

Sistema de Saúde Brasileiro: Os impactos das políticas de Estado frente a saúde suplementar e suas consequências no SUS

Leandro Farias

Farmacêutico Sanitarista e Especialista em Direito e
Saúde e Coordenador do Movimento Chega de
Descaso

Senado Federal – Brasília/DF

13 de Agosto de 2018

Reajuste Anual

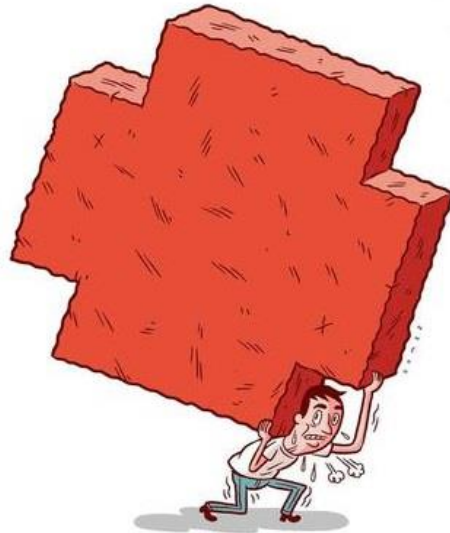
CORREIO BRAZILIENSE Economia

Justiça fixa teto de 5,72% para reajuste em planos de saúde individuais

Decisão afeta até 9,1 milhões de beneficiários; ao todo, são 47,4 milhões de consumidores de planos de saúde

LC Letícia Cotta*

postado em 13/06/2018 16:17 / atualizado em 13/06/2018 16:24



A Justiça acatou a ação civil pública movida pelo Instituto de Defesa ao Consumidor (Idec), e determinou que a Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS) aplique reajuste dos planos de saúde sem ultrapassar o percentual do IPCA, atualmente fixado em 5,72%. A decisão é do juiz José Henrique Prescendo, da 22ª Vara Cível Federal de São Paulo.

- A ação pública movida pelo Idec se baseou num relatório do TCU que apontava distorções, abusividade e falta de transparência na metodologia de cálculo da ANS.
- A metodologia utilizada pela ANS é a mesma desde 2001 e leva em consideração a média dos percentuais de reajuste aplicados pelas operadoras aos planos coletivos com mais de 30 usuários.

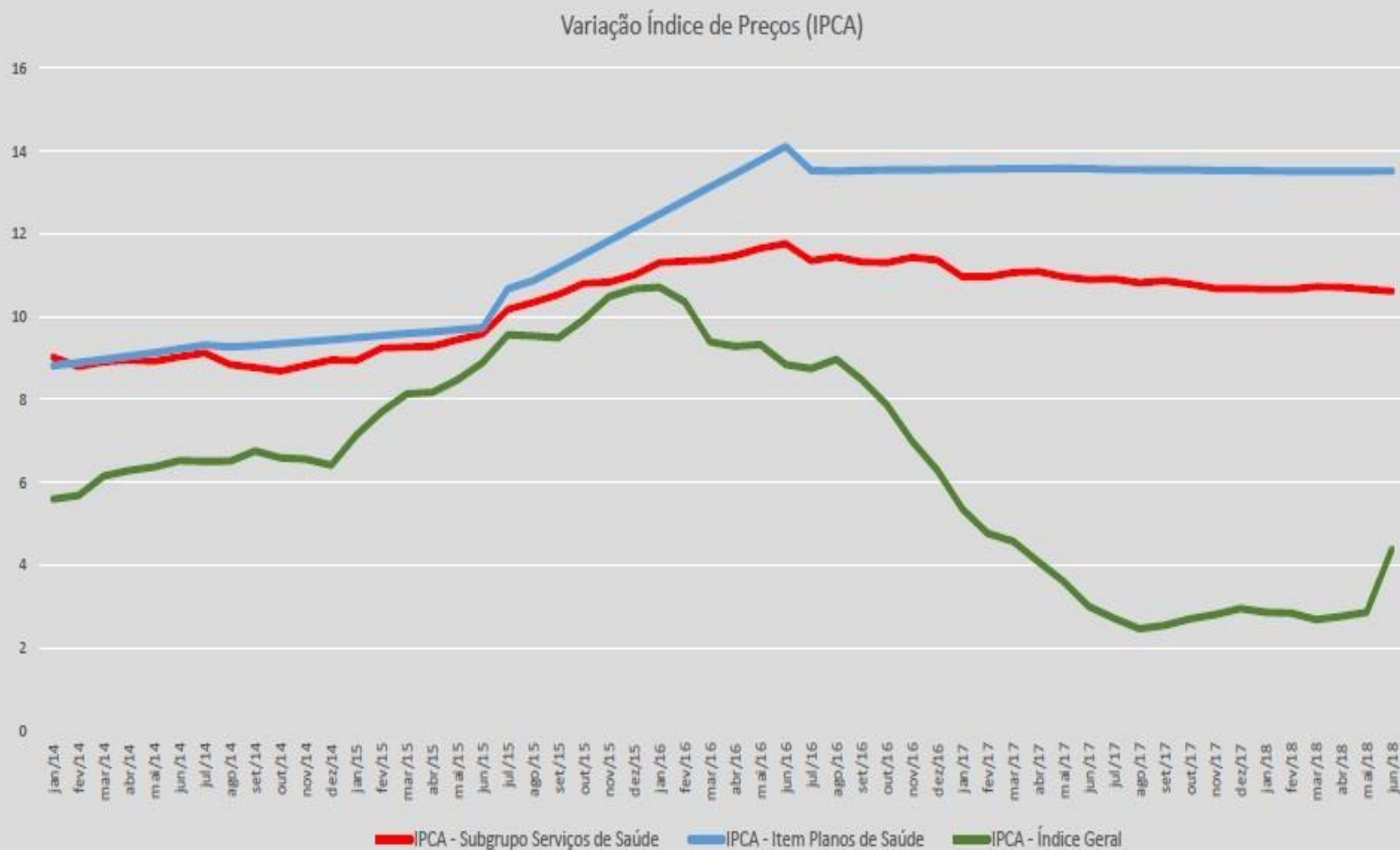
Fazenda contesta critério de reajuste de planos de saúde e pede mudanças

Ministério vê erro conceitual em cálculo; ANS diz discutir nova metodologia



O corretor José Moraes, 79, que viu seu plano de saúde aumentar de R\$ 2.572 para R\$ 6.670 em cinco anos - Alberto Rocha/Folhapress

- Ademais, é importante lembrar que já é observado que os reajustes dos planos de saúde seguem trajetória mais acelerada do que a inflação medida pelo índice geral de preços:



Alegações (Mercado)

Justificativa do mercado para custos crescentes:

- Frequência de utilização
- Perfil Etário (Envelhecimento)
- Despesas administrativas (salários, tributos, consultorias, comissões, luz, locação, call center, etc.)
- Incorporação de tecnologias, valor dos procedimentos (VCMH)
- Desperdícios, fraudes e abusos
- Ressarcimento ao SUS
- Multas
- Judicialização

Verticalização

- Seguro-saúde;
- Laboratórios de procedimentos (exame, imagem);
- Hospitais;
- Clínicas populares;
- Monopólio do preço;
- Lobby

Fator Moderador

 Agências ▾ TVs ▾ Rádios ▾ Agência Brasil TV Brasil Rádio Nacional Rádio MEC NBR A Voz do Brasil Sobre a EBC A+ A- ⓘ

Agência Brasil ★ Especiais Fotos Últimas Notícias f t i Por Q

Copa Direitos Humanos Economia Educação Geral Internacional Justiça Política Saúde



Geral

ANS prepara portaria para regulamentar franquia em planos de saúde

Publicado em 18/04/2018 - 18:39 Por Helena Martins - Repórter da Agência Brasil Brasília

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) discute a regulamentação da coparticipação e da cobrança de franquia em contratos de planos de saúde, mecanismos em que os consumidores também pagam por consultas e demais procedimentos de assistência à saúde, além das mensalidades. O tema é controverso. Para a ANS, essas cobranças melhorarão a utilização dos planos. Já entidades de defesa dos consumidores apontam que as modalidades poderão levar a abusividade nas contratações.

Publicidade



Questionamentos

- Partindo da ideia de “uso racional” do plano, foi considerada a existência de assimetria de informação?
- Estaria havendo uma transferência de responsabilidade?

- A ANS realizou algum estudo que demonstre que não haverá endividamento das famílias e lucro exorbitante das operadoras? Qual o resultado do estudo?
- Ao estipular coparticipação de 40% e 60% foi considerado o cenário econômico e a renda das famílias?
- Beneficiários idosos e doentes crônicos não serão prejudicados por tal medida?

- Se o mecanismo da Coparticipação seria uma forma de combater o uso excessivo do plano, por que cobrar em situações de urgência e emergência, uma vez que eventos dessa natureza não são premeditados?
- Considerando que a maioria dos eventos em saúde são imprevisíveis, fora realizado uma análise do impacto econômico nos beneficiários em casos de agravamento de quadros e posterior necessidade de internação em CTI/UTI?
- Caso o resultado das medidas tomadas seja negativo, ou seja, fora do esperado, quem irá se responsabilizar pelos danos causados aos beneficiários?



Economia

Percentual de famílias endividadas sobe de 59% para 62,2%

Publicado em 05/01/2018 - 10:42 Por Vitor Abdala - Repórter da Agência Brasil 📍 Rio de Janeiro



Para 76,7% das famílias com contas a pagar, o cartão de crédito é a principal forma de endividamento, seguido por carnês (17,5%) e financiamento de carro (10,9%)

Arquivo Agência Brasil

- Universalização **Excludente?**
 - Categorização – poder econômico
 - Maior peso para Idosos e Doentes Crônicos
- Geração de **Inequidade?**
 - Usuários SUS x Planos – Exames Pré-operatórios
 - Fura-filas
 - Maior pressão sobre o SUS
- **Transparência** no valor dos procedimentos e consultas?
 - Cobrança duplicada
- RN N° 433 x **Planos Populares?**

Planos Populares (2016)



Fonte: Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão (e-SIC)



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



BIOÉTICA DA PROTEÇÃO E A EQUIDADE NO ACESSO AO TRANSPLANTE RENAL NO BRASIL, DE ACORDO COM A POSSE DE PLANO DE SAÚDE PRIVADO

Tese apresentada como parte dos requisitos para a
obtenção do grau de Doutor em Ciências na área de
Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva – PPGBIOS.

Orientador: Prof. Dr. Fermin Roland Schramm

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Regina Ribeiro Parizi Carvalho

Prof^a. Dr^a. Karla Santa Cruz Coelho

Prof. Dr. Carlos Dimas Martins Ribeiro

Prof^a. Dr^a. Marisa Palácios da Cunha e Melo de Almeida Rego

Prof. Dr. Fermin Roland Schramm

Foi constatado igualmente que a vantagem conferida pela posse de um plano de saúde privado, para acessar mais facilmente um transplante renal no Brasil, independe do Estado ou da Região da Federação onde o renal crônico resida. Uma hipótese aventada para explicar esta vantagem de quem tem plano de saúde privado, é o fato de que o candidato a transplante consegue ter acesso de forma rápida e fácil aos exames de média complexidade, que o permitem manter-se ativo no Cadastro Técnico de Rim (CTR). De acordo com os dados oficiais do SNT/MS, cerca de 30% dos inscritos para realizar um transplante renal, estão inativos no CTR, o que os impede de ser selecionados para obter o órgão doado. Apesar de este ser um fato conhecido, nenhum estudo, a nível

Issue

BRIEF

The Impact of an HSA-Eligible Health Plan on Health Care Services Use and Spending by Worker Income

By Paul Fronstin, Ph.D., Employee Benefit Research Institute, and M. Christopher Roebuck, Ph.D., RxEconomics

AT A GLANCE

This study examines whether there is variation by worker income on how an HSA-eligible health plan affects health care services use and spending. Does the typically flat-dollar gap between a health plan's deductible and the employer contribution to a health savings account (HSA) have a bigger impact on the use of health care services among lower-income workers than it does for higher-income workers?

The data for this study come from a large employer that offered an HSA-eligible health plan alongside a preferred provider organization (PPO), includes between 150,000 and 200,000 individuals, and covers health care services use and spending over the six-year period from 2009–2014.

**RESEARCH ARTICLE****PRIVATE HEALTH INSURANCE**

HEALTH AFFAIRS > VOL. 36, NO. 10: EMERGENCY DEPARTMENTS, BEHAVIORAL HEALTH & MORE

High-Deductible Health Plans Reduce Health Care Cost And Utilization, Including Use Of Needed Preventive Services

Rajender Agarwal¹, Olena Mazurenko², and Nir Menachemi³

AFFILIATIONS 

PUBLISHED: **OCTOBER 2017**  **No Access**

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.0610>

 [SECTIONS](#)  [VIEW ARTICLE](#)  [PERMISSIONS](#)

 [SHARE](#)

 [TOOLS](#)

ABSTRACT

[DETAILS](#)[EXHIBITS](#)[REFERENCES](#)[RELATED](#)

Supplemental Materials

Article Metrics

Citations:
Crossref

3



History

Published online 1 October 2017

Is High-Deductible Health Insurance Worth the Risk?



Beth Walker signed up for a high-deductible health plan with her husband, Ordell, a football coach at Bluefield College in Virginia. Jacob Biba for The New York Times

By Reed Abelson

Oct. 31, 2016



As companies push workers to pay more for their medical care, millions of employees are facing a tough decision, choosing between high premiums and high deductibles.

The choice is this: Pay more every month for peace of mind later, or pay less and run the risk of having higher out-of-pocket costs down the line.

And increasingly, people are doing the math and deciding that the risk is worth it — leaving them responsible for thousands of dollars in medical bills and forcing them to make hard decisions about whether some care is worth it.



News at IUPUI

[ALL CAMPUSES](#)[IU BLOOMINGTON](#)[IUPUI](#)

HEALTH AND WELLNESS

Review finds high-deductible health care plans curb both cost and usage, including preventive care

FOR IMMEDIATE RELEASE

Oct. 3, 2017



INDIANAPOLIS -- A team of researchers based at IUPUI has conducted the first systematic review of studies examining the relationship between high-deductible health care plans and the use of health care services. They found these plans reduce both the cost and the use of health care services, according to an article published in the October issue of the journal Health Affairs.





Health Costs

 Search

 Graphics & Interactives

 Polls

Home // Health Costs // The Burden of Medical Debt: Results from the Kaiser Family... // Introduction

The Burden of Medical Debt: Results from the Kaiser Family Foundation/New York Times Medical Bills Survey

Liz Hamel , Mira Norton, Karen Pollitz, Larry Levitt , Gary Claxton, and Mollyann Brodie 

Published: Jan 05, 2016



SECTIONS

- › Introduction
- › Section 1: Who Has Medical Bill Problems and What Are the Contributing Factors?
- › Section 2: The Role of Health Insurance
- › Section 3: Consequences of Medical Bill Problems
- › Section 4: Patients as Consumers
- › Conclusion

Sunday, August 12, 2018

Working Papers &
Publications

Activities

Meetings

NBER Videos

Themes in
NBER Research

Data

People

About

What Does a Deductible Do? The Impact of Cost-Sharing on Health Care Prices, Quantities, and Spending Dynamics

Zarek C. Brot-Goldberg, Amitabh Chandra, Benjamin R. Handel, Jonathan T. Kolstad

NBER Working Paper No. 21632

Issued in October 2015, Revised in November 2015

NBER Program(s): [Health Care](#), [Industrial Organization](#), [Public Economics](#)

Measuring consumer responsiveness to medical care prices is a central issue in health economics and a key ingredient in the optimal design and regulation of health insurance markets. We study consumer responsiveness to medical care prices, leveraging a natural experiment that occurred at a large self-insured firm which required all of its employees to switch from an insurance plan that provided free health care to a non-linear, high deductible plan. The switch caused a spending reduction between 11.79%-13.80% of total firm-wide health spending. We decompose this spending reduction into the components of (i) consumer price shopping (ii) quantity reductions and (iii) quantity substitutions, finding that spending reductions are entirely due to outright reductions in quantity. We find no evidence of consumers learning to price shop after two years in high-deductible coverage. Consumers reduce quantities across the spectrum of health care services, including potentially valuable care (e.g. preventive services) and potentially wasteful care (e.g. imaging services). We then leverage the unique data environment to study how consumers respond to the complex structure of the high-deductible contract. We find that consumers respond heavily to spot prices at the time of care, and reduce their spending by 42% when under the deductible, conditional on their true expected end-of-year shadow price and their prior year end-of-year marginal price. In the first-year post plan change, 90% of all spending reductions occur in months that consumers began under the deductible, with 49% of all reductions coming for the ex ante sickest half of consumers under the deductible, despite the fact that these consumers have quite low shadow prices. There is no evidence of learning to respond to the true shadow price in the second year post-switch.

Um dos autores do estudo, o Prof. **Amitahb Chandra**, da Harvard Kennedy School, faz 2 alertas sobre o uso desses fatores:

- O uso de fatores moderadores **não transformou os usuários de planos de saúde em bons “consumidores de serviços de saúde”** – o estudo demonstrou que mesmo após 2 anos no plano, as pessoas continuavam visitando os mesmos médicos e prestadores, mas com **frequência muito menor, deixando de realizar inclusive atendimentos necessários;**
- Grande parte da população não possuía condições financeiras para arcar com os custos de coparticipação e franquia, **levando muitas famílias ao endividamento quando havia necessidade de utilização de serviços de alto custo.**

- A OMS faz um alerta sobre a **dependência excessiva de desembolso direto** no momento em que o indivíduo precisa de cuidados:
 - “Mesmo quando as pessoas dispõem de alguma forma de seguro de saúde, elas podem ter de contribuir sob a forma de co-pagamentos, co-seguro ou franquias. A obrigação de pagar diretamente pelos serviços no momento da necessidade **impede milhões de pessoas de receber cuidados de saúde quando o necessitam.**”

Fonte: OMS. Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Relatório mundial de saúde. Genebra: OMS, 2010,

A CRISE DO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE: DEVEMOS APOSTAR NOS PLANOS POPULARES OU NO SUS?

Alexandre Marinho¹

O presente texto avalia, sob um enfoque primordialmente econômico, as potenciais consequências da eventual implementação, no Brasil, dos chamados “planos de saúde acessíveis”. Como tais planos ainda não existem, as possibilidades empíricas de nossa análise ficam, no momento, limitadas às eventuais lições presentes na literatura. O que podemos verificar é uma grande incerteza sobre os potenciais impactos desses planos na saúde da população. Existiriam riscos de degradação da saúde dos mais pobres e de piora nas condições financeiras do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: planos de saúde acessíveis; Sistema Único de Saúde (SUS); risco em saúde; copagamentos.

Fonte: IPEA (2017)

tratamento obrigatório. Cantwell (1981) adverte que, na presença de copagamentos, os consumidores estariam mais preocupados em procurar a redução de copagamentos do que reduções nos preços dos serviços. E essa procura somente irá até o ponto em que o benefício marginal para o consumidor iguale-se ao custo marginal da procura, independentemente dos custos e benefícios para as operadoras de planos de saúde. Nessa linha de argumentação, ponderamos que a presença do copagamento pode induzir os consumidores a procurar prestadores de serviços mais baratos, mas de qualidade desconhecida, em um mercado em que a qualidade não é de fácil monitoramento para os consumidores. Conforme ressaltam Chandra, Gruber e McKnight (2010):

(...) permanece a preocupação de que copagamentos elevados causarão o uso menos efetivo dos cuidados primários, saúde pior e, conseqüentemente, custos mais elevados a jusante dos hospitais (os chamados efeitos colaterais ou compensatórios) (Chandra, Gruber e McKnight, 2010, tradução nossa).⁵

OAB contesta resolução da ANS que prevê cobrança de até 40% em planos

A OAB chama de abusivo o percentual de 40% que os beneficiários dos planos de assistência à saúde poderão pagar

 Agência Estado

postado em 13/07/2018 23:18

Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (CFOAB) entrou com ação no Supremo Tribunal Federal (STF) contra a norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que prevê que operadoras de planos de saúde poderão cobrar de clientes até 40% do valor de cada procedimento realizado. A novidade foi publicada no Diário Oficial da União em 28 de junho.

STF suspende resolução da ANS que prevê cobrança de até 40% dos clientes em planos de saúde

Associação Brasileira de Planos de Saúde - entidade representativa da saúde suplementar - informa que a decisão do STF será melhor analisada e que decisões da Justiça devem ser respeitadas

Amanda Pupo e Roberta Jansen, O Estado de S. Paulo

16 Julho 2018 | 11h23

Atualizado 07 Agosto 2018 | 19h44

A presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), ministra Cármen Lúcia, suspendeu nesta segunda-feira (16), a resolução da **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)** que prevê que operadoras de planos de saúde poderão cobrar de clientes **até 40% do valor** de cada procedimento realizado. A novidade foi publicada no *Diário Oficial da União* em 28 de junho.



O Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (CFOAB) entrou com ação no Supremo Tribunal Federal (STF) contra a norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Foto: André Dusek/Estadão

- É necessário entender que o plano de saúde, antes de ser colocado à disposição do consumidor, passa por **cálculo atuarial**, que inclui **estatística de risco por idade, características naturais e genéticas, ocupacionais, sinistralidade e viabilidade financeira**, sob pena de não ser aprovado pela ANS (Lei 9.656/98, artigo 8º e 19).
- O plano de saúde funciona como um meio de proteger os indivíduos de **custos imprevistos e elevados**, consequência da imprevisibilidade das doenças e lesões.
- O que caracteriza o contrato de seguro ou plano de saúde é justamente a **assunção pela operadora do risco de responsabilizar-se por maior ou menor número de sinistros** em determinado período. Não podendo simplesmente devolver tal risco ao segurado, que só a contratou com a única finalidade de evitá-lo.



OGLOBO.GLOBO.COM

'Não somos um órgão de defesa do consumidor', diz diretor da ANS

Missão: Promover a defesa do interesse público na assistência complementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

SAÚDE PÚBLICA X SAÚDE PRIVADA

- CF/88 - Art. 196:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado”[...]

- CF/88 – Art. 199, § 1º:

A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de saúde (SUS), em caráter COMPLEMENTAR.

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

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País.

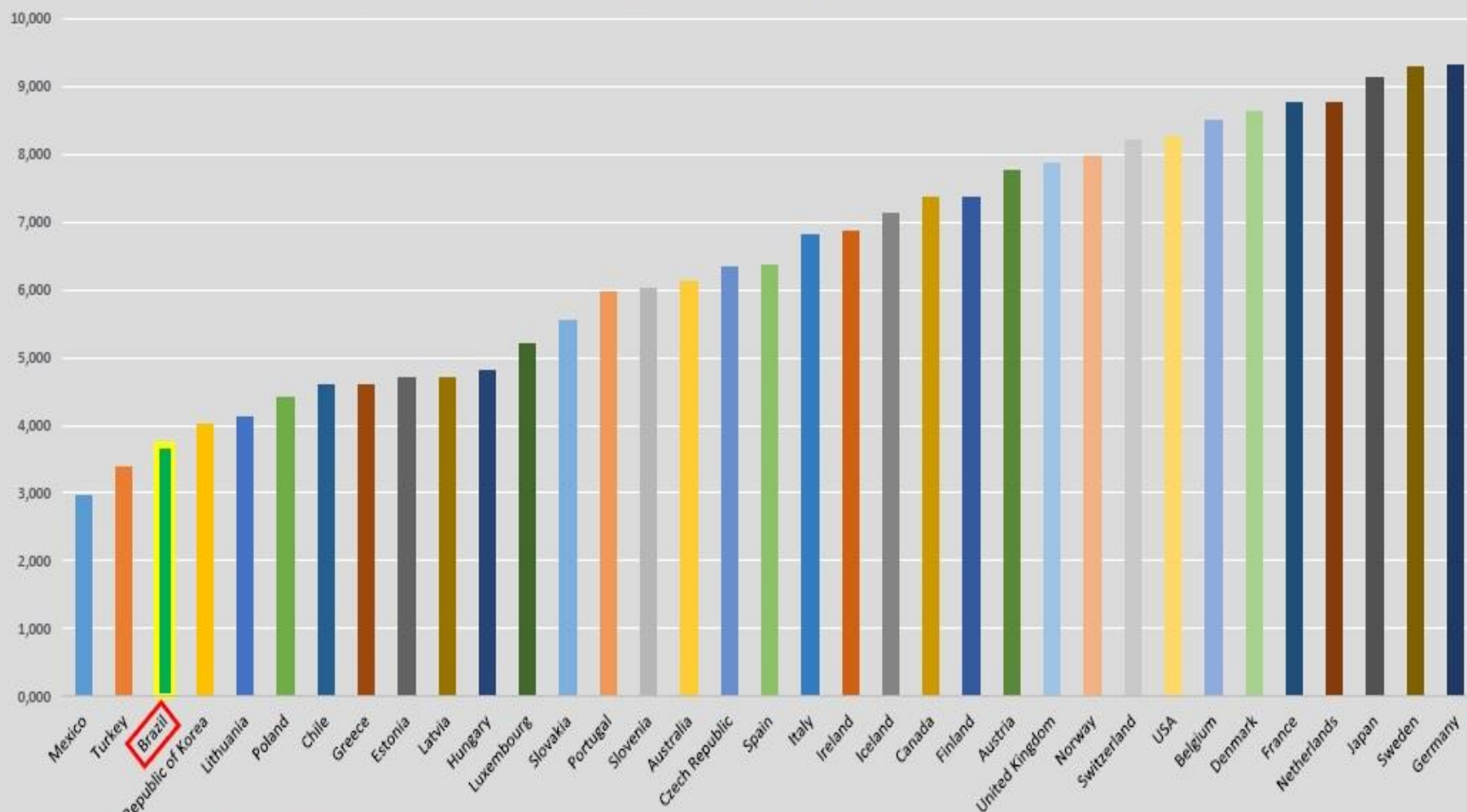
Fontes de Financiamento da SUS

- Contribuição sobre o lucro líquido das empresas - **CSLL**
- Contribuição para o financiamento da seguridade social – **COFINS**
- Contribuição de Empregados e Empregadores sobre a Folha de Pagamento
- **PIS/PASEP**
- Tributos: Imposto sobre Transmissão “Causa Mortis” e Doação - **ITCD**
- Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação - **ICMS**
- Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores - **IPVA**
- Imposto de Renda Retido na Fonte - **IRRF**
- Cota-Parte do Fundo de Participação do Estado - **FPE**
- Cota-Parte do Imposto sobre Produtos Industrializados – **IPI (Exportação)**
- Imposto Predial e Territorial Urbano - **IPTU**
- Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos – **ITBI**
- Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - **ISS**
- Imposto Territorial Rural - **ITR**
- Cota-Parte do Fundo de Participação dos Municípios – **FPM**
- Contribuição provisória sobre movimentação financeira - CPMF (EXTINTA)
- Compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural (Pré-Sal)

- Impactos da PEC do Teto de Gastos:

- Os dados da OMS revelam o baixo nível de gastos do governo federal destinados à saúde no Brasil *vis-à-vis* os dispêndios dessa natureza por parte dos países da OCDE:

Domestic General Government Health Expenditure (GGHE-D) as % Gross Domestic Product (GDP)



Fonte: Global Health Expenditures Database - OMS

EC 86 (Emendas Parlamentares)

Ano	População em milhões¹	Receita Corrente Líquida (RCL)² em R\$ milhões (a preços correntes)	PIB³ em R\$ trilhões (a preços correntes)	Fator de Atualização (a preços de 2017)⁴	AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (ASPS)					
					Empenhado⁵ em R\$ milhões Correntes	R\$ per capita a preços correntes	Empenhado em R\$ milhões a preços de 2017	R\$ per capita a preços de 2017	Em relação a RCL	Em relação ao PIB
2014	202,8	641.578	5,8	1,23858	91.898	453,15	113.823	561,26	14,32%	1,58%
2015	204,5	674.523	6,0	1,13742	100.055	489,27	113.804	556,50	14,83%	1,67%
2016	206,1	722.474	6,2	1,04500	106.719	517,80	111.521	541,10	14,77%	1,72%
2017	207,7	758.317	6,8	1,00000	115.309	555,04	115.309	555,04	15,21%	1,70%

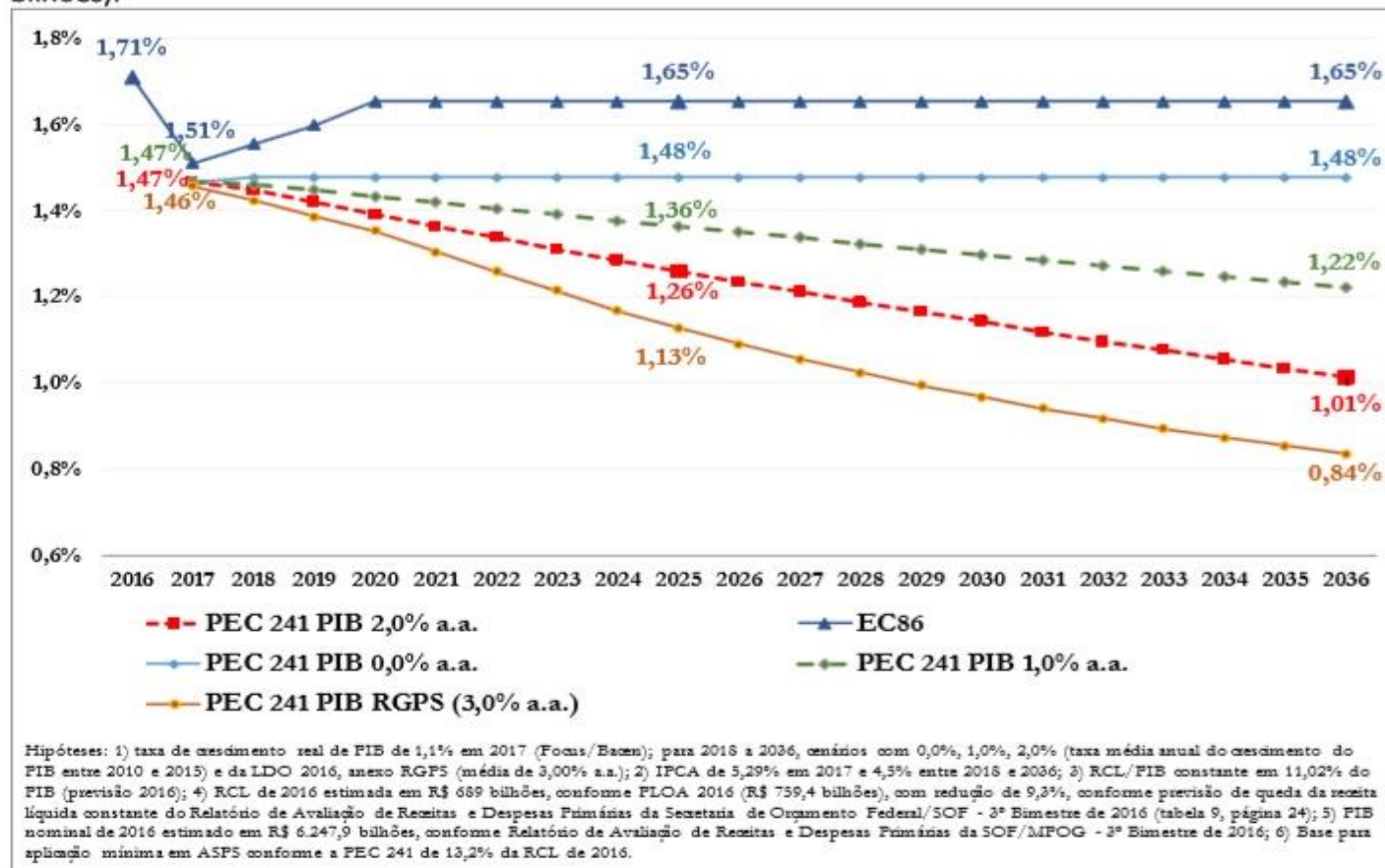
DESCRIÇÃO	2016	2017	Variação 2017/2016	PARTICIPAÇÃO	
	EXECUTADO	LOA		2016	2017
PROGRAMAÇÃO ASPS MS	102.228.052.140	104.959.139.200	2,67%	95,79%	91,02%
EMENDAS PARLAMENTARES ASPS	4.490.396.664	10.349.879.472	130,49%	4,21%	8,98%
TOTAL - ASPS	106.718.448.804	115.309.018.672	8,05%	100,00%	100,00%

Fonte: FUNCIA (2017)

EC 95 (CONGELAMENTO)

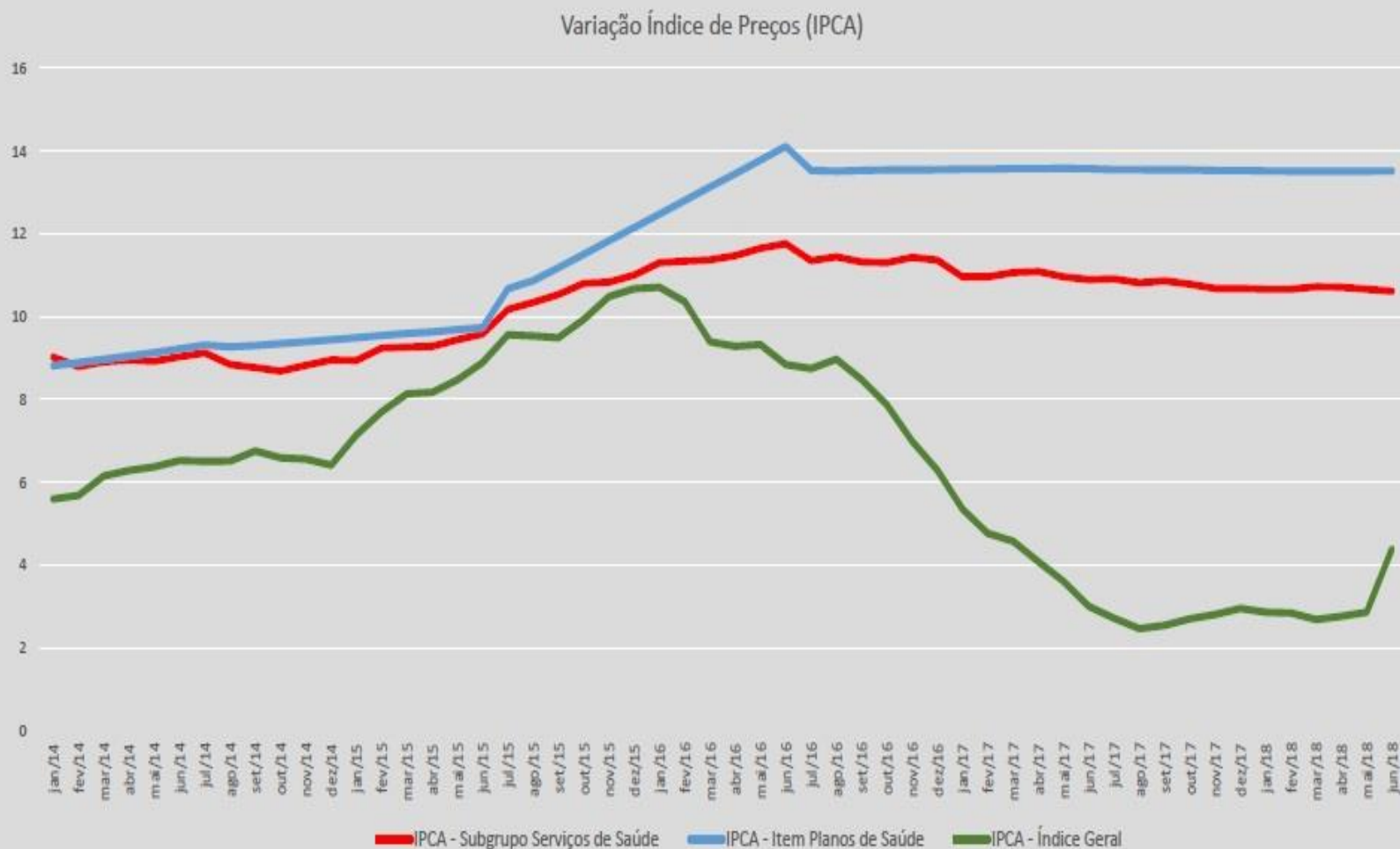
GRÁFICO 2

Projeção do impacto da PEC 241 sobre o gasto federal com saúde em comparação com a manutenção da regra da EC 86 - em % do PIB (Hipóteses: piso da PEC 241 = 13,2% da RCL de 2016; e RCL 2016 = R\$ 689 bilhões).



Fonte: VIEIRA, FS; BENEVIDES, RPS - Nota Técnica N° 28. (2016)

- Ademais, é importante lembrar que já é observado que os reajustes dos planos de saúde seguem trajetória mais acelerada do que a inflação medida pelo índice geral de preços:



Fonte: IBGE

RENÚNCIA FISCAL SAÚDE DA UNIÃO BRASIL-2003-2013 – em milhões R\$

Ano	IRPF ¹ (R\$ milhões)	%	IRPJ ² (R\$ milhões)	%	Medicamentos e Produtos Químicos ³ (R\$ milhões)	%	Hospitais Filantrópicos ⁴ (R\$ milhões)	%	TOTAL (R\$ milhões)	%
2003	3.745	43,3	1.162	13,4	1.122	13,0	2.613	30,2	8.641	100,0
2004	4.558	43,4	1.309	12,4	1.477	14,0	3.171	30,2	10.515	100,0
2005	4.975	43,5	1.503	13,2	1.732	15,2	3.215	28,1	11.426	100,0
2006	5.776	38,8	1.721	11,6	3.958	26,6	3.439	23,1	14.894	100,0
2007	6.507	43,0	2.102	13,9	2.876	19,0	3.664	24,2	15.148	100,0
2008	7.521	44,1	2.181	12,8	3.092	18,1	4.255	25,0	17.050	100,0
2009	6.794	39,4	2.277	13,2	3.456	20,1	4.703	27,3	17.229	100,0
2010	6.813	37,1	2.657	14,5	3.614	19,7	5.293	28,8	18.376	100,0
2011	7.716	38,5	2.937	14,7	3.576	17,8	5.813	29,0	20.042	100,0
2012 ⁵	8.762	38,0	3.345	14,5	4.188	18,2	6.744	29,3	23.039	100,0
2013	9.596	37,8	4.048	16,0	4.338	17,1	7.381	29,1	25.363	100,0

Fonte: RFB/Ceat.

Elaboração: Diest/Ipea.

Notas: ¹ Imposto de Renda sobre Pessoa Física - abatimento das despesas médicas da renda tributável.

² Imposto de Renda sobre Pessoa Jurídica - abatimento da assistência médica, odontológica e farmacêutica aos empregados do lucro tributável.

³ Desoneração fiscal sobre o Programa de Integração Social (PIS) e sobre a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS).

⁴ Desoneração fiscal sobre o Imposto de Renda sobre Pessoa Jurídica (IRPJ), a Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), inclusive a renúncia de arrecadação previdenciária (CPP).

⁵ O decreto nº 7.988, de 17 de abril de 2013, regulamentou os arts. 1º a 13 da Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012, que dispõem sobre o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD), que serão implementados mediante incentivos fiscais por instituições sem fins lucrativos.

- Entre 2003 e 2013, em valores corrigidos, o governo subsidiou o setor privado de saúde, por meio da renúncia fiscal em aproximadamente R\$ 230 bilhões.
- Em 2013 foram R\$ 25,4 bilhões, o equivalente a 30,6% do orçamento do Ministério da Saúde destinado para aquele ano.

- Financiamento SUS Consolidado (2017): **R\$ 265 Bilhões**
 - **Valor investido por habitante: R\$ 1300,00** pessoa/ano
- Faturamento das Operadoras (2017): **R\$ 179 Bilhões**
 - **Gasto direto: R\$ 4000,00** pessoa/ano
- Gasto total com Saúde (público e privado): $\cong$ **8% do PIB**
 - **Participação pública: 42%.**
- Como se explica o fato de um país que assume o compromisso de fornecer um Sistema Público Universal de Saúde, ter o **gasto privado (bolso das famílias) maior** que a participação do Estado?