

**A TRIBUTAÇÃO DAS AUTOGESTÕES E O IMPOSTO SOBRE SERVIÇOS  
(ISSQN): UMA ANÁLISE JURÍDICA E ECONÔMICA**

**THE TAXATION OF SELF-MANAGEMENT AND THE SERVICE TAX (ISSQN): A  
LEGAL AND ECONOMIC ANALYSIS**

*Luiza Sampaio Cabral<sup>1</sup>*

**RESUMO**

O presente artigo tem como objetivo demonstrar a importância das autogestões, entidades sem finalidade lucrativa dedicadas exclusivamente à assistência à saúde dos beneficiários, para o sistema de saúde brasileiro, e discutir a necessidade de uma tributação diferenciada para essas instituições. Este estudo argumenta que as autogestões não devem ser equiparadas às operadoras mercantis para fins de tributação. A análise considera que, apesar de as autogestões realizarem a operacionalização de planos de saúde com recursos provenientes de patrocinadores ou mantenedores, a tributação sobre suas atividades poderia inviabilizar sua operação, uma vez que mais de 90% de seus orçamentos são destinados ao pagamento de despesas assistenciais. Com base nos princípios da Capacidade Contributiva e da Isonomia Tributária, o artigo visa demonstrar que o Tema 581 do Supremo Tribunal Federal (STF) não deve ser aplicado às autogestões. Além disso, o estudo explora a definição de serviços segundo a Suprema Corte, a natureza jurídica das autogestões e os desafios relacionados à apuração da base de cálculo do tributo, evidenciando a necessidade de uma abordagem diferenciada para garantir a continuidade e a eficiência das autogestões.

**Palavras-chave:** Autogestões em saúde, ISSQN, tributação, capacidade contributiva, igualdade tributária.

**ABSTRACT**

This article aims to demonstrate the importance of health self-management entities, non-profit organizations dedicated exclusively to providing health care to their beneficiaries, within the Brazilian health system and to discuss the need for a differentiated taxation approach for these institutions. The study argues that self-management entities should not be equated with commercial operators for taxation purposes. The analysis considers that, although these entities manage health plans with resources from sponsors or maintainers, taxation on their activities could jeopardize their operation, given that more than 80% of their budgets are allocated to paying for health care resources. Based on the principles of Tax Capacity and Tax Equality, the article seeks to show that the STF's Theme 581 should not apply to self-management entities. Additionally, the study explores the definition of services according to the Supreme Court, the

---

<sup>1</sup> advogada pós-graduada em direito público pela Faculdade Unleya, LLM em Direito Corporativo pela Faculdade IBMEC

legal nature of self-management entities, and the challenges related to determining the tax base, highlighting the need for a differentiated approach to ensure the continuity and efficiency of health self-management entities.

**Keywords:** Health self-management, ISSQN, taxation, tax capacity, tax equality.

## 1. INTRODUÇÃO

Apesar de a estruturação e regulamentação do setor de saúde suplementar ter se consolidado apenas com a promulgação da Lei nº 9.656/1998, o sistema privado de saúde sempre desempenhou um papel de grande relevância. Isso se deve ao fato de que o direito à saúde no Brasil não era considerado fundamental, sendo garantido apenas aos trabalhadores formais por meio da previdência social. Os demais cidadãos precisavam pagar por tratamentos ou dependiam de serviços filantrópicos<sup>2</sup>.

A prestação de assistência médica no Brasil iniciou-se com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), voltadas a trabalhadores de empresas específicas. Posteriormente, com as Instituições de Aposentadoria e Pensões (IAPs), o atendimento passou a ser organizado por categorias profissionais. Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a assistência foi estendida a todos os trabalhadores formais, sendo financiada por descontos salariais. Esse processo concentrou grandes recursos nas mãos do Estado, que passou a repassá-los ao setor privado para a contratação de serviços e construção de hospitais, devido ao desinteresse estatal em questões sociais. Como consequência, a saúde privada cresceu exponencialmente, levando ao surgimento das medicinas de grupo e cooperativas médicas, que ofereciam planos por redes próprias ou credenciada<sup>3</sup>.

Com a crise de financiamento da previdência que se iniciou na década de 70, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) adotou várias providências para racionalizar as despesas, o que impulsionou o surgimento do modelo de autogestão<sup>4</sup>.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, estabelecido pela Constituição Federal e consolidado pela Lei Orgânica da Saúde em 1990, teve um impacto profundo ao

---

<sup>2</sup>MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2007.

<sup>3</sup>SILVA, Maria Patrícia da; SILVA, Adilson José da. Gerência em saúde: políticas sociais e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação CECIERJ, 2011. Disponível em: <https://efivest.com.br/wp-content/uploads/2019/03/politicas-sociais-saude.pdf>. Acesso em: 16 set. 2024.

<sup>4</sup>SOUZA, Renilson Rehem de. O sistema público de saúde brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 13. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf). Acesso em: 16 set. 2024.

definir a saúde como um direito universal e integrar as ações do setor público e privado em um sistema descentralizado.

A Nova Constituição Federal não só definiu a saúde como um direito universal e uma obrigação do Estado, como também determinou que deve ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas que reduzam o risco de doenças e outros problemas de saúde, promovendo acesso universal e equitativo aos serviços e ações de promoção, proteção e recuperação, tendo conferido liberdade para a participação da iniciativa privada no setor de saúde.

Nos anos 1990 e 2000, a regulamentação da saúde suplementar avançou com a aprovação da Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98), que conceitualizou as operadoras de planos de saúde, estabeleceu padrões mínimos de cobertura, fixou critérios para a entrada, o funcionamento e a saída de empresas no setor, e transferiu para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a responsabilidade pela regulação e pela fiscalização destas empresas privadas, tanto nos aspectos assistenciais como naqueles ligados à atividade econômica.

Conforme o artigo 1º da Lei nº 9.656/98, as operadoras de planos de saúde foram denominadas como pessoas jurídicas constituídas sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de planos de saúde. Para regulamentar a aplicação dessa norma, a ANS publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 39/2000, que estabeleceu os segmentos atuantes no setor de saúde suplementar como administradoras, cooperativas médicas e odontológicas, autogestões, empresas de medicina e odontologia de grupo, seguradoras e entidades filantrópicas<sup>5</sup>.

## **2. AS AUTOGESTÕES**

As autogestões são entidades sem fins lucrativos, constituídas sob a modalidade de associação ou fundação, que têm como objetivo fornecer assistência à saúde para um grupo definido de pessoas, geralmente vinculado por relação empregatícia ou estatutária, incluindo a possibilidade de extensão a ex-funcionários, aposentados, pensionistas e familiares previamente estabelecidos<sup>6</sup>. Assim, destaca-se que a sua principal característica é o fato dos planos de saúde

---

<sup>5</sup>BRASIL. Resolução de Diretoria Colegiada ANS nº 39, de 27 de outubro de 2000. Art. 2º, inciso II. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=Mzgw>. Acesso em: 16 set. 2024.

<sup>6</sup>BRASIL. 2006. Resolução Normativa ANS nº 137, de 14 de novembro. Art. 2º, inciso II. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=MTEwNw==>. Acesso em: 16 set. 2024.

por elas geridos não estarem à disposição dos consumidores em geral, mas apenas a um grupo restrito<sup>7</sup>.

As autogestões se diferenciam de acordo com a sua forma jurídico-institucional. Quando a gestão da assistência se dá por intermédio do departamento de recursos humanos das empresas ou órgão assemelhado essas são classificadas em Autogestão por RH. Nesta modalidade, qualquer desequilíbrio financeiro é de responsabilidade da empresa empregadora<sup>8</sup>. Se a gestão da assistência se der por entidades paralelas com personalidade jurídica própria, essa deverá possuir estatuto próprio e sua gestão é feita por seus associados. Neste contexto, as autogestões podem ser classificadas em patrocinadas ou mantidas.

As Autogestões Patrocinadas são entidades privadas nas quais o patrocinador (ente público ou privado) é corresponsável pelo custeio dos planos de benefícios de sua patrocinada, por meio da constituição das garantias financeiras mediante convênio de adesão. Por outro lado, as Autogestões Mantidas consistem em pessoas jurídicas de direito privado que estão vinculadas a uma entidade pública ou privada mantenedora, a qual assume os riscos decorrentes da operação por meio da celebração de um termo de garantia.

O financiamento das autogestões é estruturado de forma compartilhada entre o empregador, mantenedor ou patrocinador, e os beneficiários. Em geral, essa divisão é proporcional aos rendimentos dos beneficiários, com os valores descontados diretamente da folha de pagamento<sup>9</sup>.

Assim, as autogestões são caracterizadas como entidades de natureza mutualista, nas quais os membros não apenas usufruem dos serviços, mas também contribuem para a sustentabilidade da própria entidade, fundamentando-se em uma lógica de cooperação. Nesse contexto, em caso de sinistro, o custo é diluído entre todos os beneficiários.

O mutualismo adota a premissa de que muitos contribuem para que alguns poucos utilizem os serviços quando necessário, equilibrando, assim, o acesso entre os beneficiários que utilizam e aqueles que não utilizam os serviços no curto prazo<sup>10</sup>. Essa estrutura visa balancear

---

<sup>7</sup>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Manual de tópicos da saúde suplementar para o programa parceiros da cidadania. Rio de Janeiro: ANS, 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-lanca-publicacao-sobre-regras-do-setor-de-planos-de-saude/copy5\\_of\\_ManualdeTpicosdaSadeSuplementar.pdf](https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-lanca-publicacao-sobre-regras-do-setor-de-planos-de-saude/copy5_of_ManualdeTpicosdaSadeSuplementar.pdf). Acesso em: 16 set. 2024.

<sup>8</sup>BRASIL. 2006. Resolução Normativa ANS nº 137, de 14 de novembro. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=MTEwNw==>. Acesso em: 16 set. 2024.

<sup>9</sup>BAHIA, Lígia. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n.2, p. 329-339, 2001.

<sup>10</sup>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Manual de tópicos da saúde suplementar para o programa Parceiros da Cidadania. Rio de Janeiro: ANS, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt->

os custos com base na faixa etária, de modo que os beneficiários mais velhos, que geram despesas mais elevadas, tenham acesso assegurado pelos contribuintes mais jovens, que, embora apresentem menor risco de utilização, pagam valores superiores ao custo correspondente ao seu perfil etário.

A contraprestação financeira dos beneficiários pode ser definida de duas formas: pré-estabelecida, com valores definidos antes da utilização das coberturas, ou pós-estabelecida, calculada após as despesas. Nos planos médico-hospitalares, o cálculo pós-estabelecido aplica-se apenas a contratações coletivas, nas modalidades de: 1) rateio, em que a operadora ou entidade contratante divide o total das despesas assistenciais entre todos os beneficiários; 2) custo operacional, em que a operadora repassa as despesas à entidade contratante, sem repasse direto ao beneficiário; e 3) misto, modalidade permitida exclusivamente para planos odontológicos, conforme Resolução Normativa nº 59/2003.

Além do valor da mensalidade, os planos de saúde podem aplicar um fator moderador no qual o beneficiário contribui com parte do custo de cada procedimento. Esse mecanismo pode assumir as formas de coparticipação direta ou franquia<sup>11</sup>.

No Brasil, atualmente, existem 667 operadoras de planos de saúde ativas que oferecem assistência a 51,4 milhões de beneficiários, dentre os quais 3.9 milhões são beneficiários de operadoras constituídas na modalidade de autogestão<sup>12</sup>.

Em razão de não possuírem o lucro como objetivo, tais instituições não devem ser equiparadas às mercantilistas. A própria legislação, como a Lei nº 9.656/1998, prevê um tratamento diferenciado para as autogestões, assim como a Resolução Normativa nº 137/2006, que trata de regras específicas para a constituição de garantias financeiras.

As autogestões têm se consolidado como uma alternativa viável para a assistência à saúde no Brasil, proporcionando coberturas mais amplas a custos acessíveis, adequados à

---

br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-lanca-publicacao-sobre-regras-do-setor-de-planos-de-saude/copy5\_of\_ManualdeTpicosdaSadeSuplementar.pdf. Acesso em: 16 set. 2024. p. 81.

<sup>11</sup> BRASIL. Resolução nº 8 do Conselho de Saúde Suplementar, de 03 de novembro de 1998. Art. 2º, Inciso VIII. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=MzA3>. Acesso em: 29 set. 2024.

<sup>12</sup>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Sala de situação. Disponível em: [https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/sala-de-situacao.html](https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html). Acesso em: 16 set. 2024.

realidade socioeconômica do país. Além disso, essas entidades destinam especial atenção à promoção da atenção primária à saúde de seus beneficiários<sup>13</sup>.

Dada a relevância das autogestões no sistema de saúde suplementar e sua natureza jurídica única, o regime tributário aplicado a essas entidades deve considerar suas particularidades. É essencial que o sistema tributário reconheça as diferenças entre as operadoras de saúde com fins lucrativos e autogestões, a fim de cumprir adequadamente os objetivos constitucionais de promoção da saúde e desenvolvimento social.

As autogestões, por não competirem economicamente com outras operadoras de saúde, devem receber um tratamento diferenciado, incluindo incentivos tributários e benefícios fiscais, devido à sua conexão estreita com os contratos de trabalho. No entanto, a Lei Complementar nº 116/2002 foi genérica ao tratar da cobrança do ISSQN sobre a “operacionalização de planos”, desconsiderando as particularidades das autogestões. Isso tem gerado controvérsias sobre a aplicação da lei, o sujeito ativo da obrigação tributária, o fato gerador e a base de cálculo.

### **3. A TRIBUTAÇÃO DAS AUTOGESTÕES**

Para a verificação da sujeição tributária das autogestões, primeiramente, é importante reiterar que essas consistem em entidades sem fins lucrativos, podendo ser constituídas como associações ou fundações. Como não visam lucro, os recursos financeiros obtidos são destinados exclusivamente à manutenção e melhoria de suas atividades, além do pagamento de seu quadro funcional, conforme o objetivo social previsto no Estatuto Social, conforme estabelece o § 3º do art. 10 da Lei 9.718 de 1998.<sup>14</sup>

Para calcular os recursos necessários à garantia dos serviços de assistência à saúde (Capital Regulatório), é essencial estimar o montante a ser constituído para assegurar as obrigações futuras das operadoras, utilizando as Provisões Técnicas<sup>15</sup>. Essas provisões

---

<sup>13</sup>FIGUEIREDO, Alexandre V. Curso de Direito de Saúde Suplementar, 2ª edição. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2012. E-book. ISBN 978-85-309-4305-9. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-309-4305-9/>. Acesso em: 16 set. 2024.

<sup>14</sup>BRASIL. Lei nº 9.718, de 10 de dezembro de 1998. Art. 10, § 3º. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19718.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19718.htm). Acesso em: 17 set. 2024.

<sup>15</sup>BRASIL. Resolução Normativa ANS nº 574, de 28 de fevereiro de 2023. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDM2Mg==>. Acesso em: 17 set. 2024.

representam valores contabilizados no passivo, refletindo as obrigações esperadas da operação de planos privados de assistência à saúde<sup>16</sup>.

Os ativos garantidores são recursos financeiros vinculados às provisões técnicas das autogestões, destinados a cobrir os riscos associados a essas provisões, caso se concretizem em despesas futuras. A principal função desses ativos é garantir a sustentabilidade financeira e a continuidade das operações da autogestão, prevenindo que imprevistos comprometam a prestação de serviços de saúde aos beneficiários.

A ANS determina que esses recursos sejam aplicados de forma conservadora, com liquidez e segurança suficientes para cumprir com as obrigações de curto e médio prazo da entidade. Assim, do ponto de vista contábil, o ativo garantidor é parte do patrimônio da entidade, aparecendo no balanço como um item de segurança financeira, mas não como receita ou despesa direta.

As receitas das autogestões, devido à sua natureza não lucrativa, incluem: I) Contribuições dos Beneficiários, valores pagos pelos usuários do plano; II) Receitas de Coparticipação, valores adicionais para procedimentos; III) Aportes das Entidades Patrocinadoras, garantias financeiras; IV) Receitas de Investimentos, provenientes dos ativos garantidores; e V) Repasses Financeiros da Mantenedora, para cobrir as despesas do plano.

As despesas se dividem em: I) Despesas Operacionais Administrativas, que abrangem o pagamento de prestadores de serviços (hospitais, médicos, laboratórios) contratados pela operadora, parte das quais é recuperada por coparticipações; II) Despesas Operacionais Assistenciais, que incluem custos com recursos humanos e infraestrutura para a operação do plano; III) Tributos e Encargos Sociais, que são os impostos e encargos devidos pela operadora<sup>17</sup>.

É importante ressaltar que as autogestões não têm imunidade tributária, pois não se enquadram nas exceções previstas na Constituição Federal. Assim, a sujeição ao pagamento de tributos sobre operações, atividades, receitas e resultados depende da interpretação dos princípios constitucionais e da aplicação das legislações da União, Estados, Municípios e Distrito Federal.

---

<sup>16</sup>BRASIL. Resolução Normativa ANS nº 574, de 28 de fevereiro de 2023. Art. 2º ao art. 4º. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDM2Mg==>. Acesso em: 17 set. 2024.

<sup>17</sup>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Manual de tópicos da saúde suplementar para o programa parceiros da cidadania. Rio de Janeiro: ANS, 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-lanca-publicacao-sobre-regras-do-setor-de-planos-de-saude/copy5\\_of\\_ManualdeTpicosdaSadeSuplementar.pdf](https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-lanca-publicacao-sobre-regras-do-setor-de-planos-de-saude/copy5_of_ManualdeTpicosdaSadeSuplementar.pdf). Acesso em: 16 set. 2024.

Após uma breve introdução sobre a natureza jurídica, o funcionamento e as operações realizadas pelas operadoras de planos de saúde na modalidade de autogestão, é importante detalhar os tributos incidentes e seus respectivos fatos geradores. No âmbito federal, o art. 15 da Lei nº 9.532/1997 concede isenção do Imposto de Renda de Pessoa Jurídica (IRPJ) e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) às instituições de caráter filantrópico, recreativo, cultural, científico e às associações civis sem fins lucrativos. Essa isenção é válida desde que os serviços sejam prestados em conformidade com seus objetivos institucionais e destinados ao público previsto, cumprindo os requisitos do artigo 12, §§ 2º e 3º dessa lei.

Além disso, a Medida Provisória nº 2.158-35/2001, em seu art. 14, inciso X, também prevê isenção da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) para essas entidades, fortalecendo o regime tributário diferenciado que reconhece a natureza não lucrativa dessas instituições e o seu papel social<sup>18</sup>.

No que se refere às Contribuições para o Programa de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP), o artigo 13, inciso IV, da Medida Provisória nº 2.158-35/2001 estabelece uma regra específica de apuração para as associações civis sem fins lucrativos mencionadas no artigo 15 da Lei nº 9.532/97. Nessas entidades, como as autogestões, o cálculo da base de incidência do PIS/PASEP é desvinculado do faturamento e calculado pela alíquota de 1% sobre o total da folha de salários mensal.

Adicionalmente, de acordo com a Lei Complementar nº 116/2003, o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN) incide sobre a prestação de serviços de operacionalização de planos de saúde. Contudo, não há previsão de tratamento diferenciado para as autogestões, o que vai de encontro à lógica tributária de outros tributos que reconhecem suas especificidades. Essa ausência de norma coloca em risco a sustentabilidade dessas entidades, já que os fiscos municipais e a jurisprudência, fundamentados na tese fixada pelo STF (Tema 581), têm exigido o recolhimento do ISSQN.

Apesar da inexistência de isenção formal para o ISSQN, há fundamentos jurídicos, econômicos e sociais que justificam sua concessão às autogestões, conforme será analisado a seguir.

---

<sup>18</sup>BRASIL. Medida Provisória nº 2.158-35, de 24 de agosto de 2001. Art. 14, Inciso X. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/CCivil\\_03/MPV/2158-35.htm](https://www.planalto.gov.br/CCivil_03/MPV/2158-35.htm). Acesso em: 24 set. 2024.



#### 4. O ISSQN E A ATIVIDADE DE OPERACIONALIZAÇÃO DOS PLANOS

No Brasil, a competência para criar tributos é compartilhada entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, conforme estabelece a Constituição Federal<sup>19</sup>. Cada ente federativo tem a responsabilidade de instituir e arrecadar tributos dentro de sua competência, de modo a atender suas necessidades.

Em relação aos Municípios, o artigo 156 da Constituição atribui a eles a competência para legislar e cobrar o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN)<sup>20</sup>, com exceção dos serviços de transporte interestadual, intermunicipal e de comunicação, que são regulados por outras disposições constitucionais<sup>21</sup>.

A legislação que regula o ISSQN é a Lei Complementar n. 116/2003<sup>22</sup>, que define os aspectos como incidência, fato gerador, contribuintes, base de cálculo, alíquotas máximas e os serviços sujeitos à tributação. Entre esses, destaca-se os itens 4.22 e 4.23, que tratam dos serviços relacionados à operacionalização de planos de saúde, estabelecendo a cobrança do ISSQN sobre tais atividades.

Os itens 4.22 e 4.23 da Lei Complementar n.º 116/2003 geraram intensos debates sobre a constitucionalidade da tributação das operadoras de planos de saúde pelo ISSQN. As operadoras argumentaram que suas atividades principais envolviam obrigações de dar, como a cobertura financeira, e não obrigações de fazer que caracterizam a prestação de serviços. Além disso, compararam os planos de saúde ao seguro-saúde, o qual não está sujeito à incidência do ISSQN, buscando afastar a tributação com base nessa analogia.

O Supremo Tribunal Federal analisou a questão à luz do conceito de prestação de serviços do art. 156, III, da Constituição Federal e da definição de operação de seguro no art. 153, V. Em 29 de setembro de 2016, no julgamento do Tema n.º 581 de Repercussão Geral, o STF rejeitou os argumentos das operadoras e concluiu que "as operadoras de planos de saúde realizam prestação de serviço sujeita ao Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISSQN, previsto no art. 156, III, da CRFB/88"<sup>23</sup>.

---

<sup>19</sup>BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Art. 30. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 25 set. 2024.

<sup>20</sup>BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Art. 156. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 25 set. 2024

<sup>21</sup>BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Art. 155, incisos II e III. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 25 set. 2024.

<sup>22</sup>BRASIL. Lei Complementar n.º 116, de 31 de julho de 2003. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp116.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp116.htm). Acesso em: 25 set. 2024.

<sup>23</sup>BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Plenário). Recurso Extraordinário n.º 651703/PR. Recorrente: Hospital Marechal Cândido Rondon LTDA. Recorrido: Secretário Municipal de Finanças de Marechal Cândido Rondon.

Embora a tese firmada pelo STF possa, à primeira vista, parecer indicar que o ISSQN incide sobre a prestação de serviços de todas as modalidades de operadoras de planos de saúde, tal interpretação não deve ser adotada de forma indiscriminada. É necessário examinar a natureza específica das atividades realizadas para verificar sua adequação ao conceito tributário de prestação de serviços atribuído pela legislação vigente e esposado na decisão do STF.

No julgamento do RE 651703/PR, representativo da controvérsia, o Relator, Ministro Edson Fachin, argumentou que a classificação civilista entre obrigação de dar e obrigação de fazer não deve ser aplicada ao contexto tributário, visto que foge à lógica que o legislador constitucional buscava atingir ao especificar, no texto constitucional, os serviços passíveis de tributação, ou seja, incluir todas as atividades empresariais cujos produtos fossem serviços remunerados no mercado.

Segundo Fachin, o conceito de prestação de serviços está ligado ao “oferecimento de uma utilidade para outrem, a partir de um conjunto de atividades materiais ou imateriais, prestadas com habitualidade e intuito de lucro, podendo estar conjugada ou não com a entrega de bens ao tomador”<sup>24</sup>.

No voto do Ministro Relator, ficou claro que, com base no critério econômico e nos valores da igualdade e da solidariedade, dos quais derivam os princípios da igualdade, capacidade contributiva e solidariedade, o conceito de prestação de serviços para fins de incidência do ISSQN, está vinculado à existência de finalidade lucrativa. Assim, a conclusão lógica é que não há prestação de serviços sujeita ao ISSQN quando não houver finalidade lucrativa.

Entretanto, os tribunais têm aplicado erroneamente o entendimento fixado pelo STF ao determinar que as autogestões, entidades sem fins lucrativos, recolham o ISSQN. Um exemplo disso é a decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ) no recurso especial interposto pela Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) contra o Distrito Federal, no qual o tribunal consignou que a natureza jurídica da entidade de autogestão não

---

Relator: Ministro Luiz Fux. Julgamento em: 29 set. 2016. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=12788517>. Acesso em: 25 set. 2024.

<sup>24</sup>BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Plenário). Recurso Extraordinário nº 651703/PR. Recorrente: Hospital Marechal Cândido Rondon LTDA. Recorrido: Secretário Municipal de Finanças de Marechal Cândido Rondon. Relator: Ministro Luiz Fux. Julgamento em: 29 set. 2016. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=12788517>. Acesso em: 25 set. 2024.

interfere no fato gerador do tributo, pois a capacidade tributária passiva não depende da regular constituição da pessoa jurídica, bastando que haja uma unidade econômica.<sup>25</sup>

Seguindo o entendimento do STJ, o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT) decidiu em processos movidos pela CASSI e pelo Grupo Executivo de Assistência Patronal (GEAP) que essas entidades, apesar de serem autogestões, deveriam recolher o ISSQN<sup>26</sup>. Da mesma forma, o Tribunal de Justiça de São Paulo também tem aplicado o Tema 581 do STF para determinar a obrigatoriedade do recolhimento desse tributo pelas autogestões<sup>27</sup>.

Não se olvida da capacidade passiva das entidades sem fins lucrativos<sup>28</sup>. Ocorre que devido à ausência de finalidade de lucrativa, algumas espécies de tributos não devem incidir, visto a inexistência do fato gerador. Em relação ao ISSQN, a definição de “serviço” adotada determinará a natureza da prestação e, conseqüentemente, a legitimidade da sujeição à tributação.

Neste espeque, a definição de serviço conferida pela Suprema Corte esclarece que o tributo incide apenas sobre aqueles serviços com objetivo lucrativo. Importa consignar que a doutrina pátria há tempos argumenta que o conceito de serviço para fins de incidência do tributo está atrelado à busca por lucro. Nesse sentido, Misabel Derzi elucida a prestação de serviços deve “ser objeto de circulação econômica, executado com objetivo de lucro, excluindo-se os serviços gratuitos ou de cortesia, beneficentes ou a preços baixos, como alimentação servida gratuitamente ou a preço de custo”<sup>29</sup>.

---

<sup>25</sup>BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (Primeira Turma). Recurso Especial nº 1806239/DF. Recorrente: Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil. Recorrido: Distrito Federal. Relator: Ministro Sérgio Kukina. Julgamento em: 13 out. 2021. Disponível em: [https://processo.stj.jus.br/processo/dj/documento/mediado/?tipo\\_documento=documento&componente=MON&sequencial=137173763&tipo\\_documento=documento&num\\_registro=201900886294&data=20211013&tipo=0&formato=PDF](https://processo.stj.jus.br/processo/dj/documento/mediado/?tipo_documento=documento&componente=MON&sequencial=137173763&tipo_documento=documento&num_registro=201900886294&data=20211013&tipo=0&formato=PDF). Acesso em: 26 set. 2024.

<sup>26</sup>BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Apelação Cível nº 20140110112686. 3ª Turma Cível. Julgamento em: 16 ago. 2017. Recorrente: CASSI. Recorrido: Distrito Federal. Relatora: Fátima Rafael. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/resultado?sinonimos=true&espelho=true&inteiroTeor=false&numeroAcordao=1044467>. Acesso em: 26 set. 2024.

<sup>27</sup>BRASIL. Tribunal de Justiça de São Paulo. Apelação Cível nº 1003515-52.2020.8.26.0090. Recorrente: Spa Saúde - Sistema de Promoção Assistencial. Recorrido: Município de São Paulo. Relator: Henrique Harris Júnior. Órgão julgador: 18ª Câmara de Direito Público. Foro das Execuções Fiscais Municipais - Vara das Execuções Fiscais Municipais. Julgamento em: 14 dez. 2023. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=17448315&cdForo=0>. Acesso em: 26 set. 2024.

<sup>28</sup>BRASIL. Código Tributário Nacional. Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966. Art. 126. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/15172compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/15172compilado.htm). Acesso em: 26 set. 2024.

<sup>29</sup>DERZI, Misabel de Abreu Machado. Notas ao livro Direito tributário brasileiro, de Aliomar Baleeiro. Rio de Janeiro: Forense, 2003.p.491

De acordo com Maurício Tesseroli Miot e Welington Luiz Paulo, fundamentados em autores como Roque Carrazza, Aires F. Barreto, Geraldo Ataliba e Cléber Giardino, a hipótese de incidência do ISSQN envolve características específicas: a prestação de serviços deve ser uma obrigação de fazer, efetivamente realizada a terceiros, excluindo serviços em benefício próprio. Essa prestação deve ser independente, sem subordinação jurídica, habitual e com finalidade econômica voltada para o lucro, excetuando-se serviços gratuitos ou simbólicos, como os fornecidos aos empregados<sup>30</sup>.

Adicionalmente, o Código de Defesa do Consumidor, em seu artigo 3º, § 2, associa serviços à obtenção de lucro, definindo-os como qualquer atividade fornecida no mercado de consumo. Assim, as autogestões em saúde, por serem entidades sem fins lucrativos, oferecem serviços relacionados à operacionalização dos planos apenas com o intuito de apenas garantir assistência a seus beneficiários, não praticando, portanto, o fato gerador do ISSQN.<sup>31</sup>

Mesmo que o STF não tivesse atrelado claramente o conceito de serviços a finalidade lucrativa, a interpretação extensiva dos itens 4.22 e 4.23 da lista anexa à Lei Complementar nº 116/2003, que sustenta a incidência do ISSQN sobre a atividade de operacionalização de planos das autogestões, é inadequada.

Com base no entendimento adotado pela Suprema Corte, a lista é taxativa, mas pode ser interpretada de forma extensiva para os fins de abranger fatos ou situações congêneres. Contudo, tal análise não deve ignorar os princípios que regem o sistema tributário.

No caso, cobrar o ISSQN sobre as atividades de administração de planos pelas autogestões significaria permitir tributação em desconformidade com os princípios da Isonomia, Capacidade Contributiva, e Vedação de tributo com efeito de confisco<sup>32</sup>. Esses princípios são fundamentais, pois além de traçarem objetivos a serem seguidos na interpretação e na aplicação das demais normas de direito tributário, conferem ao sistema por elas composto maior unidade e integridade.

A aplicação do princípio da isonomia no contexto fiscal, conforme o artigo 5º da CF, estabelece que a igualdade tributária proíbe que contribuintes em situações equivalentes recebam tratamentos distintos. Esse princípio se destina tanto ao legislador quanto à

---

<sup>30</sup>MIOT, Maurício Tesseroli; PAULO, Welington Luiz (Org.). O compartilhamento de gestão de riscos entre as autogestões em saúde e seus reflexos tributários. In: TORO DA SILVA, J. L.; MIOT, M. T.; CHIANCA JR., N.; CATENA JUNIOR, O. J.; PAULO, W. L. (Org.). Revista de Direito da Saúde Suplementar. Ano 5, n. 5, 2021. São Paulo: Quartier Latin, 2021. p. 118.

<sup>31</sup>BRASIL. Código de Defesa do Consumidor. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Art. 3º, § 2º. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18078compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078compilado.htm). Acesso em: 26 set. 2024.

<sup>32</sup>BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Art. 150, inciso IV. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 26 set. 2024.

administração tributária (Fisco), permitindo a discussão sobre "igualdade na lei" e "igualdade perante a lei". A primeira refere-se à obrigação do legislador de assegurar um tratamento equitativo por meio da legislação, enquanto a segunda impõe ao Fisco a responsabilidade de não discriminar contribuintes em situações análogas<sup>33</sup>.

Vale destacar que nem todas as diferenciações legislativas são incompatíveis com o princípio da isonomia. Por exemplo, a aplicação de alíquotas progressivas no Imposto de Renda busca tributar de forma mais intensa aqueles com maior capacidade econômica. O que a Constituição veda é a discriminação sem justificativa.

Um exemplo de aplicação do princípio da isonomia é a concessão de isenção fiscal a portadores de deficiência motora. Se uma nova condição de deficiência não estiver explicitamente prevista na legislação, mas apresentar limitações equivalentes, a igualdade pode justificar a extensão do benefício a esse novo grupo. Assim, a isonomia é frequentemente utilizada para ampliar os benefícios tributários a categorias de portadores de deficiência que não foram abrangidas pelo legislador<sup>34</sup>.

Ademais, a aplicação do princípio da igualdade tributária pode exigir a mitigação de algumas normas restritivas do Código Tributário Nacional (CTN). Por exemplo, o artigo 111, inciso II, do CTN exige uma interpretação literal das disposições sobre isenções, evitando a extensão indiscriminada de vantagens tributárias. No entanto, normas constitucionais não podem ser obstruídas por disposições do CTN. Assim, o intérprete deve avaliar se há tratamento injustificadamente desigual entre contribuintes em situações equivalentes, podendo afastar a aplicação do artigo 111, II, para garantir a observância do artigo 150, II, da Constituição<sup>35</sup>.

Neste contexto, considera-se que o STF, ao decidir pela incidência do ISSQN sobre as atividades de operacionalização dos planos de saúde, violou o princípio da isonomia. Embora tenha reconhecido que essas operadoras desempenham funções semelhantes às das seguradoras, impôs um tratamento diferenciado a elas. Da mesma forma do que ocorre nos contratos de seguro saúde, as operadoras de planos de saúde atuam como intermediárias entre o usuário e o

---

<sup>33</sup>MAZZA, Alexandre. Curso de direito tributário. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2024. E-book. ISBN 9788553620029. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788553620029/>. Acesso em: 26 set. 2024.p.157

<sup>34</sup>MAZZA, Alexandre. Curso de direito tributário. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2024. E-book. ISBN 9788553620029. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788553620029/>. Acesso em: 26 set. 2024.p.157.

<sup>35</sup>MAZZA, Alexandre. Curso de direito tributário. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2024. E-book. ISBN 9788553620029. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788553620029/>. Acesso em: 26 set. 2024.p.157.

serviço de saúde, sendo responsáveis pela captação, distribuição e gestão de recursos de um fundo comum.

Esse fundo, baseado no Regime Financeiro de Repartição Simples, é alimentado pelas mensalidades dos beneficiários e destina-se a cobrir despesas médicas, hospitalares e odontológicas, além dos custos operacionais da operadora dos planos de saúde. Esses recursos asseguram a cobertura de riscos que, embora incertos e futuros em nível individual, podem ser quantificados em termos de frequência e custo em uma análise coletiva.

Individualmente, uma pessoa não sabe se ficará doente, quando isso acontecerá ou qual será a gravidade da enfermidade. No entanto, coletivamente, é possível prever quantas pessoas serão acometidas por determinados tipos de doenças ao longo do tempo, bem como estimar os custos envolvidos, permitindo que o segurador estime as despesas futuras.

Tanto os seguros gerais quanto os planos e seguros de saúde funcionam com base no mutualismo, no qual o grupo segurado contribui de forma solidária para formar um fundo, de onde são retirados os recursos para custear o atendimento à saúde dos participantes que tenham seus riscos materializados<sup>36</sup>.

Dessa forma, os segurados transformam a incerteza de uma grande despesa com saúde em uma mensalidade fixa, conhecida como prêmio. Preparar-se individualmente exigiria acumular uma poupança muito elevada, o que excluiria a maioria da população que não conseguiria poupar o suficiente para enfrentar todas as eventualidades<sup>37</sup>.

A Transgressão ao princípio da isonomia torna-se ainda mais evidente ao compararmos que, nos seguros em geral, há limites para as indenizações, enquanto os planos e seguros de saúde são proibidos de estabelecer quaisquer limites quantitativos de cobertura, seja quanto à quantidade de procedimentos, ao tempo de internação ou ao valor total dos gastos.

Destaca-se que o Ministro Marco Aurélio, no julgamento do RE 651703/PR, com base nesse raciocínio, ponderou que as atividades das operadoras, por se assemelharem às prestadas pelas seguradoras, não devem ser classificadas como serviços para fins de incidência do ISSQN<sup>38</sup>.

---

<sup>36</sup>CECHIN, José (Coord.) Saúde suplementar: 20 anos de transformações e desafios em um setor de evolução contínua. Londrina: Midiograf, 2020. p. 122. Disponível em: [https://www2.iess.org.br/cms/rep/SS\\_20ANOS.pdf](https://www2.iess.org.br/cms/rep/SS_20ANOS.pdf). Acesso em: 3 out. 2024.

<sup>37</sup>CECHIN, José (Coord.) Saúde suplementar: 20 anos de transformações e desafios em um setor de evolução contínua. Londrina: Midiograf, 2020. p. 122. Disponível em: [https://www2.iess.org.br/cms/rep/SS\\_20ANOS.pdf](https://www2.iess.org.br/cms/rep/SS_20ANOS.pdf). Acesso em: 3 out. 2024.

<sup>38</sup>BRASIL. Supremo Tribunal Federal (3. Turma). Recurso Extraordinário nº 651703/PR. Recorrente: Hospital Marechal Cândido Rondon Ltda. Recorrido: Secretário Municipal de Finanças de Marechal Cândido Rondon.

A exação em comento se mostra ainda mais absurda quando imposta as operadoras de planos de saúde na modalidade de autogestão, hipótese na qual a violação ao princípio da isonomia é mais gritante.

O principal desafio ao discutir o princípio da isonomia em seu aspecto material ou substancial é identificar qual fator de desigualdade deve ser levado em consideração pelo legislador para justificar um tratamento diferenciado entre indivíduos em situações distintas, bem como a justificativa para tal distinção. No âmbito tributário, em geral, dois contribuintes são considerados em condições equivalentes e, portanto, sujeitos ao mesmo regime tributário quando possuem a mesma capacidade contributiva, ou seja, a mesma condição econômica para contribuir com as despesas públicas<sup>39</sup>.

No entanto, pode ocorrer que, em situações específicas, dois contribuintes com capacidade contributiva similar recebam tratamento diferenciado. Um exemplo disso seria um contribuinte que, ao realizar determinada atividade, adota práticas ambientais sustentáveis, enquanto outro, executando a mesma atividade, causa poluição. Nesse caso, o critério de distinção não seria a capacidade contributiva, mas sim o impacto ambiental da atividade desenvolvida<sup>40</sup>.

No contexto dos planos de saúde, é evidente que as autogestões em saúde não possuem a mesma capacidade contributiva das operadoras de planos de saúde abertas ao mercado. Primeiramente, as autogestões são entidades sem fins lucrativos, o que acarreta um índice de sinistralidade significativamente mais alto. Além disso, as autogestões oferecem cobertura assistencial para um grupo limitado de beneficiários, geralmente composto por empregados, associados a sindicatos ou categorias profissionais específicas, sendo a adesão restrita a essas pessoas e seus dependentes. Por outro lado, as operadoras de planos de saúde abertas ao Mercado comercializam seus produtos para o público em geral.

O próprio STJ verificou tais diferenças e entendeu que as autogestões merecem tratamento diferenciado quando na Súmula nº 608 sedimentou o entendimento de que “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”. No julgamento do REsp 1.121.067/PR, o Ministro Massami Uyeda destacou as características singulares das entidades de autogestão que as diferenciavam

---

Relator: Ministro Luiz Fux. Julgamento em: 29 set. 2016. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=12788517>. Acesso em: 25 set. 2024.

<sup>39</sup>MELLO, Celso Antônio Bandeira. Conteúdo Jurídico do Princípio da Igualdade. 3. ed. São Paulo: Malheiros, 1998, p.43.

<sup>40</sup>MELLO, Celso Antônio Bandeira. Conteúdo Jurídico do Princípio da Igualdade. 3. ed. São Paulo: Malheiros, 1998, p.43.

das outras operadoras de planos de saúde e que reclamavam tratamento diferenciado àquela espécie<sup>41</sup>.

Dada a falta de isonomia entre as modalidades, as autogestões devem receber um tratamento diferenciado. O princípio da capacidade contributiva, desdobramento do princípio da isonomia (art. 145, § 1º, da CF), determina que o valor de um tributo seja calculado com base nas características individuais do contribuinte, como ocorre no imposto de renda. A expressão "sempre que possível" não torna esses princípios opcionais. Esses devem ser aplicados amplamente, respeitando os limites legais e da realidade, e não a discricionariedade do legislador<sup>42</sup>. Assim, para avaliar a legitimidade da cobrança do ISSQN das autogestões, é necessário considerar a Capacidade Contributiva.

As autogestões, estruturadas como associações sem fins lucrativos ou fundações, são financiadas por recursos de patrocinadores ou mantenedores. Embora planejados com base em provisões, esses recursos muitas vezes não cobrem completamente os custos assistenciais. Segundo dados da ANS, no segundo trimestre de 2024, as autogestões registraram um resultado líquido negativo de R\$ 741 milhões<sup>43</sup>.

Esse resultado decorre do elevado índice de sinistralidade, um dos principais indicadores na operação de planos de saúde. Esse índice representa, de forma geral, a porcentagem das receitas destinadas a cobrir as despesas assistenciais. Até o momento, a sinistralidade foi calculada em 95%<sup>44</sup>. Assim, praticamente todos os recursos financeiros das autogestões são destinados a cobrir os gastos assistenciais dos beneficiários, restando apenas o essencial para o custeio das despesas operacionais.

Como mencionado, o financiamento das autogestões pode ser realizado exclusivamente pelo empregador (plano não contributivo), por ambos — empregador e empregado (plano parcialmente contributivo) — ou exclusivamente pelos beneficiários. Na

---

<sup>41</sup>BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (3. Turma). Recurso Especial nº 1.121.067/PR. Recorrente: Caixa de Assistência Aposentadoria e Pensões dos Servidores Municipais de Londrina. Recorrido: João Batista Ferreira de Pinho. Relator: Ministro Massami Uyeda. Julgamento em: 21 jun. 2011. Disponível em: [https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?cod\\_doc\\_jurisp=1159816](https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?cod_doc_jurisp=1159816). Acesso em: 29 set. 2024

<sup>42</sup>MELLO, Celso Antônio Bandeira. Conteúdo Jurídico do Princípio da Igualdade. 3. ed. São Paulo: Malheiros, 1998, p.43.

<sup>43</sup>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Mapa Assistencial da Saúde Suplementar. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZWl3ZjEyMGEtZTRkOS00YWM2LTgyNGUtMmZhOGIwNmU5YjZzIiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 29 set. 2024.

<sup>44</sup>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Mapa Assistencial da Saúde Suplementar. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZWl3ZjEyMGEtZTRkOS00YWM2LTgyNGUtMmZhOGIwNmU5YjZzIiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 29 set. 2024.



maioria dos casos, os beneficiários arcam com apenas 50% da mensalidade do plano, enquanto a outra parte é paga pelo patrocinador ou mantenedor. Além disso, há coparticipações que, em regra, não ultrapassam 30% do valor do procedimento realizado<sup>45</sup>.

As mensalidades das autogestões têm valor acessível, geralmente calculado com base na remuneração dos beneficiários e destinado à cobertura de despesas assistenciais. As coparticipações possuem um teto mensal e são descontadas da remuneração pelo patrocinador. Nem todos os procedimentos estão sujeitos à coparticipação, como as internações, que, segundo a ANS, são os serviços mais utilizados nas autogestões<sup>46</sup>.

Importa consignar que o elevado custo assistencial decorre do fato de que uma parte significativa dos beneficiários das autogestões é composta por idosos, que tendem a gerar mais sinistros devido ao maior uso do plano<sup>47</sup>.

Ademais, a imprevisibilidade dos gastos (sinistros) é elevada devido a fatores como a judicialização, o uso *off-label* de medicamentos, a presença de tratamentos de alto custo, fraudes e a recente Lei nº 14.454/2022, que exige a cobertura de procedimentos não listados pela ANS. Em 2023, foram registradas 234.111 ações judiciais contra operadoras de planos de saúde, representando um aumento de 32,8% em relação ao ano anterior<sup>48</sup>.

Diante de todo o exposto, não há dúvidas de que a incidência do ISSQN pode comprometer o equilíbrio econômico-financeiro dos planos geridos pelas autogestões, constituindo uma verdadeira afronta ao Princípio do Não Confisco, que estabelece que o tributo não pode inviabilizar um direito assegurado pela ordem jurídica.

Além disso, é importante destacar a dificuldade em definir a base de cálculo para o ISSQN incidente sobre a operação dos planos de saúde. Conforme disposto no art. 7º da Lei Complementar nº 116/03, a base de cálculo do ISSQN é o preço do serviço (o seu “valor bruto”). Com base nessa premissa, de acordo com o STJ, para fins de recolhimento pela operadora, a

---

<sup>45</sup>BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (3. Turma). Recurso Especial nº 2.001.108/MT. Recorrente: U N M G C T M. Recorrido: E R B B (menor). Relatora: Ministra Nancy Andrighi. Julgamento em: 03 out. 2023. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/pesquisar.jsp?b=ACOR&livre=%28RESP.clas.+e+%40num%3D%222001108%22%29+ou+%28RESP+adj+%222001108%22%29.suce.&O=JT0>. Acesso em: 29 set. 2024.

<sup>46</sup>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Mapa Assistencial da Saúde Suplementar. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZWl3ZjEyMGEtZTRkOS00YWM2LTgyNGUtMmZhOGIwNmU5YjQzIiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 29 set. 2024.

<sup>47</sup>MINAMI, Bruno. Evolução do número de idosos em planos de saúde no Brasil nos últimos 10 anos (2013 a 2022). IESS, 2023. Disponível em: <https://www.iess.org.br/sites/default/files/2023-07/EVOLUCAO%20NUMERO%20DE%20IDOSOS%20-%202013-2022%20-%20v1.pdf>. Acesso em: 29 set. 2024.

<sup>48</sup>SCHULZE, Clenio Jair. A judicialização da saúde nos tribunais do Brasil. Disponível em: <https://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-23-junho-2024>. Acesso em: 29 set. 2024.

base de cálculo corresponde “Ao valor bruto pago pelos associados, descontados os pagamentos efetuados aos profissionais credenciados, pois em relação aos serviços prestados por esses profissionais há a incidência do tributo”<sup>49</sup>.

Considerando o entendimento acima, O ISSQN deve incidir apenas sobre a mensalidade paga pelo beneficiário, não se aplicando à coparticipação. Contudo, a base de cálculo estabelecida pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) não reflete com precisão os custos da administração dos planos de saúde, uma vez que a mensalidade também cobre despesas assistenciais. Essa imprecisão se intensifica quando a legislação municipal atribui ao tomador dos serviços a responsabilidade pelo recolhimento do imposto.

Além dos fundamentos jurídicos já expostos que demonstram a inviabilidade da incidência do ISSQN, é importante considerar a finalidade social das autogestões em saúde. Essas entidades facilitam o acesso à saúde, um direito constitucional, de maneira menos custosa, atendendo a públicos que não poderiam arcar com planos de saúde privados.

É inegável que o setor de saúde suplementar desempenha um papel crucial na prevenção da sobrecarga do sistema público, assegurando o direito à saúde de milhares de beneficiários. Isso é refletido em benefícios fiscais, como a dedução de despesas médicas no IRPF e IRPJ, que reconhecem a importância social dessas atividades<sup>50</sup>. Embora à primeira vista o gasto tributário possa parecer uma perda de arrecadação para o Fisco, estudos dos economistas José Roberto Rodrigues Afonso e Kleber Pacheco de Castro mostram que, na verdade, esse mecanismo gera ganhos para os cofres públicos. Isso se deve ao fato de que os custos evitados no sistema de saúde pública, em função da presença dos planos de saúde, superam significativamente o montante das deduções no IRPF e IRPJ<sup>51</sup>.

Conforme o estudo dos economistas mencionados, "o setor público gasta, em média, mais de quatro vezes com um beneficiário do SUS do que gasta (indiretamente) com um

---

<sup>49</sup>BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (1. Turma). Recurso Especial 1.821.015/SP. ISS. Empresa gestora de plano de saúde. Retificação do valor. Julgamento extra petita não configurado. Não ocorrência de novo lançamento pelo magistrado. Base de cálculo do tributo. Mensalidade paga pelos associados, descontadas as quantias repassadas aos terceiros credenciados. Recorrente: Município de São Paulo. Recorrido: Notre Dame Intermédica Saúde S.A. Relator: Napoleão Nunes Maia Filho, 26 out. 2020. Disponível em [https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/elettronico/documento/mediado/?documento\\_tipo=91&documento\\_sequencial=115925694&registro\\_numero=201901728324&peticao\\_numero=202000181947&publicacao\\_data=20201029&formato=PDF](https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/elettronico/documento/mediado/?documento_tipo=91&documento_sequencial=115925694&registro_numero=201901728324&peticao_numero=202000181947&publicacao_data=20201029&formato=PDF). Acesso em: 29 set. 2024.

<sup>50</sup>CECHIN, José (Coord.). Saúde suplementar: 20 anos de transformações e desafios em um setor de evolução contínua. Londrina: Midiograf, 2020. p. 55. Disponível em: [https://www2.iess.org.br/cms/rep/SS\\_20ANOS.pdf](https://www2.iess.org.br/cms/rep/SS_20ANOS.pdf). Acesso em: 03 out. 2024.

<sup>51</sup>CECHIN, José (Coord.). Saúde suplementar: 20 anos de transformações e desafios em um setor de evolução contínua. Londrina: Midiograf, 2020. p. 159. Disponível em: [https://www2.iess.org.br/cms/rep/SS\\_20ANOS.pdf](https://www2.iess.org.br/cms/rep/SS_20ANOS.pdf). Acesso em: 03 out. 2024.

beneficiário da saúde suplementar. Em 2017, o gasto por beneficiário do SUS foi de R\$ 1.660, enquanto, para a saúde suplementar, foi de R\$ 391". Dessa forma, o custo para o setor público de manter um usuário vinculado a um plano de saúde é significativamente menor do que o de sustentar um usuário exclusivamente dependente do sistema público de saúde<sup>52</sup>.

Essa análise demonstra que a renúncia fiscal, através de gastos tributários, incentivos e isenções, estimula o mercado de saúde suplementar, resultando em economia para os cofres públicos. Na prática, isso representa uma "renúncia de despesas" por parte do setor público, refletindo a eficiência do sistema em reduzir custos na saúde pública<sup>53</sup>.

Assim, a imposição do ISSQN sobre a operacionalização das autogestões em saúde pode inviabilizar esses planos, forçando o retorno de 3,9 milhões de beneficiários ao SUS. Segundo a ANS, em um ano, as autogestões repassaram R\$ 55,3 milhões ao SUS pelo uso de serviços públicos por seus beneficiários<sup>54</sup>.

Não há dúvidas que da finalidade social das autogestões, ao viabilizarem o direito fundamental à saúde de forma mais acessível para uma grande parcela da população, e contribuírem para o desafogamento do SUS. Isso reforça a necessidade de um tratamento diferenciado para essas entidades.

## 5. CONCLUSÃO

Conclui-se que as autogestões de planos de saúde possuem características únicas em relação às demais operadoras, pois não visam lucro e destinam seus recursos exclusivamente à manutenção de operações e assistência aos beneficiários. Fatores como a ausência de lucro, o público-alvo restrito, a alta sinistralidade e o número elevado de beneficiários idosos resultam em déficits financeiros para essas entidades

Dado o seu papel crucial na assistência a 3,9 milhões de beneficiários e na redução da pressão sobre o SUS, é essencial garantir um tratamento diferenciado para a sua

---

<sup>52</sup>CECHIN, José (Coord.). Saúde suplementar: 20 anos de transformações e desafios em um setor de evolução contínua. Londrina: Midiograf, 2020. p. 161. Disponível em: [https://www2.iess.org.br/cms/rep/SS\\_20ANOS.pdf](https://www2.iess.org.br/cms/rep/SS_20ANOS.pdf). Acesso em: 03 out. 2024.

<sup>53</sup>CECHIN, José (Coord.). Saúde suplementar: 20 anos de transformações e desafios em um setor de evolução contínua. Londrina: Midiograf, 2020. p. 63. Disponível em: [https://www2.iess.org.br/cms/rep/SS\\_20ANOS.pdf](https://www2.iess.org.br/cms/rep/SS_20ANOS.pdf). Acesso em: 03 out. 2024.

<sup>54</sup>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Boletim Informativo: Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMGQ1ZDdhYzYtYzY1My00MWI1LTk2OWMtZWY2MzJiNDQwOTViIiwidCI6IjlkYmE0ODBJLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 07 out. 2024.

sustentabilidade. Diversas normas legais reconhecem esse direito, incluindo isenções fiscais como IRPJ e COFINS devido à ausência de lucros.

A Lei Complementar 116/2003 deve ser interpretada de forma a aplicar os itens 4.20 e 4.21 apenas às operadoras com fins lucrativos. Embora o STF tenha declarado a constitucionalidade da cobrança do ISSQN para todas as operadoras, a análise do voto vencedor indica que o imposto se aplica apenas a serviços com finalidade lucrativa, excluindo as autogestões.

Assim, a aplicação do ISSQN sobre as autogestões fere princípios constitucionais como isonomia e capacidade contributiva, além de comprometer a finalidade arrecadatória. O ônus tributário excessivo pode inviabilizar a continuidade dos planos, aumentando a demanda pelo sistema público de saúde e gerando custos adicionais aos cofres públicos.

Portanto, é necessário estabelecer um regime tributário diferenciado para as autogestões, sendo indevida a cobrança do ISSQN sobre suas atividades operacionais.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Manual de tópicos da saúde suplementar para o programa Parceiros da Cidadania. Rio de Janeiro: ANS, 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-lanca-publicacao-sobre-regras-do-setor-de-planos-de-saude/copy5\\_of\\_ManualdeTpicosdaSadeSuplementar.pdf](https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-lanca-publicacao-sobre-regras-do-setor-de-planos-de-saude/copy5_of_ManualdeTpicosdaSadeSuplementar.pdf). Acesso em: 16 set. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Boletim Informativo: Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMGQ1ZDdhYzYtYzY1My00MWI1LTk2OWMtZWY2MzJiNDQwOTViIiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 07 out. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Mapa Assistencial da Saúde Suplementar. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZWJ3ZjEyMGEtZTRkOS00YWM2LTgyNGUtMmZhOGIwNmU5YjQzIiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 29 set. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Painel econômico-financeiro da saúde suplementar. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMjM4YTYyMDEtMmRjMS00NWFlLWFKMTETMDk0YmMzZTk2YzZkIiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 29 set. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Sala de situação. Disponível em: [https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/sala-de-situacao.html](https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html). Acesso em: 16 set. 2024.

BAHIA, Lígia. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001.

BRASIL. Código de Defesa do Consumidor. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Art. 3º, § 2º. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18078compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078compilado.htm). Acesso em: 26 set. 2024.

BRASIL. Código Tributário Nacional. Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966. Art. 126. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/15172compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/15172compilado.htm). Acesso em: 26 set. 2024.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 25 set. 2024.

BRASIL. Lei Complementar nº 116, de 31 de julho de 2003. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp116.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp116.htm). Acesso em: 25 set. 2024.

BRASIL. Lei nº 9.718, de 10 de dezembro de 1998. Art. 10, § 3º. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9718.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9718.htm). Acesso em: 17 set. 2024.

BRASIL. Medida Provisória nº 2.158-35, de 24 de agosto de 2001. Art. 14, Inciso X. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/CCivil\\_03/MPV/2158-35.htm](https://www.planalto.gov.br/CCivil_03/MPV/2158-35.htm). Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. Resolução de Diretoria Colegiada ANS nº 39, de 27 de outubro de 2000. Art. 2º, inciso II. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=Mzgw>. Acesso em: 16 set. 2024.

BRASIL. Resolução nº 8 do Conselho de Saúde Suplementar, de 03 de novembro de 1998. Art. 2º, Inciso VIII. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=MzA3>. Acesso em: 29 set. 2024.

BRASIL. Resolução Normativa ANS nº 137, de 14 de novembro de 2006. Art. 2º, inciso II. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=MTEwNw==>. Acesso em: 16 set. 2024.

BRASIL. Resolução Normativa ANS nº 574, de 28 de fevereiro de 2023. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDM2Mg==>. Acesso em: 17 set. 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (3. Turma). Recurso Especial nº 1.121.067/PR. Recorrente: Caixa de Assistência Aposentadoria e Pensões dos Servidores Municipais de Londrina. Recorrido: João Batista Ferreira de Pinho. Relator: Ministro Massami Uyeda. Julgamento em: 21 jun. 2011. Disponível em:

[https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?cod\\_doc\\_jurisp=1159816](https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?cod_doc_jurisp=1159816). Acesso em: 29 set. 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (1. Turma). Recurso Especial nº 1806239/DF. Recorrente: Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil. Recorrido: Distrito Federal. Relator: Ministro Sérgio Kukina. Julgamento em: 13 out. 2021. Disponível em: [https://processo.stj.jus.br/processo/dj/documento/mediado/?tipo\\_documento=documento&componente=MON&sequencial=137173763&tipo\\_documento=documento&num\\_registro=201900886294&data=20211013&tipo=0&formato=PDF](https://processo.stj.jus.br/processo/dj/documento/mediado/?tipo_documento=documento&componente=MON&sequencial=137173763&tipo_documento=documento&num_registro=201900886294&data=20211013&tipo=0&formato=PDF). Acesso em: 26 set. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Plenário). Recurso Extraordinário nº 651703/PR. Recorrente: Hospital Marechal Cândido Rondon LTDA. Recorrido: Secretário Municipal de Finanças de Marechal Cândido Rondon. Relator: Ministro Luiz Fux. Julgamento em: 29 set. 2016. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=12788517>. Acesso em: 25 set. 2024.

BRASIL. Tribunal de Justiça de São Paulo. Apelação Cível nº 1003515-52.2020.8.26.0090. Recorrente: Spa Saúde - Sistema de Promoção Assistencial. Recorrido: Município de São Paulo. Relator: Henrique Harris Júnior. Órgão julgador: 18ª Câmara de Direito Público. Foro das Execuções Fiscais Municipais - Vara das Execuções Fiscais Municipais. Julgamento em: 14 dez. 2023. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=17448315&cdForo=0>. Acesso em: 26 set. 2024.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Apelação Cível nº 20140110112686. 3ª Turma Cível. Julgamento em: 16 ago. 2017. Recorrente: CASSI. Recorrido: Distrito Federal. Relatora: Fátima Rafael. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/resultado?sinonimos=true&espelho=true&inteiroTeor=false&numeroAcordao=104446>. Acesso em: 26 set. 2024.

CECHIN, José (Coord.). Saúde suplementar: 20 anos de transformações e desafios em um setor de evolução contínua. Londrina: Midiograf, 2020. p. 122. Disponível em: [https://www2.iess.org.br/cms/rep/SS\\_20ANOS.pdf](https://www2.iess.org.br/cms/rep/SS_20ANOS.pdf). Acesso em: 3 out. 2024.

DERZI, Misabel de Abreu Machado. Notas ao livro Direito tributário brasileiro, de Aliomar Baleeiro. Rio de Janeiro: Forense, 2003. p. 491.

MAZZA, Alexandre. Curso de direito tributário. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2024. E-book. ISBN 9788553620029. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788553620029/>. Acesso em: 26 set. 2024.

MELLO, Celso Antônio Bandeira. Conteúdo Jurídico do Princípio da Igualdade. 3. ed. São Paulo: Malheiros, 1998. p. 43.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2007.

MINAMI, Bruno. Evolução do número de idosos em planos de saúde no Brasil nos últimos 10 anos (2013 a 2022). IESS, 2023. Disponível em:

<https://www.iess.org.br/sites/default/files/2023-07/EVOLUCAO%20NUMERO%20DE%20IDOSOS%20-%202013-2022%20-%20v1.pdf>. Acesso em: 29 set. 2024.

MIOT, Maurício Tesseroli; PAULO, Welington Luiz (Org.). O compartilhamento de gestão de riscos entre as autogestões em saúde e seus reflexos tributários. In: TORO DA SILVA, J. L.; MIOT, M. T.; CHIANCA JR., N.; CATENA JUNIOR, O. J.; PAULO, W. L. (Org.). Revista de Direito da Saúde Suplementar. Ano 5, n. 5, 2021. São Paulo: Quartier Latin, 2021. p. 118.

SCHULZE, Clenio Jair. A judicialização da saúde nos tribunais do Brasil. Disponível em: <https://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-23-junho-2024>. Acesso em: 29 set. 2024.

SILVA, Maria Patrícia da; SILVA, Adilson José da. Gerência em saúde: políticas sociais e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação CECIERJ, 2011. Disponível em: <https://efivest.com.br/wp-content/uploads/2019/03/politicas-sociais-saude.pdf>. Acesso em: 16 set. 2024.

SOUZA, Renilson Rehem de. O sistema público de saúde brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf). Acesso em: 16 set. 2024.