

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM
POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Pedro Eduardo Santana Tupinambá

POLÍTICAS DE RENÚNCIAS TRIBUTÁRIAS EM SAÚDE: uma Análise da Alocação de Recursos
no Âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON)

Brasília

2022

Pedro Eduardo Santana Tupinambá

POLÍTICAS DE RENÚNCIAS TRIBUTÁRIAS EM SAÚDE: uma Análise da Alocação de Recursos no Âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON)

Dissertação de mestrado apresentada à Escola Fiocruz de Governo como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas em Saúde. (Área de concentração: Justiça Social e Saúde).

Orientador: Prof.^a Dr.^a Iêda Maria Ávila Vargas Dias.
Coorientador: Prof. Dr. Jarbas Ricardo Almeida Cunha.

Brasília

2022

Título do trabalho em inglês: *Health tax waiver policies: an analysis of the allocation of resources within the scope of the National Support Program for Oncological Care (PRONON)*.

T928p	<p>Tupinambá, Pedro Eduardo Santana.</p> <p>Políticas de renúncias tributárias em saúde: uma análise da alocação de recursos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) / Pedro Eduardo Santana Tupinambá. -- 2022.</p> <p>102 f. : il. color.</p> <p>Orientadora: Iêda Maria Ávila Vargas Dias.</p> <p>Coorientador: Jarbas Ricardo Almeida Cunha.</p> <p>Dissertação (Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde), Brasília, 2022.</p> <p>Bibliografia: f. 95-102.</p> <p>1. Renúncia Tributária. 2. Isenção Fiscal. 3. Política de Saúde. 4. Equidade na Alocação de Recursos. 5. Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON). I. Título.</p> <p>CDD 614</p>
-------	---

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Livia Rodrigues Batista - CRB-1/3443

Biblioteca Fiocruz Brasília

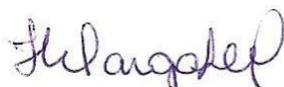
Pedro Eduardo Santana Tupinambá

POLÍTICAS DE RENÚNCIAS TRIBUTÁRIAS EM SAÚDE: uma Análise da Alocação de Recursos no Âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON)

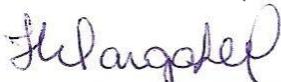
Trabalho de Conclusão de Dissertação de Mestrado apresentado à Escola Fiocruz de Governo como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas em Saúde. (Área de concentração: Justiça Social e Saúde).

Aprovado em 16/11/2022.

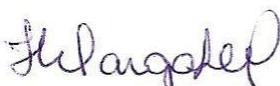
BANCA EXAMINADORA



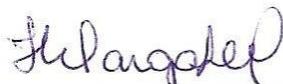
Dra. Iêda Maria Ávila Vargas Dias (Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília) – Presidente da Comissão Examinadora (Orientadora).



Dr. Jarbas Ricardo Almeida Cunha (Defensoria Pública da União – DPU) – Coorientador.



Dr. Wagner de Jesus Martins (Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília) – 1º Examinador.



Dra. Fabíola Sulpino Vieira (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA) – 2º Examinador.



Me. Rodrigo Pucci de Sá e Benevides (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA) – Suplente.

Dedico este trabalho aos profissionais de saúde que materializam diariamente a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto projeto civilizatório inacabado em defesa dos direitos humanos.

AGRADECIMENTOS

Após a conclusão deste trabalho, deixo inicialmente meus agradecimentos para minha querida mãe, Vandete de Santana, que mesmo à distância e morando em outro município, Salvador-BA, sempre me incentivou nos estudos e acreditou na realização do projeto de tornar-me mestre em Políticas Públicas em Saúde.

Para minha esposa Cinthia Pazin pelo espírito vibrante, confiança e apoio sempre presente. Agradeço muito pela paciência dela nos momentos que precisei me ausentar para acompanhar as aulas *on-line* e realizar leituras e estudos do mestrado em pleno período da pandemia entre 2020 e 2022. Cinthia também foi fundamental na realização e conclusão do curso de mestrado, a quem agradeço profundamente.

Aos docentes do curso de mestrado da Fiocruz Brasília e das disciplinas eletivas da UnB pelas experiências e ricos aprendizados.

E especialmente a minha orientadora de pesquisa, Prof.^a Dr^a Iêda Maria Ávila Vargas Dias, e ao meu coorientador, Prof. Dr. Jarbas Ricardo Almeida Cunha, pelas conversas produtivas e por acreditarem na viabilidade da discussão do tema desde a elaboração do projeto de pesquisa, passando pela defesa do projeto na banca de qualificação, até a defesa final da dissertação de mestrado. Aos dois, o meu eterno agradecimento.

Como entusiasta e em apoio aos projetos de distribuições Linux e de *softwares* livres, optei por utilizar no computador pessoal os sistemas operacionais *Fedora Linux* da *Red Hat Foundation* e *Manjaro Linux* baseado no *Arch Linux*, a suíte de escritório multiplataforma *LibreOffice* com o pacote *Writer* para redigir esta dissertação e o pacote *Calc* para tabulação de dados. Para gerenciar referências bibliográficas utilizei o pacote *Zotero*, que além das ótimas funcionalidades e compatibilidade com o *LibreOffice*, também é *software* livre e de código aberto (*open source*). Como forma de preservar a

perenidade e a interoperabilidade multiplataformas (*Linux, Windows e Mac*), os arquivos digitais que compõem esta dissertação foram salvos nos formatos não-proprietários *OpenDocument Text* (.odt) e *OpenDocument Spreadsheet* (.ods). Enfim, deixo meus agradecimentos finais ao esforço coletivo de vários anos de trabalho de profissionais e voluntários e do financiamento de governos e empresas em prol de projetos de *software* livre e gratuito.

RESUMO

Trata-se de pesquisa documental de abordagem quantitativa que tem como objetivo geral discutir o papel das renúncias tributárias (gastos tributários) para o fomento de políticas públicas de saúde a partir da experiência do Programa Nacional de Atenção Oncológica (PRONON), que tem como órgão gestor o Ministério da Saúde do Brasil. Teve como fonte os dados primários de gastos tributários da União sistematizados pela Receita Federal do Brasil com base nos textos dos Projetos de Lei Orçamentária Anual, com recorte por função orçamentária da saúde e do PRONON para os exercícios financeiros de 2013 a 2020. Quanto aos resultados, foi observado no período o crescimento real das renúncias tributárias em saúde acima dos gastos diretos em ações e serviços públicos em saúde (ASPS) e do Produto Interno Bruto (PIB), explicado em parte pela política macroeconômica alinhada com a estratégia de isenção fiscal. A análise dos dados também evidenciou que os recursos do PRONON estão concentrados nas regiões mais dinâmicas do país (Sudeste e Sul), salientando que a própria política pública conflita com o princípio da equidade em saúde, tendo em vista as desigualdades regionais na distribuição de recursos para o fomento de projetos no âmbito do PRONON. Espera-se que o estudo possa contribuir no futuro para aperfeiçoar os critérios de avaliação de resultados, identificar aspectos críticos da política e propor melhorias para o processo de monitoramento dos demais programas de isenções fiscais sob responsabilidade do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Renúncia Tributária. Isenção Fiscal. Política de Saúde. Equidade na Alocação de Recursos. Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON).

ABSTRACT

This is a documentary research with a quantitative approach whose general objective is to discuss the role of tax waivers (tax expenditures) for the promotion of public health policies based on the experience of the National Cancer Care Program (PRONON), which has manager the Ministry of Health of Brazil. Its source was the primary data on tax expenditures of the Union systematized by the Federal Revenue Service of Brazil based on the texts of the Annual Budget Law Projects, with a cut by budgetary function of health and PRONON for the financial years from 2013 to 2020. Regarding the results, real growth in health tax waivers was observed in the period above direct expenditures on public health actions and services (PHAS) and Gross Domestic Product (GDP), explained in part by the macroeconomic policy aligned with the tax exemption strategy. Data analysis also showed that PRONON resources are concentrated in the most dynamic regions of the country (Southeast and South), emphasizing that public policy itself conflicts with the principle of equity in health, in view of regional inequalities in the distribution of resources for the promotion of projects within the scope of PRONON. It is hoped that the study can contribute in the future to improve the criteria for evaluating results, identify critical aspects of the policy and propose improvements to the monitoring process of other tax exemption programs under the responsibility of the Ministry of Health.

Keywords: *Tax Waiver. Tax Exemption. Health Policy. Equity in Resource Allocation. National Support Program for Oncology Care (PRONON).*

RESUMEN

Se trata de una investigación documental con enfoque cuantitativo cuyo objetivo general es discutir el papel de las exoneraciones tributarias (gastos tributarios) para la promoción de políticas públicas de salud a partir de la experiencia del Programa Nacional de Atención del Cáncer (PRONON), que tiene como gestor al Ministerio de Salud de Brasil. Su fuente fueron los datos primarios sobre gastos tributarios de la Unión sistematizados por el Servicio de Ingresos Federales de Brasil con base en los textos de los Proyectos de Ley de Presupuesto Anual, con corte por función presupuestaria de salud y PRONON para los ejercicios de 2013 a 2020. En cuanto a los resultados, se observó un crecimiento real de las exoneraciones tributarias en salud en el período superior a los gastos directos en acciones y servicios públicos de salud (ASPS) y al Producto Interno Bruto (PIB), explicado en parte por la política macroeconómica alineada con la estrategia de exoneraciones tributarias. El análisis de los datos también mostró que los recursos del PRONON se concentran en las regiones más dinámicas del país (Sureste y Sur), destacando que la propia política pública choca con el principio de equidad en salud, ante las desigualdades regionales en la distribución de recursos para la promoción de proyectos en el ámbito de PRONON. Se espera que el estudio pueda contribuir en el futuro a mejorar los criterios de evaluación de resultados, identificar aspectos críticos de la política y proponer mejoras al proceso de seguimiento de otros programas de exención tributaria a cargo del Ministerio de Salud.

Palabras clave: *Exención de impuestos. Exención de impuestos. Política de Salud. Equidad en la asignación de recursos. Programa Nacional de Apoyo a la Atención Oncológica (PRONON).*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Arrecadação Tributária da União, Gastos Tributários da União e Gastos Tributários em Saúde – Brasil PLOA 2013-2020.....	14
Tabela 2 - Gastos Tributários da União - Brasil PLOA 2020 - Consolidação por Função Orçamentária	15
Tabela 3 - Gastos Tributários da União e Gastos Tributários em Saúde - Brasil PLOA 2013-2020.....	24
Tabela 4 - Gastos Tributários em Saúde por Modalidade de Gasto – Brasil PLOA 2020.....	26
Tabela 5 - Gastos Orçamentários do Ministério da Saúde e Gastos Tributários em Saúde – Brasil PLOA 2013-2020.....	28
Tabela 6 - Crescimento Real: Produto Interno Bruto, Gasto Direto do Ministério da Saúde, Gasto Tributário em Saúde e Gasto Total Federal em Saúde – Brasil PLOA 2013-2020.....	29
Tabela 7 - Variação Percentual (%) das Taxas de Mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) Seleccionadas, Segundo Grandes Regiões Geográficas - Brasil 2000-2018....	42
Tabela 8 - Gastos Tributários em Saúde por Grandes Regiões Geográficas – Brasil PLOA 2013-2020.	79
Tabela 9 - Gastos Tributários em Saúde Agrupados por Grandes Regiões Geográficas – Brasil PLOA 2013-2020.....	80
Tabela 10 - Participação Relativa dos Gastos Tributários em Saúde por Grandes Regiões Geográficas – Brasil PLOA 2013-2020.....	81
Tabela 11 - Participação Relativa dos Gastos Tributários em Saúde Agrupados por Grandes Regiões Geográficas – Brasil PLOA 2013-2020.....	81
Tabela 12 - Gastos Tributários em Saúde <i>Per Capita</i> por Grandes Regiões Geográficas - Brasil PLOA 2013-2020.....	82
Tabela 13 - Gastos Tributários em Saúde <i>Per Capita</i> Agrupados por Grandes Regiões Geográficas - Brasil PLOA 2013-2020.....	83
Tabela 14 - Projeção da População (Pessoas) - Brasil e Grandes Regiões 2013-2020.....	84
Tabela 15 - Gastos Tributários do PRONON por Grandes Regiões Geográficas - Brasil 2014-2020.....	85
Tabela 16 - Participação Relativa dos Gastos Tributários do PRONON por Grandes Regiões Geográficas - Brasil 2014-2020.....	85
Tabela 17 - Gastos Tributários do PRONON Agrupados por Grandes Regiões Geográficas – Brasil PLOA 2014-2020.....	87

Tabela 18 - Participação Relativa dos Gastos Tributários do PRONON Agrupados por Grandes Regiões Geográficas – Brasil PLOA 2014-2020.....	88
Tabela 19 - Gastos Tributários do PRONON <i>Per Capita</i> por Grandes Regiões Geográficas - Brasil PLOA 2014-2020.....	89
Tabela 20 - Gastos Tributários do PRONON <i>Per Capita</i> Agrupados por Grandes Regiões Geográficas - Brasil PLOA 2014-2020.....	89

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Participação Relativa (%) dos Principais Gastos Tributários da União por Função Orçamentária - Brasil PLOA 2020.....	14
Gráfico 2 - Evolução dos Gastos Tributários em Saúde - Brasil PLOA 2013-2020.....	22

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Políticas Públicas de Saúde Financiadas por Renúncias Tributárias: Tributos e Legislação - Brasil.....	36
Quadro 2 - Diagnóstico do Problema e Estratégias de Intervenção de Políticas Públicas para Prevenção e Controle do Câncer no Brasil.....	42
Quadro 3 - Objetivos Estratégicos, Princípios e Diretrizes da Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC).....	47
Quadro 4 - Diretrizes de Melhores Práticas de Finanças Públicas da OCDE.....	59

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma das Diretrizes de Melhores Práticas da OCDE para os Gastos Extraorçamentários e Gastos Tributários.....	57
---	----

LISTA DE SIGLAS

ACIJ	<i>Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia</i>
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
BEPS	<i>Inclusive framework for Base Erosion and Profit Shifiting</i>
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CEE	Centro de Estudos Estratégicos
CELS	<i>Centro de Estudios Legales y Sociales</i>
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e Caribe
CESR	<i>Center for Economic and Social Rights</i>
CFT	Comissão de Finanças e Tributação
CGPCT	Coordenação-Geral de Programas e Projetos de Cooperação Técnica
CGU	Controladoria Geral da União
CIAT	Centro Interamericano de Administrações Tributárias
CIHA	Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial
CMAP	Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DECS	Descritores de Ciências da Saúde
DESID	Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento
DGT	Demonstrativos dos Gastos Tributários

DRC	Doenças Respiratórias Crônicas
EC	Emenda Constitucional
EMI	Exposição de Motivos Interministerial
FCA	Fundo da Criança e do Adolescente
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IED	Investimento Estrangeiro Direto
IGP-M	Índice Geral de Preços do Mercado
INESC	Instituto de Estudos Socioeconômicos
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRPF	Imposto de Renda Pessoa Física
IRPJ	Imposto de Renda Pessoa Jurídica
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
ME	Ministério da Economia
MPPPS	Mestrado Profissional em Políticas Públicas de Saúde
MPV	Medida Provisória
MS	Ministério da Saúde
NRF	Novo Regime Fiscal
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organizações Sociais
OSC	Organizações da Sociedade Civil
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PIB	Produto Interno Bruto
PLOA	Projeto de Lei Orçamentária Anual
PNPCC	Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer
PRC	Portaria de Consolidação
PRONAS/PCD	Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência
PRONON	Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica
RAWP	<i>Resource Allocation Working Party</i>
RFB	Receita Federal do Brasil
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 OBJETIVOS.....	4
1.1.1 Objetivo Geral.....	4
1.1.2 Objetivos Específicos.....	4
1.2 METODOLOGIA.....	5
1.2.1 Tipo de Pesquisa.....	5
1.2.2 Fontes de Dados.....	6
1.2.3 Acesso e Documentação dos Dados.....	7
1.3 DESCRIÇÃO DOS CAPÍTULOS.....	8
2 GASTOS TRIBUTÁRIOS (RENÚNCIAS TRIBUTÁRIAS) E SETOR SAÚDE.....	10
2.1 GASTOS TRIBUTÁRIOS: DIMENSÕES CONCEITUAIS E DESAFIOS DE POLÍTICA.....	10
2.2 INSTITUIÇÃO E ESTIMATIVAS DOS GASTOS TRIBUTÁRIOS DA UNIÃO.....	18
2.2.1 Requisitos Legais para Instituição dos Gastos Tributários.....	18
2.2.2 Estimativas dos Gastos Tributários da União e da Função Orçamentária da Saúde.....	21
3 POLÍTICAS PÚBLICAS E RENÚNCIAS TRIBUTÁRIAS.....	30
3.1 ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	30
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE FINANCIADAS POR RENÚNCIAS TRIBUTÁRIAS.....	34
3.3 O PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À ATENÇÃO ONCOLÓGICA (PRONON).....	38
3.3.1 O Câncer (Neoplasia) como Problema de Saúde Pública.....	39
3.3.2 Aspectos Normativos, Fragilidades e Desafios do PRONON.....	42
4 SAÚDE GLOBAL E RECOMENDAÇÕES SOBRE GASTOS TRIBUTÁRIOS.....	52
4.1 AGENDAS DA SAÚDE GLOBAL E RESPOSTAS PARA POLÍTICAS PÚBLICAS.....	52
4.2 RECOMENDAÇÕES INSTITUCIONAIS SOBRE GASTOS TRIBUTÁRIOS.....	55
4.2.1 Diretrizes de Melhores Práticas da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).....	56
4.2.2 Transparência Fiscal do Fundo Monetário Internacional (FMI).....	62
4.2.3 Boas Práticas para Medição dos Gastos Tributários do Centro Interamericano de Administrações Tributárias (CIAT).....	63
4.2.4 Rede de Direitos Humanos e Justiça Tributária na América Latina e no Caribe.....	64
5 EQUIDADE EM SAÚDE E ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS EM SAÚDE.....	68
5.1 O PRINCÍPIO DA EQUIDADE EM SAÚDE.....	68
5.2 ANÁLISE DA ALOCAÇÃO DE RECURSOS NO ÂMBITO DO PRONON.....	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS.....	87

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a discussão sobre renúncia tributária, além de ser considerado como tema relativamente recente, equivale ao termo gasto tributário, que é definido como gasto indireto do governo por meio do sistema tributário voltado para atingir objetivos econômicos e sociais. São três as concepções para os gastos tributários: a partir da renúncia de receita, do ganho de receita e do subsídio (gasto direto equivalente). A renúncia de receita equivale à perda de receita depois de introduzido o gasto tributário; o ganho de receita é a arrecadação adicional possível de obter com a revogação do gasto tributário; e o gasto direto equivalente é o subsídio ou transferência aos contribuintes como uma receita líquida de impostos similar ao que se obtém com a existência do gasto tributário (1,2)

Mesmo com a demanda da comunidade internacional por maior transparência fiscal, a renúncia tributária, enquanto estratégia de governos para promover políticas públicas em diferentes setores econômicos, é tema pouco estudado, principalmente nos países em desenvolvimento. E não há uma sistematização metodológica que permita avaliar as dimensões dos gastos tributários, bem como estabelecer comparações entre os países (2).

A importância do tema para o Sistema Único de Saúde (SUS) se deve ao fato de que os gastos tributários em saúde para o ano de 2020 representaram mais de R\$ 55 bilhões ou a 16,6% do total dos gastos tributários da União – estimados em R\$ 330,8 bilhões (4,4% do PIB e 21,8% do total da arrecadação tributária), conforme Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) de 2020, atrás apenas da função orçamentária “Comércio e Serviços”, com R\$ 93 bilhões. Já os gastos tributários do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) – que tem como órgão gestor o Ministério da Saúde, foram estimados em R\$ 125,27 milhões também na PLOA 2020, o equivalente a 0,23% do total de gastos tributários da função orçamentária Saúde (3).

O PRONON foi criado pela Lei nº 12.715/2012 ao estabelecer regras de incentivo fiscal para pessoas físicas e jurídicas com a contrapartida de apoio a projetos nas áreas de oncologia e com a expectativa de complementar o financiamento da Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) (4,5).

Na concepção da chamada economia política da saúde, os gastos tributários representam tributos não recolhidos dos contribuintes ou podem ser pensados na perspectiva do gasto público não aplicado diretamente nas políticas de saúde. A partir dessa concepção, há estudos que evidenciam que a renúncia fiscal não promove a consolidação do SUS e a equidade do sistema de saúde brasileiro, no sentido de que a renúncia fiscal subtrai recursos e reforça a iniquidade do sistema ao piorar a distribuição do gasto *per capita* (6–13).

Por outro lado, na perspectiva dos órgãos federais de controle, a Controladoria Geral da União (CGU), ao abordar o PRONON e outros temas, apresentou evidências de que os resultados alcançados na Política Nacional para Prevenção e Combate ao Câncer (PNPCC) são incompatíveis com o montante de recursos federais aplicados (14). E na avaliação do rateio dos recursos federais de saúde para a política de atenção oncológica, a CGU concluiu que a distribuição de recursos não contribuiu para a redução de desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e para a garantia da integralidade da atenção à saúde (15).

Embora os gastos tributários do PRONON não sejam expressivos relativamente ao total de gastos tributários em saúde, há lacunas na literatura de pesquisas que explorem a análise do financiamento e a distribuição regional dos recursos oriundos de renúncias fiscais para os projetos apoiados pelo PRONON, desde sua criação por meio da Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012.

A escolha das renúncias fiscais em saúde enquanto tema de objeto de estudo foi resultado da experiência profissional no Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID), do Ministério da Saúde (MS), e da reflexão sobre as evidências científicas de que as

renúncias tributárias na saúde estão historicamente concentradas nas regiões Sudeste e Sul do país, inferindo que as políticas públicas fomentadas por meio de renúncias acentuam as desigualdades regionais e não promovem o princípio da equidade em saúde (16).

Dessa feita, as reflexões preliminares sobre o objeto de estudo permitiram a formulação da seguinte questão de pesquisa: há desigualdades entre as grandes regiões geográficas do Brasil do ponto de vista da alocação de recursos financeiros oriundos de renúncias tributárias para fomento a projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON)?

O tema desta dissertação integra a agenda de prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde (MS), que apontou como temas de pesquisa de interesse da gestão (16):

- Eixo 7 – Economia e Gestão em Saúde: “Avaliação do gasto tributário líquido e seu impacto no financiamento do SUS”;
- Eixo 9 – Programas e Políticas em Saúde:
 - “Avaliação dos programas de isenção fiscal e seus impactos para o SUS”;
 - “Análise do custo-efetividade dos projetos implementados no âmbito do Proadi-SUS”.

Além de integrar a agenda de pesquisa do MS, a importância de aprofundar a análise das renúncias tributárias (gastos tributários) se deve aos seguintes fatores (2,17):

1. Dimensionamento e consideração dos compromissos dos governos de que os recursos fiscais são tão importantes quanto os gastos públicos diretos;
2. Pela discussão no âmbito da economia política subjacente à criação, revisão e atualização dos gastos tributários;
3. A questão da equidade, a falta de clareza sobre quem se beneficia dos gastos tributários e a avaliação da sua incidência sobre a progressividade do sistema tributário;

4. A importância da coordenação entre as diferentes áreas do governo ao envolver aspectos da administração tributária, política tributária e gerência das finanças.

Por fim, pode-se dizer que o tema abre espaço para problematizar a renúncia tributária como estratégia de fomento de programa no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e se articula com a linha de pesquisa “Saúde e Justiça Social” do Mestrado Profissional em Políticas Públicas de Saúde (MPPPS), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Brasília.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

- Discutir o papel das renúncias tributárias da União para o fomento de políticas públicas de saúde a partir da experiência do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON).

1.1.2 Objetivos Específicos

- Analisar a relação entre políticas públicas e renúncias tributárias da União para o fomento de políticas de saúde – Coletar, sistematizar e analisar os dados primários sobre os gastos tributários da União previstos nos Projetos de Lei Orçamentária Anual (PLOA) para os exercícios financeiros de 2013 a 2020.
- Descrever as regras normativas de funcionamento do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC).

- Discutir a relação entre as agendas da Saúde Global e as respostas para políticas públicas identificadas como recomendações institucionais de boas práticas sobre gastos tributários pautadas por princípios de justiça social.
- Analisar a alocação de recursos financeiros entre as grandes regiões geográficas oriundos de renúncias tributárias no âmbito do PRONON tendo como base o princípio da equidade em saúde.

1.2 METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa documental de abordagem quantitativa sobre a alocação de recursos financeiros entre as grandes regiões geográficas de recursos de renúncias tributárias no âmbito do Programa Nacional de Atenção Oncológica (PRONON).

1.2.1 Tipo de Pesquisa

A pesquisa documental se assemelha à pesquisa bibliográfica, mas há algumas diferenças entre elas pela natureza das fontes. A pesquisa bibliográfica parte das contribuições já trabalhadas por diferentes autores, o que seriam consideradas como fontes secundárias; a pesquisa documental tem como característica a busca de informações em documentos escritos e não escritos como fontes de pesquisa e que ainda não receberam tratamento científico ou analítico, como relatórios, filmes, fotografias e outras matérias de divulgação – chamados de fontes primárias, cabendo ao pesquisador analisá-los (18,19).

Em comum, a pesquisa documental e a pesquisa bibliográfica exigem que o tema escolhido seja delimitado e problematizado a partir das leituras, debates, aprendizados e experiências do pesquisador. O problema deve ser colocado sob a forma de pergunta, delimitado a uma dimensão de análise viável, de período definido e apresentado sob a forma de objetivos gerais e específicos (19).

Dessa feita, além da pesquisa documental a partir de normas legais, relatórios e dados primários, esta dissertação apresenta resultados de pesquisa bibliográfica sobre como podem ser analisadas as políticas públicas, as agendas da Saúde Global e as respostas para políticas públicas com destaque para as recomendações institucionais sobre gastos tributários, bem como sobre os princípios da equidade em saúde.

1.2.2 Fontes de Dados

Esta dissertação utilizou como fonte os dados primários sobre os gastos tributários da União sistematizados pela Receita Federal do Brasil (RFB) com base nos textos dos Projetos de Lei Orçamentária Anual (PLOA). Além dos gastos orçamentários da União, foram utilizados os dados por função orçamentária da saúde e do PRONON para os exercícios financeiros de 2013 a 2020, além dos gastos orçamentários diretos do Ministério da Saúde, a saber:

- Para comparação da série histórica de 2013 a 2020, os valores nominais foram corrigidos monetariamente pelo IPCA/IBGE para preços médios de 2020.
- Atividade econômica, expresso pelo Produto Interno Bruto (PIB) das Contas Nacionais Trimestrais; e de inflação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), ambos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

- Para o cálculo do PIB real foi considerado o PIB nominal estimado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para a série histórica de 2013 a 2020 e o fator de correção com base no deflator implícito do PIB do Ipeadata.
- Gastos tributários (renúncias tributárias) representam as estimativas apresentadas pela Receita Federal do Brasil (RFB) com base nos textos dos Projetos de Lei Orçamentária Anual (PLOA) da União e foram publicados nos relatórios intitulados de “Demonstrativos dos Gastos Tributários da União”.
- Gastos orçamentários diretos do Ministério da Saúde considera o total de despesas empenhadas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) até o 6º bimestre para fins de apuração do percentual mínimo, em conformidade com a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, tendo como fonte de dados o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), do Ministério da Saúde (MS).
- O gasto total federal em saúde representa a soma do gasto direto do Ministério da Saúde (MS) em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) com o gasto tributário em saúde.

1.2.3 Acesso e Documentação dos Dados

Os dados primários da pesquisa documental são de acesso público e estão disponíveis na rede mundial de computadores (internet) nas páginas do Ministério da Economia (ME) e do Ministério da Saúde (MS). A documentação está associada com o levantamento e a sistematização dos dados da arrecadação tributária, dos gastos orçamentários diretos e das estimativas dos gastos tributários da União previstos nos Projetos de Lei Orçamentária Anual (PLOA) para os exercícios de 2013 a 2020. Os dados das séries históricas foram deflacionados pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA)

do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para preços médios de 2020, e com os seguintes recortes analíticos:

- Produto Interno Bruto (PIB) – Em R\$ milhões
- Arrecadação total da União – Total em R\$ milhões;
- Arrecadação total da União – Em % PIB;
- Gastos tributários da União – Total em R\$ milhões;
- Gastos tributários da União – Em % PIB;
- Gastos tributários da União por função orçamentária – Total em R\$ milhões;
- Gastos tributários da função orçamentária da saúde, total de gastos tributários e arrecadação total de tributos da União – Regionalizado e R\$ milhões;
- Gastos tributários da função orçamentária da saúde por modalidade de gasto – R\$ milhões;
- Gastos tributários da função orçamentária da Saúde por modalidade de gasto – Regionalizado e R\$ milhões;
- Gastos tributários do PRONON e por tipo de tributo – Regionalizado e R\$ milhões;
- Gastos tributários do PRONON por Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) – R\$ milhões;
- Gastos tributários do PRONON por Imposto de Renda Pessoa Jurídica (IRPJ) – R\$ milhões;
- Gastos orçamentários diretos do Ministério da Saúde – R\$ milhões;
- Gastos tributários do PRONON entre as grandes regiões geográficas *per capita* – R\$.

Na parte que trata da pesquisa bibliográfica, vale destacar que a escolha da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e do Fundo Monetário Internacional (FMI) como referências para análise de suas recomendações sobre gastos tributários e a identificação dos seus documentos de interesse seguiram os estudos do Centro Interamericano de Administrações Tributárias (CIAT) na elaboração do Manual de Boas Práticas na Medição dos Gastos Tributários em benefício dos

países-membros da entidade (20–23) As entidades que integram a Rede de Direitos Humanos e Justiça Tributária na América Latina e no Caribe, além de mencionarem os documentos da OCDE, FMI e CIAT, enriquece a discussão sobre gastos tributários ao propor a iniciativa dos “Princípios de Direitos Humanos na Política Fiscal” (24,25).

1.3 DESCRIÇÃO DOS CAPÍTULOS

A dissertação está organizada em cinco capítulos, mais as considerações finais e referências bibliográficas completas no formato *Vancouver*. Além do Capítulo 1 desta Introdução, no Capítulo 2 abordaremos os aspectos conceituais e os desafios da política pública em torno do termo gasto tributário (renúncia tributária) na perspectiva crítica da economia política da saúde e de suas relações com o setor de saúde brasileiro. Em seguida serão apresentados os requisitos normativos das finanças públicas para instituição dos gastos tributários, além das estimativas mais recentes contidas no Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) sobre os gastos tributários da União, pela função orçamentária da saúde e por modalidade de gasto em saúde, incluindo as estimativas para o PRONON. Para contextualização, a trajetória das estimativas dos gastos tributários em saúde, em termos reais entre 2013 e 2020, serão comparados preliminarmente com o Produto Interno Bruto (PIB), com a arrecadação tributária e gastos tributários da União, e com os gastos orçamentários diretos executados pelo Ministério da Saúde.

No Capítulo 3 será apresentada a relação entre políticas públicas e renúncias tributárias a partir de breve revisão da literatura sobre como podem ser analisadas as políticas públicas. O Capítulo é completado pela análise das referências normativas que autorizaram as políticas públicas financiadas por renúncias tributárias tendo como órgão gestor o Ministério da Saúde. E, por último, o Capítulo menciona o PRONON quanto aos seus aspectos normativos, fragilidades e desafios, e no contexto da

tentativa de resposta da política no enfrentamento do câncer (neoplasia) enquanto problema de saúde pública.

No Capítulo 4 serão apresentados os temas da agenda da Saúde Global como respostas para políticas públicas, fundados por princípios de justiça social e com o objetivo de orientar a elaboração de normas no campo do direito internacional à saúde. Destaques para as agendas da saúde, comércio e direitos de propriedade intelectual no âmbito da Organização Mundial do Comércio (OMC); do acesso às tecnologias de saúde como bem público global pela Organização Mundial da Saúde (OMS); e os determinantes sociais e ambientais da saúde no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU). A agenda da Saúde Global é complementada com as recomendações institucionais sobre como os países devem abordar os gastos tributários durante o processo de elaboração / formulação, monitoramento e avaliação das políticas públicas.

O Capítulo 5, antes das considerações finais, propõe discutir a articulação dos temas da equidade em saúde e da alocação de recursos financeiros em saúde. Para tanto, são apresentados breves aspectos conceituais, normativos e operacionais do princípio da equidade em saúde na orientação das políticas públicas nos sistemas universais de saúde. Por último, a partir dos estudos sobre sistemas de saúde são mencionadas as abordagens teóricas sobre a alocação de recursos financeiros em saúde para subsidiar a análise e a interpretação dos dados dos gastos tributários em saúde e do PRONON por grandes regiões geográficas.

2 GASTOS TRIBUTÁRIOS (RENÚNCIAS TRIBUTÁRIAS) E SETOR SAÚDE

2.1 GASTOS TRIBUTÁRIOS: DIMENSÕES CONCEITUAIS E DESAFIOS DE POLÍTICA

Os gastos tributários, também chamados de renúncias tributárias ou fiscais, consistem em despesas indiretas do governo com políticas públicas por meio da política tributária. Segundo o Manual de Transparência Fiscal do Fundo Monetário Internacional (FMI), as renúncias fiscais envolvem receita pública que deixa de ser arrecadada como resultado de dispositivos específicos previstos no código tributário e em leis específicas de cada país (2,26). Para detalhar o conceito, as renúncias fiscais para o FMI consistem em:

Concessões ou isenções em relação a uma estrutura tributária “normal” que reduzem a arrecadação do governo; visto que os objetivos de política fiscal do governo poderiam ser alcançados por meio de uma subvenção ou outras despesas diretas, a concessão é considerada equivalente a uma despesa orçamentária. A definição precisa e a estimativa das renúncias fiscais requerem, portanto, uma definição da base tributária normal, bem como uma determinação da maneira mais adequada de avaliar os custos (26).

Nesse sentido, o termo gasto tributário é utilizado para se referir às renúncias de receitas tributárias com finalidade de intervenção econômica – e que diante dos desafios da formação, gestão e controle das despesas públicas, as renúncias passam a ser intercambiáveis com as despesas diretas do Estado ao compartilhar fins e objetivos de ordem econômica (27).

Embora os governos dependam da arrecadação compulsória de tributos para financiar os gastos públicos diretos do Estado, o sistema tributário também é permeado por desonerações para promover presunções creditícias, isenções, anistias, reduções de alíquotas, deduções, abatimentos e diferimentos

de obrigações de natureza tributária, com as seguintes finalidades: simplificar e/ou diminuir os custos da administração; promover a equidade; corrigir desvios; e como alternativas às ações políticas de governos, compensar gastos realizados pelos contribuintes com serviços não atendidos pelo governo; além de compensar ações complementares às funções típicas de Estado desenvolvidas por entidades civis; promover a equalização das rendas entre regiões; e/ou, incentivar determinado setor da economia (1).

O termo “gasto tributário” foi adotado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), sendo incorporado e utilizado pela Receita Federal do Brasil (RFB) desde 2003 em substituição ao termo “benefício tributário” presente nas normas legais (28). Na literatura especializada é muito utilizado o termo em inglês *Tax Expenditures* para gastos fiscais (despesas fiscais). Nos Descritores de Ciências da Saúde (DECS/MESH) é utilizado o termo “isenção fiscal” (*Tax Exemption*, em inglês), espécie do gênero renúncia fiscal, enquanto termo padronizado para buscas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e em outras bases de publicações em saúde; o conceito da BVS envolve uma “posição social não sujeita a taxaço”, como no caso da possibilidade oferecida ao contribuinte para dedução de impostos (29).

As estimativas da Receita Federal do Brasil (RFB) para os gastos tributários são classificadas por tipos de tributos, região geográfica, função orçamentária e por modalidade de gasto tributário. E ao seguir as recomendações dos organismos internacionais, a RFB considera que o conceito de gasto tributário reúna as seguintes características (1–3):

- Redução da arrecadação potencial;
- Aumento da disponibilidade econômica do contribuinte;
- Exceção ao sistema tributário de referência¹;

1 Segundo a RFB, o sistema tributário de referência (STF) é aquele que tem como princípios a equidade, a progressividade e a neutralidade. O princípio da equidade refere-se à situação em que contribuintes em situações equivalentes devem estar sujeitos a obrigações similares; a progressividade deve refletir que contribuintes com maior renda podem estar sujeitos a obrigações mais que proporcionais que os de menor renda; e a neutralidade entende que a

- Caráter compensatório ou de incentivo; e,
- Equivalência com os gastos promovidos pelo governo pela via do orçamento.

Na concepção da economia política da saúde, os gastos tributários representam tributos não recolhidos dos contribuintes, pessoas físicas e jurídicas, ou podem ser pensados na perspectiva do gasto público não aplicado diretamente nas políticas de saúde. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a renúncia fiscal é entendida como peça-chave da reprodução econômica do mercado de planos de saúde, funcionando como forma de patrocínio para o consumo de bens e serviços privados. Parte-se da hipótese de que a renúncia fiscal não promove a consolidação do SUS e a equidade do sistema de saúde brasileiro, no sentido de que a renúncia fiscal subtrai recursos do SUS e reforça a iniquidade do sistema ao piorar a distribuição do gasto *per capita*. E de que os subsídios aos planos de saúde não desafogam complementemente os serviços médico-hospitalares do SUS, dado que os usuários continuam utilizando principalmente os serviços de média e alta complexidade (6,11,30).

A importância dos gastos tributários se deve ao fato de que em sistemas tributários de diferentes países a magnitude das renúncias fiscais pode ser expressiva quando comparada com o total da receita tributária. A relevância para o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro se deve ao fato de que os gastos tributários em saúde para o ano de 2020 representaram cerca de R\$ 55,1 bilhões ou a 16,6% do total dos gastos tributários da União – estimados em R\$ 330,8 bilhões (4,4% do PIB e 21,8% do total da arrecadação tributária), conforme Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) para 2020, atrás apenas da função orçamentária “Comércio e Serviços”, com R\$ 93,1 bilhões (3) – Tabelas 1 e 2; Gráfico 1.

tributação não deve alterar a alocação dos recursos na economia. Os gastos tributários refletiriam, portanto, os desvios aos princípios que orientam o STR e a tentativa de substituir a ação direta do governo.

Tabela 1 - Arrecadação Tributária da União, Gastos Tributários da União e Gastos Tributários em Saúde – Brasil PLOA 2013-2020

(R\$ milhões)

Ano	Produto Interno Bruto	Arrecadação Tributária	Gastos Tributários da União	Gastos Tributários em Saúde
2013	7.937.211	1.144.157	247.819	30.489
2014	7.977.211	1.655.927	342.127	32.495
2015	7.694.358	1.656.039	349.586	31.074
2016	7.442.297	1.525.833	315.587	36.609
2017	7.540.749	1.511.179	322.199	40.734
2018	7.675.251	1.492.872	309.027	42.546
2019	7.768.949	1.521.168	320.247	43.186
2020	7.467.616	1.519.199	330.845	55.075

Fonte: RFB.

Elaboração do autor.

Notas:

1) Valores nominais corrigidos pelo IPCA/IBGE para preços médios de 2020.

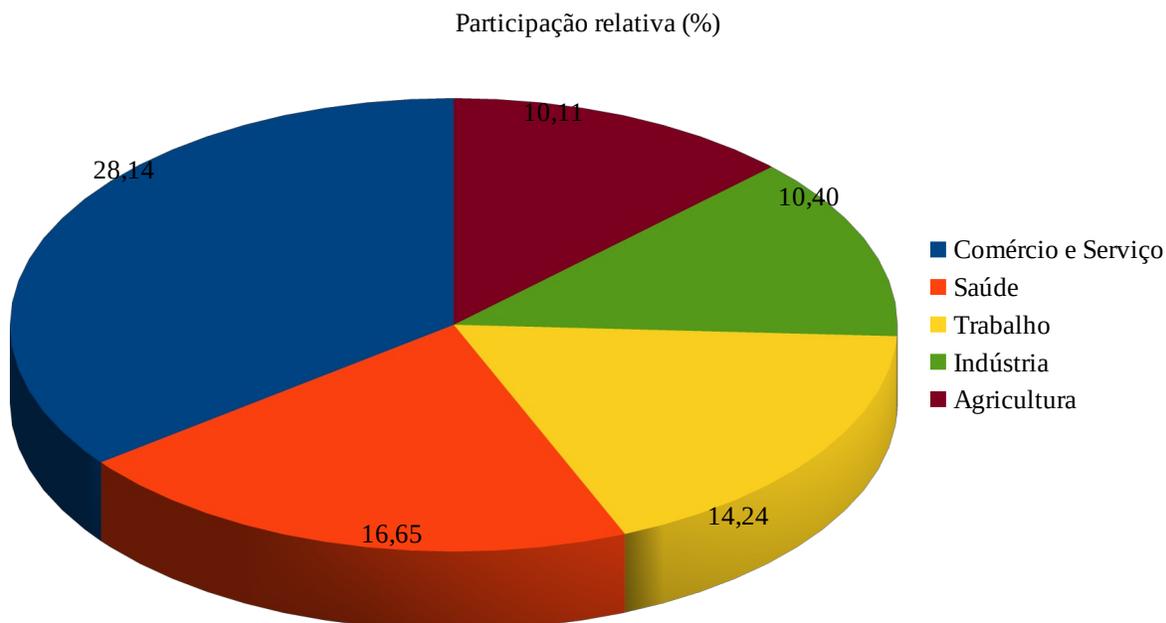
2) Para o cálculo do Produto Interno Bruto (PIB) real foi considerado o PIB nominal estimado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para a série histórica de 2013 a 2020 e o fator de correção com base no deflator implícito do PIB do Ipeadata.

Tabela 2 - Gastos Tributários da União: Consolidação por Função Orçamentária – Brasil PLOA 2020

Função Orçamentária	Valor	Participação Relativa
	(R\$ milhões)	(%)
Comércio e Serviço	93.083,41	28,14
Saúde	55.075,41	16,65
Trabalho	47.109,41	14,24
Indústria	34.415,03	10,40
Agricultura	33.454,05	10,11
Assistência Social	18.419,24	5,57
Educação	16.249,63	4,91
Ciência e Tecnologia	10.992,65	3,32
Habitação	7.759,13	2,35
Transporte	3.769,86	1,14
Não definida	3.141,39	0,95
Cultura	2.843,09	0,86
Energia	2.258,51	0,68
Direitos da Cidadania	1.152,59	0,35
Desporto e Lazer	705,14	0,21
Administração	299,09	0,09
Organização Agrária	46,70	0,01
Saneamento	44,48	0,01
Defesa Nacional	18,47	0,01
Comunicações	7,92	0,00
Gestão Ambiental	0,00	0,00
Total	330.845,20	100,00

Fonte: RFB.

Gráfico 1 - Participação Relativa dos Principais Gastos Tributários da União por Função Orçamentária - Brasil PLOA 2020



Fonte: RFB.

A tentativa de normatizar o termo gasto tributário e disciplinar a instituição dos gastos tributários por todos os entes federados tramita no parlamento brasileiro por meio do Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 155, de 2015, de iniciativa da Senadora Lúcia Vânia, que “acrescenta dispositivos na Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, para disciplinar os benefícios tributários” (31)

O texto original do PLS nº 155/2015, apreciado em tramitação bicameral (Senado Federal e Câmara dos Deputados), propõe modificar a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) para disciplinar os benefícios tributários. Para tanto, acrescenta aos artigos 14-A, 14-B, 14-C e 14-D da Lei Complementar nº 101/2000 o conceito legal de gasto tributário, os requisitos da lei específica instituidora, as informações que deverão ser divulgadas em relatório anual e as avaliações periódicas de cada benefício tributário instituído pelos entes federados.

O PLS nº 155/2015 propõe como definição legal do benefício ou gasto tributário a desoneração legal de tributo, em exceção a sua legislação de referência, que conceda tratamento preferencial a grupos de contribuintes, com o fim de alcançar objetivos de interesse público. Estabelece que o gasto tributário tem como característica a renúncia potencial de arrecadação, ou de perda de recursos, equivalente a um gasto indireto do Estado.

O Projeto original reitera, como mecanismo de controle das contas públicas, que o gasto tributário deverá ser instituído, no âmbito de cada ente federado, por meio de lei específica (§ 6º do art. 150 da Constituição Federal), e deverá contemplar: objetivos, metas e indicadores que possibilitem a avaliação dos resultados alcançados; o órgão gestor do benefício; a vigência de até oito anos e revalidação legislativa a cada quatro anos; e a avaliação a cada dois anos. Também deverão ser divulgados em relatórios anuais e submetidos a avaliações periódicas, além das informações previstas na lei específica, a estimativa da renúncia de receita nos três exercícios anteriores e da previsão da renúncia de receita no exercício em curso e nos dois seguintes, as medidas de compensação para a perda de receita (art. 14 da LRF), bem como a memória de cálculo das estimativas e previsões.

Quanto aos problemas e desafios, as renúncias fiscais geralmente são usadas em substituição a programas específicos de gastos orçamentários, são direcionadas para tipos específicos de gastos (como na dedução fiscal de despesas médicas, que integra parte das renúncias fiscais no setor saúde) e beneficiam categoria de contribuintes – pessoas físicas (indivíduos) e pessoas jurídicas (empresas); e ao beneficiar, por exemplo, estratos sociais de maior renda, a política pública conflita com o princípio da justiça fiscal. Por outro lado, as renúncias fiscais são válidas enquanto a norma legal não for alterada e se diferenciam dos gastos orçamentários diretos por não requerem aprovação formal do legislativo, assim como não se submete ao mesmo grau de controle e avaliação dos gastos diretos (2,26).

Outros desafios envolvem o fato de que os gastos tributários são menos transparentes – o que dificulta a comparação das formas de cálculo e as fontes de dados entre os países. Nos países da

América Latina os incentivos são utilizados para atrair investimento direto estrangeiro (IED), e não necessariamente promover o desenvolvimento, dado o impacto limitado sobre o emprego e o crescimento econômico. Os gastos tributários também são utilizados por *lobbies* corporativos e apresentam uma multiplicidade de definições. Ao todo são 16 países da América Latina que publicam oficialmente os gastos tributários – exceto Cuba, Haiti, Nicarágua e Venezuela, mas são consideradas apenas as estimativas nacionais e nos relatórios não são mencionados objetivos políticos e indicadores de desempenho (24).

2.2 INSTITUIÇÃO E ESTIMATIVAS DOS GASTOS TRIBUTÁRIOS DA UNIÃO

2.2.1 Requisitos Legais para Instituição dos Gastos Tributários

Os requisitos legais para instituição dos gastos tributários (renúncias tributárias), que orientam a publicação dos Demonstrativos dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária – Gastos Tributários pela Receita Federal do Brasil (RFB), devem ter conformidade com o parágrafo 6º do art. 165 da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) de 1988 e o inciso II do art. 5.º da Lei Complementar n.º 101, de 04 de maio de 2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) (1,3).

O § 6º do art. 165 da CF/88 estabelece a obrigação de o Poder Executivo apresentar demonstrativo regionalizado do efeito, sobre as receitas e despesas, decorrente de isenções, anistias, remissões, subsídios e benefícios de natureza tributária, financeira e creditícia (24). Já o inciso II do art. 5.º da LRF estabelece que o Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) será acompanhado de documento a que se refere o § 6º do art. 165 da Constituição Federal, bem como das medidas de compensação de renúncias de receita e do aumento de despesas obrigatórias de caráter continuado (32).

Além da previsão legal que orienta a publicação dos Demonstrativos dos Gastos Tributários (DGT), para a instituição das renúncias tributárias devem ser observadas as normas de finanças públicas que tratam da adequação orçamentária das alterações na legislação: o Art. 150, §6º, da Constituição Federal de 1988; o Art. 113 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT); os Arts. 14, 16, 17 e 24 da LRF (Lei complementar 101/2000), além dos Arts. 125 a 137 da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) 2021 (Lei nº 14.116, de 31 de dezembro de 2020).

Art. 150, § 6º, da Constituição Federal de 1988:

Art. 150. Sem prejuízo de outras garantias asseguradas ao contribuinte, é vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios:

§ 6º Qualquer subsídio ou isenção, redução de base de cálculo, concessão de crédito presumido, anistia ou remissão, relativos a impostos, taxas ou contribuições, só poderá ser concedido mediante lei específica, federal, estadual ou municipal, que regule exclusivamente as matérias acima enumeradas ou o correspondente tributo ou contribuição, sem prejuízo do disposto no art. 155, § 2.º, XII, g. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

Art. 113 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT):

Art. 113. A proposição legislativa que crie ou altere despesa obrigatória ou renúncia de receita deverá ser acompanhada da estimativa do seu impacto orçamentário e financeiro. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 95, de 2016).

O art. 14 da LRF reforça a previsão constitucional de que no caso de concessão de incentivo tributário que implique renúncia de receita seja apresentada previamente a estimativa de impacto orçamentário-financeiro e as eventuais medidas de compensação pela perda de arrecadação de modo a não afetar as metas de resultados fiscais. Também considera a renúncia de receita como gênero das espécies anistia, remissão, subsídio, crédito presumido, concessão de isenção em caráter não geral, alteração de alíquota ou modificação de base de cálculo que implique redução discriminada de tributos ou contribuições.

Há autores que entendem que a aprovação da LRF significou uma importante ação inovadora na gestão pública brasileira, ainda que seus impactos tenham sido fragmentados e dispersos, pois ampliou o poder normativo da União e afetou a autonomia dos entes subnacionais na execução das políticas públicas (33). E nas palavras de Arretche (2009) quando menciona a influência normativa no contexto do pacto federativo: “a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), bem como um conjunto de outras leis, ampliou a extensão em que a União normatiza o modo como estados e municípios executam suas próprias políticas e recolhem seus próprios impostos, afetando todos os membros da federação” (34).

Junto com a LRF, foram destacadas outras inovações do Estado brasileiro: a introdução pelos Estados e municípios de mecanismos de maior participação social nas políticas públicas; a expansão nos Estados dos centros de atendimento integrado; a implementação de mecanismos de avaliação,

formas de coordenação administrativa e financeira, avanço do controle social e ações intersetoriais, principalmente nas políticas de saúde, educação e de recursos hídricos; a adoção de planejamento integrado de áreas a partir de programas e projetos, a adoção do critério da regionalização e do uso de indicadores para nortear o Plano Plurianual (PPA); e a adoção do governo eletrônico permitiu a redução de custos e o aumento da transparência nas compras governamentais (33).

A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) 2021 – aprovada por meio da Lei nº 14.116, de 31 de dezembro de 2020, ao apresentar as disposições gerais sobre adequação orçamentária das alterações na legislação, estabelece no art. 125 – e de acordo com a LRF – que as proposições legislativas e as suas emendas que resultem em diminuição de receita ou aumento de despesa da União deverão estar acompanhadas de estimativas de impacto, memória de cálculo detalhada e compensação para efeito de adequação orçamentária e financeira, e compatibilidade com as disposições constitucionais e legais. E cabe ao proponente, que no caso é o autor da proposição legislativa, a responsabilidade pela elaboração e pela apresentação do demonstrativo do impacto financeiro e orçamentário (§1º, art. 125).

Ainda no caso da renúncia tributária, há que ser destacada a competência, no âmbito do Poder Legislativo, da Comissão de Finanças e Tributação (CFT), além do exame de mérito, inicialmente apreciar a proposição quanto à sua compatibilidade ou adequação com o plano plurianual, a lei de diretrizes orçamentárias, o orçamento anual e as normas pertinentes à receita e despesa públicas, nos termos do Regimento Interno da Câmara dos Deputados (RI, arts. 32, IX, “h” e 53, II) e de Norma Interna da Comissão de Finanças e Tributação, que “estabelece procedimentos para o exame de compatibilidade ou adequação orçamentária e financeira”, aprovada pela CFT em 29 de maio de 1996 (35).

E dada a magnitude e o crescimento nos últimos anos dos gastos tributários da União, o art. 117 da LDO 2020 (Lei nº 13.898, de 11 de novembro de 2019) estabeleceu a apresentação de um plano de revisão de benefícios tributários com previsão de redução anual equivalente a cinco décimos por cento

(5%) do Produto Interno Bruto – PIB até 2022, mas foi revogado pela Lei Federal nº 13.983, de 2020 (36). Caso o trecho da norma fosse mantido, o plano poderia atingir todos os gastos tributários da União, inclusive o valor global das deduções fiscais definidas no caso do PRONON (37).

Com base no entendimento legal e ao fazer um paralelo com o sistema público de saúde, as propostas legislativas que concedem renúncias tributárias sem atenderem previamente os requisitos para a instituição de renúncias de receitas impactam a arrecadação federal, a transferência de receitas para os demais entes federativos, bem como os recursos que compõem a aplicação em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), conforme previsão na Lei Complementar (Lcp) nº 141/2012 (38).

Cabe à Lcp nº 141/2012 regulamentar a aplicação anual mínima em ASPS e a transferência direta via Fundos de Saúde. O repasse de recursos aos entes federados deve observar as necessidades de saúde da população e a oferta de ações e serviços de saúde, com alocação de investimento voltado para a redução das desigualdades de oferta e a garantia da integralidade da atenção à saúde e de custeio (manutenção) (38,39). Nesse sentido, as regras válidas para a instituição de novas hipóteses de renúncias tributárias sem comprometerem o orçamento público, deveriam ser válidas, também, como requisitos para a avaliação e a continuidade (ou não) das políticas públicas dentro do ciclo orçamentário.

2.2.2 Estimativas dos Gastos Tributários da União e da Função Orçamentária da Saúde

O Brasil foi o primeiro país da América Latina a desenvolver um marco legal no contexto da Constituição Federal de 1988, aprimorado com a Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF (Lei Complementar nº 101/2000), para estimar os gastos tributários da União, com prática extensível

também para os Estados e Municípios brasileiros. A Constituição prevê que o projeto de lei orçamentária anual será acompanhado do demonstrativo regionalizado das receitas e dos gastos de isenções, anistias, remissões, subsídios e benefícios de natureza financeira, tributária e creditícia; já a LRF estabelece, dentre outros aspectos sobre gastos públicos, a necessidade de adotar medidas de compensação fiscal quando é proposto novo gasto tributário (2,32,40).

Para a estimativa do gasto tributário da União, o Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) incluiu a estimativa, para o ano de 2020, do montante da ordem de R\$ 330,8 bilhões, equivalente a 4,4% do PIB e a 21,8% do total da arrecadação administrada pela RFB. Já por função orçamentária, os gastos tributários no setor Saúde representaram mais de R\$ 55,1 bilhões, equivalentes a 16,6% do total dos gastos tributários da União, atrás apenas da função orçamentária “Comércio e Serviços”, com R\$ 93,1 bilhões. Quanto à distribuição das renúncias entre as grandes regiões geográficas do país, constatou-se que as regiões Sudeste e Sul concentraram as maiores participações relativas em relação ao total de gastos tributários da União, com 50,8% e 14,6% respectivamente. No entanto, sob a perspectiva da arrecadação própria, as regiões Norte e Nordeste tiveram os maiores percentuais de participação da renúncia em relação às suas respectivas arrecadações, com 111,7% e 41,2% respectivamente (3).

Para a análise dos gastos tributários em saúde foram observados os dados oficiais da Receita Federal do Brasil (RFB) publicados nos relatórios de “Demonstrativos dos Gastos Tributários (DGT)” para o período de 2013 a 2020, deflacionados pelo IPCA/IBGE de 2020. Em 2013 o gasto tributário em saúde totalizou em R\$ 30,5 bilhões e correspondeu a 12,3% do gasto tributário da União, com variação ao longo do período até alcançar cerca de R\$ 55 bilhões em 2020 e participação relativa de 16,6%. Além do aumento da participação relativa, entre 2013 e 2020 os gastos tributários em saúde evoluíram, em termos reais, cerca de 80% - Tabela 3 e Gráfico 2.

Tabela 3 - Gastos Tributários da União e Gastos Tributários em Saúde - Brasil PLOA 2013-2020
 (R\$ milhões) (%)

Ano	Gastos Tributários da União	Gastos Tributários em Saúde	Participação Relativa
2013	247.819	30.489	12,30
2014	342.127	32.495	9,50
2015	349.586	31.074	8,90
2016	315.587	36.609	11,60
2017	322.199	40.734	12,60
2018	309.027	42.546	13,80
2019	320.247	43.186	13,50
2020	330.845	55.075	16,60
Total	2.537.437	312.208	12,30
Média	317.180	39.026	12,30

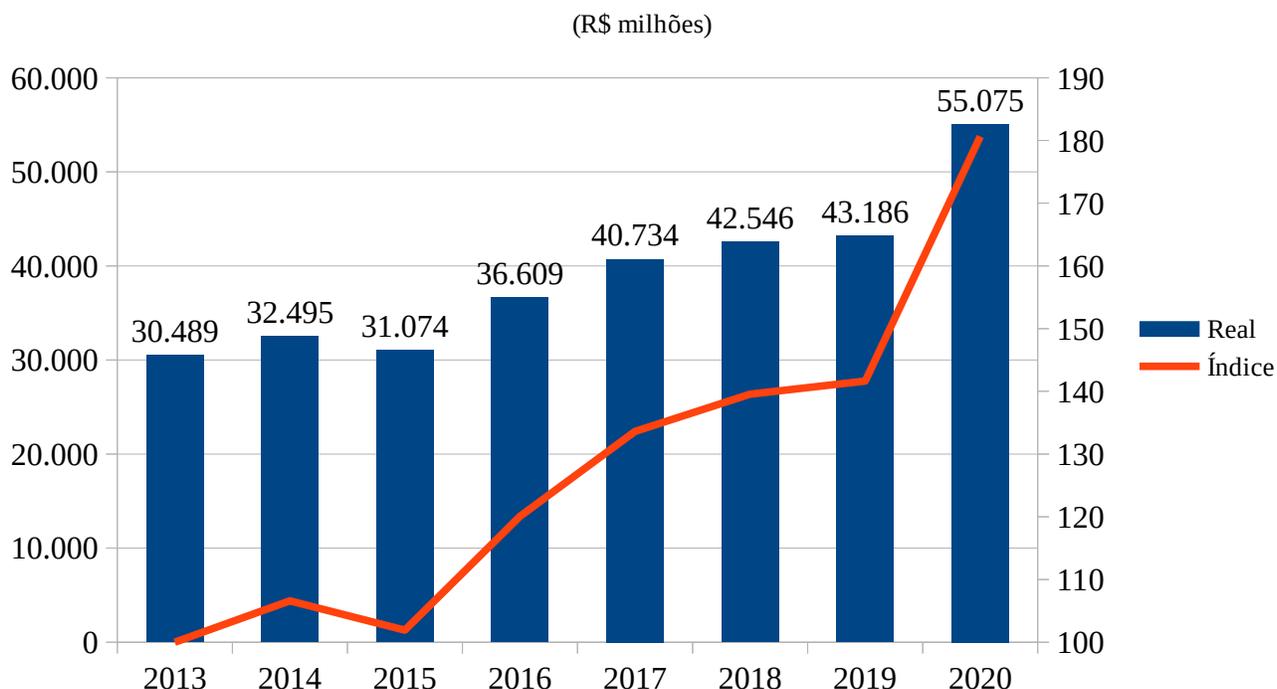
Fontes: RFB e IBGE.

Elaboração do autor.

Nota:

1) Valores nominais corrigidos pelo IPCA/IBGE para preços médios de 2020.

Gráfico 2 - Evolução dos Gastos Tributários em Saúde - Brasil PLOA 2013-2020



Fonte: RFB.

Elaboração do autor.

Notas:

1) Índice: Base 100 = 2013.

2) Valores nominais corrigidos pelo IPCA/IBGE para preços médios de 2020.

3) Os gastos tributários em saúde representam as estimativas apresentadas pela Receita Federal do Brasil (RFB) com base nos textos dos Projetos de Lei Orçamentária Anual (PLOA) da União. Para comparação da série histórica de 2013 a 2020, os valores nominais foram corrigidos monetariamente pelo IPCA/IBGE para preços médios de 2020.

As estimativas dos gastos tributários em saúde também são apresentadas por modalidades de gasto. Do total de R\$ 55 bilhões estimados para 2020, as modalidades com maior participação relativa são: Despesas Médicas (31,38%), em razão das deduções fiscais permitidas para pessoas físicas na contratação de planos privados de saúde, seguidas pelas isenções fiscais na aquisição de Medicamentos (23,68%) e as destinadas para Entidades Filantrópicas (16,27%). Juntas, essas três modalidades concentraram mais de 70% do total de renúncias tributárias em saúde. As renúncias ao PRONON totalizaram em R\$ 125,27 milhões, o que equivale a 0,23% do total das renúncias em saúde – Tabela 4.

Tabela 4 - Gastos Tributários em Saúde por Modalidade de Gasto – Brasil PLOA 2020

	(R\$ milhões)	(%)
Modalidades de Gastos Tributários em Saúde	Valor	Participação Relativa
Função Orçamentária da Saúde	55.075,41	100,00
Despesas Médicas	17.283,86	31,38
Medicamentos	13.041,82	23,68
Entidades Filantrópicas	8.959,74	16,27
Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados	6.424,83	11,67
Entidades sem Fins Lucrativos - Assistência Social e Saúde	5.219,45	9,48
Produtos Químicos e Farmacêuticos	3.508,98	6,37
Água Mineral	464,76	0,84
Pronon	125,27	0,23
Pronas/PCD	34,21	0,06
Equipamentos para uso médico, hospitalar, clínico ou laboratorial	12,48	0,02
Total de Gastos Tributários da União	330.845,20	-

Fonte: RFB.

As estimativas de 2013 a 2020 atualizadas monetariamente seguiram a metodologia de Ocké-Reis e Fernandes (2018), que descreveram a evolução do gastos tributários em saúde entre 2003 e 2015, com valores deflacionados pelo IPCA de 2015. A renúncia tributária em saúde totalizou em R\$ 17,1 bilhões em 2003, com participação relativa de 22,3%, mas nos anos seguintes reduziu a participação ao longo do período até atingir R\$ 32,3 bilhões em 2015, equivalente a 11,7% do total da renúncia da União. A série histórica e o índice base para correção monetária explicam as diferenças de estimativas entre os estudos. Por outro lado, os autores explicam que a queda da participação relativa entre 2003 e 2015 se deu por conta da ampliação das desonerações fiscais e previdenciárias da União a partir de 2010 com o Simples Nacional, a desoneração da cesta básica e da folha de pagamentos, além de outros regimes especiais de tributação (7,41).

Nota Técnica do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID), do Ministério da Saúde, com base nos dados do Grupo Técnico Interinstitucional de Discussão do Financiamento do SUS, estimou que caso a regra da Proposta de Emenda Constitucional

(PEC) nº 241/2016 (aprovada posteriormente como EC nº 95/2016) estivesse vigente desde 2003, deixariam de ser aplicados em saúde pela União R\$ 314,24 bilhões no período de 2003 a 2015. Já o gasto da União em ações e serviços públicos em saúde (ASPS), em percentual do PIB, passaria de uma média de 1,64% no período para 1,20% do PIB, o que impactaria não só no gasto total em saúde como na participação percentual do gasto público no PIB. Na prática, a PEC nº 241/2016 desvincula o orçamento da saúde e compromete o atendimento da cobertura universal e integral em todos os níveis de complexidade, restringindo a oferta e o acesso aos serviços públicos de saúde (42).

A magnitude dos gastos tributários é também revelada na proporção do gasto público direto pela União. Ainda segundo a PLOA, os gastos tributários em saúde totalizam em R\$ 55,1 bilhões em 2020, equivalentes a 34,2% do orçamento total do Ministério da Saúde – de R\$ 161 bilhões, segundo apuração do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Do ponto de vista do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), os valores são expressivos tendo em vista que em todo o período a perda de arrecadação federal via função orçamentária da saúde totalizou em R\$ 312,2 bilhões, com média anual de R\$ 39 bilhões (participação relativa média de 30%); a participação relativa variou de 25,1% a 34,2% no período – Tabela 5.

Tabela 5 - Gastos Orçamentários do Ministério da Saúde e Gastos Tributários em Saúde – Brasil PLOA 2013-2020

Ano	(R\$ milhões)		Participação Relativa (%)
	Gastos do MS com ASPS	Gastos Tributários em Saúde	
2013	121.060	30.489	25,20
2014	125.884	32.495	25,80
2015	123.843	31.074	25,10
2016	123.711	36.609	29,60
2017	129.742	40.734	31,40
2018	127.364	42.546	33,40
2019	127.797	43.186	33,80
2020	160.985	55.075	34,20
Total	1.040.385	312.208	30,00
Média	130.048	39.026	30,00

Fontes: SIOPS e RFB.

Elaboração do autor.

Notas:

1) Valores nominais corrigidos pelo IPCA/IBGE para preços médios de 2020.

2) Os gastos públicos diretos do Ministério da Saúde corresponderam ao total de despesas empenhadas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) até o 6º bimestre para fins de apuração do percentual mínimo, conforme art. 3º da Lei Complementar nº 141/2012. Para comparação da série histórica de 2013 a 2020, os valores nominais foram corrigidos monetariamente pelo IPCA/IBGE para preços médios de 2020.

Considerando a mesma série histórica (2013-2020), é possível observar que a trajetória do crescimento real dos gastos tributários em saúde (gastos indiretos) se deu em ritmo superior ao dos gastos públicos diretos do Ministério da Saúde com ações e serviços públicos em saúde (ASPS) e do próprio Produto Interno Bruto (PIB). Enquanto a renúncia tributária em saúde cresceu 81% em termos reais no período, os gastos do MS com ASPS variou 33% e o PIB recuou 6% - Tabela 6.

Tabela 6 - Crescimento Real: Produto Interno Bruto, Gasto Direto do Ministério da Saúde, Gasto Tributário em Saúde e Gasto Total Federal em Saúde – Brasil PLOA 2013-2020

(R\$ milhões)

Ano	PIB			Gasto do MS em ASPS			Gasto Tributário em Saúde			Gasto Total Federal em Saúde		
	Nominal	Real	Índice	Nominal	Real	Índice	Nominal	Real	Índice	Nominal	Real	Índice
2013	5.331.619	7.937.211	100	83.053	121.060	100	20.917	30.489	100	103.970	151.549	100
2014	5.778.953	7.977.211	101	91.899	125.884	104	23.722	32.495	107	115.621	158.379	105
2015	5.995.787	7.694.358	97	100.055	123.843	102	25.106	31.074	102	125.160	154.917	102
2016	6.269.328	7.442.297	94	106.236	123.711	102	31.438	36.609	120	137.673	160.321	106
2017	6.585.479	7.540.749	95	114.701	129.742	107	36.011	40.734	134	150.712	170.475	112
2018	7.004.141	7.675.251	97	116.821	127.364	105	39.024	42.546	140	155.845	169.910	112
2019	7.389.131	7.768.949	98	122.270	127.797	106	41.318	43.186	142	163.588	170.982	113
2020	7.467.616	7.467.616	94	160.985	160.985	133	55.075	55.075	181	216.061	216.061	143

Fontes: IBGE, IPEA e RFB.

Elaboração do autor.

Notas:

1) Índice: Base 100 = 2013.

2) Valores nominais corrigidos pelo IPCA/IBGE para preços médios de 2020.

3) Deflator implícito do PIB pelo Ipeadata.

4) Gasto direto do Ministério da Saúde (MS): total de despesas empenhadas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) até o 6º bimestre para fins de apuração do percentual mínimo, conforme art. 3º da Lei Complementar nº 141/2012.

5) Gasto Total Federal em Saúde: soma do gasto do MS em ASPS com o gasto tributário em saúde.

A trajetória dos gastos tributários da União no período de 2013 a 2020, inclusive do setor saúde, refletem as interpretações de Orair e Siqueira (2011) ao concluírem que os subsídios e as renúncias de receitas tributárias entre 2011 e 2014 expressaram a estratégia do governo da época em promover a retomada do crescimento econômico via incentivo ao setor privado, frente ao contexto de redução do espaço fiscal para investimentos entre 2005 e 2010 (43).

A estratégia de governo, além de não induzir a variável macroeconômica do investimento (público e privado), pelo estrangimento dos investimentos públicos, abriu espaço para a regra de crescimento real nulo para as despesas primárias, e que resultou na Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016 – ao estabelecer o Novo Regime Fiscal (NRF) e fixar o teto para os gastos públicos, com implicações negativas para as políticas sociais, mas sobretudo para o financiamento das políticas públicas de saúde (44–46).

3 POLÍTICAS PÚBLICAS E RENÚNCIAS TRIBUTÁRIAS

3.1 ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Para a análise das políticas públicas fomentadas pelo Estado brasileiro por meio de renúncias tributárias, é oportuno apresentar inicialmente o significado de política pública, o modelo clássico de divisão da política em fases, as referências teóricas e as contribuições da análise de políticas para entender uma política pública específica de saúde.

No texto “Análise de Políticas de Saúde”, Viana e Baptista (2008) destacam que o foco dos estudos contemporâneos está na **análise de relações de poder** ao invés da visão normativa e descritiva das políticas públicas. A definição de política pública adotada nos estudos trata do “Estado em ação, o processo de construção de uma ação governamental para um setor, o que envolve recursos, atores, arenas, ideias e negociação”. Ressaltam que a análise de uma política pública não deve estar orientada apenas para a tomada de decisão a partir da identificação de problemas, mas principalmente para observar os **mecanismos de construção da ação pública** (47).

Ainda segundo as autoras, a análise de política pode apresentar diferentes contribuições, como possibilitar maior transparência e reflexão acerca do padrão político e decisório adotado pelos Estados; identificar os condicionantes internos e externos que envolvem o desenvolvimento de uma política, servindo como insumo para novas formulações; e ter o papel de instrumento metodológico de desenvolvimento de uma política, servindo como insumo para novas formulações, além da comparação com outras realidades (47).

O modelo clássico de divisão da política em fases (ciclos) envolve o reconhecimento do problema, a formulação da política, a tomada de decisão, a implementação da política e o monitoramento e avaliação dos resultados (47,48), conforme detalhamento nos seguintes termos:

1. **Reconhecimento do problema como prioritário e de relevância pública** – Entrada na agenda, fruto de demandas políticas e sociais, necessidades identificadas e compromissos políticos assumidos.
2. **Propostas de solução** – Formulação da política dentro do governo por meio do diálogo entre intenções e ações. Durante o processo de formulação e decisão sobre a política os gestores públicos se defrontam com o desafio do conhecimento limitado sobre o impacto efetivo das novas medidas propostas.
3. **Escolha de uma solução** – Tomada de decisão: Processo de escolha, pelo governo, de solução específica ou conjunto de soluções. São definidos princípios e diretrizes de ação, além de escolhas políticas pela autoridade central, ainda que submetidas às regras institucionais que limitam o alcance das decisões.
4. **Pôr uma solução em andamento** – A implementação da política: momento em que a solução é colocada em prática. Envolve não somente atividades administrativas e operacionais, mas também estratégias, políticas, interesses e múltiplos atores. A implementação da política depende da capacidade técnica e de recursos que permita durante o desenho da política a elaboração de diagnóstico preciso e consistente da realidade política e institucional. Outros fatores como o entrosamento entre os agentes formuladores e implementadores, a compreensão da política e a mudança envolvida com a política definem a resposta (aceitação, neutralidade ou rejeição) dos agentes implementadores.
5. **Monitoramento e avaliação dos resultados** – Monitoramento como estratégia de acompanhamento permanente e avaliação dos resultados visando subsidiar a análise da política e para melhorar o processo de tomada de decisões. A avaliação envolve juízo de valor, que no caso pode ocorrer antes (*ex ante*) ou após a intervenção (*ex post*) sobre o problema. Na análise *ex ante* são citadas principalmente a análise de custo-benefício (relação monetária entre custos e

benefícios de uma política) e de custo-efetividade (mais utilizado em projetos sociais para comparar resultados ou benefícios para um dado montante de recursos investidos).

O modelo de análise da política em ciclos (fases) é um recurso metodológico para visualizar diferentes momentos de construção da política, apesar das limitações em pensar que a solução de problemas ocorre de forma linear, previsível e sequencial no tempo (47). Como **novos paradigmas da gestão pública**, além da avaliação da efetividade, são citadas – a aprendizagem organizacional, a decisão sobre a continuidade da política, a transparência, a qualidade e a *accountability*, tendo em vista que a crise fiscal do Estado brasileiro diminuiu a capacidade de gastos públicos e aumentou a pressão pela eficiência (49).

Quanto aos referenciais teóricos para a análise de políticas públicas, podem ser citadas a abordagem societal (pluralista), a contraposição da visão elitista, a visão corporativista, a abordagem estruturalista e sua variante marxista, a neoinstitucionalista, além da análise multicausal da política (47).

A abordagem **societal ou pluralista**, difundida por pensadores da escola americana como Downs, Buchanan e Tocqueville – entende que o Estado é produto da interação entre grupos livremente formados, permeado por interesses em disputa ou associados com a burocracia governamental (corporativismo) que definem a direção das políticas públicas. A visão **corporativista** considera a atuação de grupos integrados e subordinados aos interesses mais abrangentes e de longo prazo dos Estados nacionais. Já a visão **elitista** faz uma crítica da abordagem pluralista por considerar que há desigualdade inclusive na atuação dos diferentes grupos organizados no processo político (47).

Na abordagem **estatal ou estruturalista** o Estado é visto como uma unidade que determina e conforma a estrutura de funcionamento social. A **marxista**, variante da abordagem estruturalista, parte da influência dos interesses econômicos na ação política e entende que o Estado tem autonomia relativa

diante da estrutura da sociedade capitalista, das ações e articulações da classe burguesa e da diferente posição estrutural de diversas classes no capitalismo (47).

Ao propor novas formas de compreensão da realidade do processo político, o **neoinstitucionalismo** defende a importância das instituições para o entendimento dos processos sociais. As instituições interagem com o Estado e a sociedade, moldam o comportamento dos atores, demandam políticas e legitimam a ação do Estado (47). E no caso do “neoinstitucionalismo histórico”, Arretche (2010) entende que o Estado, através dos papéis regulatórios e redistributivos do governo central, pode criar instituições que reduzam eficientemente as desigualdades regionais (50).

Ao discutir os desafios na relação entre o financiamento federal e a gestão local de políticas sociais, Arretche (2003) pontua que são as regras institucionais de uma política pública – no sentido de quem decide, representa interesses e quais são os mecanismos de controle e de punição – que moldam o comportamento dos governos locais (51).

Por último, a análise **multicausal** da política critica as abordagens mais descritivas e funcionalistas das políticas e reforça a importância da análise combinada de fatores para melhor compreensão das políticas públicas, como a relação entre os processos de industrialização, urbanização, expansão do mercado capitalista e democratização como elementos formadores dos modernos sistemas de proteção social (47).

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE FINANCIADAS POR RENÚNCIAS TRIBUTÁRIAS

No contexto dos novos paradigmas da gestão pública e da análise do ciclo (fases) da política pública, além da necessidade de estimar as renúncias tributárias, houve um esforço no âmbito do governo federal de institucionalização do processo avaliativo das políticas públicas fomentadas por renúncias tributárias com a criação do Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP), instituído por meio do Decreto nº 9.834, de 12 de junho de 2019 (52).

No âmbito do CMAP foram identificadas as seguintes políticas públicas financiadas por benefícios de natureza tributária na saúde, tendo como órgão gestor o Ministério da Saúde (52) -

Quadro 1:

- Entidades Beneficentes de Assistência social (Cebas);
- Equipamentos para uso médico, hospitalar, clínico ou laboratorial;
- Medicamentos;
- Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência – Pronas/PCD;
- **Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica – Pronon;**
- Assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados; Despesas médicas; Entidades sem fins lucrativos – Assistência Social e Saúde; e,
- Produtos químicos e farmacêuticos.

Quadro 1 - Políticas Públicas de Saúde Financiadas por Renúncias Tributárias: Tributos e Legislação - Brasil

Política	Tributo	Nova legislação
Entidades beneficentes de assistência social (Cebas)	Contribuição para a Previdência Social	Constituição de 1988 (art. 195, § 7º); Lei nº 12.101, de 2009); e Decreto nº 8.242, de 2004
Equipamentos para uso médico, hospitalar, clínico ou laboratorial	Cofins Contribuição para o PIS-Pasep	Lei nº 13.043, de 2014 (art. 70)
Medicamentos	Cofins Contribuição para o PIS-Pasep	Lei nº 10.147, de 2000
Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência – Pronas/PCD	Imposto de Renda Pessoa Jurídica – IRPJ Imposto de Renda Pessoa Física – IRPF	Lei nº 12.715, de 2012 (art. 1º ao art.14); Lei nº 12.844, de 2013 (art. 28); e Lei nº 13.169, de 2015 (art. 10) Lei nº 12.715, de 2012 (art. 3º e art.4º); e Lei nº 9.250, de 1985 (art. 12, caput , inciso VIII)
Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica – Pronon	Imposto de Renda Pessoa Jurídica – IRPJ Imposto de Renda Pessoa Física – IRPF	Lei nº 12.715, de 2012 (art. 1º a art. 14) Lei nº 12.715, de 2012 (art. 1º a art. 14)
Assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados	Imposto de Renda Pessoa Jurídica – IRPJ	Lei nº 9.249, de 1995 (art. 13, caput, inciso V)
Despesas médicas	Imposto de Renda Pessoa Física – IRPF	Despesas médicas
Entidades sem fins lucrativos – Assistência Social e Saúde	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social –Cofins	Constituição de 1988 (art. 150, caput, inciso VI, alínea "c" e art. 195, § 7º);

	<p>Contribuição Social sobre o Lucro Líquido – CSLL</p> <p>Imposto de Renda Pessoa Jurídica – IRPJ</p>	<p>Lei nº 9.532, de 1997 (art. 12 e art. 15);</p> <p>Medida Provisória nº 2.158-35, de 2001 (art. 14, caput, inciso X);</p> <p>Lei nº 12.101, de 2009; e</p> <p>Decreto nº 8.242, de 2014</p>
Produtos químicos e farmacêuticos	<p>Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – Cofins</p> <p>Contribuição para o PIS-Pasep (Programa de Integração Social – Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público)</p>	<p>Lei nº 10.637, de 2002 (art. 2º, § 3º);</p> <p>Lei nº 10.833, de 2003 (art. 2º, § 3º);</p> <p>Lei nº 10.865, de 2004 (art. 8º, § 11); e</p> <p>Decreto nº 6.426, de 2008.</p>

Fonte: Decreto nº 9.834/2019, Anexo I.

Em relação ao aperfeiçoamento dos mecanismos para gestão e controle das renúncias tributárias, Castagna (2021) propõe integrar ferramentas de **controle social** ao Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP) com a participação de representantes do governo e da sociedade civil, e inspirado no paradigma dos Conselhos de Saúde, previsto na Lei nº

8.142/1990, que possui caráter permanente, deliberativo e colegiado. A partir da reformulação do CMAP seria criado uma espécie de Conselho de Políticas Públicas de Gastos Tributários com competências definidas para os atores sociais que integrem o conselho, inclusive nas instâncias que forem criadas pelos Estados e Municípios nos moldes semelhantes ao da União (27).

Na contribuição crítica, é proposta a criação de novos parâmetros institucionais de gestão, sem excluir os já existentes, que permitam uma análise plural, interdisciplinar, ampla e transparente das decisões políticas em matéria de gastos tributários, como sintetizada no seguinte trecho (27):

As respostas possíveis devem passar pelo reconhecimento de que as instituições vinculadas à governança de gastos tributários estão viciadas, com difícil espaço de recuperação, em especial pela apropriação de suas funções por forças políticas e econômicas protetoras de interesses privados. Com isso, exige-se a adoção de atalhos, consistentes na criação de novos parâmetros institucionais sem a extinção dos existentes, mediante paradigmas que garantam uma análise plural, interdisciplinar, ampla e transparente das decisões públicas em matéria de gastos tributários e de sua execução no planejamento, no orçamento e na vida dos indivíduos e das empresas.

Dentre as políticas públicas fomentadas por renúncias fiscais, tendo como órgão gestor o Ministério da Saúde, o PRONON foi criado pela Lei nº 12.715/2012 ao estabelecer regras de incentivo fiscal para pessoas físicas e jurídicas com a contrapartida de apoiar projetos nas áreas de oncologia voltados à promoção da saúde, à geração de informação epidemiológica e assistencial, à detecção precoce, ao diagnóstico, ao tratamento, à reabilitação e aos cuidados paliativos (4).

O PRONON também foi criado com a expectativa de complementar o financiamento da Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) ao fomentar projetos de ações e serviços de atenção oncológica, suplementando aqueles já prestados por meio de convênios e contratos do SUS, como os relacionados com a prestação de serviços médico-assistenciais, na formação de recursos humanos e na realização de pesquisas clínicas e epidemiológicas (4,5).

A PNPCC é financiada de forma tripartite com recursos dos fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde, mas é facultado aos gestores de saúde a utilização de outras fontes como (art. 28, Portaria GM/MS nº 874, de 16 de maio de 2013):

- Ressarcimento ao SUS pelos planos de saúde privados;
- Repasses das contribuições da seguridade social;
- Criação de fundos especiais;
- Parcerias de projetos com organismos nacionais e internacionais; e,
- Incentivos específicos pactuados nas instâncias intergestores de saúde (5).

3.3 O PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À ATENÇÃO ONCOLÓGICA (PRONON)

Para a análise do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON), este capítulo fará uma contextualização, ainda que de forma breve, sobre o câncer (neoplasias) enquanto um problema de saúde pública global, além de apontar os problemas e suas estratégias de enfrentamento no âmbito da Política Nacional de Controle do Câncer (PNCC).

Em seguida, serão destacadas as exposições de motivos e os principais aspectos normativos que orientaram a criação do Programa, com base na Lei nº 12.715/2012 (regulamentada pelo Decreto nº 7.988/2013), derivada da Medida Provisória (MPV) nº 563/2012.

Apesar da carência de estudos, serão mencionadas as fragilidades e desafios enfrentados pelos gestores públicos e entidades participantes do Programa, e, por último, será citada a iniciativa tomada em 2020 pelo Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID), do Ministério da Saúde (MS), no sentido elaborar uma proposta de monitoramento e avaliação dos Programas de incentivo fiscal, no caso 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.

3.3.1 O Câncer (Neoplasia) como Problema de Saúde Pública

O câncer (neoplasia) integra o rol das doenças não transmissíveis e consiste em um sério problema de saúde pública que atinge todas as populações, sendo mais comum entre os países de baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Em 2018, cerca de 18,1 milhões de pessoas em todo o mundo tiveram câncer e 9,6 milhões morreram da doença; projeta-se que até 2040 esses números poderão dobrar. O diagnóstico mais frequente envolve câncer de pulmão (11,6% de todos os casos), seguido por mama feminina (11,6%) e câncer colorretal (10,2%). Além das desigualdades socioeconômicas, a incidência de novos casos está associada aos fatores de risco, como a obesidade, o álcool, as exposições ocupacionais e a poluição do ar (53).

A urgência do problema no mundo levou à adoção dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) com a Meta 3.4 - “Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar” (53). E em 2017, com a 70ª Assembleia de Saúde Global (*World Health Assembly*), da Organização Mundial da Saúde (OMS), foi adotada a Resolução WHA70.12, que trata sobre a abordagem integrada e o compromisso dos governos em acelerar ações de prevenção e controle do câncer (53,54).

Ao analisar o perfil demográfico e a tendência da mortalidade por doenças e agravos não transmissíveis (DANT) no período de 2000 a 2018, no Brasil e nas suas grandes regiões, o relatório Saúde Brasil 2021 do Ministério da Saúde destacou as DANT como maior causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo. As DANT compreendem dois grandes grupos de eventos: as doenças crônicas

não transmissíveis (DCNT) e as causas externas (acidentes e violências). As DCNT, que envolvem principalmente doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes mellitus foram responsáveis por 74,7% das mortes globais, enquanto as causas externas representaram 7,6% do total – segundo relatório *Global Burden of Disease* de 2019. As DCNT foram consideradas como uma epidemia, impulsionada principalmente pela pobreza, pelos processos de globalização, industrialização, rápida urbanização, crescimento e envelhecimento populacional, com impactos diretos na dieta e os estilos de vida da população (55).

Para 2018, o Saúde Brasil revelou que as DANT representaram 83% de todas as mortes (principal causa de morte em todos os grupos etários, exceto menores de 5 anos) enquanto as DCNT cerca de 71% do total de mortes no Brasil. No caso das DCNTs selecionadas (cardiovasculares, respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes mellitus) representaram 55% do total de mortes (predominou na idade acima de 30 anos e com maior risco de morte entre os homens), seguida das Violências e Acidentes (11%) e Outras Causas (11%) (55).

O relatório Saúde Brasil mostrou diferenças regionais na variação das taxas de mortalidade por DANT entre 2000 e 2018. Nas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) selecionadas: aumento das doenças cardiovasculares e das doenças respiratórias crônicas (DRCs) nas regiões Norte e Nordeste, apesar da queda em todo o país e nas demais regiões, em parte explicado pelo envelhecimento tardio e aos fatores socioeconômicos (como menor acesso aos cuidados de saúde e a desigualdade de renda). Em relação às Causa Violentas, os homicídios aumentaram em todo o período nas Regiões Norte (122%) e Nordeste (95%); e os suicídios aumentaram em todas as regiões, com destaque, também, para as Regiões Nordeste (93%) e Norte (70%) - Tabela 7.

Tabela 7 - Variação Percentual (%) das Taxas de Mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) Seleccionadas, Segundo Grandes Regiões Geográficas - Brasil 2000-2018 (%)

Causa básica	Centro-					
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Oeste	Brasil
Doenças cardiovasculares	12	17	-34	-42	-29	-24
Doenças respiratórias crônicas	0	4	-40	-43	-15	-30
Diabetes mellitus	90	43	-24	1	1	2
Neoplasias malignas	44	67	-8	-9	9	7

Fonte: Relatório Saúde Brasil 2021.

O diagnóstico preliminar passa pelo apontamento dos problemas a serem enfrentados e as estratégias de intervenção de políticas públicas de saúde voltadas para a prevenção e controle do câncer no Brasil. Quanto ao diagnóstico dos problemas e as estratégias de intervenção, são abordados os seguintes enfoques – Quadro 2:

Quadro 2 - Diagnóstico do Problema e Estratégias de Intervenção de Políticas Públicas para Prevenção e Controle do Câncer no Brasil

Diagnóstico do problema	Estratégias de intervenção de políticas públicas
<ul style="list-style-type: none"> • A implementação de políticas públicas deve ser baseada em evidências científicas para a prevenção, a detecção precoce e o tratamento de pacientes com a doença; • Acesso ao diagnóstico e ao tratamento do câncer ainda é marcado por desigualdades regionais de oferta de assistência especializada; • Permanência de monitoramento e prevenção inadequada dos fatores de risco; demora no início do tratamento do câncer; • Financiamento insuficiente da política nacional de prevenção e controle do câncer. 	<ul style="list-style-type: none"> • A modificação e prevenção dos fatores-chave de risco, a exemplo do tabagismo, obesidade, sedentarismo, uso de álcool, infecções por HPV e hepatites, radiações, agrotóxicos e poluição; • Detecção com diagnóstico precoce que permita a conscientização sobre a doença, a avaliação clínica e o acesso aos cuidados e ao tratamento; • Rastreamento a partir da inspeção do colo do útero, realização de testes de detecção de HPV, de Papanicolau e de mamografias; • Tratamentos específicos para cada doença, como na cirurgia, radioterapia ou quimioterapia; • Cuidados paliativos associados com apoio psicológico, comunitários e domiciliares.

Fonte: Brandt et al. (2021).

3.3.2 Aspectos Normativos, Fragilidades e Desafios do PRONON

O Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) foi criado no âmbito da Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012, na perspectiva de complementar o financiamento da política de atenção ao câncer no Brasil via incentivo fiscal de projetos nas áreas de oncologia. A Lei nº 12.715/2012 foi resultante da Medida Provisória (MPV) nº 563, de 3 de abril de 2012 (4,5). Na Exposição de Motivos Interministerial (EMI) nº 25/2012, relativa à MPV nº 563/2012, foi alegada que a urgência e a relevância da norma legal se justificam por ser o câncer uma das doenças que mais mata no Brasil (5)

Como fonte de recurso do Programa, a Lei estabelece que a União faculte às pessoas físicas e jurídicas a opção de deduzirem até **um por cento (1%) o imposto de renda** dos valores de doações e patrocínios em favor das entidades associativas ou fundacionais. Ressalta que as doações e patrocínios podem ser efetuadas mediante (5):

- a) Transferência em dinheiro;
- b) Transferência de bens móveis ou imóveis;
- c) Comodato ou cessão de uso de bens imóveis ou equipamentos;
- d) Realização de despesas em conservação, manutenção ou reparos nos bens móveis, imóveis e equipamentos, inclusive os referidos no item c;
- e) Fornecimento de material de consumo, hospitalar ou clínico, de medicamentos ou de produtos de alimentação.

A MPV nº 563/2012 estabeleceu a responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) para aplicar medidas limitativas e fiscalizatórias ao Programa, ao aprovar previamente, acompanhar e avaliar as

ações e serviços apoiados com os recursos de incentivo fiscal. Previu que a produção de efeitos da norma alcançaria as doações efetuadas a partir de 2012, impactando a Declaração de Ajuste Anual de 2013, e, em relação às pessoas jurídicas, a produção de efeitos somente alcançaria as doações efetuadas a partir de 2013; logo, fixou que não haveria renúncia fiscal para o ano de 2012 (56).

Para a estimativa da renúncia para os anos de 2013 e 2014 foi utilizado como parâmetro as doações efetuadas para o Fundo da Criança e do Adolescente (FCA), dada a semelhança com o Programa. E com fundamento no artigo 14 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal, a EMI nº 00025/2012 apresentou as seguintes estimativas para a renúncia de receita: R\$ 611.740.000,00 (seiscentos e onze milhões, setecentos e quarenta mil reais) para o ano-calendário de 2013 e R\$ 674.444.000,00 (seiscentos e setenta e quatro milhões, quatrocentos e quarenta mil reais) para o ano-calendário de 2014 (56).

Já o Decreto nº 7.988, de 17 de abril de 2013, regulamentou os artigos 1 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. O Decreto nº 7.988/2013 estabelece no artigo 2º que o PRONON tem a finalidade de captar e canalizar recursos para a prevenção e o combate ao câncer, e englobam a promoção da informação, a pesquisa, o rastreamento, o diagnóstico, o tratamento, os cuidados paliativos e a reabilitação referentes às neoplasias malignas e afecções correlatas (57).

O Programa seria implementado mediante incentivo fiscal a ações e serviços de atenção oncológica, desenvolvidos por instituições de prevenção e combate ao câncer (Art. 3º, Decreto nº 7.988/2013). Beneficiaria apenas as **instituições** de prevenção e combate ao câncer enquanto pessoas jurídicas de direito privado, associativas ou fundacionais, sem fins lucrativos (57):

- a) Certificadas como **entidades beneficentes de assistência social**, na forma da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009 (Revogada pela Lei Complementar nº 187, de 2021);
- b) Qualificadas como **Organizações Sociais – OS**, na forma da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, ou;
- c) Qualificadas como **Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – Oscip**, na forma da Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999.

No artigo 4º do Decreto nº 7.988/2013 estabelece que o Programa contempla o apoio aos projetos apresentados pelas entidades, associações e fundações privadas sem fins lucrativos com o **objetivo** de (57):

- a) Ampliar a oferta de serviços e expandir a prestação de serviços médico-assistenciais;
- b) Apoiar a formação, o treinamento e o aperfeiçoamento de recursos humanos; e,
- c) Realizar pesquisas clínicas, epidemiológicas, experimentais e socioantropológicas.

As instituições que realizam ações e serviços de atenção oncológica que tenham interesse na apresentação de projetos devem fazer o credenciamento prévio no Programa com base nas regras do artigo 17 do Anexo LXXXVI da Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Após o credenciamento, as instituições podem submeter até três projetos no Programa, a cada exercício fiscal, nos períodos preestabelecidos para análise pelo Ministério da Saúde (58).

Os projetos apresentados devem respeitar as portarias regulamentadoras, observando os campos de atuação e as áreas prioritárias definidas no Programa. E cabe ao Ministério da Saúde a análise e a deliberação dos projetos, considerando a adequação com os objetivos estratégicos da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), prevista no Anexo IX da Portaria de Consolidação (PrC) nº 2/2017 (59). A consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema

Único de Saúde (SUS), que integra a Portaria de Consolidação nº 2/2017, está organizada nos capítulos sobre (59):

- a) **Políticas de saúde;**
- b) Políticas de organização de atenção à saúde;
- c) Políticas de organização do SUS;
- d) Disposições finais e anexos de políticas específicas.

A Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) está disposta no Anexo IX da Portaria nº 2/2017, integra a seção II das Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde, no capítulo I das políticas de saúde (59). Para nortear a Política, são especificados **objetivos estratégicos, princípios e diretrizes**, conforme o Quadro 3.

Quadro 3 - Objetivos Estratégicos, Princípios e Diretrizes da Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC)

Objetivos Estratégicos	Princípios e Diretrizes
<ul style="list-style-type: none"> • Redução da mortalidade e das incapacidades causadas pelo câncer e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer; • Ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção da saúde; • Prevenção do câncer; • Vigilância, monitoramento e avaliação; • Cuidado integral; • Ciência e tecnologia; • Educação; • Comunicação em saúde.

Fonte: Anexo IX da Portaria de Consolidação do SUS nº 2/2017.

O PRONON, previsto na Lei nº 12.715/2012 (regulamentada no Decreto nº 7.988/2013), assegura isenções fiscais a pessoas físicas e/ou jurídicas que aplicarem, em forma de doação, parte do imposto de renda em projetos aprovados no Programa, podendo deduzir **até um por cento (1%)** do imposto de renda devido. O ressarcimento do valor da doação pelas pessoas físicas e jurídicas ocorrerá no exercício financeiro seguinte, na forma de restituição ou abatimento do valor do Imposto de Renda a pagar. As instituições credenciadas se responsabilizam pela emissão dos recibos das doações como comprovantes para as deduções fiscais. As isenções fiscais para os doadores enquanto pessoas jurídicas contemplam aquelas que optarem pela tributação com base no lucro real, podendo deduzir até 1% do

imposto de renda a cada período de apuração, trimestral ou anual, sendo vedada a dedução como despesa operacional (4,57).

Importante alteração normativa se deu com a Lei nº 13.169, de 6 de outubro de 2015, que alterou, dentre outras normas, a Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012 – de criação do PRONON, a fim de prorrogar a vigência do Programa até o ano-calendário de 2021, nos seguintes termos do art. 10 (60):

Art. 10. O caput do art. 4º da Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 4º A União facultará às pessoas físicas, a partir do ano-calendário de 2012 até o ano-calendário de 2020, e às pessoas jurídicas, a partir do ano-calendário de 2013 até o ano-calendário de 2021, na qualidade de incentivadoras, a opção de deduzirem do imposto sobre a renda os valores correspondentes às doações e aos patrocínios diretamente efetuados em prol de ações e serviços de que tratam os arts. 1º a 3º, previamente aprovados pelo Ministério da Saúde e desenvolvidos pelas instituições destinatárias a que se referem os arts. 2º e 3º.”

O **desenho institucional** do PRONON está estruturado por meio de coordenação horizontal e vertical. Na coordenação horizontal, dada a dependência da liberação de teto orçamentário pelo Ministério da Fazenda (atual Ministério da Economia), e pela coordenação vertical quando o Programa é implementado por acordos de cooperação entre o Ministério da Saúde (MS) que atua como órgão supervisor e as Organizações da Sociedade Civil (OSCs) que captam recursos e executam os projetos no âmbito do Programa. Além de delegar funções públicas para as OSCs, o **MS não tem autonomia na coordenação do Programa** por depender da publicação de Portarias Interministeriais com valores de tetos de dedução fiscal (61).

Embora não contemple diretamente os objetivos da dissertação, vale mencionar a análise de Santos (2017) sobre a relação entre projetos aprovados e recursos investidos para prestação de serviços médico-assistenciais nos primeiros anos do PRONON de 2013 a 2015. No estudo foi demonstrado que enquanto o número de instituições credenciadas para captação de recursos passou de 79 instituições em

2013 para 141 em 2014, o valor global máximo de renúncia fiscal destinado ao Programa passou de R\$ 674.430.273,00 em 2014 para R\$ 90.000.000,00 em 2015 (queda de 86,65% no período). A queda do valor global se deveu ao teto orçamentário fixado pelo Ministério da Fazenda (atual Ministério da Economia) em conjunto com a Receita Federal do Brasil (62).

Entre 2013 e 2015 foram apresentados ao Ministério da Saúde (MS) o total de 400 projetos relacionados ao PRONON, sendo que 152 projetos foram aprovados até o limite orçamentário do Programa. Dentre os 152 projetos aprovados, apenas 80 projetos foram executados com base nas normativas (53% do total), com valor aprovado de R\$ 231.472.860,17 e valor transferido de R\$ 236.331.347,58. Do ponto de vista da distribuição de recursos o Estado de São Paulo concentrou o maior número de projetos em execução, 25 projetos com valor aprovado de R\$ 124.496.373,14 e valor transferido de R\$ 128.957.436,44. As diferenças observadas entre aprovado e transferido se devem ao momento de captação de recursos e dos rendimentos financeiros da conta de captação dos projetos. E entre os 80 projetos que entraram em execução, 49 projetos (61,25%) foram caracterizados no campo dos serviços médico-assistenciais e representaram o montante de recursos transferidos às instituições de R\$ 132.987.233,86 (62). Por outro lado, a autora apontou no estudo as seguintes **fragilidades e desafios** na gestão do Programa:

- a) A falta de registros de procedimentos de assistência no PRONON no sistema formal de acompanhamento e monitoramento dos projetos – Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA) dificulta associar o financiamento da Rede de Oncologia do SUS e o financiamento por meio de renúncia fiscal;
- b) A necessidade de avaliação dos resultados das ações e serviços de atenção oncológica que foram apoiados com os recursos captados;

- c) A implementação de mecanismos de monitoramento e avaliação do resultado do Programa no âmbito do SUS, conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 1.550/2014.

Em linha com as recomendações dos órgãos federais de controle, o estudo de Santos (2017) indicou a necessidade de avaliação periódica do Programa a partir da elaboração de indicadores de monitoramento dos resultados dos projetos e com a participação conjunta das áreas técnicas do Ministério da Saúde e das instituições credenciadas no Programa (62).

Ao analisar os impactos da coordenação do Programa sobre as entidades executoras, Jordan et al (2019) entendem que o atual desenho institucional do PRONON afeta a eficiência da execução dos projetos apresentados pelas Organizações da Sociedade Civil (OSCs) pela existência de **conflito de interesses na definição do orçamento teto do Programa** (61). Também foram identificados outros **desafios** que restringem a capacidade operacional das entidades executoras:

- a) Cronogramas apertados (prazo de até 45 dias para apresentar projetos após publicação da Portaria Interministerial);
- b) Restrição orçamentária pelo valor global autorizado a cada exercício pelo Ministério da Economia;
- c) Os critérios de análise que observam frequentemente a orientação dos órgãos federais de controle, como o Tribunal de Contas da União (TCU) e a Controladoria Geral da União (CGU);
- d) Demora na aprovação dos projetos.

E mesmo como prestadoras de serviços, há o entendimento de que a participação das Organizações da Sociedade Civil (OSCs) nas decisões sobre as regras do Programa contribuiria para a identificação das falhas de coordenação horizontal (61).

A carência de mecanismos de monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde, e especialmente dos Programas fomentados por incentivos fiscais, como já apontado pelo Acórdão² do TCU nº 1205/2014, ensejou a construção de uma proposta de modelização do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON), de iniciativa da Coordenação-Geral de Programas e Projetos de Cooperação Técnica (CGPCT), do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID), do Ministério da Saúde (63).

O processo de modelização do Programa foi resultado da construção coletiva do grupo de trabalho composto por técnicos do Ministério da Saúde e dos consultores do Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz (CEE-Fiocruz), no âmbito do Projeto de Cooperação Técnica entre a Fiocruz e o Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento (DESID). A dinâmica do grupo de trabalho foi materializada a partir de encontros virtuais realizados semanalmente entre os meses de setembro e dezembro de 2020, tendo como objetivo elaborar uma proposta de monitoramento e avaliação dos Programas de incentivo fiscal, sendo selecionados 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 (63).

No caso do PRONON, um dos principais efeitos esperados foi o de contribuir para a redução das desigualdades regionais de acesso às ações e serviços de prevenção e controle do câncer. No detalhamento da proposta de modelização, os efeitos finalísticos esperados contemplaram (63):

1. Ampliação da capacidade de realizar o diagnóstico de câncer em tempo oportuno;

2 Acórdão 1204/2014 – TCU PLENÁRIO. AUDITORIA OPERACIONAL COM O OBJETIVO DE conhecer e avaliar a estrutura de governança das renúncias tributárias, para embasar a elaboração de matrizes de planejamento de FUTURAS auditorias, BEM COMO ATUALIZAR OS PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DAS CONTAS DOS GESTORES E das diretrizes para elaboração do Relatório sobre as Contas do Governo da República. RECOMENDAÇÕES. MONITORAMENTO. CIÊNCIA. Disponível em <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/redireciona/acordao-completo/%22ACORDAO-COMPLETO-1310360%22>. Acesso 05/03/2022.

2. Redução do tempo de espera para realização de exames em pacientes com suspeita de câncer;
3. Incorporação efetiva dos novos serviços no SUS pela garantia de custeio;
4. Ampliação das práticas clínicas na atenção básica do SUS nos casos de câncer com maior prevalência;
5. Ampliação da base informacional em câncer Registros de câncer (RCBP e RHC) como fontes das estimativas de câncer no Brasil;
6. A divulgação de estudos e análises dos dados de atendimentos em câncer que foram registrados nos sistemas de informação ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

Portanto, em que pese a previsão normativa, o amparo na política nacional e as evidências científicas quanto ao câncer enquanto problema de saúde pública no Brasil e no mundo, o PRONON enfrenta desafios não somente em relação aos critérios de monitoramento e avaliação de resultados, mas também pelo desenho institucional do programa que delega funções públicas para instituições não estatais e que ao mesmo tempo não oferece autonomia para o Ministério da Saúde pela dependência da autorização orçamentária do Ministério da Economia.

4 SAÚDE GLOBAL E RECOMENDAÇÕES SOBRE GASTOS TRIBUTÁRIOS

A partir da compreensão dos campos da Saúde Global e do Direito Sanitário Global nos espaços que transcendem fronteiras geográficas e governos nacionais – e ao mesmo tempo que demandam articulação de diferentes atores sociais na defesa de respostas de políticas para novos temas com implicações sobre a saúde, apresentamos uma revisão de literatura sobre as principais recomendações de organismos internacionais e de instituições da sociedade civil sobre os gastos tributários (renúncias tributárias) para o fomento de políticas públicas de saúde.

4.1 AGENDAS DA SAÚDE GLOBAL E RESPOSTAS PARA POLÍTICAS PÚBLICAS

O Direito Sanitário Global, enquanto ramo do direito público internacional, pode ser caracterizado a partir dos seus principais temas, atores sociais e processos políticos de negociação. No âmbito das agendas internacionais e nacionais, a Saúde Global estabelece relações com temas da segurança, meio ambiente, política, comércio, economia, direitos de propriedade intelectual, direitos humanos, ética e segurança nacional – e que orientam a elaboração de normas de direito internacional à saúde (64).

O termo “saúde global”, embora não traga uma definição consensual, se distingue da “saúde internacional” por atuar no âmbito das relações internacionais e por exigir uma compreensão sistêmica da saúde e da sociedade contemporânea. O termo “saúde internacional” teve origem no século XIX (cunhado em 1913 pela Fundação Rockefeller) e fundamentava-se no modelo médico-biológico com ênfase dada à doença e em relações assistencialistas dos países desenvolvidos. Tinha como foco as

ações de vigilância epidemiológica de doenças voltadas para preservar interesses sanitários e comerciais, o combate à desnutrição, à mortalidade materna e infantil e as atividades de assistência técnica, em especial nos países em desenvolvimento (65).

Já no contexto contemporâneo do século XX houve um processo de transição da agenda da “saúde internacional” para a “saúde global”, que passou a questionar o modelo médico-biológico e assistencialista na resolução dos problemas globais, dando ênfase nas pessoas, e não nas doenças. As vertentes dominantes da Saúde Global fundam-se, de um lado, por princípios éticos de justiça social, equidade e solidariedade – tendo como objetivo promover o acesso equitativo à saúde em todas as regiões do mundo; e, por outro, numa vertente instrumental ainda baseada na segurança sanitária (65).

De todo modo, ao demandar soluções de respostas diferenciadas para problemas supraterritoriais – que transcendem fronteiras geográficas e governos nacionais, na Saúde Global ganham importância as conexões entre os determinantes sociais da saúde, a transferência de riscos e oportunidades à saúde na globalização, o pluralismo de atores sociais públicos e privados e as respostas de políticas nacionais e internacionais – não necessariamente convergentes, considerando interesses em disputa e a necessidade de ampliação do diálogo entre os atores (64,65).

Na perspectiva da saúde e segurança, a Convenção sobre Proibição de Armas Químicas da Organização das Nações Unidas – ONU (2013) refletiu a preocupação com os problemas decorrentes do uso de armas químicas e biológicas para fins militares pelos países. Na relação entre saúde, comércio e direitos de propriedade intelectual, o Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Industrial (*Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights – TRIPS*) no âmbito da Organização Mundial do Comércio (OMC) influenciou o processo de negociação de preços de medicamentos antirretrovirais entre o governo brasileiro e as empresas farmacêuticas detentoras das patentes em 2001, 2003 e 2005; destaque também para os interesses comerciais na utilização de normas

sanitárias como barreira comercial na acusação da Espanha pela Alemanha no “caso dos pepinos” em 2011. E, em 2020, a Resolução “Resposta à Covid-19” da Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu o acesso universal a tecnologias e produtos essenciais à saúde para responder à pandemia como um bem público global, incluindo a remoção de barreiras comerciais e a suspensão dos direitos de propriedade intelectual do acordo da OMC (64–66).

A prevalência no mundo das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) ensejou a necessidade de regulação de produtos nocivos à saúde, como o tabaco, álcool e alimentos processados, e no uso indiscriminado de medicamentos. As DCNT, que envolvem principalmente doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes mellitus foram responsáveis por 74,7% das mortes globais, enquanto as causas externas representaram 7,6% do total – segundo relatório *Global Burden of Disease* de 2019. As DCNT foram consideradas como uma epidemia, impulsionada principalmente pela pobreza, pelos processos de globalização, industrialização, rápida urbanização, crescimento e envelhecimento populacional, com impactos diretos na dieta e os estilos de vida da população (55).

E na relação da saúde com o meio ambiente, a relevância dos determinantes sociais e ambientais de saúde para o desenvolvimento sustentável embasou a Agenda do Desenvolvimento Sustentável 2030 e a definição dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU) (64).

Além das tradicionais agências especializadas de saúde – Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), os atores sociais interagem e articulam processos políticos no contexto da Saúde Global com o objetivo de influenciar na formulação de normas de direito internacional que impactam a saúde. De um lado, os “atores tradicionais”, como os Estados nacionais e as organizações internacionais – e os “novos atores”, como organizações

intergovernamentais, as organizações internacionais e regionais paralelas ao sistema da ONU, os arranjos político-econômicos e blocos de integração regional, as organizações não governamentais (ONGs), as entidades da sociedade civil, bem como as organizações do setor privado. Assim, ao longo do século XX foram conformadas novas relações de poder em um “sistema pluralista de governança global”, descentralizando a hegemonia de um único país ou grupo social (64,65).

No caso das Organizações não governamentais (ONGs) que atuam no interesse do tema da saúde, embora não tenham personalidade jurídica de Direito Internacional, possuem autoridade científica ou prestígio internacional, e muitas vezes apoiam pesquisas científicas financiadas por corporações privadas. A crítica é que a diversidade de atores internacionais na área da saúde no contexto da globalização significa em “transferência de poder” dos Estados nacionais e organizações intergovernamentais para o setor privado; ademais, ao diminuir a importância do poder dos governos, fragiliza a proteção dos riscos sociais e transfere a responsabilidade da proteção da vulnerabilidade humana para a esfera individual (64,65,67).

4.2 RECOMENDAÇÕES INSTITUCIONAIS SOBRE GASTOS TRIBUTÁRIOS

As recomendações para os países sobre gastos tributários contemplam a pesquisa bibliográfica do conteúdo de documentos selecionados da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), do Fundo Monetário Internacional (FMI), do Centro Interamericano de Administrações Tributárias (CIAT) e da Rede de Direitos Humanos e Justiça Tributária na América Latina e no Caribe.

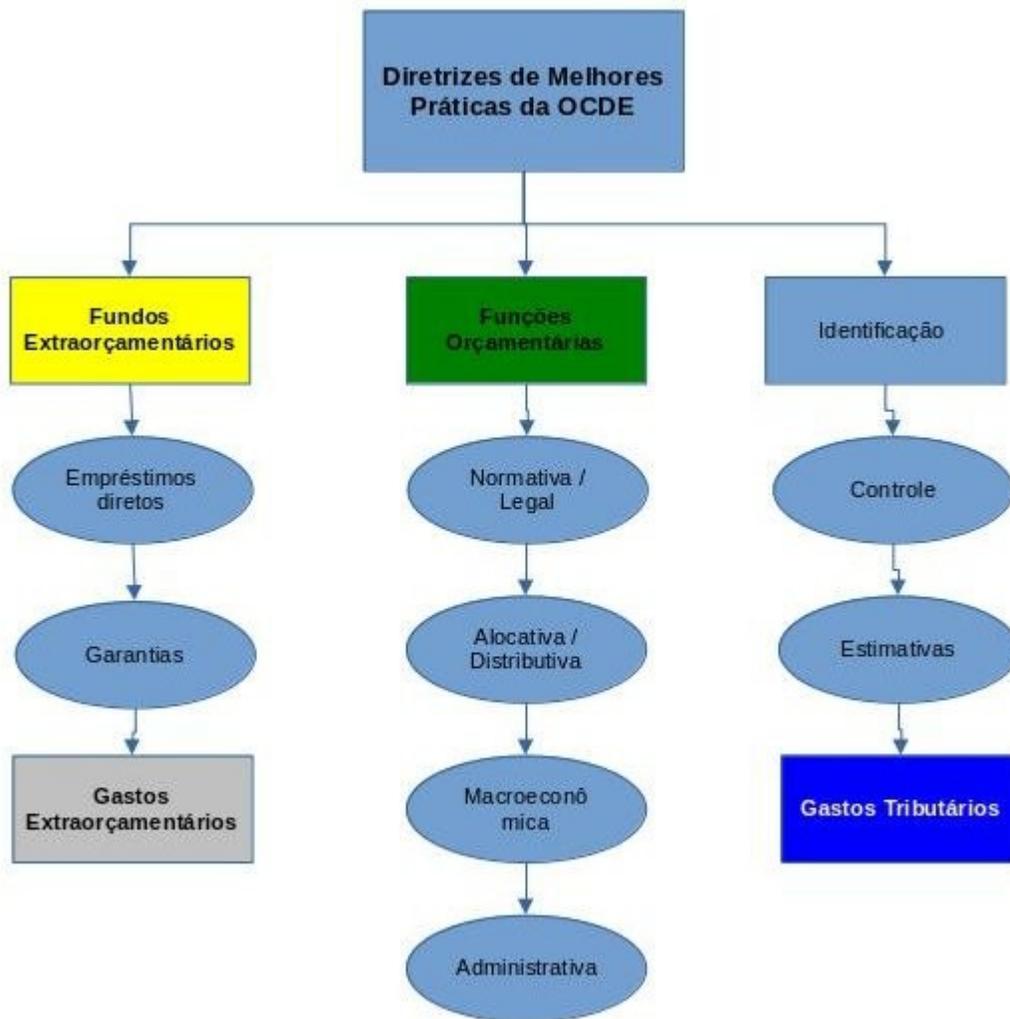
4.2.1 Diretrizes de Melhores Práticas da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)

As Diretrizes da OCDE expressam o projeto que reuniu em 2003 a contribuição de especialistas de diferentes países para formular diretrizes de melhores práticas para garantir que os gastos extraorçamentários e tributários não prejudiquem as funções orçamentárias, relacionadas com: a autorização legal, a alocação/distribuição de receitas e despesas, a função macroeconômica em termos de impacto sobre a economia e a função administrativa quanto ao controle da eficiência dos gastos públicos. O termo “orçamento” é utilizado como um conjunto normativo que autoriza despesas públicas e especifica tributos com as quais as despesas devem ser financiadas (68).

As principais formas de gastos extraorçamentários que podem afetar uma ou mais funções orçamentárias são os fundos extraorçamentários, os empréstimos diretos, as garantias e as Parcerias Público-Privadas (PPP). Os fundos extraorçamentários, comuns nas áreas de previdência social e saúde, são fundos especiais de propriedade econômica do governo e geralmente recebem receitas vinculadas de taxas, mas que não integram o orçamento. Por outro lado, classifica como gastos *back-door* (“porta dos fundos”), os direitos (obrigações financeiras autorizadas por lei) e os gastos tributários (deduções fiscais criadas por leis tributárias). Quando a regra fiscal vigente escapa do controle orçamentário, os gastos tributários podem se tornar um problema ao afetar a função macroeconômica e alocativa do orçamento (68).

As Diretrizes de Melhores Práticas são abordadas na perspectiva dos gastos extraorçamentários – Fundos extraorçamentários, empréstimos diretos e garantias, mas não são discutidas as PPP – e dos gastos tributários – classificados pela identificação, controle orçamentário e estimativas – Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma das Diretrizes de Melhores Práticas da OCDE para os Gastos Extraorçamentários e Gastos Tributários



Fonte: OECD (2004). Elaboração do autor.

As Diretrizes 1 e 2 abordam os fundos extraorçamentários, as Diretrizes 3, 4 e 5 os empréstimos diretos, as Diretrizes 6, 7, 8 e 9 as garantias, enquanto as Diretrizes 10 a 16 dão ênfase aos gastos tributários a partir da identificação, controle orçamentário e estimativa pela ótica da perda de receita. As descrições completas das Diretrizes são apresentadas na Quadro 4.

- Diretrizes 1 e 2 – **Fundos Extraorçamentários**. Orientam que os fundos extraorçamentários sejam financiados por taxas e que as receitas e despesas sejam submetidas ao controle e integração ao orçamento.
- Diretrizes 3, 4 e 5 – **Empréstimos Diretos**. Além da autorização legal, requer previsão orçamentária da estimativa de custo do subsídio no empréstimo, inclusive o valor de empréstimos pendentes e novos empréstimos no ano fiscal.
- Diretrizes 6, 7, 8 e 9 – **Garantias**. Autorizadas também em lei, o orçamento deve incluir os custos estimados dos subsídios quando os empréstimos garantidos são feitos pelo credor não governamental, baseadas em regras de estimativa robustas e de fácil compreensão pelo público.
- Diretriz 10 – **Identificação dos Gastos Tributários**. Os gastos tributários devem ser identificados pelo uso de um tributo de referência.
- Diretrizes 11, 12, 13 e 14 – **Controle Orçamentário dos Gastos Tributários**. Estabelece que os gastos tributários devem ser integrados ao orçamento junto com os gastos diretos; há necessidade de fixar tetos de gastos; submeter a revisão e avaliação periódica pelas equipes técnicas do Ministério das Finanças; e delegar responsabilidade de gestão para cada Ministério.
- Diretrizes 15 e 16 – **Estimativas de gastos tributários**. Pela ótica da perda de receita e de responsabilidade do Ministério das Finanças.

Quadro 4 - Diretrizes de Melhores Práticas de Finanças Públicas da OCDE

1 Gastos Extraorçamentários	
1.1 Fundos Extraorçamentários	
Diretriz 1	Os fundos extraorçamentários devem ser evitados ou permitidos apenas sob as condições estritas: a) que os fundos são exclusivamente ou em grande parte financiados por taxas específicas; b) que as despesas e receitas dos fundos sejam submetidas a um controle orçamentário regular.
Diretriz 2	Todas as despesas e receitas de fundos extraorçamentários devem ser integradas na documentação orçamentária apresentada às autoridades orçamentárias. Despesas e receitas regulares e despesas e receitas extraorçamentárias devem ser apresentadas lado a lado nesta documentação.
1.2 Empréstimos Diretos	
Diretriz 3	O orçamento deve incluir os custos estimados dos subsídios dos empréstimos diretos quando são previstos (não quando ocorrem os fluxos de caixa). Os custos de subvenção consistem em taxas de juro inferiores às taxas de mercado ou risco de descumprimento e condições de reembolso favoráveis na medida em que não se reflitam na taxa de juro ou comissões de risco especial. Os custos do subsídio devem ser calculados a partir de todos os fluxos de caixa esperados de entrada e saída associados aos empréstimos descontados pela taxa de desconto pública.
Diretriz 4	As estimativas de custos dos programas de crédito devem ser baseadas em regras de estimativa robustas que sejam facilmente compreensíveis para políticos e cidadãos. A apropriação adicional de custos de subsídios durante a vigência de um empréstimo não deve ser exigida, a menos que os aumentos de custos excedam as margens de flutuação preestabelecidas.
Diretriz 5	Os programas de empréstimo direto devem ser autorizados por lei. A documentação do orçamento deve fornecer informações sobre o valor dos empréstimos diretos pendentes para cada programa no início e no final de cada ano fiscal ou período orçamentário e sobre os novos empréstimos diretos para cada programa de empréstimo durante o ano fiscal ou período orçamentário.

1.3 Garantias	
Diretriz 6	O orçamento deve incluir os custos estimados dos subsídios das garantias quando os empréstimos garantidos são feitos pelo credor não governamental. Os custos de subvenção consistem no risco de descumprimento na medida em que não se reflete nas comissões de risco. Os custos do subsídio devem ser calculados a partir de todos os fluxos de caixa esperados de entrada e saída associados às garantias, descontados pela taxa de desconto pública.
Diretriz 7	As estimativas de custos dos programas de garantia devem ser baseadas em regras de estimativa robustas que sejam facilmente compreensíveis para políticos e cidadãos. A apropriação adicional dos custos do subsídio durante a vigência de uma garantia não deve ser necessária, a menos que os aumentos de custos excedam as margens de flutuação preestabelecidas.
Diretriz 8	Os programas de garantia devem ser autorizados por lei. A documentação orçamentária deve fornecer informações sobre a quantidade de garantias pendentes para cada programa no início e no final de cada ano fiscal ou período orçamentário e sobre as novas garantias para cada programa de garantia durante o ano fiscal ou período orçamentário.
Diretriz 9	Os programas de garantia só devem ser considerados se o desenho dos programas atribuir pelo menos uma parte do risco de inadimplência ao credor privado.
2 Gastos Tributários	
2.1 Identificação dos Gastos Tributários	
Diretriz 10	Os gastos tributários devem ser identificados pelo uso de um imposto de referência. O <i>benchmark</i> não precisa necessariamente representar a base tributária normativa. O <i>benchmark</i> deve ser abrangente e único.
2.2 Controle Orçamentário dos Gastos Tributários	
Diretriz 11	Todos os gastos tributários devem ser estimados e integrados na documentação de gastos apresentados às autoridades orçamentais para todos os tributos significativos.

	Gastos regulares e gastos tributários devem ser mostradas lado a lado nesta documentação pelo mesmo número de anos.
Diretriz 12	De acordo com as regras do déficit nominal ou estrutural ou do saldo operacional/corrente, os gastos tributários devem ser incluídos no teto total de gastos que é definido todos os anos durante a preparação do orçamento ou em um teto especial de gastos tributários. De acordo com as regras de médio prazo com tetos de gastos plurianuais, os gastos tributários devem ser incluídos no teto total de gastos de cada ano ou em um teto especial de gastos tributários de cada ano. Gastos excessivos com gastos tributários devem ser totalmente compensados, pelo menos na medida em que se originam em mudanças de política. Se for usado um teto de gastos tributários especiais, a compensação pode ocorrer dentro desse teto ou por meio da redução do teto de gastos regulares.
Diretriz 13	Todos os gastos tributários devem ser revisados da mesma forma que os gastos regulares no processo orçamentário anual. Eles devem ser revisados pela equipe financeira dos ministros executores e pelo departamento de orçamento da mesma forma que os gastos regulares. Procedimentos especiais de avaliação, incluindo revisão do programa, devem ser aplicados aos gastos tributários da mesma forma que aos gastos regulares.
Diretriz 14	Os gastos tributários devem ser atribuídos a ministérios individuais. As objeções do Ministro das Finanças contra a alteração dos gastos tributários nunca podem ser usadas como argumento contra o ajustamento de outros gastos (tributários) se um ministério for obrigado a diminuir os seus gastos ou encontrar compensação por gastos excessivos.
2.3 Estimativas de Gastos Tributários	
Diretriz 15	Os gastos tributários devem ser estimados pela receita perdida, corrigidas por uma margem tributária equivalente, se as transferências de gastos equivalentes forem tributadas (ou por equivalência de gastos).
Diretriz 16	A responsabilidade pelas estimativas de gastos tributários deve permanecer com o Ministério das Finanças.

Fonte: OECD (2004). Nota: Texto sem tradução oficial para o português.

4.2.2 Transparência Fiscal do Fundo Monetário Internacional (FMI)

Com base no Manual de Transparência Fiscal do Fundo Monetário Internacional (FMI) de 2007 é possível identificar recomendações para os países em relação ao tratamento dos gastos tributários para melhorar a gestão fiscal. As propostas partem do princípio da transparência nas finanças públicas e incorpora o conceito de renúncias fiscais que considera os seguintes aspectos (26):

- o acesso público à informação sobre as atividades fiscais dos governos;
- a abrangência das informações orçamentárias;
- os demonstrativos das renúncias fiscais integradas ao orçamento;
- a divulgação de relatórios fiscais consolidados pelos governos infranacionais; e,
- a publicação de relatório periódico sobre as perspectivas de longo prazo para as finanças públicas.

Quanto ao acesso público à informação, o FMI recomenda que o público deve ser plenamente informado sobre as atividades fiscais passadas, presentes e programadas e sobre os principais riscos fiscais. As normas orçamentárias devem incluir demonstrativos descritivos e estimativas das renúncias fiscais, dos passivos contingentes e das atividades parafiscais do governo central, além de apresentar uma avaliação de todos os outros riscos fiscais significativos (26).

Sobre a abertura dos processos orçamentários, as informações do orçamento anual devem abranger todas as atividades fiscais, incluindo os fundos extraorçamentários, atividades parafiscais e renúncias fiscais, que permitam a avaliação de conformidade da alocação dos recursos públicos com os objetivos de programas e políticas públicas (26).

Na documentação orçamentária, o demonstrativo das principais renúncias fiscais do governo central deve estar integrado ao orçamento e indicar as estimativas quantitativas, a finalidade de cada provisão sob a ótica da política pública, sua duração e os beneficiários a que se destina. As estimativas de cada renúncia fiscal no orçamento parte das diretrizes da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) sobre as melhores práticas (68). Recomenda-se, também, para análise dos efeitos econômicos e da avaliação da eficácia do gasto indireto, que seja apresentada uma comparação dos resultados estimados das renúncias fiscais de exercícios anteriores com as finalidades das políticas públicas.²

4.2.3 Boas Práticas para Medição dos Gastos Tributários do Centro Interamericano de Administrações Tributárias (CIAT)

O Manual de Boas Práticas para Medição dos Gastos Tributários do Centro Interamericano de Administrações Tributárias (CIAT) de 2011 estuda práticas dos países da América Latina e recomenda propostas na elaboração de relatórios sobre gastos tributários. No estudo sobre a elaboração dos relatórios de gastos tributários dos países-membros do CIAT foi constatado que desde os anos de 1970 os países passaram a incorporar a prática de apresentar estimativas e relatórios, sendo os pioneiros os Estados Unidos (1974), Espanha (1978), Canadá (1979) e França (1979). O Brasil apresentou seu primeiro relatório em 1989, tendo como órgão responsável a Receita Federal do Brasil (RFB). Atualmente, dos cerca de 40 países-membros, 26 deles tornam públicas informações sobre gastos tributários (27).

Na análise comparativa entre os países não foi observada coerência relativamente aos elementos que deveriam ser incluídos dos relatórios, como na definição geral sobre gastos tributários, a descrição do quadro de referência dos tributos e dos itens identificados como gastos tributários, as normas que dão origem e a projeção de estimativas desses gastos. No caso do Brasil, além de tornar pública as informações, o país ganhou destaque ao aprimorar ao longo do tempo o conteúdo dos relatórios, a metodologia de estimativa e a apresentação dos resultados (20,21) .

O gasto tributário total dos países-membros do CIAT, além de expressivo, correspondeu, em média, a 4,2% do PIB, a partir de dados do último exercício contabilizado pelos países para os anos de 2013 a 2018. No Brasil, a relação gasto tributário/PIB foi de 4,2% para o ano de 2016, enquanto na Argentina foi de 3% em 2017 e alcançou até 8% na Colômbia em 2018. Nos países da América do Norte e Europa – como Canadá, Espanha, Estados Unidos, França, Itália e Portugal, o gasto tributário equivaleu, em média, a cerca de 5% do PIB. Essas diferenças se dão porque alguns países contabilizam apenas o gasto tributário do governo central, enquanto no Brasil, por exemplo, não inclui na estimativa a renúncia de receita do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), base da arrecadação dos entes subnacionais. E também a maior parte dos países não reportam renúncia de tributos que financiam a seguridade social (20,22).

4.2.4 Rede de Direitos Humanos e Justiça Tributária na América Latina e no Caribe

Na discussão sobre gastos tributários e justiça fiscal na América Latina, o Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC), articulado com outras instituições no âmbito da iniciativa de “Princípios de Direitos Humanos na Política Fiscal”, propõe inserir na agenda fiscal dos governos latino-americanos a pauta dos direitos humanos e evidenciar os problemas na utilização indiscriminada de gastos

tributários. Para tanto, sistematiza as recomendações de boas práticas para gastos tributários de instituições financeiras internacionais e organizações da sociedade civil (OSC) nas dimensões da promoção da transparência, avaliação e revisão, reforma e cooperação internacional (24).

O INESC é uma organização brasileira que integra uma rede de pesquisa e ativismo com mais seis organizações que atuam no campo de direitos humanos e justiça tributária na América Latina e no Caribe (<https://derechosypoliticafiscal.org>). Além do INESC, compõem a rede:

- *Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia* (ACIJ) – Argentina;
- *Centro de Estudios Legales y Sociales* (CELS) – Argentina;
- *Center for Economic and Social Rights* (CESR) – Global;
- *Dejusticia* – Centro de estudios de derecho, justicia y sociedad – Colômbia;
- *Fundar* – Centro de Análisis e Investigación – México; e,
- *Red de Justicia Fiscal de América Latina y El Caribe* – Regional.

O INESC parte do significado que os gastos tributários são despesas indiretas do governo com políticas públicas por meio da política tributária e destaca a importância dos gastos tributários pelo impacto da arrecadação tributária dos países. Dados do CIAT de 2019 constataram que os gastos tributários dos países da América Latina equivalem a 4,2% sobre o Produto Interno Bruto (PIB), ante 5,2% na América do Norte e Europa (20).

Na dimensão da promoção da transparência, defende que a política fiscal deve priorizar os direitos humanos e a justiça social, e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Pontua que

a criação de incentivos fiscais deve ter como base jurídica a lei tributária e tramitados juntos com a proposta orçamentária, mas também deve ser considerada a participação popular das comunidades ou setores afetados. As fases de controle e monitoramento dos gastos tributários devem ser supervisionadas pelo Ministério das Finanças ou equivalente, desde que haja investimento na capacidade técnica da administração (24).

Na avaliação e revisão dos gastos tributários, reforça a necessidade de análise distributiva dos beneficiários por faixas de renda, além de avaliações de custo-benefício, considerando que a maior dos gastos tributários na América Latina não é custo-eficiente. E que a análise dos gastos tributários para a realização dos direitos humanos pode incorporar as iniciativas dos “Princípios de Direitos Humanos na Política Fiscal”, a “Metodologia Orçamento e Direitos” do INESC e o “Monitoramento de impactos em direitos humanos da consolidação fiscal” do *CERS - Center for Economic and Social Rights* (24,25,69).

Do ponto de vista da reforma, os gastos tributários devem ser a exceção do sistema tributário e devem ser objeto de controle e avaliação regular. É proposta uma revisão abrangente dos gastos tributários e de seu papel na política fiscal dos governos, prevendo, inclusive, redução geral dos gastos tributários quando não promover o desenvolvimento, sendo preferível manter incentivos sobre investimentos pela focalização, neutralidade e menor custo fiscal; também é proposta avaliação e classificação dos gastos tributários dentro dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) apresentada pela Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL) (24).

No âmbito da cooperação internacional, destaca os desafios dos gastos tributários considerando o crescimento da competição interestatal, o nivelamento por baixo (guerra fiscal), a erosão da base tributária, a transferência de lucros a nível regional e internacional e a evasão fiscal. Entende que há benefícios de uma maior cooperação técnica na estimativa da magnitude dos gastos tributários, seus

efeitos econômicos e nas melhores práticas, como no âmbito das propostas das 20 maiores economias (G-20) para incentivar a cooperação técnica sobre gastos tributários com manuais, *workshops* e modelos de avaliação de eficiência e eficácia. A criação de sistema comum de aplicação de incentivos fiscais e a participação do Quadro Inclusivo sobre Erosão da Base Tributária e Transferência de Lucros (*Inclusive framework for Base Erosion and Profit Shifting – BEPS*) seriam outras iniciativas para promover a cooperação entre países (24).

5 EQUIDADE EM SAÚDE E ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS EM SAÚDE

5.1 O PRINCÍPIO DA EQUIDADE EM SAÚDE

O princípio da equidade deve ser o ponto de convergência para os sistemas universais de saúde, como no caso do Sistema Único de Saúde (SUS). É um princípio que orienta a aplicação de um direito por meio de mecanismos compensatórios para reparar desigualdades socialmente injustas e evitáveis, considerando também “as necessidades diferenciadas para direcionar as decisões alocativas” (70). Tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça social, que decorrem da necessidade de reduzir as disparidades sociais e regionais no país por meio das ações e dos serviços públicos de saúde. No campo da saúde são comuns as expressões “igualdade de acesso” e “tratamentos iguais para mesmas necessidades” como equivalentes para a ideia de “equidade de oportunidades” (71).

A equidade não é explicitamente mencionada nas normas sanitárias brasileiras em relação aos princípios e diretrizes do SUS. Mesmo sem usar o termo equidade, a Emenda Constitucional nº 29/2000 remeteu para a Lei Complementar, depois aprovada por meio da Lei nº 141/2012, a definição de critérios de rateio de recursos federais à saúde, como uma tentativa indireta de operacionalização do conceito de equidade. E na Lei nº 8.080/1990, chamada de Lei Orgânica da Saúde, embora o artigo 35 tenha definido critério de alocação de recursos com base no *per capita* único e busque eliminar desigualdades históricas no financiamento, ainda assim enfrenta limitações como critério exclusivo para promover a equidade em saúde, já que devem ser consideradas, também, outras dimensões sobre a alocação de recursos (70,72).

Lei nº 8.080/1990, art. 35:

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

~~§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.~~ [\(Revogado pela Lei Complementar nº 141, de 2012\)](#) [\(Vide Lei nº 8.142, de 1990\)](#)

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

Por outro lado, a legislação sanitária brasileira contempla no conceito de equidade as premissas do acesso universal e igualitário (equidade de oportunidade) e a ação sobre os determinantes dos níveis de saúde (equidade de condições). O termo “igualdade de assistência” - previsto no inciso VII, art. 7º da Lei nº 8.080/1990 é entendido como sinônimo de equidade (71,72).

Lei nº 8.080/1990, art. 7º, incisos I ao IX:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no [art. 198 da Constituição Federal](#), obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

A responsabilidade do setor público no desenho do sistema de saúde orientado pelo princípio da equidade é sintetizada no seguinte trecho de Duarte (71):

Compete ao setor público de saúde, e não ao privado, a tarefa de incorporar os princípios da equidade e da solidariedade às políticas sociais desenvolvidas, que precisam cumprir o duplo papel de atenuar as iniquidades sociais, atuando sobre os fatores que determinam os diferenciais injustos e evitáveis em saúde, e prover toda a população de atenção e serviços que atendam às necessidades de saúde, respeitando as particularidades de cada grupo social, com o mesmo nível de qualidade.

O conceito de equidade pode ser analisado como horizontal e vertical. A equidade vertical visa promover uma distribuição desigual para indivíduos que estão em situações diferenciadas, a exemplo da progressividade na renda individual; ou seja, tributar proporcionalmente mais os estratos sociais de maior renda. Consiste em aplicar regras de igualdade proporcional, envolvem conceitos de valor e são objetos de avaliação subjetiva. Equidade horizontal implica distribuição igualitária entre pessoas que estão em igualdade de condições. A equidade no acesso e utilização de serviços de saúde é operacionalizado como uma tentativa de promover a equidade horizontal (73).

No texto “Equidade em Saúde”, Escorel considera que “o princípio de equidade surge no período contemporâneo associado aos direitos das minorias e introduz a diferença no espaço público da cidadania, espaço por excelência da igualdade”(74). Acrescenta que enquanto igualdade e desigualdade são conceitos mensuráveis, equidade e iniquidade são conceitos políticos que expressam um compromisso moral com a justiça social. Nesse sentido, é preciso pensar equidade em saúde como um

processo permanente e em transformação. A autora ainda apresenta diferentes dimensões e operacionalização do princípio da equidade (74):

1. **Condições de saúde** – Envolve a distribuição dos riscos de adoecer e morrer em grupos populacionais. São socialmente determinadas quando se constata carga de maior frequência de distribuição de doenças entre os pobres.
2. **Acesso e utilização dos serviços de saúde** – Enquanto as condições de saúde estão fortemente associadas ao padrão de desigualdades sociais existentes na sociedade, as desigualdades sociais no acesso e utilização de serviços de saúde são expressão direta das características do sistema de saúde em termos de disponibilidade de serviços e equipamentos, sua distribuição geográfica, além dos mecanismos de financiamento e organização dos serviços.
3. **Princípio orientador das reformas dos sistemas de saúde** – Trata em que medida o princípio da equidade prepondera na definição das políticas, programas e ações de saúde; se a equidade é subordinada a orientação de eficiência – em termos de predominância de políticas universais ou de políticas residuais e seletiva e a distribuição de recursos financeiros que interferem diretamente na promoção da equidade entre grupos sociais e regiões geográficas.
4. **Institucionalidade do sistema de saúde** – Está associada com o processo de descentralização real de poder e autonomia para o nível local de regulação do sistema de saúde e o processo decisório analisando a presença ou ausência de uma efetiva e representativa participação social.

No estudo “Medindo as desigualdades em saúde no Brasil – uma proposta de monitoramento”, de Nunes et al. (75), foi apresentado como um esforço para operacionalizar as dimensões do conceito de equidade a partir dos sistemas de informação em saúde e em modelos que organizem as informações em estruturas lógicas de conhecimento.

Ao discutir sobre as renúncias tributárias aos planos de saúde, Andreazzi et al. (76) mencionam o termo iniquidade como injustiça social. O termo “iniquidade” tem uma dimensão moral e ética; está referido nas diferenças que são desnecessárias e evitáveis, mas, em adição, também são consideradas injustas. Assim, a fim de descrever uma situação como não equitativa, a causa tem que ser examinada e julgada como injusta no contexto do que ocorre no resto da sociedade.

Nesse aspecto, as renúncias tributárias em saúde são polêmicas e questionáveis pela natureza regressiva do gasto social, enquanto é desejável que o financiamento setorial da saúde seja pautado pela progressividade na tributação. Logo, a renúncia fiscal em saúde é regressiva por beneficiar mais os grupos com maior capacidade de gasto. E ainda reforça a iniquidade de ordem estrutural do modelo de financiamento público indireto para a saúde, sobretudo por concentrar-se nas regiões mais ricas economicamente e onde está a maior parte dos serviços de saúde (76).

5.2 ANÁLISE DA ALOCAÇÃO DE RECURSOS NO ÂMBITO NO PRONON

A visão abrangente da alocação de recursos financeiros em saúde envolve desde a distribuição de recursos – por regiões geográficas, setores de atenção, serviços coletivos e individuais, bem como entre investimento e custeio – até os métodos utilizados para custeio dos serviços – por unidade de serviço prestado, salário, orçamento, *per capita* e pagamento prospectivo (77).

Os estudos mais frequentes sobre alocação equitativa de recursos financeiros em saúde focam no critério *per capita* com base no gasto real. O critério *per capita* é aceito como um ponto de partida da metodologia, pois requer que sejam consideradas também outras dimensões sobre a alocação de recursos, como a estrutura demográfica, a dispersão geográfica, as necessidades de saúde, o catálogo de serviços e a estrutura instalada (78).

Na perspectiva da alocação de recursos, um passo em direção à equidade deve considerar o repasse de recursos diferenciado de acordo com a necessidades de saúde da população, associadas com a análise do perfil demográfico, epidemiológico e socioeconômico. Com base nas necessidades de saúde foram propostas metodologias para alocação de recursos, com destaque para a metodologia *Resource Allocation Working Party (RAWP)*, aplicada nos anos 1990 para avaliar o sistema de saúde inglês (70,79). E o Modelo de Demanda que considera a utilização dos serviços de saúde como função das necessidades populacionais e das características da oferta de serviços (70).

Para o contexto brasileiro houve tentativas de aplicar as metodologias de alocação de recursos a partir de dados de mortalidade e de indicadores socioeconômicos para analisar a alocação de recursos federais destinados para custeio dos serviços de saúde, mas os estudos identificaram dificuldades para replicar no Brasil os modelos de avaliação aplicados no sistema inglês, tendo em vista a histórica desigualdade nas condições de saúde e a desigualdade no acesso e utilização de serviços no sistema de saúde brasileiro (80,81).

Ao analisarem os determinantes e as desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde, Travassos e Castro (73) entendem que o princípio da equidade no acesso e na utilização de serviços de saúde orienta o desenho, a implementação e a avaliação de políticas públicas do SUS. Também pontuam que os determinantes da equidade nas condições de saúde são distintos dos determinantes da equidade no acesso e na utilização dos serviços de saúde. As **condições de saúde** estão associadas com o padrão de desigualdade social existente, enquanto as **desigualdades no acesso e na utilização de serviços** refletem as características dos sistemas de saúde, como a disponibilidade de serviços e de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, a distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento dos serviços e a sua organização.

A distribuição de recursos com base na discriminação positiva e que opera no sentido da busca da justiça social seria uma forma de promover a equidade dos efeitos ou resultados, os quais dependem

de “medidas políticas que procuram compensar os efeitos das desigualdades de condições sociais” (71). Os mecanismos de repasses de verbas do nível federal para os estados e municípios, considerando principalmente os critérios de perfil epidemiológico e demográfico (conforme previsão do artigo 35 da Lei nº 8.080/1990, embora não regulamentado), poderia operar no sentido da minimização das desigualdades regionais da saúde no país.

Estudar os **sistemas de saúde** permite conhecer se os objetivos de promover a saúde e garantir a melhoria das condições de saúde estão sendo atingidos ou não ao longo do tempo. Ajuda a conhecer as dinâmicas dos sistemas, as características de cada um de seus **componentes** (cobertura de ações e serviços, financiamento, rede de serviços, insumos, tecnologias, conhecimentos e organizações) e como se relacionam com suas **funções** (alocação de recursos, prestação de serviços, regulação e gestão). Os sistemas de saúde são dinâmicos por estarem relacionados a outros sistemas e ao conjunto de relações sociais em um determinado tempo e lugar. Os sistemas de saúde representam um vigoroso setor de atividade econômica e, também, se constituem em uma arena política de disputa de poder e recursos entre distintos atores sociais (77).

As pressões da arena política sob os sistemas de saúde estão expressas segundo Ribeiro e Vaitsman (82) nos seguintes termos:

Os sistemas de proteção social e suas instituições de atenção à saúde estão sempre sujeitos a dois tipos de pressões importantes: demandas de caráter político e social – por parte de indivíduos, famílias, grupos de interesses e populações vulneráveis – e efeitos de fenômenos de natureza demográfica e epidemiológica.

Além dos componentes do sistema já apresentados, as funções dos sistemas de saúde envolvem a **alocação dos recursos** pelas dimensões da alocação por áreas geográficas, do método de custeio de unidades assistenciais e da compra de serviços. E as principais **formas de remuneração de serviços** são (77,83):

- i. o orçamento (forma tradicional de financiamento dos hospitais públicos);

- ii. os pagamentos prospectivos (por tipo de diagnóstico e tratamento, denominado pelo SUS de Autorização de Internação Hospitalar – AIH);
- iii. o *per capita* (utilizado no SUS como critério de transferência financeira para a atenção primária dos municípios);
- iv. por unidades de serviços (com valores acordados previamente, embora considerada forma custosa de pagamento de serviços de saúde);
- v. e os salários – pagamento aos prestadores individuais e profissionais de saúde.

Dentre os estudos empíricos sobre alocação de recursos financeiros em saúde com base no critério populacional, vale mencionar o trabalho de Battesini et al (84), que teve como objetivo realizar uma análise do financiamento federal das ações de Vigilância Sanitária de 2005 a 2012 a partir dos repasses programados para estados e municípios. O estudo demonstrou avanços no financiamento federal pela consistência na periodicidade dos repasses programados, pelo aumento dos valores nominais ou pela manutenção da atualização monetária dos valores *per capita*. Foi utilizado como método a pesquisa documental com base nas portarias do Ministério da Saúde que apresentaram repasses financeiros programados para as ações de Vigilância Sanitária. Além dos recursos repassados, foram calculados os valores nominais por habitante / ano e corrigidos monetariamente pelo Índice Geral de Preços do Mercado (IGP-M) a valores de 2012.

A favor da equidade em saúde constataram que do ponto de vista da distribuição regional de recursos às ações de Vigilância Sanitária, as regiões Centro-Oeste e Norte, desde 2008, passaram a receber maiores valores que as demais regiões, variando entre R\$ 1,09 / hab. / ano a R\$ 1,7 / hab. / ano. Embora interpretem que o repasse de valor *per capita* provoque distorções na distribuição de recursos entre os entes federativos, a questão é que as estratégias de repasses *per capita*, além de refletirem as

necessidades locais de ações de saúde, dependem da forma como se estruturam os serviços de Vigilância Sanitária pela adoção de pisos mínimos para os estados e municípios (84).

Autores como Vieira e Zucchi (85), também com base no critério *per capita*, analisaram os valores liquidados com a aquisição de medicamentos pelo governo federal em 2009 a partir do sistema Siga Brasil, além dos valores liquidados pelos estados, Distrito Federal e municípios para aquisição de medicamentos extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). O estudo partiu do cenário de tendência internacional de aumento dos gastos públicos com medicamentos para refletir sobre estratégias eficazes para a redução dos custos de aquisição de medicamentos no âmbito do SUS. Quanto aos resultados, constataram que o valor total liquidado para a aquisição de medicamentos pelas três esferas de governo no SUS foi de R\$ 8,9 bilhões, sendo que os estados foram responsáveis por 47,1% do valor total liquidado, seguidos pela União com 26,5% e pelos municípios com 26,4%. A média do gasto *per capita* dos municípios com até 5 mil habitantes foi 3,9 vezes maior que dos municípios com mais de 500 mil habitantes. Partiram da hipótese de que as diferenças entre os resultados encontrados refletem o poder e a escala de compras distintos entre os entes federados. Por último, recomendaram a adoção das seguintes políticas para promover a eficiência de compras públicas em todas as esferas de governo: a produção de medicamentos por laboratórios farmacêuticos públicos; a criação de consórcios intermunicipais para compras coletivas; a regulação de compras públicas; e o monitoramento das políticas farmacêuticas com a finalidade de regular compras públicas no Brasil.

Para a análise da alocação de recursos em saúde utilizamos os dados de 2013 a 2020 que expressam a distribuição dos gastos tributários em saúde pelo recorte entre as grandes regiões geográficas do país. A escolha da série 2013-2020 teve por objetivo compatibilizar com os dados disponíveis do PRONON a partir de 2013, pelo amparo na Lei nº 12.715/2012. Dessa feita, observa-se que historicamente as renúncias fiscais em saúde (incluindo todas as políticas públicas financiadas por

renúncias tributárias, tendo como órgão gestor o Ministério da Saúde) estão concentradas nas regiões mais dinâmicas economicamente, evidenciando que as políticas de renúncias tributárias geram desigualdades quanto à distribuição espacial de recursos financeiros – Tabelas 8 e 9.

Tabela 8 - Gastos Tributários em Saúde por Grandes Regiões Geográficas – Brasil PLOA 2013-2020
(R\$ milhões)

Ano	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Total
2013	897	2.836	2.837	20.636	3.282	30.489
2014	941	3.034	2.944	22.228	3.347	32.495
2015	972	3.038	2.852	21.063	3.149	31.074
2016	931	3.736	3.025	24.986	3.932	36.609
2017	1.025	4.084	3.585	27.617	4.422	40.734
2018	1.000	4.003	3.749	29.248	4.546	42.546
2019	1.124	4.263	3.532	29.380	4.887	43.186
2020	1.196	4.728	5.090	38.465	5.595	55.075
Total	8.087	29.722	27.616	213.624	33.160	312.208
Média	1.011	3.715	3.452	26.703	4.145	39.026

Fonte: RFB.

Elaboração do autor.

Nota:

1) Valores nominais corrigidos pelo IPCA/IBGE para preços médios de 2020.

Tabela 9 - Gastos Tributários em Saúde Agrupados por Grandes Regiões Geográficas – Brasil PLOA 2013-2020

(R\$ milhões)

Ano	Norte (N), Nordeste (NE) e Centro-Oeste (CO)	Sudeste (SE) e Sul (S)	Brasil
2013	6.571	23.918	30.489
2014	6.919	25.575	32.495
2015	6.862	24.212	31.074
2016	7.692	28.918	36.609
2017	8.695	32.039	40.734
2018	8.752	33.794	42.546
2019	8.919	34.267	43.186
2020	11.015	44.060	55.075
2013-2020	65.425	246.784	312.208
Média	8.178	30.848	39.026

Fonte: RFB.

Elaboração do autor.

Notas:

1) Valores nominais corrigidos pelo IPCA/IBGE para preços médios de 2020.

2) Agrupamento das grandes regiões geográficas Norte (N), Nordeste (NE) e Centro-Oeste (CO) comparado com o agrupamento das regiões Sudeste (SE) e Sul (S).

Em 2013, do total de R\$ 30,5 bilhões dos gastos tributários em saúde, foram destinadas para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (N, NE e CO) o equivalente a R\$ 6,6 bilhões (21,5% do total das renúncias fiscais em saúde), enquanto as regiões Sudeste e Sul (SE e S) concentraram R\$ 23,9 bilhões (78,5% do total das renúncias em saúde). Mesmo em 2020 manteve-se a lógica de concentração geográfica dos recursos, tendo em vista que do total de R\$ 55 bilhões, foram destinadas para as regiões N, NE e CO o equivalente a R\$ 11 bilhões (20% do total das renúncias fiscais em saúde), enquanto as regiões SE e S concentraram R\$ 44 bilhões (80% do total das renúncias em saúde). E se considerada a média anual do período de 2013 a 2020 foram destinados cerca de R\$ 8,2 bilhões para as regiões N, NE e CO, ante R\$ 30,8 bilhões para as regiões SE e S; a média anual para o todo o país foi de R\$ 39 bilhões – Tabelas 9, 10 e 11.

Tabela 10 - Participação Relativa dos Gastos Tributários em Saúde por Grandes Regiões Geográficas – Brasil PLOA 2013-2020

(%)

Ano	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Total
2013	2,94	9,30	9,31	67,68	10,76	100,00
2014	2,90	9,34	9,06	68,41	10,30	100,00
2015	3,13	9,78	9,18	67,78	10,13	100,00
2016	2,54	10,20	8,26	68,25	10,74	100,00
2017	2,52	10,03	8,80	67,80	10,85	100,00
2018	2,35	9,41	8,81	68,74	10,69	100,00
2019	2,60	9,87	8,18	68,03	11,32	100,00
2020	2,17	8,59	9,24	69,84	10,16	100,00
Total	2,59	9,52	8,85	68,42	10,62	100,00

Fonte: RFB.

Elaboração do autor.

Nota:

1) Valores nominais corrigidos pelo IPCA/IBGE para preços médios de 2020.

Tabela 11 - Participação Relativa dos Gastos Tributários em Saúde Agrupados por Grandes Regiões Geográficas – Brasil PLOA 2013-2020

(%)

Ano	Norte (N), Nordeste (NE) e Centro-Oeste (CO)	Sudeste (SE) e Sul (S)	Brasil
2013	21,55	78,45	100,00
2014	21,29	78,71	100,00
2015	22,08	77,92	100,00
2016	21,01	78,99	100,00
2017	21,35	78,65	100,00
2018	20,57	79,43	100,00
2019	20,65	79,35	100,00
2020	20,00	80,00	100,00
2013-2020	20,96	79,04	100,00

Fonte: RFB.

Elaboração do autor.

Notas:

1) Valores nominais corrigidos pelo IPCA/IBGE para preços médios de 2020.

2) Agrupamento das grandes regiões geográficas Norte (N), Nordeste (NE) e Centro-Oeste (CO) comparado com o agrupamento das regiões Sudeste (SE) e Sul (S).

E caso seja observado o gasto tributário em saúde *per capita* por grandes regiões geográficas, verifica-se também a concentração regional de recursos. Em 2013, foram destinados R\$ 75,39 por habitante para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (N, NE e CO), enquanto que para as regiões Sudeste e Sul (SE e S) o valor de R\$ 211,95 *per capita*. Para todo o país o gasto tributário em saúde em 2013 foi de R\$ 152,44 *per capita* – Tabelas 12, 13 e 14.

Tabela 12 - Gastos Tributários em Saúde *Per Capita* por Grandes Regiões Geográficas - Brasil PLOA 2013-2020

						(R\$)
Ano	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil
2013	52,87	51,39	189,21	244,93	114,77	152,44
2014	54,67	54,67	193,48	261,64	116,10	161,09
2015	55,68	54,42	184,68	245,84	108,33	152,72
2016	52,61	66,54	193,20	289,29	134,21	178,45
2017	57,19	72,35	225,91	317,31	149,75	196,97
2018	55,00	70,52	233,08	333,46	152,79	204,06
2019	60,99	74,69	216,71	332,46	163,03	205,50
2020	64,08	82,41	308,43	432,14	185,31	260,09
2013-2020	453,08	527,00	1.744,69	2.457,07	1.124,29	1.511,32

Fonte: RFB.

Elaboração do autor.

Notas:

- 1) Valores nominais corrigidos pelo IPCA/IBGE para preços médios de 2020.
- 2) Projeção populacional do IBGE de 2018 por grandes regiões geográficas.

Tabela 13 - Gastos Tributários em Saúde *Per Capita* Agrupados por Grandes Regiões Geográficas - Brasil PLOA 2013-2020

(R\$)

Ano	Norte (N), Nordeste (NE) e Centro-Oeste (CO)	Sudeste (SE) e Sul (S)	Brasil
2013	75,39	211,95	152,44
2014	78,69	224,77	161,09
2015	77,34	211,01	152,72
2016	85,95	250,01	178,45
2017	96,35	274,87	196,97
2018	96,15	287,69	204,06
2019	97,15	289,55	205,50
2020	119,02	369,62	260,09
2013-2020	91,00	265,75	189,50

Fonte: RFB.

Elaboração do autor.

Notas:

- 1) Valores nominais corrigidos pelo IPCA/IBGE para preços médios de 2020.
- 2) Agrupamento das grandes regiões geográficas Norte (N), Nordeste (NE) e Centro-Oeste (CO) comparado com o agrupamento das regiões Sudeste (SE) e Sul (S).
- 3) Projeção populacional do IBGE de 2018 por grandes regiões geográficas.

Em 2020, as regiões N, NE e CO receberam o equivalente a R\$ 119,02 por habitante, enquanto as regiões SE e Sul o valor de R\$ 369,62 / hab. Para todo o país o gasto tributário em saúde em 2020 foi de R\$ 260,09 *per capita*. Se considerado todo o período de 2013 a 2020 foi destinado para as regiões N, NE e CO o valor de R\$ 91,00 / hab., ante R\$ 265,75 / hab. para as regiões SE e S, acima da distribuição para todo o país, que foi de R\$ 189,50 / hab. - Tabelas 13 e 14.

Tabela 14 - Projeção da População (Pessoas) - Brasil e Grandes Regiões 2013-2020
Ano de edição da projeção - 2018

Ano	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Total
2013	16.971.695	55.188.574	14.996.178	84.252.766	28.594.975	200.004.188
2014	17.214.537	55.500.820	15.217.293	84.956.931	28.827.960	201.717.541
2015	17.458.469	55.828.194	15.442.629	85.679.246	29.067.145	203.475.683
2016	17.691.399	56.138.510	15.658.787	86.367.683	29.300.208	205.156.587
2017	17.929.800	56.442.149	15.870.886	87.035.037	29.526.869	206.804.741
2018	18.182.253	56.760.780	16.085.885	87.711.946	29.754.036	208.494.900
2019	18.430.980	57.071.654	16.297.074	88.371.433	29.975.984	210.147.125
2020	18.672.591	57.374.243	16.504.303	89.012.240	30.192.315	211.755.692

Fonte: IBGE. Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060.

Para a análise da alocação de recursos financeiros no âmbito do PRONON utilizamos os dados de gastos tributários do programa de 2014 a 2020 distribuídos por grandes regiões geográficas. Partimos da hipótese de que as renúncias tributárias do PRONON não promove o princípio da equidade em saúde, tendo em vista como estão estruturadas as regras atuais do programa. De fato, assim como observado em relação à distribuição regional do total dos gastos tributários em saúde, os recursos do PRONON estão concentrados nas regiões mais dinâmicas do país (Sudeste e Sul), também evidenciando que a própria política gera desigualdade espacial na distribuição de recursos financeiros – Tabelas 15 e 16.

Tabela 15 - Gastos Tributários do PRONON por Grandes Regiões Geográficas - Brasil 2014-2020

(R\$ milhões)

Ano	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Total
2013	-	-	-	-	-	-
2014	10,99	47,89	51,50	683,28	130,19	923,85
2015	1,29	7,74	16,59	150,87	39,93	216,42
2016	-	-	-	-	-	-
2017	0,42	4,35	0,83	80,69	7,66	93,95
2018	3,24	5,34	1,11	126,35	18,67	154,71
2019	3,36	5,51	1,14	131,44	21,09	162,54
2020	3,70	3,90	1,04	93,54	23,09	125,27
2013-2020	23,00	74,73	72,20	1.266,18	240,63	1.676,74
Média	3,83	12,45	12,03	211,03	40,10	279,46

Fonte: RFB.

Elaboração do autor.

Notas:

1) Valores nominais corrigidos pelo IPCA/IBGE para preços médios de 2020.

2) Exercício de 2013: dados não disponíveis.

3) Exercício de 2016: dados não disponíveis pelo término da vigência do programa em 31/12/2015.

Tabela 16 - Participação Relativa dos Gastos Tributários do PRONON por Grandes Regiões Geográficas - Brasil 2014-2020

(%)

Ano	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Total
2013	-	-	-	-	-	-
2014	1,19	5,18	5,57	73,96	14,09	100,00
2015	0,60	3,58	7,66	69,71	18,45	100,00
2016	-	-	-	-	-	-
2017	0,45	4,63	0,88	85,89	8,15	100,00
2018	2,09	3,45	0,72	81,67	12,07	100,00
2019	2,07	3,39	0,70	80,87	12,98	100,00
2020	2,95	3,11	0,83	74,67	18,43	100,00
2013-2020	1,37	4,46	4,31	75,51	14,35	100,00

Fonte: RFB.

Elaboração do autor.

Nota:

1) Valores nominais corrigidos pelo IPCA/IBGE para preços médios de 2020.

Em que pese a previsão da Lei nº 12.715/2012 e a divulgação do total dos gastos tributários do PRONON de 2013, uma das limitações para a análise é que não foram apresentados dados de 2013 com o recorte por grandes regiões geográficas e não há dados disponíveis de 2016 pelo término da vigência do programa em 31/12/2015. Portanto, os demonstrativos dos gastos tributários (DGT) da RFB apresentam dados regionais do programa para os anos de 2014 e 2015, e de 2017 a 2020. Vale ressaltar que a quebra da série histórica pela indisponibilidade de alguns dados não impede a análise comparativa da alocação de recursos do programa.

Em 2014, do total de R\$ 923,8 milhões dos gastos tributários do PRONON, foram destinadas para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (N, NE e CO) recursos na ordem de R\$ 110,37 milhões (11,95% do total das renúncias fiscais do programa), enquanto as regiões Sudeste e Sul (SE e S) concentraram R\$ 813,47 milhões (88,05% do total das renúncias do programa). Já em 2020 foi ampliada a concentração regional de recursos, em termos absolutos e relativos. Do total de R\$ 125,3 milhões do PRONON em 2020, foram destinadas para as regiões N, NE e CO o montante de apenas R\$ 8,64 milhões (6,90% do total das renúncias fiscais do programa), enquanto as regiões SE e S concentraram R\$ 116,63 milhões (93,1% do total das renúncias do programa). Na média anual de 2014 a 2020, exceto 2016, foram destinados R\$ 28,32 milhões para as regiões N, NE e CO, ante R\$ 251,13 milhões para as regiões SE e S; a média anual para o todo o país foi de R\$ 279,46 milhões – Tabelas 17 e 18.

Tabela 17 - Gastos Tributários do PRONON Agrupados por Grandes Regiões Geográficas – Brasil
PLOA 2014-2020

(R\$ milhões)

Ano	Norte (N), Nordeste (NE) e Centro-Oeste (CO)	Sudeste (SE) e Sul (S)	Brasil
2013	-	-	-
2014	110,37	813,47	923,85
2015	25,62	190,80	216,42
2016	-	-	-
2017	5,60	88,35	93,95
2018	9,69	145,02	154,71
2019	10,01	152,54	162,54
2020	8,64	116,63	125,27
2013-2020	169,93	1.506,81	1.676,74
Média	28,32	251,13	279,46

Fonte: RFB.

Elaboração do autor.

Notas:

1) Valores nominais corrigidos pelo IPCA/IBGE para preços médios de 2020.

2) Agrupamento das grandes regiões geográficas Norte (N), Nordeste (NE) e Centro-Oeste (CO) comparado com o agrupamento das regiões Sudeste (SE) e Sul (S).

Tabela 18 - Participação Relativa dos Gastos Tributários do PRONON Agrupados por Grandes Regiões Geográficas – Brasil PLOA 2014-2020

(%)

Ano	Norte (N), Nordeste (NE) e Centro-Oeste (CO)	Sudeste (SE) e Sul (S)	Brasil
2013	-	-	-
2014	11,95	88,05	100,00
2015	11,84	88,16	100,00
2016	-	-	-
2017	5,96	94,04	100,00
2018	6,26	93,74	100,00
2019	6,16	93,84	100,00
2020	6,90	93,10	100,00
2013-2020	10,13	89,87	100,00

Fonte: RFB.

Elaboração do autor.

Notas:

1) Valores nominais corrigidos pelo IPCA/IBGE para preços médios de 2020.

2) Agrupamento das grandes regiões geográficas Norte (N), Nordeste (NE) e Centro-Oeste (CO) comparado com o agrupamento das regiões Sudeste (SE) e Sul (S).

Por último, analisamos a distribuição dos gastos tributários do PRONON *per capita* por grandes regiões geográficas. Em 2014, foram destinados R\$ 1,26 por habitante para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (N, NE e CO), enquanto que para as regiões Sudeste e Sul (SE e S) o valor de R\$ 7,15 *per capita*, acima do total do gasto tributário do programa para todo o país, que foi de R\$ 4,58 *per capita*. Em 2020, as regiões N, NE e CO receberam o equivalente a R\$ 0,09 / hab., enquanto as regiões SE e Sul o valor de R\$ 0,98 / hab. No período de 2014 a 2020, exceto 2016, foi destinado para as regiões N, NE e CO o valor de R\$ 0,24 / hab., ante R\$ 1,62 / hab. para as regiões SE e S, acima do gasto tributário em saúde para todo o país no mesmo período, que foi de R\$ 1,02 *per capita* – Tabelas 19 e 20.

Tabela 19 - Gastos Tributários do PRONON *Per Capita* por Grandes Regiões Geográficas - Brasil
PLOA 2014-2020

	(R\$)					
Ano	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil
2013	-	-	-	-	-	-
2014	0,64	0,86	3,38	8,04	4,52	4,58
2015	0,07	0,14	1,07	1,76	1,37	1,06
2016	-	-	-	-	-	-
2017	0,02	0,08	0,05	0,93	0,26	0,45
2018	0,18	0,09	0,07	1,44	0,63	0,74
2019	0,18	0,10	0,07	1,49	0,70	0,77
2020	0,20	0,07	0,06	1,05	0,76	0,59
2013-2020	0,16	0,17	0,57	1,83	1,02	1,02

Fonte: RFB.

Elaboração do autor.

Notas:

1) Índice: Base 100 = 2013.

2) Valores reais corrigidos pelo IPCA/IBGE para preços médios de 2020.

3) Projeção populacional do IBGE de 2018 por grandes regiões geográficas.

Tabela 20 - Gastos Tributários do PRONON *Per Capita* Agrupados por Grandes Regiões Geográficas - Brasil PLOA 2014-2020

	(R\$)		
Ano	Norte (N), Nordeste (NE) e Centro-Oeste (CO)	Sudeste (SE) e Sul (S)	Brasil
2013	-	-	-
2014	1,26	7,15	4,58
2015	0,29	1,66	1,06
2016	-	-	-
2017	0,06	0,76	0,45
2018	0,11	1,23	0,74
2019	0,11	1,29	0,77
2020	0,09	0,98	0,59
2013-2020	0,24	1,62	1,02

Fonte: RFB.

Elaboração do autor.

Notas:

1) Valores nominais corrigidos pelo IPCA/IBGE para preços médios de 2020.

2) Agrupamento das grandes regiões geográficas Norte (N), Nordeste (NE) e Centro-Oeste (CO) comparado com o agrupamento das regiões Sudeste (SE) e Sul (S).

3) Projeção populacional do IBGE de 2018 por grandes regiões geográficas.

Feitas essas considerações, percebe-se que mesmo com a análise a partir do critério populacional as regras do programa não incorporam o princípio da equidade em saúde. Observa-se também que houve uma trajetória inconstante dos gastos tributários do programa, sobretudo em razão dos valores autorizados por meio das Portarias Interministeriais. Ademais, embora fuja do escopo desse trabalho, os recursos autorizados para efeito de participação no programa podem estar associados ao número de projetos que são submetidos para avaliação, mas que não cumprem os requisitos técnicos para aprovação pelo Ministério da Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como objetivo geral discutir o papel das renúncias tributárias (gastos tributários) da União para o fomento de políticas públicas de saúde a partir da experiência do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON). E entre os objetivos específicos, destaque para a análise da relação entre políticas públicas e renúncias tributárias da União a partir dos dados de gastos tributários previstos nos Projetos de Lei Orçamentária Anual (PLOA) para os exercícios financeiros de 2013 a 2020. Descrevemos as regras normativas do programa e discutimos a relação entre as agendas da Saúde Global e as respostas para políticas públicas, incluindo as respostas identificadas como recomendações institucionais de boas práticas sobre gastos tributários. A concepção da economia política da saúde sobre renúncias tributárias e o princípio da equidade em saúde nortearam outro objetivo específico – a análise da alocação geográfica de recursos financeiros do PRONON com base nas estimativas dos gastos tributários em saúde da União.

Quanto ao escopo metodológico, trata-se pesquisa documental de abordagem quantitativa sobre a alocação de recursos financeiros – com utilização do critério *per capita* – entre as grandes regiões geográficas do Brasil via renúncias tributárias do PRONON. Para a problematização, testamos a hipótese de que a estratégia de financiamento indireto da política pública via renúncia fiscal conflita com o princípio da equidade em saúde, tendo em vista as desigualdades regionais na distribuição de recursos para o fomento de projetos no âmbito do PRONON.

A compreensão dos campos da Saúde Global e do Direito Sanitário Global também foram apresentados como referenciais para discutir as principais recomendações de organismos internacionais e de instituições da sociedade civil sobre os gastos tributários para o fomento de políticas públicas de saúde pautadas por princípios de justiça fiscal.

Pela importância das organizações e instituições na contribuição de temas estratégicos do Direito Internacional, foram selecionados documentos-chave da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), do Fundo Monetário Internacional (FMI), do Centro Interamericano de Administrações Tributárias (CIAT) e da Rede de Direitos Humanos e Justiça Tributária na América Latina e no Caribe.

As Diretrizes de Melhores Práticas da OCDE de 2003 reúnem recomendações de melhores práticas apresentadas por especialistas para garantir que os gastos extraorçamentários e os gastos tributários não prejudiquem as funções orçamentárias dos países.

O Manual de Transparência Fiscal do FMI de 2007 faz recomendações para os países em relação ao tratamento dos gastos tributários para melhorar a gestão fiscal, inclusive em relação às renúncias fiscais, considerando as seguintes dimensões: do acesso transparente à informação dos governos nacionais e infranacionais; a abrangência das informações orçamentárias; a publicação de relatório de renúncias fiscais integradas ao orçamento; e a perspectiva de longo prazo para as finanças públicas.

O Manual de Boas Práticas para Medição dos Gastos Tributários do Centro Interamericano de Administrações Tributárias (CIAT) de 2011 estuda práticas dos países da América Latina e recomenda propostas na elaboração de relatórios sobre gastos tributários.

A Rede de Direitos Humanos e Justiça Tributária na América Latina e no Caribe articula instituições no âmbito da iniciativa de “Princípios de Direitos Humanos na Política Fiscal” (2021) para inserir na agenda fiscal dos governos a pauta dos direitos humanos e evidenciar os problemas na utilização indiscriminada de gastos tributários.

Quanto aos resultados da análise dos dados destacamos a trajetória de crescimento em termos reais – após correção monetária – das renúncias tributárias em saúde acima dos gastos diretos em ações e serviços públicos em saúde (ASPS) e do Produto Interno Bruto (PIB) no recorte de 2013 a 2020. No

período, enquanto as renúncias em saúde cresceram 81%, os gastos com ASPS evoluíram em 33% e o PIB recuou em 6%. Esse comportamento é explicado em parte na literatura em razão da política macroeconômica em promover a retomada do crescimento econômico via isenção fiscal ao setor privado, frente ao contexto de estrangimento dos gastos e investimentos públicos. E o que se percebeu é que além de não induzir o investimento (público e privado), pelo estrangimento da ação estatal, a estratégia abriu espaço para a regra de crescimento real nulo para as despesas primárias, e que resultou na Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016 – ao estabelecer o Novo Regime Fiscal (NRF) e fixar o teto para os gastos públicos, com implicações negativas para as políticas sociais, incluindo as políticas públicas de saúde.

E sobre os resultados da análise dos dados do PRONON ressaltamos a utilização dos dados de gastos tributários do programa de 2014 a 2020 – considerando a disponibilidade dos dados no período – distribuídos por grandes regiões geográficas. Assim como observado em relação à distribuição regional dos gastos tributários em saúde, a análise dos dados evidenciaram que os recursos do PRONON estão concentrados nas regiões mais dinâmicas do país (Sudeste e Sul), salientando que a própria política pública conflita com o princípio da equidade em saúde ao criar e acentuar a desigualdade espacial na distribuição de recursos financeiros.

Apesar da divulgação do total dos gastos tributários do PRONON a partir de 2013, uma das limitações para a análise é que não foram apresentados pela Receita Federal do Brasil (RFB) os dados de 2013 com o recorte por grandes regiões geográficas e não há dados disponíveis de 2016 pelo término da vigência do programa em 31 de dezembro de 2015. Outra limitação do estudo é que o critério *per capita* na análise dos dados foi utilizado apenas como ponto de partida metodológico, já que não foram analisadas outras dimensões sobre a alocação de recursos apontadas pela literatura, como a estrutura demográfica, a dispersão geográfica, as necessidades de saúde, o catálogo de serviços e a estrutura instalada. Para simplificar a análise comparativa, ressaltamos também que os dados de

gastos tributários foram agrupados pelas grandes regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste em contraposição com as grandes regiões Sudeste e Sul.

Quanto aos desafios, a crítica da literatura e a análise dos dados evidenciaram que as políticas de renúncias fiscais conflitam com o princípio da justiça fiscal ao direcionar indiretamente recursos para tipos específicos de gastos (como na dedução fiscal de despesas médicas, que integra parte expressiva das renúncias fiscais no setor saúde) e ao beneficiar determinadas categorias de contribuintes – pessoas físicas (indivíduos) e pessoas jurídicas (empresas) – situados nos estratos sociais de maior renda.

Embora o olhar sobre o financiamento da política de saúde possa contemplar a análise comparativa dos gastos orçamentários diretos do Ministério da Saúde e dos gastos indiretos por meio dos gastos tributários, há também desafios associados com o fato de que as políticas públicas financiadas por renúncias tributárias são usadas, geralmente, em substituição a programas específicos de gastos orçamentários, mas não seguem o mesmo rigor na elaboração das políticas financiadas por gastos diretos.

Mesmo com a previsão normativa, o amparo na política nacional e as evidências científicas quanto ao câncer enquanto problema de saúde pública no Brasil e no mundo, o PRONON enfrenta outros desafios não somente no processo de monitoramento e avaliação de resultados, mas também pelo desenho institucional do programa orientado para delegação de funções públicas para instituições não estatais de prevenção e combate ao câncer e que ao mesmo tempo não oferece autonomia financeira para o Ministério da Saúde pela dependência da autorização orçamentária do Ministério da Economia (antes intitulado como Ministério da Fazenda).

Embora fuja do escopo deste trabalho, os recursos autorizados por meio de Portarias Interministeriais para o PRONON podem estar associados ao número de projetos que são submetidos para avaliação, mas que não cumprem os requisitos técnicos para aprovação pelo Ministério da Saúde.

Dessa feita, na perspectiva da discussão da oferta de serviços de saúde e da transferência pela União de recursos de renúncia fiscal, é recomendável para os estudos futuros que sejam analisados aspectos da distribuição espacial por grandes regiões geográficas do número de instituições não estatais ativas que prestam serviços de atenção oncológica e enquadradas pelo MS para submeter projetos ao programa. Além de estarem localizadas nas regiões mais dinâmicas do país, a maior parte dessas instituições não estatais podem ter submetido a maioria dos projetos para análise e aprovação. Portanto, como a política não definiu critérios de alocação regional, a maior oferta e a capacidade técnica das instituições é que podem ter moldado ao longo do tempo a alocação de recursos do programa.

Por último, considerando o contexto de incorporação de novos paradigmas da gestão pública e a análise do ciclo (fases) da política pública de saúde, espera-se que este estudo possa contribuir no futuro para identificar aspectos críticos do programa, dada a necessidade de aperfeiçoar os critérios de alocação regional de recursos para projetos, a avaliação de resultados da política, bem como para propor melhorias para o processo de monitoramento dos demais programas de isenção fiscal sob responsabilidade do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Gasto tributário: conceito e critérios de classificação [Internet]. Brasília-DF: Receita Federal do Brasil - Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros; 2020 [citado 23 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/receitadata/>
2. Villela L, Lemgruber A, Jorratt M. Los Presupuestos de Gastos Tributarios: Conceptos y Desafíos de Implementación [Internet]. Banco Interamericano de Desarrollo - Sector de Capacidad Institucional y Finanzas. 2009 [citado 25 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://publications.iadb.org/es/publicacion/16499/los-presupuestos-de-gastos-tributarios-conceptos-y-desafios-de-implementacion>
3. Brasil BM da ERF do. Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária (Gastos Tributários) PLOA 2021. Receita Federal - Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros; 2020.
4. Brasil. Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012 - Institui o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência [Internet]. 2012 [citado 12 de dezembro de 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12715.htm
5. Brasil. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013 - Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Ministério da Saúde; 2013 [citado 4 de fevereiro de 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html
6. Sicsú B, Andreazzi MDFS, Holguin TG. O comportamento da renúncia fiscal oriunda dos gastos privados com atenção à saúde entre os anos 1996 e 2003. Revista de Economia Política [Internet]. 2008 [citado 28 de abril de 2021];28(4):631–47. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31572008000400006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
7. Ocké-Reis CO, Gama FN da. Radiografia do gasto tributário em saúde – 2003 - 2013. IPEA, Nota Técnica nº 19. 2016;
8. Ocké-Reis CO, Andreazzi M de FS de, Silveira FG. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado? Revista de Economia Contemporânea [Internet]. abril de 2006;10(1):157–85. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rec/a/RJXpzCqFcYjDPrRQ5w5BDgD/?lang=pt>
9. Andreazzi M de FS de, Ocké-Reis CO. Renúncia de arrecadação fiscal: subsídios para discussão e formulação de uma política pública. Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 2007 [citado 25 de julho de 2021];17(3):521–44. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/physis/a/q7kkq4yMc87GkKmvysSQdRQ/?lang=pt>
10. Machado FG. Renúncia de Arrecadação Fiscal em Saúde no Estado Brasileiro: forma política-jurídica no capitalismo contemporâneo. 2017.

11. Ocké-Reis CO. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 1º de junho de 2018 [citado 25 de julho de 2021];23(6):2035–42. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/fpzPVyhXgvk9SpDLSRxmYqh/?lang=pt>
12. Ocké-Reis COctávio. Renúncia de arrecadação fiscal em saúde: o caso australiano [Internet]. <http://www.ipea.gov.br>. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); 2016 [citado 25 de janeiro de 2021] p. 29–35. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7646>
13. Ocké-Reis CO. Renúncia de arrecadação fiscal em saúde no Brasil: eliminar, reduzir ou focalizar? Em: *Brasil em Desenvolvimento (BD)* [Internet]. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); 2014 [citado 25 de janeiro de 2021]. p. 259–74. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3586>
14. Brasil. CGU avalia Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer no SUS [Internet]. 2018 [citado 19 de setembro de 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/noticias/2018/06/cgu-avalia-politica-nacional-de-prevencao-e-combate-ao-cancer-no-sus>
15. Brasil, Controladoria-Geral da União (CGU). Relatório de Auditoria Anual de Contas - Secretaria de Atenção à Saúde, Exercício 2017. 2017;310. Disponível em: <https://eaud.cgu.gov.br/relatorios/download/856995>
16. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência T e IE, Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde APPMS. Brasília; 2018.
17. Luiz V, Andrea L, Michael J. Gastos Tributarios: La reforma pendiente. Cepal. 2012;30.
18. Ronie Sá-Silva J, Domingos De Almeida C, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. 2009; Disponível em: www.rbhcs.com
19. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. Atlas E, organizador. São Paulo; 2012.
20. Longinotti FP. Los gastos tributarios en los países miembros del CIAT [Internet]. *Tributarias CCI de A*, organizador. 2019. 49 p. Disponível em: <https://biblioteca.ciat.org/opac/book/5685>
https://www.ciat.org/Biblioteca/DocumentosdeTrabajo/2019/DT_06_2019_pelaez.pdf
21. CIAT. Manual de Boas Práticas na medição de Gastos Tributários: Uma experiência Iberoamericana | OPAC - CIAT [Internet]. 2011 [citado 22 de novembro de 2022]. Disponível em: <https://biblioteca.ciat.org/opac/book/5378>
22. Longinotti FP. Dimensiones de los Gastos Tributarios: Una exploración de segundo nivel en la Base de Datos de Gastos Tributarios del CIAT [Internet]. 2021 [citado 26 de fevereiro de 2021]. Disponível em: https://www.ciat.org/ciatblog-dimensiones-de-los-gastos-tributarios/?utm_source=WebBlog&utm_medium=ActiveCampaign&utm_campaign=dimensiones-de-los-gastos-tributarios&utm_content=febrero2021
23. Alink M, van Kommer V. Manual de Administración Tributaria. CIAT - Centro Interamericano de Administraciones Tributarias; IBFD - International Bureau of Fiscal Documentation [Internet].

- 2011 [citado 25 de julho de 2021]; Disponível em:
https://www.ciat.org/Biblioteca/DocumentosTecnicos/Espanol/2011_CIAT_IBFD_manual_administracion_tributaria_esp.pdf
24. Gerbase L. Gastos Tributários e Justiça Fiscal na América Latina: Recomendações de Instituições Financeiras Internacionais e Organizações da Sociedade. janeiro de 2020;1–14.
25. INESC. Princípios de Direitos Humanos na Política Fiscal [Internet]. INESC - Instituto de Estudos Socioeconômicos, Derechos y Política Fiscal; 2021 maio [citado 12 de junho de 2022] p. 66. Disponível em: www.derechosypoliticassocia.org
26. FMI. Manual de Transparência Fiscal [Internet]. Fundo Monetário Internacional (FMI); 2007 [citado 1º de agosto de 2021]. Disponível em:
<https://www.imf.org/external/np/fad/trans/por/manualp.pdf>
27. Castagna RA. O direito financeiro dos gastos tributários [Internet]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo; 2021. Disponível em:
<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2133/tde-24032021-184943/>
28. Pellegrini JA. Gastos (benefícios) tributários. Senado Federal, Instituição Fiscal Independente (IFI) [Internet]. 2018 [citado 25 de julho de 2021];(17). Disponível em:
<https://www12.senado.leg.br/ifi/pdf/nota-tecnica-no-17-gastos-beneficios-tributarios-jun-2018>
29. DeCS/MeSH. Isenção Fiscal [Internet]. DeCS/MeSH - Descritores em Ciências da Saúde. 2021 [citado 22 de agosto de 2021]. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=33207>
30. Ocké-Reis CO. Gasto privado em saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. julho de 2015;31(7):1351–3. Disponível em:
<http://www.scielo.br/j/csp/a/nwDGzwrZn8rSRV8Mdvsv37P/?lang=pt>
31. Brasil, Senado Federal. Projeto de Lei do Senado nº 155/2015 - Senado Federal - Acrescenta dispositivos na Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, para disciplinar os benefícios tributários. [Internet]. Projeto de Lei do Senado. 2015 [citado 1º de maio de 2022]. Disponível em:
<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/120283>
32. Brasil, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 - Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. [Internet]. 2000 [citado 5 de março de 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm
33. Abrucio FL. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. Revista de Administração Pública [Internet]. 2007 [citado 1º de maio de 2022];41(SPE):67–86. Disponível em:
<http://www.scielo.br/j/rap/a/4MzHG77HTWjV7BPjYL7mcGg/abstract/?lang=pt>
34. Arretche M. Continuidades e discontinuidades da Federação Brasileira: de como 1988 facilitou 1995. Dados [Internet]. 2009 [citado 1º de maio de 2022];52(2):377–423. Disponível em:
<http://www.scielo.br/j/dados/a/FGXpbby356B3zhDwgGtf4Qj/?lang=pt>

35. Brasil, Câmara dos Deputados, Centro de Documentação e Informação. Resolução nº 17, de 1989 - Aprova o Regimento Interno da Câmara dos Deputados. RICD atualizado até RCD 21-2021. 1989.
36. Brasil, Presidência da República, Secretaria-Geral, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.983, de 3 de abril de 2020 - Altera a Lei nº 13.898, de 11 de novembro de 2019, que dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e a execução da Lei Orçamentária de 2020. [Internet]. 2020 [citado 12 de dezembro de 2021]. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Lei/L13983.htm#art3
37. Brasil. Lei nº 13.898, de 11 de novembro de 2019 - Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e a execução da Lei Orçamentária de 2020 e dá outras providências. [Internet]. Planalto. 2019 [citado 19 de setembro de 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13898.htm
38. Brasil. Lei Complementar nº 141/2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os [Internet]. Legislação. 2012 [citado 19 de setembro de 2021]. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm
39. Brasil, Controladoria-Geral da União (CGU). Relatório de Avaliação - Secretaria Executiva - Ministério da Saúde, Exercício 2019. 2020; Disponível em:
<https://eaud.cgu.gov.br/relatorios/download/873241>
40. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. 2020 [citado 19 de setembro de 2021]. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
41. Ocké-Reis CO, Fernandes AMP. Descrição do gasto tributário em saúde: 2003 a 2015. Nota Técnica / IPEA Disoc [Internet]. 2018;17. Disponível em:
http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8586/1/NT_48_Disoc_Descrição.pdf
42. Brasil. Ministério da Saúde. O impacto da PEC nº 241/2016 no financiamento do setor saúde. [Internet]. Brasília: Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID); 2016 jun [citado 25 de maio de 2020] p. 7. Report No.: Nota Técnica nº 055/2016/DESID/SE/MS. Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/06jun27_PEC_241_2016_pode_acabar_SUS_alterta_CNS.html
43. Orair RO, Siqueira F de F. Investimento público no Brasil e suas relações com ciclo econômico e regime fiscal [Internet]. 2018 [citado 3 de agosto de 2021]. Disponível em:
<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ecos/article/view/8657079>
44. Vieira FS. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate [Internet]. junho de 2016;40(109):187–99. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/0103-1104201610915>

45. Vieira FS, Benevides RP de S e. Os Impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Nota Técnica n 28 (Disoc) : Os Impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil [Internet]. setembro de 2016 [citado 18 de agosto de 2022]; Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7270>
46. Vieira FS, Piola SF, Benevides RP de S. Controvérsias sobre o Novo Regime Fiscal e a apuração do gasto mínimo constitucional com saúde. <http://www.ipea.gov.br> [Internet]. 2018 [citado 4 de fevereiro de 2022]; Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9401>
47. Viana AL, Baptista TWF. Análise de Políticas de Saúde. Em: Giovanella L, S E, Lobato L, JC N, AI C, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008. p. 65–105.
48. Brasil, Casa Civil da Presidência da República. Avaliação de Políticas Públicas: Guia prático de análise ex ante. Vol. 1 - Cartilha. 2018;202.
49. Cunha CGS da. Avaliação de políticas públicas e programas governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil [Internet]. Revista Estudos de Planejamento, ed.12, Planejamento e Gestão em Perspectiva. 2018 [citado 27 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://revistas.dee.spogg.rs.gov.br/index.php/estudos-planejamento/article/view/4298>
50. Arretche M. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? Dados [Internet]. 2010 [citado 1º de maio de 2022];53(3):587–620. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/dados/a/Lrm7KQHYssvHZk6GmRrnfF/?lang=pt>
51. Arretche M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2003 [citado 1º de maio de 2022];8(2):331–45. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/V7vhj4b34zhmMZ8YcWcYDJy/abstract/?lang=pt>
52. Brasil. Decreto nº 9.834, de 12 de junho de 2019 - Institui o Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas. [Internet]. 2019 [citado 19 de setembro de 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9834.htm
53. WHO - World Health Organization. WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all [Internet]. WHO report on cancer. 2020 [citado 4 de fevereiro de 2022]. p. 1–160. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330745>
54. World Health Organization. WHA70.12 - Cancer prevention and control in the context of an integrated approach [Internet]. World Health Organization (WHO); 2017 maio. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_R12-en.pdf
55. Brasil. Saúde Brasil 2021: Uma análise da situação de saúde e da qualidade da informação. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis; 2021.

56. Brasil, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Medida Provisória nº 563, de 3 de abril de 2012 - Institui o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica [Internet]. 2012 [citado 1º de março de 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/mpv/563.htm
57. Brasil, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.988, de 17 de abril de 2013 - Regulamenta 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 c [Internet]. 2013 [citado 1º de março de 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7988.htm
58. Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 5 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. [Internet]. 2017 [citado 1º de março de 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html
59. Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 2 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. [Internet]. 2017 [citado 1º de março de 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html
60. Brasil, Presidência da República, Secretaria-Geral, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.169, de 6 de outubro de 2015 - Altera, dentre outras leis, a Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012 [Internet]. 2015 [citado 1º de março de 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13169.htm
61. Jordan G, Silva A, Claro PD. Análise dos impactos da coordenação do PRONON. Em Florianópolis: 19º Congresso Brasileiro de Sociologia; 2019.
62. Santos LC. Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON): análise descritiva de 2013 a 2015. - Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Programa de Pós-Graduação em Economia; 2017. p. 1–45.
63. Brandt A, Moreira E, Monteiro R, Fava V. Modelos do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas / PCD). Rio de Janeiro/RJ: FIOCRUZ; 2021.
64. Campos R de F. Direito sanitário global: temas, atores e processos. Revista de Direito Sanitário [Internet]. 9 de março de 2017 [citado 17 de maio de 2022];17(3):39–57. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/127775>
65. Fortes PA de C, Ribeiro H. Saúde Global em tempos de globalização. Saúde e Sociedade. 2014;23(2):366–75.
66. Aith F, Campos R de F. Para além da COVAX: as diferentes alternativas para acesso a vacinas contra a Covid-19. 2020.

67. Fortes PA de C. Refletindo sobre valores éticos da saúde global. *Saúde Soc* [Internet]. 2015;24(supl.1):152–61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&
68. OECD. Best Practice Guidelines – Off Budget and Tax Expenditures. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD); 2004.
69. Oliveira IP de, Moroni JA, Beghin N. Metodologia Orçamento & Direitos: Referenciais Políticos e Teóricos [Internet]. Brasília, DF: Instituto de Estudos Socioeconômicos - INESC; 2017 [citado 12 de junho de 2022]. 112 p. Disponível em: <https://www.inesc.org.br/metodologia-orcamento-direitos-2018/>
70. Brasil. CONASS. Um estudo sobre a alocação de recursos: um passo em direção à equidade. Em: *Gestão e financiamento do Sistema Único de Saúde* [Internet]. Brasília: CONASS; 2008. p. 135–47. (Conass documenta; vol. 14). Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/caderno-conass-documenta-n-14/>
71. Duarte CMR. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2000 [citado 5 de agosto de 2022];5:443–63. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/753YvcPRtSR3vFVhwjqxvtp/?lang=pt>
72. Brasil. Presidência da República. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [Internet]. set 19, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
73. Giovanella L, Escorel S, Lobato L de VC, Noronha JC de, Carvalho AI de. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil [Internet]. Editora FIOCRUZ; 2012 [citado 7 de abril de 2022]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/politicas-e-sistema-de-saude-no-brasil>
74. Escorel S. Equidade em saúde. Em: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde - 2ª edição* [Internet]. 2º ed Rio de Janeiro/RJ: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV); 2008 [citado 6 de abril de 2022]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/dicionario-da-educacao-profissional-em-saude-segunda-edicao-revista-e-ampliada>
75. Nunes A, Santos JRS, Barata RB, Vianna SM. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento [Internet]. Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001 [citado 6 de abril de 2022]. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9027>
76. Andreazzi M de FS de, SicSú B, Holguin T. Gastos tributários relacionados ao consumo de atenção privada à saúde: contribuição ao debate sobre políticas de financiamento. *São Paulo em Perspectiva*. 2008;(1):137–51.
77. Lobato L de VC, Giovanella L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. Em: *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Fiocruz; 2012. p. 89–120.
78. Carnut L, Mendes Á, Leite MG. Metodologias para alocação equitativa de recursos financeiros em saúde: uma revisão integrativa. *Saúde debate* [Internet]. 16 de novembro de 2020 [citado 11 de

julho de 2022];44:902–18. Disponível em:
<http://www.scielo.br/j/sdeb/a/QX3G5qzmksjDMjFSjb6Ygnj/abstract/?lang=pt>

79. Smith PC. Resource allocation and purchasing in the health sector: the English experience. *Bulletin of the World Health Organization* [Internet]. novembro de 2008 [citado 13 de julho de 2022];86(11):884–8. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/270316>
80. Porto S, Martins M, Travassos C, Viacava F. Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. junho de 2007 [citado 13 de julho de 2022];23(6):1393–404. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600014&lng=pt&tlng=pt
81. Porto SM. Equidade na distribuição geográfica de recursos em saúde: uma contribuição para o caso brasileiro. *Escola Nacional de Saúde Pública*; 1997.
82. Vaitsman J. *Sistemas Híbridos de Saúde* [Internet]. 2019 [citado 22 de novembro de 2020]. Disponível em: <http://cebes.org.br/biblioteca/sistemas-hibridos-de-saude-uma-analise-comparada-internacional-de-politicas-de-protecao-e-equidade/>
83. Ugá MAD, Lima SML. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços a saúde. *A saúde no Brasil em 2030: estrutura do financiamento e do gasto setorial - Vol. 4*. 2013. 135–168 p.
84. Battesini M, Andrade CLT de, Seta MHD. Financiamento federal da Vigilância Sanitária no Brasil de 2005 a 2012: análise da distribuição dos recursos. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2017;22(10):3295–306. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&
85. Vieira FS, Zucchi P. Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública* [Internet]. outubro de 2011 [citado 13 de julho de 2022];45:906–13. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rsp/a/ZsmvwSnCFvKr8gDfb44Y5kK/?lang=pt>