



**Conselho de
Monitoramento e
Avaliação de
Políticas Públicas**

Relatório de Recomendações

**Aposentadoria por Moléstia
Grave ou Acidente**

Ciclo 2020

Política	Aposentadoria por Moléstia Grave ou Acidente.
Comitê e Ciclo CMAP	CMAS/2020
Coordenador e Executor da Avaliação	IPEA
Supervisor da Avaliação	Secap/ME

Sumário Executivo

1. A concessão de isenção do IRPF sobre aposentadorias e pensões de portadores de moléstias graves foi prevista no inciso XIV do art. 6º da lei nº 7.713 de 1988, tendo sido, posteriormente, incorporadas novas moléstias. O uso do termo moléstias graves não é adequado para delimitar doenças cujos portadores podem ser beneficiados pela isenção. Ademais, a lista das ditas moléstias traz além de doenças (enfermidade ou estado clínico que represente ou possa representar um dano significativo ao portador), o chamado agravo, cuja abrangência é maior que a doença (qualquer dano à integridade física, mental e social do indivíduo provocado por acidentes, intoxicações, abuso de drogas ou lesões). Em razão disso a relação entre as moléstias discriminadas na lei e o código internacional de doenças não é direto, com algumas das chamadas moléstias não tendo correspondência por serem claramente agravos e outras cobrindo um amplo leque de doenças, algumas que não podem ser consideradas graves. Tal situação, ou seja, a não associação entre as moléstias e as definições técnicas (médicas) empregadas implica, primeiramente, judicialização do processo de concessão e, por fim, flexibilização na concessão do benefício.
2. A falta de rigor na definição das doenças objeto da concessão e a não normatização da lei relacionando as moléstias discriminadas a códigos de doenças e, portanto, à delimitação clínica da doença, associadas à permissão estendida a todos médicos do setor público – e não somente peritos – para emissão da declaração da morbidade tornaram pouco rigorosa a concessão do benefício. Não se encontra razão para que não se tenha adotado procedimento semelhante ao realizado pela previdência social para a concessão de benefícios ligados a doença, acidente de trabalho e invalidez, como o Nexo Técnico Epidemiológico. A delimitação das doenças objeto da concessão com seus relativos códigos (CID 10) é fundamental para que a concessão se dirija àqueles que clinicamente são portadores dessas moléstias.
3. A população beneficiada, entre 2008 e 2017, esteve entre 491.283 e 707.490, com o gasto tributário do benefício passando de R\$ 10,6 bilhões, em 2008, para 14,6 bilhões, em 2017 em valores de dezembro de 2020. Vale notar que no último ano calendário com o dado disponível, 2017, se ultrapassou a marca de 700 mil declarantes beneficiários. As previsões da Receita Federal para os anos de 2018 a 2020 mostram um incremento do gasto da ordem de R\$ 1 bilhão, situando-se ao redor de R\$ 16 bilhões anuais.
4. Pode-se afirmar que o espírito da lei era salvaguardar a renda de aposentadorias das pessoas acometidas pelas moléstias em razão dos gastos que o tratamento da doença e/ou dos cuidados que algumas delas implicam. Isso porque, parte das moléstias – como dito, termo inadequado – elencadas se caracterizam pela cronicidade, continuidade e alto custo no tratamento. A inclusão de doenças que não tem tais características e a não devida delimitação técnica implicam a concessão dos benefícios a portadores de doenças que não implicam pressões de gastos sobre os portadores. E, no caso das chamadas doenças crônicas cobertas pelo benefício, há que se identificar se, de fato, os gastos diretos das famílias se avolumam e colocam em risco a manutenção do orçamento familiar. A observação dos dados das pesquisas de orçamentos familiares e nacionais de saúde, bem como estudos realizados, mostram que o peso dos gastos realizados diretamente pelas famílias com consultas médicas, tratamentos, cirurgias, hospitalização e exames é de pequena importância frente aos gastos públicos e os realizados via planos de saúde.
5. Quando se observa a composição da renda dos declarantes, para o ano calendário de 2017, tem-se outro indicador da inadequação da política à realidade empírica, uma vez que os declarantes contam com outras fontes de renda, reduzindo, assim, os constrangimentos orçamentários que podem ocorrer em função de gastos com o tratamento da doença. Na média das declarações de beneficiários, metade da renda provém da renda isenta por moléstias graves, com cerca de ¼ oriunda de rendas tributáveis – provavelmente do trabalho ou de aposentadorias – e o restante de outras rendas isentas e das tributadas exclusivamente na fonte. Os dados mostram que os beneficiários

que se encontram no topo da distribuição têm nessa fonte uma participação inferior, ou seja, há espaço para se incorporar potenciais pressões no orçamento oriundas dos gastos com as doenças.

6. As informações divulgadas sobre o benefício se reduzem ao valor total da renda isenta e às estimativas do gasto tributário com o benefício, não fazendo parte dos dados constantes do portal da Receita Federal o número de beneficiários, a distribuição deles segundo estratos de renda, a composição dos beneficiários segundo a moléstia e por regime previdenciário – RGPS ou RPPSs. Fica patente, assim, o quanto se pode avançar em termos de transparência do perfil desse gasto. O gasto tributário com o benefício está inscrito no orçamento, se caracterizando como gasto social e, mais especificamente, como transferência indireta de renda para pessoas físicas. Considerando que as transferências públicas diretas de renda são públicas quanto à divulgação dos beneficiários, não há razão para não se dar a mesma transparência às transferências públicas indiretas de renda, como é o caso do benefício em questão. Evidente que, no caso do benefício, a transferência indireta de renda será uma estimativa, haja visto que, com a não existência da isenção, o perfil das declarações provavelmente se alteraria – uma reação do contribuinte no intuito de reduzir o imposto devido com a nova situação.
7. A Avaliação buscou responder às seguintes perguntas:
 - a. Quem são os beneficiários?

Essa questão se desdobra nas seguintes questões: i) onde se localizam na distribuição da renda do universo de declarantes do IRPF; ii) a composição da renda dos beneficiários, ou seja, a renda tributável, a renda tributada exclusivamente na fonte e as rendas isentas; iii) as deduções empregadas pelos declarantes beneficiários; iv) a distribuição dos beneficiários segundo o regime de previdência – RGPS ou RPPSs; v) a composição dos beneficiários segundo a moléstia; vi) o impacto redistributivo do benefício.

Pode-se com esse perfil, estimar, também, o impacto arrecadatário e redistributivo que o fim da isenção poderia acarretar, considerando diferentes cenários em relação a alteração da alíquota de incidência do IRPF.
 - b. Quem são os doentes?

A resposta permitirá apurar qual a participação da população beneficiada no universo de doentes, considerando, para tanto, somente os idosos, dado que o benefício se dirige aos aposentados e pensionistas. Ou seja, busca-se identificar o perfil epidemiológico dessas moléstias, empregando para tanto os boletins epidemiológicos das doenças transmissíveis e de notificação obrigatória, os dados do Instituto Nacional do Câncer e estudos que versam sobre o perfil de algumas das moléstias.
 - c. Quem e quanto se gasta com essas moléstias?

Três categorias de despesas podem ser relacionadas à essas moléstias. A primeira diz respeito aos gastos público com a prevenção e monitoramento dessas doenças que fazem parte das despesas com vigilância epidemiológica.

As outras duas categorias de gasto referem-se aos de caráter terapêutico: a produção ambulatorial e as internações hospitalares. No caso da produção ambulatorial só se tem informações associadas a essas moléstias para o gasto público federal, notadamente para os voltados à alta e média complexidade, uma vez que, no caso dos planos privados, não há a “obrigação” de inscrever qual é a doença que está sendo ambulatorialmente tratada. Já para os gastos com internações, conta-se com os valores dispendidos pelo governo federal e pelos planos privados.
8. Essas três perguntas permitem, de um lado, identificar o público alvo, sua posição na distribuição de renda e sua importância na população idosa portadora dessas moléstias. De outro, avaliar os gastos com o benefício frente aos realizados na prevenção e tratamento dessas doenças pelo setor público e pelos planos privados de saúde. Com isso, pode-se avaliar a pertinência da isenção em termos de cobertura populacional e de apoio aos gastos diretos das famílias.
9. Além dessas três questões, a avaliação buscou analisar as fragilidades tanto da lei como dos procedimentos para a concessão. De uma parte, verificar o grau de aderência entre a definição legal da moléstia e a médico-científica, o que, caso baixo, pode implicar maior flexibilidade na concessão do benefício. De outra parte, analisar se o fato de a emissão do laudo médico não ser exclusiva de peritos público implica maiores riscos morais na concessão do

benefício. Para tanto, a análise dos dados de judicialização e da atuação da fazenda nacional permitirá aferir quão rigorosa ou não é a concessão do benefício.

10. Entre os achados, destacam-se:

- a. No ano calendário 2017 foram beneficiados pela isenção quase 708 mil declarantes do IRPF, somando R\$ 55,5 bilhões o total de aposentadorias e pensões objetos da isenção, o que, segundo estimativas da Receita Federal, resulta em um gasto tributário de R\$ 12,9 bilhões nesse mesmo ano. Chega-se assim a valores médios mensais por declarante da renda isenta e do benefício tributário de R\$ 6.540,04 e R\$ 1.523,21, respectivamente
 - b. Os beneficiários da isenção se concentram no topo da distribuição dos declarantes do IRPF, com 57% dos declarantes com isenção de aposentadorias e pensões por moléstias graves situando-se, segundo os dados do ano calendário 2017, no quinto superior da distribuição da renda total do universo de declarantes. Ou ainda, 1/4 desses beneficiários situam-se entre os 10% mais ricos dos declarantes do IRPF. Considerando que os declarantes do imposto de renda situam-se no quinto superior da distribuição de renda da população adulta (18 anos e mais) com rendimentos, fica patente que o benefício se dirige ao topo da distribuição. Efetivamente, 60% dos beneficiários encontram-se entre os 5% mais ricos da população adulta.
 - c. Para a média dos beneficiários, 50% da renda total provém da renda isenta de aposentadorias e pensões por moléstias graves, com 24% de rendas tributáveis, 8% de rendas tributadas exclusivamente na fonte e 18% de outras rendas isentas. Assim, a renda total média dos beneficiários é o dobro da renda isenta – R\$ 13.115 mensais em 2017. No topo da distribuição da renda dos beneficiários, especificamente entre os 10%, 5% e 1% mais ricos, as participações da renda objeto do benefício dentro do rendimento total desses grupos foram, em 2017, 40%, 31% e 16%, respectivamente. Verifica-se, assim, que os beneficiários contam com outras fontes de rendimento, sendo estas dominantes no topo da distribuição dos beneficiários.
 - d. A alíquota média apurada para o ano calendário de 2017 para o universo de declarantes foi de 5,7%, atingindo o valor máximo no 97º centésimo (10,5%) e se reduzindo até 3,8% no 1% mais rico. No caso dos beneficiários da isenção por moléstia grave, a alíquota média é de 3,4%, com a maior alíquota sendo de tão somente 3,6% no 99º centésimo. Concretamente, enquanto na população total, a maior alíquota (10,5%) se situa no estrato com renda média de R\$ 357 mil reais anuais, no caso dos beneficiários, a alíquota máxima de 3,6% é para a renda média de R\$ 752 mil reais anuais.
 - e. As estimativas dos ganhos arrecadatários com o fim da isenção, baseados nas duas bases recebidas da Receita Federal (de todo o universo de declarantes e do subconjunto dos beneficiários), se situam entre R\$ 6 e R\$ 14 bilhões. Considerando R\$ 10 bilhões como o valor adicional na arrecadação, são quase 4 vezes o que se dispense em vigilância epidemiológica no nível federal e um montante não distante do que se gasta no nível federal com o tratamento e hospitalização dessas doenças.
 - f. Foram examinadas as incidência e prevalência de oito das moléstias graves, as demais não foram analisadas por falta de informação, dada a pequena presença na população. Analisou-se tanto os dados relativos à população como um todo como os relativos à população adulta, dando atenção para o perfil socioeconômico das morbidades, com a escolaridade sendo a variável *proxy* mais empregada. A população idosa (60 ou 70 anos e mais) portadora de HIV/AIDS, Hanseníase, Tuberculose, Cardiopatias graves, Neoplasias malignas, Cegueira, Mal de Parkinson e Nefropatias graves é da ordem 13 milhões de pessoas. Esse número pode estar sendo inflado por dupla contagem de um mesmo indivíduo com mais de uma moléstia, mas também deve se levar em conta a provável existência de grande subnotificação. Assim sendo, tendo em mente esses avisos, a população beneficiada representa tão somente 5,4% do universo de doentes idosos.
 - g. Tuberculose e hanseníase são doenças muito mais prevalentes entre a população de menor escolaridade e, por conseguinte, renda, não estando, em sua maioria, na população de declarantes do IRPF. Com prevalências bem expressivas encontram-se as cardiopatias graves e as nefropatias graves, estimando-se que a população de idosos com essas doenças encontra-se ao redor de 9 milhões de pessoas.
 - h. Os gastos federais destinados à vigilância epidemiológicas encontram-se ao redor de R\$ 2,7 bilhões. Esses gastos se destinam, de modo particular, às ações de prevenção e controle das doenças transmissíveis e de monitoramento das doenças crônicas não transmissíveis e combate aos seus fatores de risco. Impressiona ver a diferença entre esse gasto e o valor da renúncia aqui avaliada, da ordem de R\$ 13 bilhões.
-

- i. Os gastos dos planos de saúde com internações ligadas à essas moléstias totalizaram, em 2019, quase R\$ 10 bilhões, respondendo por 1/5 do total dispendido com internações hospitalares. Já os gastos federais com internações hospitalares com essas moléstias atingiram, em 2019, R\$ 5,72 bilhões, o que representa cerca de 1/3 de todo o gasto federal com internações hospitalares. Considerando que os gastos federais para o subconjunto da população com 60 anos e mais foram, em 2019, de R\$ 2,95 bilhões, fica patente o peso dos gastos desse grupo populacional no dispêndio federal com internações para essas doenças – 52%. Essa participação é bem superior ao que essa coorte populacional apresenta em relação ao montante global gasto pelo governo federal com internações hospitalares. Os gastos ambulatoriais de média e alta complexidade realizados pelo governo federal relacionados com as doenças objeto do benefício atingiram, em 2019, R\$ 3,61 bilhões.
- j. Assim, os gastos públicos federais com essas moléstias, cuja participação é da ordem de 40% do gasto público total, totalizaram, em 2019, R\$ 9,33 bilhões, valor 38% inferior ao estimado pela Receita Federal como gasto tributário com o benefício – R\$ 15,0 bilhões. Somando-se os valores dispendidos, em 2019, com vigilância epidemiológica chega-se a R\$ 12,12 bilhões. Considerando os gastos com a população de 60 anos e mais com internações e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, tem-se R\$ 4,52 bilhões, em 2019, o que representa 1/3 do gasto tributário. Portanto, grosso modo, o governo federal gasta com 5% dos doentes idosos, que são beneficiários do gasto tributário, 3 vezes mais do que com toda a população de 60 anos e mais portadora dessas doenças.
- k. Os gastos hospitalares dos planos privados de saúde somados aos realizados pelo governo federal em internações e procedimentos ambulatoriais totalizaram, em 2019, cerca de R\$ 20 bilhões.
- l. Foram apurados 3.816 processos monitorados pela PGFN relativos à regra do art. 6º da Lei 7.713/88, que abrangem os seguintes temas/elementos: a necessidade de laudo médico oficial, a comprovação de contemporaneidade dos sintomas, o caso das moléstias contraídas após a concessão da aposentadoria e o termo inicial de solicitação da isenção. Há processos em que um ou mais temas encontram-se presentes, cabendo sublinhar que esses temas listados já estão pacificados na jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça. Ademais, dois Atos Declaratórios da PGFN, nº 3/2016 e nº 5/2016, mostram os reflexos da judicialização, antes mesmo da pacificação, com a primeira afeita ao conceito amplo de cegueira e a segunda relativa a duração do benefício, uma vez que não se requer a continuidade dos sintomas.
- m. O principal tema presente nos processos é a questão do laudo pericial que, atualmente, pode ser emitido por todo médico que tenha alguma atuação junto ao setor público. Assim, abre-se a possibilidade de a isenção ser concedida sem que o paciente faça parte da atenção primária do SUS, ou seja, a porta de entrada no benefício não é necessariamente o setor público, com seus médicos e peritos. Concretamente, do total de processos, esse tema está presente em 59% destes, com as questões relativas à contemporaneidade dos sintomas e ao surgimento da moléstia posteriormente à aposentadoria presentes em, respectivamente, 23% e 20% dos processos.
- n. Dois dados não foram repassados para essa avaliação: a afiliação ao regime de previdência e a distribuição dos beneficiários segundo moléstia. Os dois foram solicitados junto às secretarias da previdência social, ou seja, tanto para o RGPS como para os RPPSs, se obtendo como resposta que não se tem a discriminação desse público por faixas de renda e por doenças, não sendo repassado nem o total de aposentados do RGPS. A Receita Federal informou que não conta com a informação relativa à moléstia. Acredita-se que essa informação poderia ter sido apurada junto à Receita, mas as demandas a ela se concentram em bases sem esse nível de detalhamento.

11. As principais conclusões são:

- a) A lei peca pela imprecisão por não delimitar claramente as doenças as associando com códigos internacionais, tratando-as, inclusive, por moléstias, termo inapropriado para tal tipo de delimitação. De outra parte, essa imprecisão implica não se fazer necessário regulamentar a remissão da doença e sua recidiva. A experiência concreta mostra uma flexibilidade na concessão, com a ampliação da delimitação de doenças (exemplo da cegueira), a concessão continuada apesar da inexistência de sintomas e a permissividade quanto ao médico que emite o laudo.
 - b) O benefício é dirigido à um contingente bastante reduzido frente à estimativa da população idosa portadora dessas moléstias – cerca de 5%. E os beneficiários se localizam no topo da distribuição de renda, com mais de 2/3 deles
-

situados entre os 40% mais ricos do universo de declarantes do IRPF, por si só um conjunto restrito da população. Isso significa que a maior parte das pessoas beneficiadas se encontram nos 5% mais ricos da população adulta com rendimentos.

- c) As pessoas beneficiárias contam, na média, com outras fontes de renda com participação expressiva – na média dos declarantes beneficiados, 50% são provenientes dessas outras fontes. Assim, mesmo que estejam, em função da doença, incorrendo em gastos extraordinários, a maioria tem fontes de renda com importante participação, o que coloca em xeque a hipótese subjacente ao benefício – de que a isenção é necessária a fim de resguardar a renda e, por conseguinte, o orçamento das pessoas portadoras dessas doenças.
 - d) As rendas isentas objeto do benefício concentram-se entre os beneficiários mais ricos, mostrando que o benefício é ainda mais concentrado. Soma-se a isso que, quanto mais ricos os beneficiários, menor a participação da renda isenta objeto do benefício no total da renda. Logo, justamente os beneficiários que possivelmente sofrem menos pressões orçamentais em função das moléstias são aqueles que recebem o maior volume de benefícios.
 - e) Observa-se que o gasto público federal com essas doenças se situa em patamar pouco superior ao gasto tributário com o benefício. E que o valor adicional que se estima arrecadar com o fim da isenção pode colaborar de forma decisiva nos programas e ações de combate a tais doenças, bem como no gasto federal com essas moléstias no SUS.
 - f) Os dados do gasto privado via planos de saúde com internações e o gasto público federal com internações e tratamentos ambulatoriais dessas doenças, associado a estudos acerca da composição dos gastos familiares com saúde, mostram que o gasto direto não é expressivo no tratamento das doenças objeto do benefício.
 - g) Sinteticamente, é mais dinheiro do que os beneficiários podem vir a precisar para cobrir as despesas médicas decorrentes das doenças, se dirige a parcela do topo da distribuição de renda e que conta com muitas outras fontes de rendimentos. É dispendioso o mesmo volume de recursos, que se destina para todos os doentes, para 5% dos doentes que estão entre os 5% mais ricos, sem a garantia de que o benefício se destina aos gastos com a doença.
-

Recomendações

NÚMERO	PERGUNTA	ACHADOS	CONCLUSÕES	RECOMENDAÇÕES
1	<p>O desenho da política está adequado?</p> <p><i>Qual o público beneficiado pela política?</i></p> <p><i>A lei e o processo de concessão contam com consistência técnica ou necessitam ser mais bem regulamentados? Qual o grau de judicialização da concessão?</i></p>	<p>A população beneficiária e a composição dos gastos com essas moléstias apontam para uma política destinada a parcela restrita da população portadora das moléstias a um custo muito elevado. Em 2017, 707.490 declarações constavam com a isenção de aposentadorias e pensões de portadores de moléstias graves. Os estudos apontam que os dados fiscais contemplam ao redor de 15 a 20% dos mais ricos da população adulta com rendimentos. Dado que 68% dos beneficiários encontram-se entre os 40% mais ricos do universo de declarantes, temos que a maior parcela dos beneficiários encontram-se nos 5% mais ricos da população.</p> <p>Verifica-se, ainda, que para média dos declarantes com a isenção, as outras fontes de renda que não a objeto de isenção respondem por metade da renda total. Ou seja, os beneficiários contam com outras fontes de renda, mostrando, em alguma medida, haver espaço orçamentário para os gastos com as moléstias. Vale notar que os 10% beneficiários mais ricos se apropriam de 32% da renda isenta por moléstias graves, sendo que 60% da renda total desse grupo provém de outras fontes que não a isenta.</p> <p>A legislação abre a possibilidade de flexibilidade na concessão ao tratar de modo pouco técnico as doenças e/ou agravos cobertos. Exemplo disso são as decisões da PGFN de se abster de dar prosseguimento a disputa judicial de demandas pela concessão.</p> <p>Continua-se com duas lacunas quanto ao perfil dos beneficiários da isenção que mostram a necessidade de maior transparência nas políticas de gasto tributários via IRPF, ou seja, transferências indiretas de renda. Não se obteve nem da Receita Federal nem da Secretaria da Previdência Social do Ministério da Economia os dados relativos à doença que o beneficiário é portador e a qual regime de previdência é afiliado. Interessante notar que o regime de afiliação deva ser informação disponível já que os “empregadores” emitem o comprovante de rendimentos, onde consta a renda isenta. Já no caso das doenças, as respostas recebidas mostram que não se incorporou essas informações às bases de pagamentos dos regimes previdenciários.</p>	<p>Considerando ser uma política de apoio ao trabalhador – assim inscrito nos grupos de benefícios tributários segundo o setor de atuação do estado – verifica-se que sua população alvo encontra-se no topo da distribuição da renda, ou seja, não se coaduna com a apoio a famílias vulneráveis. E pelos perfis do gasto público e dos planos de saúde com as doenças e da composição da renda dos beneficiários é improvável que seja comum problemas orçamentários em função da moléstia.</p> <p>A lei peca pela imprecisão técnica ao empregar o termo não apropriado de moléstias, por não delimitar claramente a responsabilidade pela emissão do laudo e por não delimitar as situações para a concessão (doença após a aposentadoria e contemporaneidade dos sintomas). Com isso, abriu-se espaço para a judicialização e, dada a postura da PGFN e da Justiça, a flexibilidade na concessão. Ou seja, não há necessidade de perícia, alarga-se o conceito da doença e se pode requerer o benefício a qualquer tempo.</p> <p>Conclui-se que é urgente, caso se preserve a isenção, relacionar as doenças cobertas ao código internacional de doenças, restringindo, assim, a judicialização. O exemplo da melhor normatização na concessão de auxílios por doença e acidentários na previdência com o Nexo Técnico Epidemiológico deve ser seguido no caso da isenção.</p> <p>Não há razão para que as transferências monetárias de renda para pessoas via previdência social, assistência social e servidores públicos não se estenda para as transferências indiretas para pessoas físicas, como as definidas como gasto tributário, e que, por requisito legal, tem de fazer parte da peça orçamentária. Ou seja, é valor estimado pela Receita para que o agregado seja incorporado ao orçamento.</p>	<p>1. À Secretaria Especial da Receita Federal do Ministério da Economia, para: Acompanhar a tramitação do PL 2337/21, que contempla a reforma tributária, visando as possibilidades de reavaliação da política, à luz dos achados.</p>

NÚMERO	PERGUNTA	ACHADOS	CONCLUSÕES	RECOMENDAÇÕES
			A divulgação de dados sintéticos relativos aos beneficiários da isenção – doença, regime de previdência, tipo de benefício previdenciário e faixas de valor da renda – é fundamental para que a sociedade conheça o público a quem se destina tal tipo de benefício.	
2	<p>O objetivo da política está adequado para resolver a situação problemática e responder às necessidades? Outras ações já estão disponíveis para solucionar o problema visado pela política? O programa está atingindo o público-alvo desejado?</p> <p><i>O apoio a pessoas com moléstias graves via isenção de suas aposentadorias e pensões encontra-se em sintonia com as políticas de saúde para esse tipo de moléstia?</i></p> <p><i>Qual a população com essas moléstias graves? Qual o perfil epidemiológico dessas morbidades? Qual a relação entre população idosa (maior de 60 anos) estimada com essas moléstias e o contingente de declarantes beneficiários da isenção?</i></p> <p><i>Quais os programas/políticas públicas de prevenção dos fatores de risco (agravos) dessas doenças?</i></p>	<p>O gasto com o benefício da isenção atingiu R\$ 12,9 bilhões em 2017, enquanto todos os gastos com vigilância em saúde (com destaque para a aquisição de imunobiológicos) e, mais especificamente, para a vigilância epidemiológica, onde se encontram ações e programas que contemplam ou se destinam às moléstias objeto da isenção, atingiram, nesse mesmo ano, R\$ 7,0 e R\$ 2,6 bilhões, respectivamente.</p> <p>Enquanto o gasto tributário com a isenção alcançou, em 2019, quase R\$ 15 bilhões, os gastos hospitalares do SUS e dos planos de saúde com essas moléstias foram, nesse mesmo ano, de R\$ 5,7 e R\$ 9,5 bilhões, respectivamente. Já, no caso dos gastos ambulatoriais, os relativos a alta e média complexidade pelo SUS atingiram R\$ 3,6 bilhões. Ou seja, gasta-se com a isenção para 700 mil beneficiários 80% dos gastos com internações via planos de saúde e dos gastos públicos com internações e procedimentos de alta e média complexidade.</p> <p>A prevalência encontrada para as moléstias que contavam com estudos significava uma população portadora das moléstias da ordem de 72,5 milhões de pessoas, sendo 12,8 milhões idosos. Aqui, mais um descompasso entre doentes e doentes beneficiários, com estes representando pouco mais de 5% da estimativa de doentes idosos.</p>	<p>A relação entre a população beneficiada e a estimativa da população com essas doenças é muito pequena, mas o gasto é muito elevado quando em comparação com os realizados com essas doenças seja pelo setor público seja pelos planos de saúde.</p> <p>Não há razão para se gastar com 5% da população doente com renda média mensal de R\$ 13.115, valor similar ao orçamento público federal voltado para vigilância dessas moléstias e outras não contempladas pela isenção e para internações e tratamentos realizados com pessoas idosas portadoras das moléstias.</p> <p>Na verdade, os dados mostram que o recurso não deve estar sendo despendido com os maiores gastos advindos do tratamento, haja vista que os beneficiários apresentam uma relação entre despesas médicas e renda total superior à da população como um todo em toda a distribuição conjunta de renda.</p>	<p>1. À Secretaria Especial da Receita Federal do Ministério da Economia, para: Acompanhar a tramitação do PL 2337/21, que contempla a reforma tributária, visando as possibilidades de reavaliação da política, à luz dos achados.</p>
3	<p>O custo da política é adequado, dado os benefícios econômicos e sociais gerados para o público-alvo? É possível com os mesmos recursos ampliar o atendimento do público-alvo?</p> <p><i>Qual o custo SUS com essas moléstias? Qual o gasto dos planos com elas? Qual o gasto direto das famílias com essas moléstias?</i></p>	<p>O custo encontra-se em quase R\$ 15 bilhões em 2019 e é, comparativamente a outros gastos – com as moléstias pelos planos e pelo governo federal e com outros benefícios do IRPF (parcela isenta aposentadorias e despesas médicas) –, bastante expressivo, ainda mais tendo-se em conta o reduzido público ao qual é dirigido.</p> <p>Em 2019, os gastos públicos federais relacionados a moléstias foram de R\$ 2,7 bilhões para a vigilância epidemiológica, de R\$ 3,6 bilhões para procedimentos de média/alta complexidade</p>	<p>O custo da política é totalmente inadequado: elevado para um público reduzido e sem ser necessário.</p> <p>Poderia se gerar muito maiores ganhos caso os recursos fossem alocados no gasto público, tanto na prevenção e monitoramento dessas doenças, como na atenção primária e curativa.</p> <p>Os ganhos arrecadatários com o fim da isenção seria uma fonte adicional expressiva para o governo federal, podendo ampliar tanto os gastos com</p>	<p>1. À Secretaria Especial da Receita Federal do Ministério da Economia, para: Acompanhar a tramitação do PL 2337/21, que contempla a reforma tributária, visando as possibilidades de reavaliação da política, à luz dos achados.</p>

NÚMERO	PERGUNTA	ACHADOS	CONCLUSÕES	RECOMENDAÇÕES
	<p><i>Quais são os gastos com assistência saúde dos atuais beneficiários da isenção? Qual seria o impacto líquido do fim da isenção, considerando o perfil do contribuinte, notadamente das deduções em assistência à saúde?</i></p>	<p>com essas doenças e de R\$ 5,7 bilhões com internações hospitalares.</p> <p>Os beneficiários da isenção contam com outras fontes de renda, sendo que 1/4 provêm, na média, de rendimentos tributáveis. As deduções com despesas médicas no grupo de beneficiários é 14,5% da renda tributável e 3,5% da renda total ao passo que para o declarante médio essas participações são de 4,5% e 3,5%, respectivamente. Vale notar que essa relação é ainda maior entre os 20% mais ricos entre os beneficiários, como 20,2% da renda tributável e 3,9% da renda total. Fica patente que os beneficiários deduzem as despesas médicas da renda tributável em parcela expressiva, ou seja, são duplamente beneficiados.</p> <p>Outro dado bastante contundente é a comparação entre a participação das deduções com despesas médicas dos beneficiários sobre o total de despesas médicas e a relativa a beneficiários no universo de declarantes – os beneficiários são 2,4% dos declarantes e respondem por 4,9% das deduções de despesas médicas.</p> <p>Estimaram-se os ganhos arrecadatários entre R\$ 6 e R\$ 14 bilhões, o que representa um volume de recursos expressivo frente ao gasto direto federal via SUS.</p>	<p>vigilância epidemiológica como com os gastos federais no SUS.</p>	
4	<p>Qual o impacto da isenção sobre os serviços do SUS?</p> <p><i>Os gastos SUS (e de planos privados) com as moléstias incorporadas em 1992 (contaminação por radiação e esclerose múltipla), 2004 (hepatopatia) e 2015 (fibrose cística) tiveram alterações na dinâmica? E se sim, pode-se creditar ao benefício?</i></p>	<p>Esse é um gasto público em saúde que como se viu é excessivo, muito concentrado e voltado aos localizado nos 10% mais ricos da população. Além disso, supera e, em muito, os gastos federais com prevenção e tratamento dessas doenças. Portanto, o efeito da isenção é de preservar um gasto SUS per capita baixo, que com esse aporte de recursos poderia melhorar em assistência primária e nos serviços de maior complexidade.</p> <p>Pode-se perguntar o que ocorreria em termos de demanda dos serviços do SUS caso a isenção, como aqui se preconiza, fosse abolida. Essa pergunta não foi possível responder, sendo que a abordagem proposta para tanto era ver as mudanças nos gastos com doenças/moléstias posteriormente incorporadas ao início da lei. Como não se teve acesso aos beneficiários segundo a doença, não foi possível avançar em atender a essa questão.</p>	<p>O valor expressivo do gasto tributário com a isenção, da ordem de R\$ 15 bilhões, poderia ser empregado em gastos diretos em saúde. Esse aporte representaria um incremento de 8,7% nas receitas federais destinadas à saúde pública, empregando-se dados de 2017.</p>	<p>1. À Secretaria Especial da Receita Federal do Ministério da Economia, para: Acompanhar a tramitação do PL 2337/21, que contempla a reforma tributária, visando as possibilidades de reavaliação da política, à luz dos achados.</p>