motivos do projeto que resultou na Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995. *Diário da Câmara dos Deputados*, Brasília, DF, 5 dez. 1995c. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1995/lei-9250-26-dezembro-1995-362566-exposicaodemotivos-149786-pl.html>.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil. **Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária (Gastos Tributários) – PLOA 2026.** Brasília: RFB, 2025b.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil. **Perguntas e respostas: pessoa jurídica 2025.** Brasília: Receita Federal do Brasil, 2025c. Disponível em: https://www.gov.br/receitafederal.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil. Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros. **Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária (Gastos Tributários) – PLOA 2026: base conceitual**. Versão 1.01. Brasília: Ministério da Fazenda, 2025d. Disponível em: https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/renuncia/gastostributarios-ploa. Acesso em: 1 out. 2025.

BRASIL. Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil. **Gasto tributário: conceitos e critérios de classificação.** Brasília: Centro de Estudos Aduaneiros, Receita Federal do Brasil, 2020b.

BRASIL. Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil. **Instrução Normativa RFB nº 1.700, de 14 de março de 2017.** Dispõe sobre a determinação e o pagamento do imposto sobre a renda e da contribuição social sobre o lucro líquido das pessoas jurídicas e disciplina o tratamento tributário da Contribuição para o PIS/Pasep e da Cofins no que se refere às alterações introduzidas pela Lei nº 12.973, de 13 de maio de 2014. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 mar. 2017.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Gastos tributários e o desafio fiscal do Brasil.** Brasília: TCU, Secretaria-Geral de Controle Externo (Segecex), Secretaria de Controle Externo das Contas Públicas (SecexContas), 2025e. 32 p.

CALLAWAY, Brantly; SANT'ANNA, Pedro HC. **Difference-in-differences with multiple time periods**. *Journal of econometrics*, *225*(2), 200-230. 2021.

CASTRO, Marcia C.; MASSUDA, Adriano; ALMEIDA, Gisele; MENEZES-FILHO, Naercio Aquino; ANDRADE, Monica Viegas; NORONHA, Kenya Valéria Micaela de Souza; ROCHA, Rudi; MACINKO, James; HONE, Thomas; TASCA, Renato et al. **Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future**. The Lancet, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 27 jul. 2019.

COLOMBO, Francesca; TAPAY, Nicole. **Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems**. Paris: OECD Publishing, 2004.

DATTANI, Saloni; RODÉS-GUIRAO, Lucas; ROSER, Max. **Fertility Rate**. Our World in Data, 2025. Disponível em: https://ourworldindata.org/fertility-rate.

DE CHAISEMARTIN, Clément; D'HAULTFOEUILLE, Xavier. Two-way fixed effects estimators with heterogeneous treatment effects. *American economic review*, *110*(9), 2964-2996. 2020.

DEVAUX, Marion. **Income-related inequalities and inequities in health care services utilisation in 18 selected OECD countries**. The European Journal of Health Economics, v. 16, n. 1, p. 21-33, jan. 2015.

GARCIA, Leila Posenato; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; MAGALHÃES, Luís Carlos Garcia de; SANT'ANNA, Ana Claudia; FREITAS, Lúcia Rolim Santana de. **Gastos com planos de saúde das famílias brasileiras: estudo descritivo com dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1425-1434, 2015.

GOLGHER, André. **Multidimensional poverty in urban Brazil: income, assets and expenses.** International Journal of Social Economics, v. 43, n. 1, p. 19-38, 2015.

GOODMAN-BACON, Andrew. **Difference-in-differences with variation in treatment timing**. *Journal of econometrics*, *225*(2), 254-277. 2021.

GREENSPAN, Nancy T.; VOGEL, Ronald J**. Taxation and its effect upon public and private health insurance and medical demand**. *Health Care Financing Review*, Baltimore, v. 1, n. 3, p. 39-45, Spring 1980.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. **Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 18-37, set. 2018.

MARTINS, Eliseu et al. **Manual de contabilidade societária: aplicável a todas as sociedades: de acordo com as normas internacionais e do CPC**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2022.

MASSUDA, Adriano; HONE, Thomas; LELES, Fernando Antonio Gomes; DE CASTRO, Marcia C.; ATUN, Rifat. **The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience**. BMJ Global Health, London, v. 3, n. 4, e000829, 2018.

MCKEOWN, Robert E. **The Epidemiologic Transition: Changing Patterns of Mortality and Population Dynamics.** American Journal of Lifestyle Medicine, v. 3, n. 1 Suppl., p. 19S-26S, 2009.

MENDES, Áquilas; WEILLER, José Alexandre Buso. **Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS**. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 491-505, abr./jun. 2015.

MENEZES-FILHO, Naercio; POLITI, Ricardo. **Estimating the causal effects of private health insurance in Brazil: evidence from a regression kink design.** Social Science & Medicine, v. 264, p. 113258, 2020.

O'BRIEN, Ellen. **Employers' benefits from workers' health insurance.** The Milbank Quarterly, Hoboken, v. 81, n. 1, p. 5-43, 2003.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **Qual é a magnitude do gasto tributário em saúde?** Boletim de Análise Político-Institucional, n. 5, p. 71–76, maio 2014. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2035-2042, 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. Tradução: Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil (UNIC Rio). Brasília: ONU Brasil, 2015. Disponível em: https://sustainabledevelopment.un.org. Acesso em: 1 out. 2025.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Tax expenditures in OECD countries.** Paris: OECD Publishing, 2010.

PASCHOALOTTO, Marco Antonio Catussi; LAZZARI, Eduardo Alves; CASTRO, Marcia C.; ROCHA, Rudi; MASSUDA, Adriano. **Avanços, desafios e perspectivas futuras para a resiliência do SUS**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, e22072024, 2025.

QUEIROZ-CARDOSO, A.I.; OLIVEIRA, V.M.; MOTA, S;E;C. **Política de subsídios à assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados de empresas privadas no Brasil e outros países: sumário de resumos**. In: ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. Relatório de pesquisa, Evidência Express. Brasília: Enap, 2026.

SANTOS, Isabela Soares. **Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2743-2752, jun. 2011.

SILVA, Bianca; HENS, Niel; GUSSO, Gustavo; LAGAERT, Susan; MACINKO, James; WILLEMS, Sara. **Dual use of public and private health care services in Brazil**. International Journal of Environmental Research and Public Health, Basel, v. 19, n. 3, p. 1829, 2022.

SILVEIRA, Fernando Gaiger; GAIGER, Maria Luiza Campos. **O gasto em saúde e suas bases de financiamento: dinâmica e tendências para o Brasil**. In: GADELHA, Paulo; NORONHA, José Carvalho de; CASTRO, Leonardo; PEREIRA, Telma Ruth (org.). **Economia e financiamento do sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Livres, 2021. p. 113-192.

SOUZA JÚNIOR, P. R. B.; SZWARCWALD, C. L.; DAMACENA, G. N.; STOPA, S. R.; VIEIRA, M. L. F. P.; ALMEIDA, W. S.; OLIVEIRA, M. M.; SARDINHA, L. M. V.; e MACÁRIO, E. M. **Health insurance coverage in Brazil: analyzing data from the National Health Survey, 2013 and 2019**. *Ciência & Saúde Coletiva*, *26*(6), 2529-2541. 2021

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. **World Population Prospects 2024.** New York: United Nations, 2024. Disponível em: https://population.un.org/wpp/.