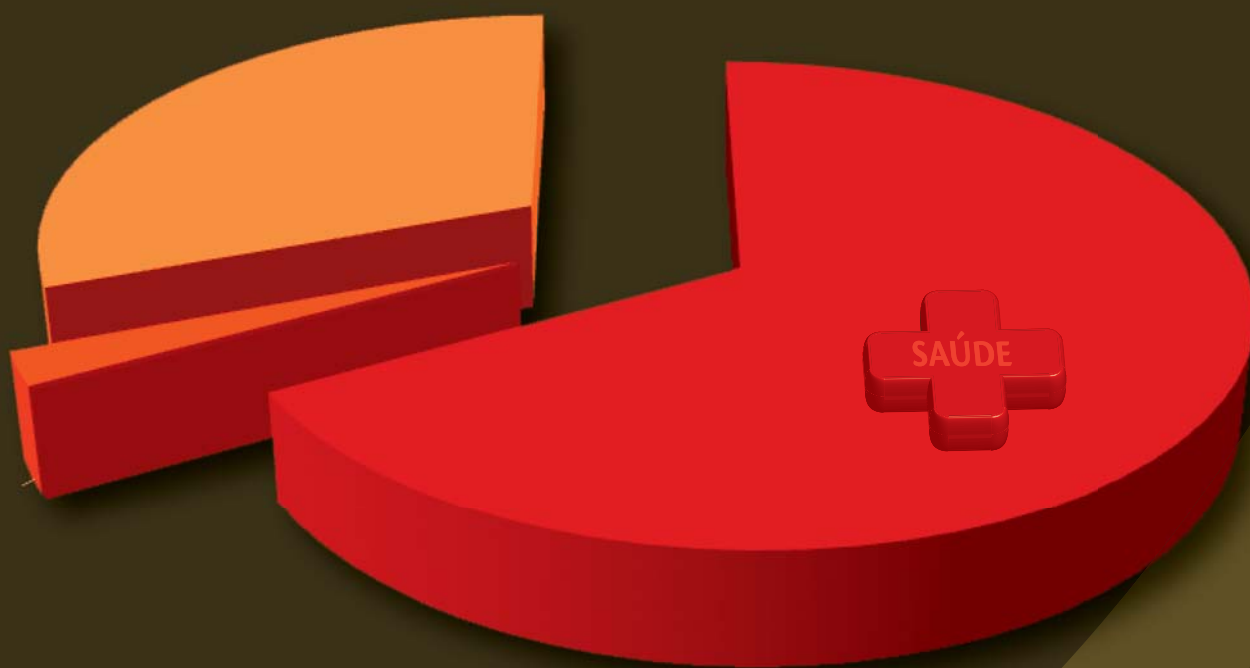


REGIME FISCAL DOS ESTABELECIMENTOS E EMPRESAS DE PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE SAÚDE

LEGISLAÇÃO FISCAL, MENSURAÇÃO DOS GASTOS TRIBUTÁRIOS,
RELAÇÕES COM A POLÍTICA FISCAL, IMPACTOS SOBRE A EQUIDADE
E RELAÇÕES COM A REGULAÇÃO

Relatório Final



Novembro 2015

Equipe de Preparação

Sulamis Dain

Carlos Octavio Ocké-Reis

Fernando Geiger

Kleber Castro

José Carvalho de Noronha

Sistematização e Organização

Telma Ruth Pereira

Sumário

7	I. APRESENTAÇÃO
11	II. SUMARIO EXECUTIVO
11	1. Descrição Geral
12	2. Renúncia de Arrecadação e Demais Despesas Tributárias no Campo da Saúde Suplementar
18	3. Considerações Sobre Equidade no Contexto das Relações Público-Privadas em Saúde
24	4. Considerações Finais
27	III. BASES LEGAIS DAS DEDUÇÕES E ISENÇÕES FISCAIS PARA A DEMANDA E ESTABELECIMENTOS E EMPRESAS DE PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE SAÚDE
27	1. Definições
27	2. O Caso Norte-americano
30	2.1. O Imposto de Renda e o setor Saúde
31	2.2. Definições legais
31	2.2.a. Relatórios de custos para o Medicare
31	2.3. Impactos financeiros e fiscais da política de isenção tributária
32	2.4. Consequências das despesas tributárias sobre a equidade nos EEUU
32	3. Brasil: Bases legais das deduções e isenções fiscais para a demanda e estabelecimentos e empresas de planos e seguros privados de saúde
33	3.1. Incentivos à demanda
33	3.1.a. Deduções fiscais para pessoas jurídicas e pessoas físicas do Imposto de Renda dos gastos com despesas médicas e contraprestações pecuniárias de planos e seguros privados de saúde
34	3.1.b. Repasses de recursos orçamentários para a aquisição de coberturas de planos e seguros de saúde para servidores públicos
35	3.1.c. Financiamento de planos privados de saúde para servidores civis da União
36	3.1.d. Financiamento de planos de saúde privados para servidores civis estaduais e municipais

37	3.2. Incentivos à oferta
37	3.2.a. Incentivos aos prestadores de serviços de saúde
45	3.2.b. Incentivos às empresas de planos e seguros de saúde
47	4. O Imposto de Renda e a Tributação dos Gastos em Saúde: Origem histórica e evolução
47	4.1 A Reforma Tributária dos anos 60 e 70
51	4.2 O Imposto de Renda nos anos 80/90
54	4.3. O Imposto de Renda nos anos 90 e 2000
58	5. Uma Atualização da Legislação Sobre a Tributação do Imposto de Renda da Pessoa Física e dos Gastos Tributários em Saúde
59	5.1. Deduções permitidas
60	5.2. Abrangência das despesas médicas e hospitalares
60	5.2.1. Tratamento geriátrico
60	5.2.2. Plano de saúde
61	5.2.3. Aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias
62	5.2.4. Instrução de deficiente físico ou mental
62	5.2.5. Cirurgia plástica
63	5.2.6. Acupuntura
63	5.2.7. Outras deduções permitidas
63	5.3. Deduções não permitidas
64	5.4. Comprovação das despesas
64	5.5. Pagamentos realizados no exterior
65	6. Conclusão
67	IV. RENÚNCIA DE ARRECADAÇÃO E DEMAIS DESPESAS TRIBUTÁRIAS NO CAMPO DA SAÚDE SUPLEMENTAR
67	1. Introdução
68	2. Aspectos Metodológicos
68	3. Análise dos Resultados
68	3.1. O Setor de Seguros
73	3.2. Arrecadação tributária federal no setor de Saúde Suplementar
75	3.3. Gastos tributários com saúde
82	4. Nova Proposta Metodológica: Apuração da tributação através dos balanços contábeis
83	4.1. Breve análise a partir da nova proposta metodológica
86	4.2. As limitações na apuração da renúncia fiscal
87	5. Considerações Finais

89	V. LEVANTAMENTO DE DADOS PARA SUBSIDIAR ESTUDOS DE EQUIDADE RELATIVOS ÀS DESPESAS TRIBUTÁRIAS E GASTOS COM SAÚDE COM BASE NA POF E NA PNAD
89	1. Introdução
91	2. Problema
92	3. Marco Teórico Referencial
94	4. Objeto
96	5. Gasto Privado Monetário e Gasto Público na Saúde: Incidência e impacto distributivo
96	5.1. Gasto privado: composição e perfil da incidência por estratos de renda
104	5.2. Composição do gasto público em saúde
107	5.3. Gasto público: perfil da incidência por estratos de renda
108	5.4. Impacto distributivo
111	5.5. Breve análise da heterogeneidade brasileira no acesso a Saúde a partir da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013
114	6. Considerações Finais
117	VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS
121	VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

I. APRESENTAÇÃO

A temática da renúncia da arrecadação e de sua relação com a política tributária e fiscal tem sido objeto de discussão na experiência internacional, tanto para caracterizar aspectos de desmercantilização do setor empresarial como para assinalar novas modalidades de gasto indireto do setor público, associadas ou não às condicionalidades e reciprocidades impostas aos setores beneficiados.

Inicialmente observados nos setores industriais, onde se materializaram como incentivos e subsídios fiscais, tais gastos tributários deslocaram-se para setores como saúde, educação, previdência e habitação, com impacto diferenciado, em geral regressivo, sobre a distribuição pessoal da renda. São beneficiados os segmentos de rendas mais altas, em geral contribuintes de previdências privadas, planos de saúde, e responsáveis por grande parte dos gastos privados em educação e habitação.

O debate internacional sobre o tema, associado às reformas tributárias norte-americanas dos anos 80, propiciou uma grande revisão dos objetivos dos incentivos tributários e das renúncias, preservando, entretanto, o espaço das renúncias associadas a gastos privados com saúde e previdência complementar.

A definição de renúncia de arrecadação ou gasto tributário não é consensual. Assim, na experiência internacional relatada na bibliografia, existem divergências nos métodos de cálculo e práticas de quantificação.

Em qualquer de suas formas, a definição da renúncia fiscal é um exercício de inclusão dos instrumentos do sistema tributário em um marco de referência. Ela só se justifica como instrumento para alcançar um objetivo preciso. Na perspectiva da mensuração, uma base de tributação ampla permite estabelecer um padrão, ou normas claras, para a quantificação da renúncia.

O recurso à renúncia, como instrumento de indução, não deve ser neutralizado pela ação simultânea de outros instrumentos. Assim, a não integração das várias dimensões de análise compromete a possibilidade da regulação do setor, na perspectiva de uma visão abrangente da política pública de Saúde no Brasil.

Tomando como ponto de partida a política fiscal e o gasto público em saúde, vários autores têm abordado o conceito de gasto tributário (ANDREAZZI & OCKÉ-REIS, 2007); a magnitude do aumento do “preço de equilíbrio”

do mercado (SMART & STABLE, 2005; PAULY, 1986); os efeitos da renúncia sobre o financiamento do público-privado (TUOHY, FLOOD e STABLE, 2004); o favorecimento das condições de rentabilidade do mercado (BAYER & LEYS, 1986); a autossuficiência econômica do mercado de planos de saúde (SANTOS, 2006).

Outros estudos (BAHIA, 2008,) tem-se concentrado na relação público-privada derivada das escolhas associadas à alocação de recursos públicos em saúde através da renúncia de arrecadação, entre outros aspectos, bem como à definição da política de saúde nacional derivada desta relação.

Menos estudada tem sido a relação da renúncia fiscal em saúde com as demais renúncias hoje praticadas pela política fiscal brasileira, bem como seu impacto sobre o gasto fiscal como um todo. Destaca-se a respeito Ocké-Reis (2013), em estudo centrado sobre a renúncia no Imposto de Renda.

Da mesma forma, estudos anteriores sobre equidade e justiça distributiva (PIOLA *et al.*, 2010; DAIN *et al.*, 2001) precisam ser atualizados e aprofundados, de modo a ampliar a percepção dos impactos desta política seletiva sobre o gasto das famílias a partir dos orçamentos familiares e outras formas de mensuração da equidade nos gastos de saúde das famílias.

O amplo conjunto de deduções e isenções fiscais e os repasses de recursos públicos ao segmento privado de saúde contemplam incentivos à demanda e à oferta de serviços de saúde, (na prestação direta de serviços ou naquela intermediada por empresas de planos e seguros de saúde), configurando significativo espaço para o exercício da regulação da Saúde Suplementar.

Isso nos remete ao campo da regulação do setor de saúde e ao regime fiscal dos estabelecimentos e empresas de planos e seguros privados de saúde, hoje livres de condicionalidades associadas aos gastos tributários direcionados ao setor.

O campo da regulação do setor de saúde e o regime fiscal dos estabelecimentos e empresas de planos e seguros privados de saúde não impõem, atualmente, condicionalidades à concessão de renúncia de arrecadação ao setor, em que pesem impactos significativos destes gastos tributários sobre a oferta e demanda do setor.

A ampliação de conhecimento e a sistematização dos diversos subsistemas da Saúde Suplementar, sua associação à legislação tributária, bem como o aprofundamento das informações sobre renúncia fiscal são elementos decisivos para a ampliação da capacidade regulatória do setor.

De outro lado, a associação entre o volume de recursos decorrente da renúncia de arrecadação e a gestão dos orçamentos públicos, particularmente no campo da saúde, torna mais visível a atual cessão de receita pública ao setor privado, sem exigência clara de contrapartidas.

O domínio e incorporação destas questões à agenda de pesquisas da Saúde Suplementar permitiriam avançar no conhecimento, tanto das relações entre o segmento privado (de planos e seguros de Saúde) e o SUS, como

das relações com a política pública nos campos da gestão orçamentária, da política pública de saúde e da regulação.

Assim, justifica-se plenamente a realização deste estudo que buscou aprofundar o estoque de informações disponíveis para o setor e sua análise, não só visando sua maior transparência, como sua associação aos objetivos de política de saúde sob a responsabilidade e comando da **ANS**.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

O projeto **“Regime Fiscal dos Estabelecimentos e Empresas de Planos e Seguros Privados de Saúde: legislação fiscal, mensuração dos gastos tributários, relações com a política fiscal, impactos sobre a equidade e relações com a regulação”** apresenta três componentes principais, cujos resultados centrais são apresentados em Sumário Executivo e desdobrados nos capítulos seguintes.

O primeiro componente, sobre o qual se discorre no capítulo III, tratou da sistematização da legislação sobre as diversas modalidades de renúncia de arrecadação e da caracterização do regime fiscal dos estabelecimentos e empresas de planos e seguros privados de saúde no Brasil.

A partir desta tipologia e da seleção dos subsetores mais representativos, foram desenvolvidos os estudos apresentados no capítulo IV, que destacam os quantitativos de renúncia de arrecadação dirigidos ao setor em suas várias modalidades, por tipo de renúncia, em volume e participação percentual. As renúncias foram também integradas à análise dos orçamentos públicos e da saúde, e confrontadas com as demais renúncias à arrecadação não direcionadas à Saúde Suplementar.

A classificação quanto aos diferentes regimes fiscais permitiu também, como descrito no capítulo correspondente, que as estimativas de renúncia de arrecadação apuradas nos campos correspondentes fossem confrontadas com as receitas tributárias relativas à prestação de serviços médico-hospitalares por cada segmento, evidenciando diferenças intra-setoriais entre o pagamento de tributos e os incentivos fiscais.

Finalmente, na parte seguinte, apresentada no capítulo V, a análise deslocou-se para aspectos do gasto público direto e indireto em saúde, buscando sua qualificação do ponto de vista da equidade. Neste, evidencia-se que o estudo da política de saúde, com ênfase na relação público privada pode se beneficiar da análise da equidade dos gastos tributários, com base na **POF** e na **Pnad**.

POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares

Pnad – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

Como se constatará, na leitura do capítulo V, buscou-se medir o acesso e uso de serviços de saúde, bem como apresentar informações sobre a distribuição da renúncia de arrecadação em saúde por classe de rendimento, visando à avaliação cruzada da equidade do sistema.

Isto porque, estudos recentes mostram que a redução da desigualdade entre os extratos de renda se deve aos gastos sociais e não ao seu financiamento, uma vez que a incidência tributária e a renúncia de arrecadação são regressivas. Para integrar dados de incidência e renúncia associados à POF

aos dados de gasto em saúde, buscou-se, de acordo com Silveira (2013) empregar método simples de imputação dos gastos em saúde apurados via Pnad na POF.

O estudo produziu quadros analíticos da legislação com identificação do regime fiscal para os vários subsetores referentes aos estabelecimentos e empresas de planos e seguros privados de saúde. Além disso, refinou e atualizou dados de renúncia fiscal relativa à Saúde e sua comparação com a renúncia fiscal da Seguridade Social.

A inclusão de evidências sobre a equidade cruzada dos gastos, incidências tributárias e renúncias no campo da Saúde pública e privada, propiciou a inclusão da dimensão da desigualdade, usualmente pouco enfatizada ou conhecida, como elemento de decisão de alocação de recursos públicos, levando-se em conta o sistema de saúde como um todo, no contexto das relações público privadas.

II. SUMÁRIO EXECUTIVO

1. Descrição Geral

Este projeto buscou caracterizar o Regime Fiscal das empresas de planos e seguros privados de saúde para estimar a renúncia de arrecadação setorial e o aporte dos subsetores à arrecadação tributária.

Desde logo cabe destacar a diversidade de situações tributárias por setor e subsetor de atividade, e também, no campo da renúncia de arrecadação associada aos gastos diretos com saúde, entre pessoas jurídicas e físicas e entre classes de renda na pessoa física.

Tal diversidade, aqui apenas assinalada, como fator de dificuldade para a quantificação dos gastos tributários e para a regulação do setor saúde público e privado, requer profunda revisão e simplificação tributária, de modo a ampliar a integração e homogeneidade das decisões de gasto indireto na saúde, bem como sua sintonia com o campo do planejamento setorial.

Ao combinar o dimensionamento do gasto tributário sobre o gasto das famílias com saúde com a distribuição dos benefícios do gasto universal em saúde, ou dito de outra forma, ao associar estimativas de renúncia de arrecadação em saúde referentes ao **IRPF** nos orçamentos familiares e gastos universais de saúde nos mesmos orçamentos, o trabalho aprofundou a análise da equidade, relacionando os recursos gastos direta e indiretamente no financiamento setorial, diferenciados por extratos de renda, com a renda disponível das famílias.

IRPF – Imposto de Renda da Pessoa Física

Com o maior conhecimento adquirido sobre a magnitude dos quantitativos de gasto tributário e de sua distribuição nos vários subsetores do segmento, a pesquisa pretendeu contribuir para o aperfeiçoamento da atividade regulatória no Brasil no campo da política de saúde, através da maior capacidade de integração do manejo público e privado de recursos governamentais.

O mapeamento necessário da legislação para estabelecimento do regime fiscal de cada subsetor e a posterior quantificação dos gastos tributários foi organizado a partir de duas categorias: incentivos à oferta e incentivos à demanda, esta subdividida em incentivos aos prestadores de serviços e as empresas de planos e seguros de saúde.

Em particular, dada sua centralidade para este trabalho, foram descritos e analisados os gastos tributários associados ao mercado de planos de saúde.

RFB – Receita Federal do Brasil

de, utilizando dados oficiais da RFB relativos ao ano-calendário, segundo faixa de alíquota do modelo completo do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) – e os gastos com despesas médicas, odontológicas e farmacêuticas dos empregadores (IRPJ). Outros diplomas legais, sobretudo no campo da filantropia e das cooperativas médicas (de trabalho e serviços), foram incorporados à análise.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Em termos das bases de informação utilizadas, a Pesquisa de Orçamentos familiares (POF) e a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (Pnad), do IBGE, o estudo procurou medir o acesso e uso de serviços de saúde, bem como apresentar informações sobre a distribuição da renúncia de arrecadação em Saúde por classe de rendimento, visando à avaliação cruzada da equidade do sistema. Este é um aspecto relevante a acrescentar aos estudos tradicionais de renúncia, por associar o gasto em saúde com ganhos de equidade, evidenciando o impacto social deste gasto público indireto.

Como resultado do projeto, foram sistematizados elementos essenciais no campo da legislação e elaboradas as informações consideradas necessárias para produzir uma visão integrada entre o setor público e o setor privado no campo da renúncia fiscal relativa à saúde, que esperamos possa contribuir para o alargamento da capacidade regulatória da ANS.

Também foram apresentadas evidências sobre a equidade cruzada dos gastos, incidências tributárias e renúncias no campo da Saúde pública e privada, contribuindo para agregar a dimensão da desigualdade como elemento de decisão no campo regulatório da Saúde.

2. Renúncia de Arrecadação e Demais Despesas Tributárias no Campo da Saúde Suplementar

A contextualização macroeconômica e na seguridade social da renúncia de arrecadação exigiu a elaboração de informações provenientes do Orçamento Geral da União (OGU) e do Orçamento da Seguridade Social (OSS). A comparação da renúncia em Saúde, com as demais renúncias, sobretudo as praticadas desde 2010, relativas à folha de salário e outras contribuições sociais evidencia a perda de dinamismo da receita da Seguridade e do financiamento público em Saúde, além de colocar a Previdência Social na disputa por fontes alternativas de receita, devido à fragilização da folha de salários, por efeito da desoneração fiscal.

De outra parte, a análise deixa clara a priorização de certos setores impactados pela crise, relativamente ao setor Saúde, e demonstra o peso crescente da renúncia global do setor público, diluída em gasto indireto de difícil regulação. Segundo a Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, os valores das renúncias realizadas a partir de 2010, cresceram, entre 2011 e 2012, de quase R\$ 10 bilhões para R\$ 46 bilhões. Em 2014, esses valores já superavam R\$ 100 bilhões. As novas renúncias representam quase 10% da arrecadação e se somam a um extenso rol de outras renúncias.

Passando ao campo específico de análise, devido ao elevado nível de agregação setorial de informações de arrecadação tributária e renúncia fiscal (ou gasto tributário) fornecido pela Receita Federal, foi necessário recorrer a uma análise do setor de seguros como um todo, a fim de identificar o tamanho da atividade de Saúde Suplementar dentro deste e, conseqüentemente, permitir uma estimativa mais fidedigna da relação entre os planos de saúde e os benefícios tributários federais.

Para a análise setorial foram examinadas as seguintes fontes: Sistema de Estatísticas da **Susep** (SES/Susep) e **Diops**/ANS. Posteriormente, a Receita Federal (RFB) foi a fonte de informações sobre arrecadação e renúncia tributária por setor na esfera federal de governo, através dos Demonstrativos dos Gastos Tributários, dos Grandes Números do IRPF e da Arrecadação por Divisão Econômica da **Cnae**.

Procurou-se trabalhar com o maior período de informações possível, sempre se adequando à disponibilidade de dados primários. Devido à carência de informações sobre arrecadação e renúncia em setores de atividade nos níveis estadual e municipal, optou-se por trabalhar apenas com dados do governo central.

Além do aumento da demanda por previdência complementar, observa-se uma tendência de crescimento no mercado de seguros locatícios (seguro fiança e título de capitalização atrelado a contratos de locação). Os dados de 2013 e 2014 foram projetados pela RFB. A base efetiva da renúncia é limitada ao período 2008/2012.

No contexto do setor de seguros, o crescimento do setor de Saúde Suplementar em 2014 ficou acima do setor como um todo: 7,83%. O mesmo comportamento pode ser observado em 2013. Nos anos anteriores da série ocorreu o inverso, com a Saúde Suplementar crescendo menos que a média. O crescimento real médio anual foi de 7,7%, superando apenas o crescimento dos seguros tradicionais, que cresceram 6,7% em média.

Apesar do crescimento abaixo da média dos seguros, o setor de Saúde Suplementar se destaca pela forte participação na receita desta atividade. Aproximadamente 39% da receita com seguros no país são decorrentes do faturamento dos planos de saúde.

Duas modalidades de planos de saúde têm se destacado nos últimos anos em termos de aumento de receita: as seguradoras especializadas em saúde e a odontologia de grupo. Ambas as modalidades cresceram acima de 10% ao ano, em média, de 2009 a 2014, ficando bem acima da média do grupo.

Apesar da significativa evolução destas modalidades, as cooperativas médicas e o segmento de medicina de grupo ainda são líderes de mercado em volume de receita. Em 2014 elas obtiveram uma receita de, respectivamente, R\$ 44 bilhões e R\$ 35,7 bilhões. A única modalidade que aparenta ter problemas e se encontra praticamente estável no período em análise é a filantropia.

Susep – Superintendência de Seguros Privados

Diops – Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde

Cnae – Classificação Nacional de Atividades Econômicas

Atualmente, apenas três modalidades respondem por 85% do mercado: cooperativa médica, medicina de grupo e seguradoras especializadas em saúde. Esta última modalidade teve um aumento de participação da ordem de três pontos percentuais entre 2009 e 2014, passando de 19% para 22%.

Outra forma de observar a evolução das modalidades dos planos de saúde é através do número de beneficiários. A tendência de crescimento deste indicador é clara: entre março de 2009 e março de 2015 o total de beneficiários dos planos de saúde passou de 52,8 milhões para 72,2 milhões (aproximadamente 35% da população brasileira), o que representa um crescimento acumulado de quase 37% e um crescimento médio anual de 5,4%. Com exceção das modalidades de autogestão e filantropia, houve razoável crescimento do número de beneficiários nas demais modalidades.

A odontologia de grupo apareceu como a modalidade de plano que mais cresceu neste quesito, quase dobrando o número de segurados entre 2009 e 2015. Como destaque negativo ressalta a filantropia que perdeu beneficiários no período em análise, o que se refletiu no fraco desempenho de receitas mostrado anteriormente.

As dez maiores operadoras de planos de saúde em volume de receita representaram aproximadamente 42,3% de toda a receita do setor em 2014 (R\$ 127,33 bilhões). A maior operadora nesta ótica é a Bradesco Saúde, que obteve uma receita de R\$ 13,66 bilhões, seguida de perto pela Amil, com R\$ 12,21 bilhões.

A mesma comparação pode ser feita pela ótica do número de beneficiários. Neste caso, as dez primeiras operadoras do *ranking*, detiveram, em 2014, 39,3% do mercado – resultado inferior ao da receita. Nesta análise, a líder do *ranking* de receitas passou ao terceiro lugar. A empresa Odontoprev aparece como a operadora com maior número de beneficiários neste caso, com 6,47 milhões de beneficiários.

A relação entre as duas análises – receita e beneficiários – revela uma razoável distorção entre os líderes de mercado e as demais operadoras. Se tomarmos apenas as oito operadoras que figuram entre as dez melhores nas duas óticas de análise (Bradesco Saúde, Amil, Sul América Saúde, Unimed Nacional, Unimed Rio, Unimed Belo Horizonte, Unimed Paulista e Hapvida), chega-se a uma receita média anual por beneficiário de R\$ 2.372, aproximadamente.

No caso das demais operadoras, esse indicador é de apenas R\$ 1.524. Essa diferença acaba se tornando visível no momento em que o beneficiário efetivamente utiliza o plano. Enquanto as operadoras líderes conseguem oferecer um serviço melhor, operadoras de segunda linha apresentam serviços, muitas vezes, precários e/ou criam empecilhos para que o usuário utilize o plano. Ou seja, a diferença da qualidade do serviço está intimamente atrelada à capacidade financeira do indivíduo, o que é apenas um dos problemas da mercantilização da saúde.

A partir da análise inicial do referido setor, pôde-se obter a participação da atividade de Saúde Suplementar dentro do setor de seguros no que diz respeito à receita gerada por estes serviços. Este indicador serviu de *proxy* para estimativa da arrecadação tributária apresentada. Em 2014, estimou-se que a Saúde Suplementar tenha recolhido aproximadamente R\$ 10,4 bilhões aos cofres federais em impostos e contribuições. Entre 2008 e 2014 esta arrecadação cresceu 48,3%, o que representa um crescimento médio anual de 6,8% - resultado um pouco abaixo do crescimento médio anual da receita do setor entre 2009 e 2014, que foi de 7,7%.

A análise com dados consolidados e focada no período de recuperação econômica pós-crise de 2008/2009 mostrou que o comportamento da tributação do setor de Saúde Suplementar apresentou um comportamento diferenciado da média. Enquanto ocorreu uma clara (e suave) expansão da tributação sobre a média das atividades econômicas, isso não é verificado no caso da Saúde Suplementar, que permaneceu estagnada. Este resultado é um indício de que a atividade de planos de saúde pode estar arrecadando relativamente menos, *vis-à-vis* a média dos demais setores da economia.

Entretanto, neste trabalho observamos tal comportamento através dos gastos tributários: a hipótese é de que a arrecadação possa estar relativamente menor devido a um aumento da renúncia fiscal no setor de Saúde Suplementar. Neste sentido, a análise realizada buscou identificar os gastos tributários federais com a saúde e estimar o custo de renúncia fiscal com os planos de saúde. Normalmente, quem consegue benefícios tributários são grupos que possuem algum poder de influência sobre as decisões de governo: atividades econômicas fortes e grupos de alto poder aquisitivo.

A partir de dados da RFB sobre gasto tributário classificado por função do setor público é possível notar que quase metade da renúncia fiscal do governo federal diretamente relacionada à saúde é oriunda das deduções por despesas médicas no IRPF, que, tipicamente, é maior em famílias com maior poder aquisitivo. Para que se tenha uma ideia dessa relação, tomando por base a **DIRPF** 2014 (ano-calendário 2013), 60% do volume de dedução por despesa média foi realizado por indivíduos que recebiam mais de dez salários mínimos. Porém este grupo de indivíduos representou apenas 21,7% dos declarantes daquele ano.

DIRPF – Declaração do Imposto de Renda da Pessoa Física

As despesas médicas do IRPF não apenas se destacaram como a maior rubrica dentre as modalidades de renúncia deste imposto, como também apresentaram a maior taxa de crescimento: de 2006 a 2014 houve um aumento real acumulado de mais de 200%, representando um crescimento médio anual de 15,1%. A segunda modalidade que mais cresceu no mesmo período também está relacionada ao IR, mas desta vez com as pessoas jurídicas. Trata-se das despesas com assistência médica, odontológica e farmacêutica fornecida aos funcionários das empresas. Esta rubrica cresceu, em média, 6,3% ao ano e representa aproximadamente 19% do total dos gastos tributários em saúde.

De acordo com DINIZ e AFONSO (2014), o total de gastos tributários e de renúncias previdenciárias do governo federal cresceu em aproximadamente 1,12% do PIB entre 2011 e 2014. Tendo em vista a importância da saúde dentro da renúncia fiscal da União, uma análise mais detalhada do tema foi empreendida, voltada agora especificamente para o IRPF.

No conjunto, as despesas médicas na DIRPF são a principal fonte de renúncia tributária do governo central na área da saúde, tendo superado a casa dos R\$ 10 bilhões em 2014.

A pesquisa mostrou que os planos de saúde lideram as despesas médicas na DIRPF e apresentaram o maior crescimento médio anual entre 2008 e 2014 (9,8%). Com efeito, em 2014 (ano-calendário 2013) os gastos com planos de saúde aparecem em primeiro lugar no *ranking* de pagamentos e doações, superando os gastos com instrução (educação) e representando aproximadamente 22% de todos os pagamentos e doações daquele ano.

No total de pagamentos e doações na DIRPF, as deduções decorrentes exclusivamente dos planos de saúde apresentaram crescimento frente ao total de deduções com saúde e frente ao total de pagamento de doações. Ou seja, além de representar mais de 1/5 (um quinto) das deduções, apresentaram comportamento expansivo.

A observação das deduções da DIRPF – que não deve ser confundida com a renúncia – também se tornou relevante nesta análise por permitir fazer uma estimativa de quanto seria o gasto tributário exclusivamente oriundo dos planos de saúde. Para o ano de 2014, por exemplo, quase 69% das deduções de saúde na DIRPF foram oriundas dos planos de saúde – percentual este que aplicado aos R\$ 10,5 bilhões de gasto tributário com despesas médicas gera uma estimativa de R\$ 7,19 bilhões de gasto tributário exclusivamente com planos de saúde.

Observou-se uma tendência de crescimento na estimativa de renúncia tributária com planos de saúde (via IRPF), ainda que em ritmo inferior à renúncia total em saúde. O ano de 2010 foi o ponto mínimo da série, com um gasto tributário da ordem de R\$ 5,61 bilhões. Já 2014 a renúncia havia se elevado para R\$ 7,19 bilhões.

Deve-se atentar que esta estimativa está relacionada apenas às deduções via IRPF e não contempla outros benefícios fiscais. Procurou-se sempre buscar dados a partir de fontes oficiais e que tipicamente respondem pela divulgação destes. No caso da tributação e da renúncia fiscal, esta fonte é a RFB. O problema deste tipo de análise é a limitação do nível de abertura da informação e o limitado horizonte temporal.

Tal limitação foi contornada com estimativas baseadas na participação dos planos de saúde na receita do setor de seguros, observando-se que tais estimativas somente contribuem para observar tendências e fazer análises gerais.

Na tentativa de superar os problemas decorrentes da limitação das informações fornecidas pela RFB, procedeu-se também à análise dos balanços con-

tábeis de todas as operadoras do setor de Saúde Suplementar que estão ativas. Dentro destes demonstrativos é possível identificar as receitas (desagregada por tipo) e as despesas com tributos (desagregado por tipo) em cada empresa.

Adicionalmente, o sistema **ANS TABNET** permite identificar em que segmento do setor (autogestão, cooperativa, filantropia etc.) está cada empresa com cadastro ativo. Com um cruzamento de dados entre as duas bases é possível inferir o tamanho relativo da tributação em cada segmento dos planos de saúde, facilitando assim o estabelecimento de uma tipologia entre segmentos. Torna-se claro, assim, quais segmentos que arcam com o maior ônus tributário e – indiretamente – quais são mais beneficiados pelo fisco.

Utilizando-se o ano de 2014 como exemplo, conclui-se que, na média, os planos de saúde pagaram ao setor público (não apenas ao governo federal) aproximadamente 1,76% de sua receita total e 2,05% de sua receita com operações de assistência à saúde. Três segmentos – que detêm aproximadamente 80% da receita do mercado – apresentam uma “carga” de tributos inferior à média: “cooperativa médica”, “medicina de grupo” e “seguradora especializada em saúde”. O segmento “filantropia” aparece com a maior tributação relacionada exclusivamente às receitas com operações de assistência à saúde, enquanto as “cooperativas odontológicas” têm a maior tributação com relação à receita total.

A maior parte do peso dos tributos sobre os planos de saúde é decorrente dos encargos sociais, especialmente previdência social e **FGTS**. Apenas em dois segmentos não se enquadram nesta característica: “autogestão” e “seguradora especializada em saúde”.

Considerando todo o setor de Saúde Suplementar, os encargos sociais respondem por 65% de sua carga tributária. Os impostos têm participação de 21% e as contribuições 7,5%. No caso do segmento “autogestão”, os impostos (federais, primordialmente) têm um peso bem mais relevante (56,8% do total), sendo o restante praticamente todo destinado aos encargos sociais. Já no segmento “seguradora especializada em saúde”, apesar dos encargos sociais ainda responderem pela maior parte da tributação, as contribuições também possuem alto peso (42,5% do total), devido à elevada arrecadação de **PIS/Pasep**. Em compensação, a arrecadação de impostos é muito baixa.

O relativo baixo peso dos tributos observado a partir das informações contábeis das operadoras de planos de saúde nos induz a acreditar que há uma relação direta deste fato com as renúncias fiscais promovidas pelo setor público, especialmente pela União. Uma “carga” de tributos de aproximadamente 2% da receita chama muito a atenção.

Os resultados obtidos permitem apontar os segmentos que aparentam ter o maior volume de benefícios fiscais, que são justamente aqueles três segmentos que dominam o mercado de Saúde Suplementar e têm um ônus tributário inferior à média do setor: “cooperativa médica”, “medicina de gru-

ANS TABNET – Informações em Saúde Suplementar

FGTS – Fundo de Garantia do Tempo de Serviço

PIS/Pasep – Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público

po” e “seguradora especializada em saúde”. O grupo de planos “não identificado” (não foi possível atribuir a nenhum dos segmentos por falta de informação) também apresenta esta característica.

Fazendo uma extrapolação linear da série de gasto tributário de plano de saúde de OCKÉ-REIS (2013b) para os subsetores abaixo da tributação média, chega-se a uma renúncia de aproximadamente R\$ 9,45 bilhões em 2014, que seria distribuído na proporção de: 1,36% para “cooperativa médica”, 16,47% para “medicina de grupo”, 80,59% para “seguradora especializada em saúde” e 1,59% para o grupo “não identificados”.

O trabalho aporta evidências suficientes para embasar o fortalecimento da atividade regulatória relativamente aos segmentos do sistema de Saúde Suplementar mais beneficiados pela atual política tributária brasileira. Este fortalecimento buscaria ampliar as ações de reciprocidade ou de contrapartidas por parte destes segmentos, permitindo a maior integração entre as políticas do setor público e do setor privado de saúde no Brasil.

3. Considerações Sobre Equidade no Contexto das Relações Público-Privadas em Saúde

Quanto ao levantamento de dados para subsidiar estudos de equidade relativos às despesas tributárias e gastos com saúde com base na POF e na Pnad, nesta pesquisa, analisamos o grau de progressividade na distribuição do gasto público, tanto o direto por meio do orçamento público (SUS), quanto o indireto por meio do gasto tributário, levando em conta o gasto privado e a dedução dos gastos com saúde no imposto de renda da pessoa física (IRPF).

Na decisão de que tratamento dar à renúncia de arrecadação fiscal – transferência monetária ou benefício em espécie, qualquer alternativa seria sustentável, especialmente a que a caracteriza como um benefício monetário (a renúncia está relacionada ao consumo de um bem ou serviço de saúde, podendo ser considerada como a provisão do serviço via mercado). Aqui, foi privilegiada a análise do balanço entre gasto direto e indireto em saúde, avaliando-se ainda o peso do gasto privado no gasto total e o recebimento (ou não) do benefício fiscal.

A rigor, dependendo da renda familiar ou individual *per capita*, o cidadão pode utilizar serviços de natureza privada ou pública, uma vez que, segundo a Constituição Federal de 1988, a saúde é um direito social. No entanto, considerando a crônica restrição orçamentária do SUS, que compromete a sustentabilidade do sistema público e o provimento do atendimento universal, integral e equitativo, verifica-se que, apesar do gasto público ter subido de R\$ 502,36 reais *per capita* em 2007 para R\$ 645,27 *per capita* em 2009, a participação das despesas com saúde no total das despesas de consumo final da administração pública permaneceu em torno de 18% (IBGE, 2012).

A análise do *mix* público/privado revela que as despesas com consumo final de bens e serviços de saúde corresponderam a 8,5% do PIB, segundo dados das contas-satélite de saúde, no período 2007-2009. Em 2009, as famílias gastaram R\$ 157 bilhões (56%) e o Estado R\$ 124 bilhões (44%). Cabe esclarecer que os gastos das famílias se referiam às despesas com planos de saúde, médicos, hospitais, medicamentos etc., enquanto os dispêndios do governo englobavam as três esferas (federal, estadual e municipal) (IBGE, 2012). Na mesma linha, segundo dados das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (Pnad), o percentual de indivíduos cobertos por pelo menos um plano de saúde cresceu entre 1998 (24,5%), 2003 (24,6%) e 2008 (26,3%) (GARCIA et al., 2015).

Finalmente, segundo dados da ANS, entre 2003 e 2011, o tamanho do mercado de planos cresceu de 36,4 milhões para 63,9 milhões de vínculos, e, no mesmo período, o faturamento do mercado quase dobrou e seu lucro líquido cresceu mais de duas vezes e meia acima da inflação de R\$ 1,2 bilhão para R\$ 4,9 bilhões (OCKÉ-REIS, 2013). Apesar disto, a cobertura privada da atenção médica é pouco expressiva.

Segundo dados da Pnad 2008, os planos de saúde foram responsáveis por apenas 27% dos atendimentos realizados. Essa participação é ainda mais reduzida quando se considera os procedimentos de alto custo, que são financiados principalmente pelo SUS, que domina os atendimentos por quimioterapia e radioterapia, hemodiálise e hemoterapia (financiando 73,3% dos mesmos), as consultas médicas (62,7%) e também os exames complementares (59,2%). Portanto, o SUS financiou não somente os atendimentos de mais baixo custo, mas também e, principalmente, aqueles mais onerosos (GARCIA et al., 2015).

Nas condições observadas, as famílias de maior renda têm gastos mais elevados com planos de saúde e, portanto, são as mais beneficiadas com a renúncia fiscal. A dedução das despesas no imposto de renda das pessoas físicas somente pode ser realizada por contribuintes que pagam imposto de renda, não beneficiando os estratos inferiores e intermediários de renda.

Essa renúncia é altamente regressiva, ao mesmo tempo em que reduz a capacidade de financiamento do SUS (PIOLA et al., 2010) e, entre as famílias de menor renda, como já dissemos, os gastos com medicamentos corresponderam à maior parte da despesa com saúde (GARCIA et al., 2013).

Os subsídios para os segmentos de maior renda não desafogam completamente os serviços médico-hospitalares do SUS, dado que os usuários de planos de saúde utilizam seus serviços (vacinação, urgência e emergência, banco de sangue, transplante, hemodiálise, serviços de alto custo e de complexidade tecnológica). Dessa maneira, paradoxalmente, o SUS acaba socializando parte dos custos das operadoras – a exemplo do contencioso em torno do ressarcimento.

Na verdade, a progressividade do SUS decorre, sobretudo, da prestação dos serviços. Recentemente, considerando o caráter progressivo do SUS e seus efeitos positivos sobre a desconcentração de renda, se observou que

os 40% mais pobres se apropriaram de cerca da metade dos gastos com internações hospitalares e de 45% das despesas com procedimentos ambulatoriais frente a uma participação da ordem de 10% para os 20% mais ricos. Na composição do total das despesas, coube à metade mais pobre pouco mais de 55% frente a uma participação de 1/5 para os 30% mais ricos (SILVEIRA, 2013).

Apesar da desconcentração promovida pelo acesso ao SUS, os estratos inferiores e intermediários de renda são consumidores de bens e serviços privados de saúde. Assim pretendeu-se, neste trabalho, mensurar em particular o efeito líquido de tal desconcentração (gasto público menos gasto privado) – para além dos efeitos regressivos decorrentes da renúncia fiscal, em especial por meio das bases de dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) e do Departamento de Informática do SUS (OCKÉ-REIS, 2014).

Entre 2003 e 2009, anos da Pesquisa de Orçamento Familiar, observou-se que, nos três primeiros décimos a participação no orçamento familiar das despesas com assistência à saúde cresceu, alcançando percentuais próximos aos observados no 6º décimo. Já entre os 40% mais ricos a participação dos gastos com saúde se reduziu entre 0,2 e 0,4 pontos percentuais. Pode-se creditar esse crescimento de participação das despesas com saúde entre os mais pobres ao comportamento da renda – ou seja, o chamado efeito renda –, dado que, entre 2003 e 2009, observou-se um crescimento significativo da renda dos mais pobres.

Para analisar a estrutura de repartição da renda, da despesa total, dos gastos em saúde e dos destinados a planos de saúde e serviços médicos e os relativos a tratamentos ambulatoriais, os consumidores foram classificados em estratos selecionados de renda domiciliar *per capita*.

Primeiramente, foi observado que os gastos em saúde apresentam uma estrutura de repartição similar a do desembolso global, isto é, as parcelas que cabem aos estratos populacionais segundo a renda quando se considera que o total dos gastos das famílias e o total gasto em saúde são similares. Os gastos são bastante concentrados, dado que a metade mais pobre responde por menos de 1/5 do gasto total das famílias, assim como dos destinados à saúde. No outro extremo, em 2009, os 10% mais ricos e os 20% logo abaixo se apropriavam de 39% e 28% do total do gasto das famílias e 39% e 27% do total com bens e serviços de saúde.

Os gastos com tratamentos e materiais ambulatoriais são altamente concentrados, sendo os gastos com serviços cirúrgicos e hospitalares menos concentrados. No caso dos gastos com serviços ambulatoriais, a participação dos 30% mais ricos era superior a $\frac{3}{4}$. Ficam, assim, bem demarcados os chamados bens e serviços de saúde de consumo privados, os quais têm por principais consumidores, os mais ricos e a classe média – que para melhor inteligibilidade são os relativamente ricos.

Verifica-se uma tênue desconcentração, quando se observa que a participação dos 30% mais ricos na despesa total em saúde e em medicamentos se reduziu de 70% para 67%, no caso das despesas em saúde, e de 57% para

54% em medicamentos. Essa pequena redução na concentração se observou, também, nos gastos ambulatoriais, com um aumento de participação da metade mais pobre de 6 pontos percentuais, dobrando sua inexpressiva participação de 4% para 11%.

Para uma melhor avaliação do grau de concentração das despesas com saúde e do gasto com suas principais rubricas, decidiu-se avaliar o grau de concentração das despesas em saúde tendo por base o gasto total. Os resultados revelam que as despesas em saúde apresentam nível de concentração muito semelhante ao da despesa global – Gini do desembolso de 0,587 *versus* coeficiente de concentração das despesas em saúde de 0,585. E, como já dito, salvo os gastos em medicamentos que se apresentam bem menos concentrados, todos os gastos com planos e serviços de saúde são bem mais concentrados que a despesa global.

Conclui-se, assim, que os gastos em saúde são bastante concentrados, de modo similar ao que se verifica para o desembolso global, e que as despesas com planos, médicos, hospitalização, tratamentos ambulatoriais e outros serviços seguem o perfil de concentração, diferindo totalmente do que se verifica nos gastos com medicamentos.

Essas despesas se mostram ainda mais perversas, dado que, se o padrão de gasto em medicamentos é mais homogêneo entre as diferentes classes de renda, o gasto tributário é apropriado exclusivamente pelos que tem imposto a pagar.

Em termos de evolução, verifica-se, entre 2003 e 2009, uma queda na participação das despesas com planos de saúde e serviços médicos, hospitalares, ambulatoriais e odontológicos em todos os estratos de renda, contrabalançados pelo incremento no peso dos gastos com medicamento. Nesse particular, chama a atenção o crescimento de cerca de 5 pontos percentuais na participação dos gastos com medicamentos no orçamento familiar com saúde nos 70% mais pobres. Nos 30% mais ricos, as mudanças foram pouco menores, com a participação do gasto com planos diminuindo 3 pontos percentuais, em especial na rubrica de tratamentos e materiais ambulatoriais.

Dados adicionais podem enriquecer a avaliação da equidade em saúde, a partir de investigação específica sobre saúde da população como um suplemento da Pnad realizada a cada cinco anos. Nela são captadas informações sobre o acesso e uso dos serviços e bens de saúde: vacinas, medicamentos, consultas médicas e odontológicas, exames, procedimentos ambulatoriais e internações hospitalares, entre outros. Existem, por outro lado, registros administrativos dos gastos tanto dos realizados no âmbito do SUS como das outras despesas realizadas pelas diversas esferas de governo, sistematizadas no **Siops**.

Com base em Ramos (2001), que compatibilizou as fontes de informações sobre a utilização dos serviços de saúde pública e os registros administrativos dos gastos públicos, dispõe-se de estimativa dos impactos distributivos do gasto público em saúde, empregando o suplemento de saúde das

Siops – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

PNADs de 2003 e 2008 e os dados do SUS de produção ambulatorial e internações hospitalares.

Por este sistema foi possível cotejar os valores estimados do gasto público por décimos de renda domiciliar *per capita* com as despesas privadas. Destaca-se o expressivo crescimento de ambos os gastos, sendo maior o do gasto privado, notadamente nos estratos inferiores e intermediários de renda. O gasto público cresce também de forma expressiva, com incremento médio de 50% entre 2003 e 2009.

Verifica-se, por outro lado, a pouca importância do gasto privado frente ao gasto público nos três primeiros décimos, com as despesas privadas representando entre 14% e 23% da estimativa do gasto público. Nos estratos intermediários – do 4º ao 7º décimos – a participação cresce de 29% para 66%. Nos 30% mais ricos o peso do gasto privado supera o público, sendo que nos 10% mais ricos o gasto público tem participação marginal. O importante a sublinhar é que os décimos intermediários (4º ao 7º) ainda que tenham realizado gastos privados expressivos em seu orçamento, não contaram com benefício fiscal associado.

A análise dos gastos de saúde *per capita* mensais, segundo o corte público-privado e por estrato de renda, realizada neste trabalho em primeira mão, apresentou um resultado original, mas intuitivamente previsível: o gasto público diminui e o gasto privado aumenta de acordo com a elevação dos décimos de renda.

Em outras palavras, na média, no primeiro décimo da renda, o indivíduo recebeu R\$ 27,96 do Estado e gastou R\$ 4,41 com bens e serviços privados de saúde; no último décimo, o indivíduo recebeu R\$ 15,92 do SUS e consumiu ao todo R\$ 103,62. Em 2003, esse caráter desconcentrador de renda do SUS já era visível: apenas o 9º e o 10º décimos de renda domiciliar *per capita* receberam menos do SUS do que o valor consumido de bens (desconsiderando os efeitos da aplicação da renúncia de arrecadação fiscal). Cabe destacar que os estratos inferiores de renda receberam proporcionalmente mais, quando se observa a razão entre gasto público e privado.

Em 2009, observa-se um padrão de distribuição semelhante ao do ano de 2003. Entretanto, em 2009, o 8º, o 9º e o 10º décimos de renda receberam na média, menos do SUS do que o que gastaram com bens e serviços privados de saúde. Curioso e de certa maneira paradoxal foi que a média do valor do gasto público total entre os décimos de renda (R\$ 47,88) foi ainda levemente maior do que a média do total do gasto privado (R\$ 46,77) em 2009.

Embora não tenha sido possível estender a comparação com base na Pesquisa Nacional de Saúde, de 2013, acerca dos gastos das famílias, ela permitiu introduzir maior profundidade no conhecimento da relação público-privada no financiamento privado em saúde no Brasil, bem como proporcionar subsídios para a elaboração de propostas que visem contribuir para a maior coerência na ação pública sobre os dois segmentos.

Um elemento fundamental da equidade se relaciona ao acesso aos programas e serviços. A PNS 2013 destaca, em primeiro lugar, as diferenças regionais na forma de acesso aos serviços de saúde. Na área da atenção básica à saúde (promoção e prevenção), segundo a pesquisa, a maioria dos domicílios do Brasil está cadastrada no PSF (53,4%), em especial na área rural (70,9%) e na região Nordeste (64,7%). Paralelamente, chama atenção o baixo percentual de cobertura apresentada na região Norte (51,5%) e na região Sudeste (46%).

PSF – Programa Saúde da Família

Seja no setor público, seja no setor privado, evidencia-se a importância da unidade básica de saúde (47,9%) e do consultório particular e da clínica privada (20,6%) enquanto porta de entrada do sistema de saúde. Em particular, a primazia do setor público fica mais clara quando somamos o percentual dos indivíduos que procuram atendimento entre os ambulatórios, policlínicas e hospitais públicos (23%).

No caso do pronto atendimento ou emergência de hospital privado, essa procura é residual (4,9%) e não deixa de ser preocupante o percentual de indivíduos que procuram diretamente a farmácia no seu primeiro atendimento (2,9%), considerando os efeitos difusos da automedicação sobre as condições de saúde da população.

Pode-se observar que mais de ¼ da população brasileira é coberta por planos privados de saúde (27,9%), em boa parte por indivíduos inseridos no mercado formal de trabalho do setor urbano (31,7%). O mercado de planos cresceu a passos largos, alcançando quase 56 milhões de indivíduos em 2013. Nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, essa participação foi ainda maior, respectivamente, 36,9%, 32,8% e 30,4%, em especial nas capitais e nas regiões metropolitanas.

À falta de dados atualizados sobre orçamentos familiares, que mostrem a participação dos gastos de saúde por nível de renda, é possível, com os dados existentes para Educação, evidenciar a associação positiva entre os anos de estudo dos indivíduos e o consumo de planos privados de saúde. Tomando-se a educação como *proxy* da renda familiar *per capita* (em outras palavras, quanto maior a renda, maior o consumo), podemos assumir que quanto maior o nível de instrução, maior seria a compra de planos de saúde.

Vale destacar que, quase 70% dos indivíduos com a escolaridade superior completa, 37,4% com o médio completo e superior incompleto e 22,8% com o fundamental completo e o médio completo possuem planos privados de saúde, inferindo-se destes dados uma correspondente diferenciação entre os percentuais de participação de planos de saúde por classe de renda.

Os dados sugerem a existência de diversos nichos no padrão de competição do mercado de planos de saúde (segundo a renda, a idade, o produto e a inserção no mercado de trabalho dos indivíduos). Pode-se arbitrariamente agrupar os valores em quatro grupos: os indivíduos que pagam até R\$ 100 (37,9%); os indivíduos que pagam entre R\$ 100 e R\$ 300 (33%); os indivíduos que pagam entre R\$ 300 e R\$ 1.000 (24,3%); e finalmente os indivíduos que pagam R\$ 1.000 ou mais (4,7%).

Sem elementos para conclusões definitivas, há evidências de diferenças na possibilidade de opção por planos de saúde e no acesso a serviços públicos e privados, por tipo de atendimento, nível de educação (e por inferência, por nível de renda) assim como por região. A configuração destas clientelas diversas e heterogêneas, marcadas pela pulverização de suas demandas e por seus interesses contraditórios é, certamente, ainda nos dias de hoje, elemento relevante na configuração das dificuldades da regulação dos segmentos público e privado e na busca de maior equidade no sistema como um todo.

4. Considerações Finais

Este relatório objetivou apresentar os resultados da mensuração e análise de aspectos da renúncia fiscal no setor de saúde com ênfase na atividade de Saúde Suplementar (planos de saúde). Para alcançar este objetivo foi necessário, inicialmente, recorrer a uma análise do setor de seguros, onde pôde ser identificado o peso dos planos de saúde dentro deste e o descompasso entre os benefícios fiscais atribuídos a cada segmento e sua contribuição para a arrecadação tributária.

Posteriormente, foi feita uma estimativa da arrecadação tributária da Saúde Suplementar, na qual ficou evidenciada uma tendência à estabilidade em relação aos demais setores de atividade econômica. A partir desta evidência sugeriu-se que a relativa estagnação da arrecadação do setor poderia estar relacionada com o aumento da renúncia fiscal no mesmo período, fato que ficou comprovado na seção seguinte, quando, a partir da estimativa de gasto tributário em saúde da RFB e da análise das deduções na DIRPF, apontou-se a relevância dos planos de saúde no volume de renúncia tributária em saúde.

Na luta pela ampliação do financiamento público da Saúde, assim como pelo aperfeiçoamento da gestão e pelo fortalecimento da participação social do SUS, deve ser proposta a criação de estruturas institucionais e mecanismos regulatórios que permitam reduzir o gasto dos trabalhadores e famílias de baixa renda, notadamente dos idosos com planos de saúde, serviços médico-hospitalares e medicamentos.

Seria necessário deixar claro para o governo e para a sociedade, que existiriam “externalidades positivas” relativas à eliminação, redução ou focalização dos subsídios, desde que tais recursos fossem aplicados na atenção primária (PSF, promoção e prevenção à saúde etc.) e na média complexidade (unidades de pronto atendimento, prática clínica com profissionais especializados e recursos tecnológicos de apoios diagnóstico e terapêutico etc.) do SUS.

A conversão de gasto público indireto em direto na área da saúde teria mais sentido clínico e epidemiológico se analisasse e aperfeiçoasse, na perspectiva do SUS, a gestão do sistema duplicado e paralelo, que estimula a superprodução e o consumo desenfreado de bens e serviços de saúde (COELHO, 2013; NUNES, 2013) e que “() responde às condições crônicas na lógica da

atenção às condições agudas, [e], ao final de um período mais longo, [pode determinar] resultados sanitários e econômicos desastrosos” (CONASS, 2014, p. 12).

Na tentativa de fortalecer o SUS e reorientar o modelo de atenção, o gasto tributário associado aos planos de saúde – que alcançou R\$ 9,1 bilhões em 2012 – poderia ajudar no crescimento das transferências para a atenção básica e a média complexidade do **MS** (OCKÉ-REIS, 2014) para reduzir os gastos privados dos estratos inferiores e intermediários de renda.

MS – Ministério da Saúde

Parece aceitável, ao menos, que o Ministério da Saúde se disponha a regular e a avaliar o gasto tributário em saúde. Deve-se levar em conta que o subsídio concedido pelo governo não influencia a calibragem do reajuste dos planos de saúde individuais praticado pela ANS – a exemplo da **Anvisa** – que controla e monitora o preço dos medicamentos, a partir da desoneração destinada à indústria farmacêutica.

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Esse levantamento de dados exploratório para subsidiar estudos de equidade cotejando os gastos tributários, os gastos privados com saúde das famílias coletados nas pesquisas sociais empíricas e os gastos públicos diretos computados nos registros administrativos do Ministério da Saúde pode permitir a criação de políticas regulatórias que, a um só tempo, visem estabilizar o funcionamento do mercado de planos de saúde e busquem promover a integração do sistema público e privado de saúde no Brasil, respeitando o pressuposto constitucional da equidade do SUS.

III. BASES LEGAIS DAS DEDUÇÕES E ISENÇÕES FISCAIS PARA A DEMANDA E ESTABELECIMENTOS E EMPRESAS DE PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE SAÚDE

1. Definições

A definição de renúncia de arrecadação ou gasto tributário não é consensual. Assim, na experiência internacional relatada na bibliografia, existem divergências nos métodos de cálculo e práticas de quantificação. Além disso, a renúncia pode assumir várias formas, a saber:

- ▶ Isenções, ou seja, exclusões de renda da base de incidência de tributos;
- ▶ Deduções de quantias, da renda bruta, antes da definição da renda a ser tributada;
- ▶ Deduções de créditos, ou quantias, do imposto devido;
- ▶ Reduções de alíquotas a favor de um conjunto de contribuintes e/ou de atividades;
- ▶ Diferimentos tributários, ou seja, a defasagem consentida, a título de incentivo, para o início dos pagamentos dos impostos devidos.

2. O Caso Norte-americano

O conceito de despesa tributária remonta a 1960, quando a Secretaria do Tesouro dos Estados Unidos observou que em muitos casos, as renúncias de arrecadação se assemelhavam a despesas, pela frustração na capacidade de arrecadação de receita pelas quais eram responsáveis e pela consequente redução do volume de gastos orçamentários diretos. Assim, no caso norte-americano, passaram a integrar o orçamento federal a partir de 1974.

Desde sua criação, as despesas tributárias foram definidas como deduções, créditos, exclusões, isenções e outras opções tributárias que representam um afastamento do código tributário “normal”, na perspectiva dos órgãos governamentais responsáveis pela administração de tributos.

Certamente os relatórios de despesas tributárias e as alterações observadas ano a ano se associam a mudanças no código tributário ao longo do tempo. (MC BRIDE, 2013). O amplo debate sobre a relação entre a renúncia de arrecadação e a alíquota efetiva, que marcou a reforma tributária de meados dos anos 80 nos Estados Unidos, aparentemente resultou em revisão das despesas tributárias e sua parcial revogação como condição para a redução das alíquotas nominais. Isso, entretanto, não representou solução perma-

nente para o incentivo de setores empresariais beneficiados pela renúncia, nem alterou suas decisões de investimento.

A partir de meados dos anos 90, novas renúncias foram acrescentadas ou elevadas, apresentando, em 2013, crescimento de 96% relativamente a 1991. De acordo com o Tesouro dos Estados Unidos, existem atualmente cerca de 200 modalidades de despesas tributárias, com um orçamento, em 2013 de cerca de U\$1,2 trilhão, dos quais 90% estão associados à pessoa física. As maiores fontes de crescimento foram as rubricas de bem estar social, os créditos associados ao número de crianças em famílias carentes e os créditos relativos à cobertura privada de saúde.

Destes totais, a renúncia ou exclusão por pagamento de coberturas de saúde representa uma das três mais significativas formas de despesas tributárias no orçamento norte-americano. Por si só, ela representa 41 % de seu crescimento desde 1986 e 24% desde 1991, com custo de U\$203 bilhões em 2013.

Seu crescimento recente não é explicado por novas mudanças na legislação e sim pelo impacto da legislação vigente sobre a decisão (crescente) de optar pela ampliação da cobertura de saúde como salário indireto, tendo em vista o tratamento tributário vigente.

Isto eleva o gasto com seguros e cuidados de saúde, ampliando os preços em lugar da qualidade, gerando um gasto de 1/5 do PIB com Saúde, sem que isso corresponda a uma cobertura abrangente ou a um serviço de alta qualidade e baixo custo (MC BRIDE, 2013).

Atualmente, as contribuições são excluídas da renda bruta do empregado, enquanto o empregador deduz seu custo como despesa operacional. Por conta destas práticas autorizadas pela legislação tributária, há um debate entre os formuladores da política de saúde e das reformas previstas no sentido de alterar o tratamento tributário do empregador como meio de viabilizar o financiamento da reforma do sistema de saúde norte-americano e gerar incentivos para a redução dos custos de saúde relativos à assistência médica.

A compreensão sobre o funcionamento dos atuais subsídios ao gasto de saúde tem sido destacada na avaliação das propostas de reforma no sistema de saúde. Abaixo, um breve resumo das posições e questões levantadas, partindo do levantamento da estrutura e distribuição da renúncia de arrecadação em saúde nos Estados Unidos e suas implicações nas decisões a serem tomadas no campo das reformas, de longa data anunciadas.

Quanto ao impacto da renúncia de arrecadação sobre o gasto em saúde, segundo Jason Furman (2008), ao total estimado de renúncia de arrecadação associado ao setor saúde, acima mencionado, deve ser acrescentada a dedução de cerca de UU\$85 bilhões na folha de salários, o que corresponderia a um custo total de UU\$315 bilhões em 2013. Isso representará no futuro uma redução nos benefícios do seguro social, com impactos sobre o equilíbrio do setor, mas também sobre a renda agregada.

Outro cálculo das perdas de arrecadação (SELDEN & GRAY, 2006) mostra que a combinação da renúncia tributária federal e estadual e das isenções tributárias sobre a folha de salários representava UU\$ 23,4 bilhões de perdas para os governos estaduais e UU\$111,9 bilhões de perdas para os governos federais em 2006.

Embora este estudo não tenha sido atualizado, ele sinaliza que a perda estadual é de 20,9% da perda federal, indicando que no cômputo geral das estimativas de perdas de receita por renúncias de arrecadação associadas à Saúde, os quantitativos são ainda maiores que as estimativas que levam em conta apenas o governo federal.

Do ponto de vista da governança do setor saúde, Furman também aponta para um conjunto de propostas de reformas da assistência médica norte-americana, tanto acrescentando incentivos específicos como limitando ou revogando os incentivos vigentes. O autor sugere que a substituição da atual renúncia, que acentua a preferência por gastos excessivos com planos e seguros de saúde, por créditos tributários, teria a capacidade de expandir a cobertura e reduzir a ineficiência dos gastos. Mas isso impactaria o mercado de seguros, obrigando os responsáveis por tais reformas a incluí-los na agenda para levar em conta os efeitos sobre o setor, derivados de mudanças na lógica tributária.

Quanto às deduções tributárias para saúde, as despesas *out-of-pocket* acima de 7,5% já integradas à escala de pagamento do imposto de renda são dedutíveis para todos os contribuintes. Os trabalhadores por conta própria, que podiam deduzir gastos até o limite de 25% de sua renda tributável em 1987, podem atualmente deduzir até 100% nesta rubrica. Esta dedução vale para o imposto de renda, mas não exime estes trabalhadores do pagamento a maior de contribuições sociais devidas ao aumento da renda disponível (ROUSE, 2015).

No caso de isenções tributárias relacionadas a hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos, a literatura é bastante extensa. Desde logo, a isenção federal remonta aos primórdios da legislação federal sobre o imposto de renda. Está baseada no princípio de que a perda de receita federal é compensada pela promoção de bem estar e pelo alívio de encargos financeiros que terminariam por onerar as finanças públicas de qualquer maneira.

Os hospitais filantrópicos nunca foram expressamente citados na seção 501(C) do Código Tributário, embora eles tenham se qualificado para a isenção de impostos federais desde que o Imposto de Renda e as cortes norte-americanas reconheceram a promoção da saúde em benefício da comunidade- com subsídios relativos à assistência médica para os pobres ou a promoção de pesquisa médica- como motivação filantrópica.

Especificamente, os hospitais sem fins lucrativos, devem ser organizados e operados exclusivamente para a promoção da saúde, com garantias de que nenhuma parcela das receitas auferidas reverta em benefício de indivíduos ou em favor de campanhas políticas, candidatos ou lobistas. Antes de 1969,

tais hospitais recebiam tais benefícios em troca de serviços de saúde oferecidos a pacientes incapazes de pagar pelos mesmos.

Uma disposição do imposto de Renda, em 1969, eliminou esta exigência substituindo-a pela obrigatoriedade de promover benefícios comunitários, definidos de forma genérica como a prestação de serviços de saúde a amplos grupos de pessoas, incluindo atividades de cuidado médico filantrópico, prevenção, emergência e pesquisa básica.

2.1. O Imposto de Renda e o setor saúde

No mesmo corpo da legislação tributária, as normativas do Imposto de Renda norte-americano reconheceram cinco fatores que embasariam o tratamento tributário favorecido, a saber:

- ▶ Operação de uma sala de emergência, disponível a todos os membros da comunidade de forma independente de sua capacidade de pagamento;
- ▶ Criação de uma câmara de governança integrada por membros da comunidade;
- ▶ Uso do superávit de receita em melhoria das instalações, cuidado dos pacientes, capacitação médica e pesquisa;
- ▶ Provisão de cuidados hospitalares a todas as pessoas da comunidade aptas a pagar pelo cuidado, inclusive aquelas cobertas pelo Medicare e pelo Medicaid.

Posteriormente as regras do IR tornaram claro que o status de isento pode variar com circunstâncias específicas, nem genéricas como as iniciais nem tão restritivas quanto aquelas de 1969.

Quanto à legislação estadual, em 2007, 15 dos estados norte-americanos apresentavam, na legislação tributária condições para a obtenção do status de hospital filantrópico e das isenções correspondentes.

As isenções são de amplo espectro, contemplando impostos federais e estaduais, tais como:

- ▶ Isenção de impostos de renda da pessoa jurídica no nível federal e estadual;
- ▶ Isenção de imposto de vendas estadual e local;
- ▶ Isenção de impostos locais sobre a propriedade;
- ▶ Isenção de tributação sobre títulos emitidos pelos hospitais;
- ▶ Isenção de tributação sobre as contribuições filantrópicas a eles direcionadas.

Em 2006, 59% dos cerca de 4.900 hospitais gerais não federais de emergência nos Estados Unidos eram sem fins lucrativos, variando de 88% em Massachusetts a 32% no Texas (UNITED STATES..., 2008). Deixando de lado 23%

dos hospitais públicos, os hospitais sem fins lucrativos representavam 77% do número de hospitais privados e 86% de seus ativos fixos.

2.2. Definições legais

Quanto à definição dos benefícios comunitários e a capacidade de regulação estatal deste segmento, há consenso, nas diferentes legislações, sobre definição de cuidado filantrópico, custo não reembolsável de programas de saúde apoiados em testes de meio e de um grande número de outras rubricas de gastos.

Uma vez que os hospitais adquirem o *status* de filantrópicos em relação ao Imposto de Renda ou não lucrativos, eles devem preencher um conjunto de informações sobre receitas e despesas, programa de ação e realizações de acordo com o formulário 990 do IR. Entretanto muitos alegam que este formulário permite apenas um acompanhamento limitado das ações e serviços de saúde recomendados junto à comunidade.

Em dezembro de 2007, o IRS divulgou uma revisão do Formulário 990 para incluir um documento específico para os hospitais – Schedule H - que requer a divulgação das atividades junto à comunidade, de acordo com as categorias especificadas no documento. Este documento tornou-se compulsório em 2010, e disponível desde 2011, embora a quantificação deste benefício continue não constando das exigências do novo formulário.

IRS – Internal Revenue Service,
Department of the Treasury/USA

2.2.a. Relatórios de custos para o Medicare

Todos os hospitais que participam do programa Medicare, inclusive os hospitais não lucrativos, devem preencher relatórios anuais de custos, especificados pelo programa.

No nível estadual e local, todas as instituições hospitalares que se beneficiam de isenções devem preencher o Formulário 8038, que captura informações financeiras, e o nível de endividamento das mesmas.

Dos 15 estados que praticam isenções no campo da prestação de serviços hospitalares sem fins lucrativos, quatro estipulam sanções para hospitais que não se adequam às exigências. Entre os demais, alguns revogam temporariamente a isenção em caso de descumprimento das condicionalidades.

2.3. Impactos financeiros e fiscais da política de isenção tributária

O Comitê Conjunto de Tributação norte-americano estimou, em 2002, que os hospitais sem fins lucrativos e suas instituições de apoio tenham recebido UU\$12.6 bilhões de isenções praticadas pelo governo federal, estados e municípios, discriminados da seguinte forma:

- ▶ U\$2.5 bilhões relativos o imposto de renda federal e U\$0.5 bilhão relativo ao imposto estadual sobre a rendas das empresas;
- ▶ U\$2.8 bilhões relativos a impostos estaduais e locais sobre vendas;
- ▶ U\$3.1 bilhões relativos a impostos locais sobre a propriedade;
- ▶ U\$1.8 bilhões relativos ao financiamento de títulos federais;
- ▶ U\$1.8 bilhões relativos às contribuições filantrópicas no âmbito da legislação federal.

2.4. Consequências das despesas tributárias sobre a equidade nos EEUU

A opção por despesas tributárias como forma de apoiar as ações de saúde nos Estados Unidos tem consequências sobre a equidade. Embora a legislação as ofereça à população como um todo, na verdade elas dependem da existência de um vínculo formal empregado /empregador e da existência de um plano de saúde oferecido pelo empregador.

É verdade que o tratamento tributário destas deduções se assemelha a outras compensações tributárias para o empregador. Entretanto, no caso das deduções para a saúde, elas são descontadas da renda tributável dos contribuintes, e também da base de cálculo da contribuição previdenciária de empregados e empregadores. Configuram assim um tratamento tributário não universal e assimétrico, relativamente ao conjunto da população, explicando o sucesso destas iniciativas e a ampliação dos gastos subsidiados por estas rubricas tributárias.

Não existem tetos para os gastos ou controles para a seleção adversa ou exigências quanto à redução de custos ou a economicidade da gestão. O resultado é a pulverização das iniciativas, a exclusão de trabalhadores com doenças crônicas e onerosas para os subsistemas, contrastando com a possibilidade de diluir seus custos em grupos mais amplos.

Do ponto de vista da governança, poucas são as restrições à organização de planos de saúde pelos empregadores ou a limitação dos subsídios. Assim, em última instância, o gasto indireto em saúde associado a despesas tributárias não é determinado pelo governo federal e sim pelos empregados e empregadores, o que reduz significativamente o controle do Estado sobre seu próprio subsídio.

3. Brasil: Bases legais das deduções e isenções fiscais para a demanda e estabelecimentos e empresas de planos e seguros privados de Saúde

As relações entre o público e o privado que prevalecem no sistema de saúde brasileiro estão plasmadas em bases legais, que acompanham as distintas políticas de incentivos a determinados modelos de organização dos cui-

dados e assistência à saúde. As deduções e isenções fiscais e os repasses de recursos públicos contemplam incentivos à demanda e a oferta de serviços de saúde (seja a prestação direta de serviços, seja aquela intermediada por empresas de planos e seguros de saúde).

Aqui se procura examinar a legislação tributária referente ao segmento analisado sob duas categorias: incentivos à oferta e à demanda. Sendo que esta última é subdividida em incentivos aos prestadores de serviços e as empresas de planos e seguros de saúde.

Como no caso norte-americano, esboçado em breves linhas na parte inicial deste capítulo, a investigação sobre as normas legais que conferem suporte político-jurídico ao fluxo de recursos entre as esferas pública e privada estuda mais detalhadamente o imposto de renda de pessoas jurídicas e físicas, por sua grande expressão no que respeita o tratamento tributário específico dado ao setor.

3.1. Incentivos à demanda

3.1.a. Deduções fiscais para pessoas jurídicas e pessoas físicas do Imposto de Renda dos gastos com despesas médicas e contraprestações pecuniárias de planos e seguros privados de Saúde

O imposto de renda de pessoa física e jurídica admite a dedução integral das despesas com assistência à saúde e pagamento de planos e seguros privados de saúde.

Os dados da Receita Federal referentes ao Imposto de Renda de Pessoa Física de 2004 são esclarecedores quanto às despesas com saúde. Do total de 5.467.450 milhões de contribuintes, que optaram pela declaração via formulário completo 4.270.337 milhões declararam despesas com saúde (Quadro 1). O somatório das despesas com saúde foi R\$ 20.244,32 bilhões, ou seja, um valor médio de R\$ 4.470,68 por declarante. Segundo os cálculos de Afonso (2008) as despesas dos contribuintes com saúde são cerca de trinta vezes maiores do que os gastos do governo federal com cidadão brasileiro que em 2003 atingiram o valor de aproximadamente R\$ 155,00 reais *per capita*.

Apenas a título de ilustração segue-se um extrato das regras da Instrução Normativa SRF nº 15 de 6 de fevereiro de 2001 que dispõe em seus artigos 5º e o 43º sobre a imunidade tributária das despesas médicas de pessoas jurídicas feitas por pessoas físicas, respectivamente e define como se segue os rendimentos isentos e não tributáveis

SRF – Secretaria da Receita Federal

Pessoa Jurídica

Art. 5º Estão isentos ou não se sujeitam ao imposto de renda os seguintes rendimentos:

XV – serviços médicos, hospitalares e dentários mantidos ou pagos pelo empregador em benefício de seus empregados;

Pessoa Física

Art. 43. Na Declaração de Ajuste Anual podem ser deduzidos os pagamentos efetuados, no ano-calendário, a médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e hospitais, bem assim as despesas com exames laboratoriais, serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias.

§ 1º A dedução alcança, também, os pagamentos efetuados a empresas domiciliadas no país destinado a coberturas de despesas médicas, odontológicas, de hospitalização e a entidades que assegurem direito de atendimento ou ressarcimento de despesas da mesma natureza.

§ 2º A dedução das despesas médicas restringe-se aos pagamentos efetuados pelo contribuinte, relativos ao seu próprio tratamento ou a de seus dependentes (BRASIL, 2001).

Quadro 1 – Informações Básicas da DIRPF 2004, Brasil

Deduções				
Descrição do Item	Valor (R\$ Milhões)	Freq. Unidade	Média R\$	Percentual Particip.
Desconto Padrão – Form. Simplificado	32.110,99	10.577.382	3.035,82	30,94%
Contr. Previdenciária Oficial (INSS)	12.019,36	4.507.866	2.666,31	11,58%
Contr. Previdenciária Privada e Fapi	4.525,92	1.421.971	3.182,85	4,36%
Abatim. com Dependentes	16.716,21	4.675.438	3.575,33	16,11%
Abatim. com Gastos em Instrução	8.667,36	2.885.951	3.003,30	8,35%
Abatim. com Despesas Médicas	20.244,32	4.270.337	4.740,68	19,50%
Abatim. com Pensão Judicial	4.447,74	432.511	10.283,53	4,29%
Despesas Escrituradas no Livro Caixa	5.059,05	183.217	27.612,34	4,87%
Total das Deduções – Form. Completo	71.679,96	5.467.450	13.110,31	
Total das Deduções	103.790,95	16.044.832	6.468,81	100,00%

Fonte: Consolidado da Declaração do Imposto de Renda de Pessoa Física 2004. Estatísticas Tributárias Disponível em: www.receita.fazenda.gov.br/Publico/estudotributarios/estatisticas/ConsolidaDirpf2004.

3.1.b. Repasses de recursos orçamentários para a aquisição de coberturas de planos e seguros de saúde para servidores públicos

Os incentivos à demanda diretamente associados com a conformação da esfera privada do sistema de atenção à saúde são o financiamento de planos e serviços privados e particulares de saúde para servidores públicos civis e militares e as deduções do imposto de renda de pessoa jurídica e pessoa física relacionadas com despesas assistenciais e pagamento de contraprestações pecuniárias a empresas de planos e seguros de saúde.

Os valores dos repasses diretos dos orçamentos da União, estados e municípios para o pagamento de planos particulares de saúde para servidores públicos são pouco conhecidos e divulgados.

O levantamento das informações dessas despesas no nível estadual e municipal é ainda uma tarefa quase inalcançável na medida em que os padrões de financiamento não são homogêneos (algumas unidades federadas aportam recursos orçamentários para o financiamento dos planos e seguros privados de saúde, em outras o financiamento se restringe ao pagamento – desconto na fonte – dos servidores e um terceiro grupo possui serviços próprios – cujo custeio e investimentos ficam ao encargo pelo menos em parte dos recursos orçamentários) e as fontes disponíveis de informação, muito frequentemente, não discriminam especificamente as despesas com assistência à saúde dos servidores.

A legislação que apoia o repasse de recursos é infraconstitucional e para contornar o preceito da universalização do direito à saúde ampara-se no Regime Jurídico Único e em normas dos direitos à saúde do trabalhador.

3.1.c. Financiamento de planos privados de saúde para servidores civis da União

São os seguintes os dispositivos legais:

▶ **Lei 8.112/90 (RJU)**

RJU – Regime Jurídico Único

Art. 230 – A assistência à saúde do servidor, ativo ou inativo, e de sua família compreende assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, terá como diretriz básica a implantação de ações preventivas voltadas para a promoção da saúde e será prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou mediante convênio ou contrato, ou ainda na forma de auxílio, mediante ressarcimento parcial do valor despendido pelo servidor, ativo ou inativo, e seus dependentes ou pensionistas com planos ou seguros privados de assistência à saúde, na forma estabelecida em regulamento. (Redação dada pela Lei nº 11.302 de 2006) (BRASIL, 1990)

- ▶ **Decreto 4.978/2004** – Fixa competência à SRH/MP para expedir normas complementares.
- ▶ **Portaria MPOG/SRH Nº 1.983/2006** – Estabelece orientações sobre a assistência à saúde dos servidores da Administração Federal e seus dependentes.
- ▶ **Portaria Normativa SRH/MP nº 1, de 27 de dezembro de 2007** – Estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da administração Federal - SIPEC sobre a assistência à Saúde Suplementar do servidor ativo, inativo, seus dependentes e pensionistas, e dá outras providências.

3.1.d. Financiamento de planos de saúde privados para servidores civis estaduais e municipais

Exemplo 1: Município do Rio de Janeiro

- ▶ **Lei Complementar nº 67, de 29 de setembro de 2003** – Autoriza o Poder Executivo a implantar o Plano de Saúde do Servidor Público Municipal, e dá outras providências.
- ▶ **Decreto nº 23593, de 16 de outubro de 2003** – Regulamenta o Plano de Saúde do Servidor Público Municipal instituído pela Lei Complementar 67 de 29 de setembro de 2003.

O decreto nº 23 de 2003 em seus artigos e incisos evidencia o papel de patrocinador dos órgãos municipais no financiamento do plano privado de saúde para seus servidores. Os patrocinadores são: o Município do Rio de Janeiro, suas Autarquias e Fundações, a Câmara Municipal do Rio de Janeiro, o Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro e os servidores públicos municipais. O decreto institui o Fundo de Assistência à Saúde do Servidor Municipal com o Art. 3º:

Fica criado no âmbito do Instituto de Previdência do Município com o objetivo de prover recursos para o plano de saúde. As receitas básicas do Fundo provêm da **contribuição do servidor**, equivalente a **dois por cento do valor integral de sua remuneração**, e a **contribuição do Município**, equivalente a **três por cento do valor mensal da folha de pagamento** correspondente à totalidade dos servidores participantes¹. (RIO DE JANEIRO [Cidade], 2003)

¹ Grifos dos autores.

Exemplo 2: Estado de Santa Catarina

- ▶ **LEI Nº 13.344, de 10 de março de 2005** – Cria o Fundo do Plano de Saúde dos Servidores Públicos Estaduais e estabelece outras providências.
- ▶ **DECRETO Nº 4.860, de 14 de novembro de 2006** – Dispõe sobre a estruturação, organização e administração do Fundo do Plano de Saúde dos Servidores Públicos Estaduais, e estabelece outras providências.

O Decreto nº 4.860 de 2006 também explicita a participação de fontes do orçamento público estadual para o financiamento dos planos de saúde para os servidores estaduais. Mas não fixa os valores devidos pelos empregados e empregadores.

O Capítulo III do decreto relaciona como receitas do Fundo do Plano de Saúde dos Servidores Públicos do Estado:

- I – contribuições dos segurados, segurados especiais, segurados conveniados e segurados agregados, inclusive coparticipação;
- II – contribuição mensal e as contribuições suplementares, complementares ou extraordinárias do empregador;
- III – rendas resultantes da aplicação de reservas, doações, legados, subvenções, reversão de qualquer importância e outras rendas eventuais;

IV – prêmios e outras rendas provenientes de seguros efetuados pelo Santa Catarina Saúde;

V – contribuições pela prestação de serviços a outras instituições, legalmente autorizadas;

VI – juros, multas e correção monetária de pagamento de quantias devidas ao Santa Catarina Saúde;

VII – taxas, contribuições, percentagens e outras importâncias devidas em decorrência de prestação de serviços;

VIII – rendas resultantes de alienação e locação de imóveis;

IX – rendas resultantes de aplicações financeiras; e

X – recursos decorrentes do pagamento dos débitos dos segurados, referentes à assistência à saúde, ocorrida anteriormente e durante a vigência da Lei Complementar nº 179, de 23 de junho de 1999 (SANTA CATARINA, 2006).

3.2. Incentivos à oferta

3.2.a. Incentivos aos prestadores de serviços de saúde

Os incentivos fiscais aos prestadores de serviços se convertem na dedução de impostos e contribuições sociais. Segundo a tabela de retenções da IR 480 de 2004 os serviços de saúde (serviços hospitalares) devem reter 5,85% de tributos (1,2% para o Imposto de Renda, 1,0% para a **CSLL**, 3,0% para a **Cofins** e 0,65% para o PIS/Pasep (Tabela 1).

CSLL – Contribuição Social sobre o Lucro Líquido

Cofins – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

Tabela 1 – Retenções IR 480 de 2004 e IR 539 de 2005, segundo natureza do bem fornecido ou do serviço prestado

Natureza do Bem Fornecido ou do Serviço Prestado (01)	Alíquotas				Percentual a Ser Aplicado (06)	Código da Receita (07)
	IR (02)	CSLL (03)	Cofins (04)	PIS/Pasep (05)		
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Alimentação; ▶ Energia elétrica; ▶ Serviços prestados com emprego de materiais; ▶ Construção Civil por empreitada com emprego de materiais; ▶ Serviços hospitalares; ▶ Transporte de cargas, exceto os relacionados no código 8767; ▶ Mercadorias e bens em geral. 	1,2	1,0	3,0	0,65	5,85	6147

Fonte: Ministério da Fazenda. Disponível em <http://www.receita.fazenda.gov.br/legislacao/ins/2004/in4802004.htm>

Esses percentuais têm sido objeto permanente de pressão e negociação das entidades de representação dos prestadores privados de serviços de saúde. Em 2004 as demandas contrárias à tentativa de aumentar a alíquota do Cofins para 7,6% para determinados estabelecimentos privados de saúde foram fortemente apoiadas pela Frente Parlamentar da Saúde não surtiram efeito.

A Lei nº 10.833/03 aumentou a alíquota da Cofins para 7,6% para clínicas, laboratórios e outros estabelecimentos de saúde. Quando da conversão da Medida Provisória nº 164/ 2004, que instituiu tributação de PIS e Cofins sobre produtos importados, a discussão em torno da redução da alíquota para todo o setor de saúde foi retomada e, por forte influência da Frente Parlamentar da Saúde, o governo federal cedeu, acatando a modificação do artigo 10 da Lei nº 10833/03.

O antigo texto foi alterado pelo artigo 21 da Lei nº 10.865/2004, para determinar que as receitas decorrentes de serviços prestados por hospital, pronto-socorro, clínica médica, odontológica, de fisioterapia e de fonoaudiologia, laboratórios de anatomia patológica, citológica ou de análises clínicas, clínicas de diálise, raios-X, radiodiagnóstico e radioterapia, quimioterapia e de banco de sangue, continuam a contribuir com a Cofins pelo regime anteriormente vigente, ou seja, mediante aplicação da alíquota de 3% sobre o total das receitas conforme estabelecido na lei 10.833/03.

Instrução Normativa SRF nº 480 de 15 de dezembro de 2004

Dispõe sobre a retenção de tributos e contribuições nos pagamentos efetuados pelas pessoas jurídicas que menciona a outras pessoas jurídicas pelo fornecimento de bens e serviços. **Retificada no DOU de 31/12/2004, Seção 1, pág. 79.**

Alterada pela IN SRF nº 539, de 25 de abril de 2005.

Alterada pela IN SRF nº 706, de 9 de janeiro de 2007.

Alterada a partir de 1º de julho de 2007 pela IN RFB nº 765, de 2 de agosto de 2007. Alterada pela IN RFB nº 791, de 10 de dezembro de 2007.

Art. 26. Nos pagamentos efetuados às cooperativas ou associações médicas, as quais, para atender aos beneficiários dos seus planos de saúde, subcontratam ou mantêm convênios para a prestação de serviços de terceiros não cooperados, tais como: profissionais médicos e de enfermagem (pessoas físicas); hospitais, clínicas, casas de saúde, prontos socorros, ambulatórios e laboratórios, etc. (pessoas jurídicas), por conta de internações, diárias hospitalares, medicamentos, fornecimento de exames laboratoriais e complementares de diagnóstico e terapia, etc., serão apresentadas duas faturas, observando-se o seguinte:

I – no caso das associações médicas:

a) fatura, segregando as importâncias recebidas por conta de serviços pessoais prestados por pessoas físicas associadas (serviços médicos e de enfermagem), das importâncias recebidas pelos demais bens ou serviços (taxa de administração, etc.), cabendo à retenção: (Redação dada pela IN SRF nº 539, de 25 de abril de 2005).

1 - De 1,5% de imposto de renda sobre a quantia relativa aos serviços pessoais prestados por seus associados, sob o código de arrecadação 3280 – Serviços Pessoais Prestados por Associados de Cooperativas de Trabalho; e

2 - da CSLL, da Cofins e da Contribuição para oPIS/Pasep, sobre o valor total do documento fiscal, no percentual total de 4,65% (quatro

inteiros e sessenta e cinco centésimos por cento), sob o código de arrecadação 8863;

b) fatura referente aos serviços de terceiros não cooperados (pessoas físicas ou jurídicas), a qual deverá segregar as importâncias referentes aos serviços prestados, da seguinte forma:

1 - serviços médicos em geral prestados por pessoas físicas (médicos, dentistas, anestesistas, enfermeiros, etc.) e serviços médicos em geral, não compreendidos em serviços hospitalares, prestados por pessoas jurídicas, por conta de consultas médicas, exames laboratoriais, radiológicos, fisioterapias e assemelhados, cabendo à retenção, no percentual total de 9,45% (nove inteiros e quarenta e cinco centésimos por cento), sob o código de arrecadação 6190 (demais serviços);

2 - serviços hospitalares nos termos do art. 27 desta Instrução Normativa, cabendo à retenção e recolhimento, no percentual total de 5,85% (cinco inteiros e oitenta e cinco centésimos por cento), sob o código de arrecadação 6147.

II – no caso das cooperativas médicas:

a) fatura segregando as importâncias recebidas por conta de serviços pessoais prestados por pessoas físicas associadas da cooperativa (serviços médicos e de enfermagem), das importâncias recebidas pelos demais bens ou serviços (taxa de administração, etc.), cabendo à retenção:

1 - de 1,5% de imposto de renda sobre a quantia relativa aos serviços pessoais prestados por seus associados, sob o código de arrecadação 3280 – Serviços Pessoais Prestados Por Associados de Cooperativas de Trabalho; e.

2 - da Cofins e da Contribuição para o PIS/Pasep, sobre o valor total do documento fiscal, no percentual total de 3,65% (três inteiros e sessenta e cinco centésimos por cento), na forma estabelecida no inciso II do art. 23 desta Instrução Normativa. (Redação dada pela IN SRF nº 539, de 25 de abril de 2005).

b) fatura referente aos serviços de terceiros não cooperados (pessoas físicas ou jurídicas), a qual deverá segregar as importâncias referentes aos serviços prestados, da seguinte forma:

1 - serviços médicos em geral prestados por pessoas físicas (médicos, dentistas, anestesistas, enfermeiros, etc.), e serviços médicos em geral, não compreendidos em serviços hospitalares, prestados por pessoas jurídicas, por conta de consultas médicas, exames laboratoriais, radiológicos, fisioterapias e assemelhados, cabendo à retenção, no percentual total de 9,45% (nove inteiros e quarenta e cinco centésimos por cento), sob o código de arrecadação 6190(demais serviços);

2 - serviços hospitalares nos termos do art. 27 desta Instrução Normativa, cabendo à retenção e recolhimento, no percentual total de 5,85% (cinco inteiros e oitenta e cinco centésimos por cento), sob o código de arrecadação 6147.

§ 1º Na hipótese de emissão de documentos fiscais sem observância das disposições previstas nos incisos I e II deste artigo, a retenção do imposto de renda e das contribuições se dará sobre o total do documento fiscal, no percentual de 9,45% (nove inteiros e quarenta e cinco centésimos por cento), sob o código de arrecadação 6190 (demais serviços), do Anexo I - Tabela de Retenção, desta Instrução Normativa.

§ 2º Nos pagamentos efetuados às cooperativas de trabalho médico, administradoras de plano de saúde e seguro saúde, a retenção a ser efetuada é a constante da rubrica “demais serviços”, no percentual de:

- a) 9,45% (nove inteiros e quarenta e cinco centésimos por cento), sob o código de arrecadação 6190, para os planos de saúde; e.
- b) 7,05% (sete inteiros e cinco centésimos), sob o código 6188, para o seguro saúde.

§ 3º No caso de terceirização de serviços médicos (locação de mão-de-obra), por intermédio de cooperativas de trabalho ou associações médicas, para o fornecimento de mão-de-obra nas dependências do tomador dos serviços, a retenção será efetuada observando-se o seguinte:

I – no caso das associações médicas:

- a) de acordo com o estabelecido na alínea “a”, inciso I do art. 26 para os associados;
- b) de acordo com o estabelecido na alínea “b”, inciso I do art 26 para os não associados.

II – no caso das cooperativas médicas:

- a) de acordo com o estabelecido na alínea “a” do inciso II do art. 26 para os associados;
- b) de acordo com o estabelecido na alínea “b”, inciso II do art. 26 para os não associados.

§ 4º Na hipótese do § 3º, as cooperativas de trabalho ou associações médicas deverão segregar, em duas faturas distintas, as importâncias relativas aos serviços pessoais prestados por seus associados das importâncias que corresponderem aos serviços prestados por não associados da cooperativa.

§ 5º A inobservância do disposto no § 4º acarretará a retenção do imposto de renda e das contribuições sobre o total do documento fiscal, no percentual de 9,45% (nove inteiros e quarenta e cinco centésimos por cento), sob o código de arrecadação 6190, do Anexo I – Tabela de Retenção, desta Instrução Normativa.

§ 6º No caso de pagamentos a associações de médicos que atuem na intermediação da prestação de serviços médicos prestados por profissionais médicos ou pessoas jurídicas, os quais realizam os procedimentos médicos, em nome próprio, em suas respectivas instalações, deverá ser observado o seguinte:

I – se o associado for pessoa jurídica, a retenção será efetuada sobre o total pago a cada pessoa jurídica prestadora dos serviços, observado os seguintes percentuais:

- a) 5,85% (cinco inteiros e oitenta e cinco centésimos por cento), mediante o código de arrecadação 6147, no caso de serviços hospitalares, de que trata o art. 27 desta Instrução Normativa; ou.
- b) 9,45% (nove inteiros e quarenta e cinco centésimos por cento), mediante o código de arrecadação 6190, para os demais serviços.

II – se o associado for pessoa física, caberá a retenção de que trata o art. 628 do Regulamento do Imposto de Renda, aprovado Decreto nº 3.000, de 26 de março de 1999 (RIR, de 1999), sobre o total pago a cada pessoa física, mediante a aplicação das alíquotas progressivas de que trata o art. 620 do RIR, de 1999.

§ 7º Para efeito das retenções de que trata os itens I e II do § 6º, às associações de médicos deverão apresentar documento de cobrança ao órgão ou entidade pagadora, do qual deverão constar:

I – o nome e o número de inscrição no CPF ou no CNPJ de cada uma das pessoas físicas ou jurídicas prestadora do serviço;

II – o valor a ser pago a cada uma das pessoas físicas ou jurídicas prestadoras do serviço.

§ 8º Aplica-se às demais associações de profissionais que atuam nos moldes das associações médicas, de que trata o § 6º deste artigo, as disposições contidas nos incisos I, alínea b, e incisos I e II do § 6º e o disposto no § 7º deste artigo.

Art. 27. Para os fins previstos nesta Instrução Normativa, são considerados serviços hospitalares aqueles prestados por estabelecimentos assistenciais de saúde que dispõem de estrutura material e de pessoal destinada a atender a internação de pacientes, garantir atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos, que possuam serviços de enfermagem e atendimento terapêutico direto ao paciente, durante 24 horas, com disponibilidade de serviços de laboratório e radiologia, serviços de cirurgia e/ou parto, bem como registros médicos organizados para a rápida observação e acompanhamento dos casos. (Redação dada pela IN RFB nº 791, de 10 de dezembro de 2007).

Parágrafo único. São também considerados serviços hospitalares, para os fins desta Instrução Normativa, aqueles efetuados pelas pessoas jurídicas: (Renumerado com nova redação pela IN RFB nº 791, de 10 de dezembro de 2007).

I – prestadoras de serviços pré-hospitalares, na área de urgência, realizados por meio de UTI móvel, instaladas em ambulâncias de suporte avançado (Tipo “D”) ou em aeronave de suporte médico (Tipo “E”); e (Redação dada pela IN RFB nº 791, de 10 de dezembro de 2007).

II – prestadoras de serviços de emergências médicas, realizados por meio de UTI móvel, instaladas em ambulâncias classificadas nos Tipos “A”, “B”, “C” e “F”, que possuam médicos e equipamentos que possibilitem oferecer ao paciente suporte avançado de vida. (Redação dada pela IN RFB nº 791, de 10 de dezembro de 2007).

CPF – Cadastro de Pessoa Física

CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica

A Imprecisão do Conceito de Serviços Hospitalares

O art. 15 da Lei nº 9.249/95 fixa a base de cálculo do IRPJ, que, via de regra, corresponde a 8% da receita bruta. O inciso III do § 1º desse artigo fixa essa base de cálculo em 32% da receita bruta para as atividades de prestação de serviços em geral, exceto a de serviços hospitalares. O art. 20 da mesma lei estipula a base de cálculo da CSLL em 12% sobre a receita bruta para as empresas em geral, e em 32% para as empresas que exercem atividades de prestação de serviços, exceto a de serviços hospitalares.

Visando diminuir o contingente de contribuintes que prestam serviços hospitalares favorecidos pela redução da base de cálculo, o Ato Declaratório Interpretativo nº 19 de 2007, em seu art. 1º, procura conceituar os serviços

hospitalares a que se refere a alínea “a” do inciso III do § 1º do art. 15 da Lei nº 9.429/95, prescrevendo que:

os estabelecimentos hospitalares devem dispor de estrutura material e de pessoa destinada a atender a internação de pacientes, garantir atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos, possuir serviços de enfermagem e atendimento terapêutico direto ao paciente, durante 24 horas, com disponibilidade de serviços de laboratório e radiologia, serviços de cirurgia e/ou parto, bem como registros médicos organizados para a rápida observação e acompanhamento dos casos” (BRASIL, 2007).

O parágrafo único desse art. 1º prescreve que:

são também considerados serviços hospitalares os serviços pré-hospitalares, prestados na área de urgência, realizados por meio de UTI móvel, instalados em ambulâncias de suporte avançado (Tipo “D”) ou em aeronave de suporte médio (Tipo “E”), bem como os serviços de emergências médicas, realizados por meio de UTI móvel, instaladas em ambulâncias classificadas nos Tipos “A”, “B”, “C” e “F”, que possuam médicos e equipamentos que possibilitem oferecer ao paciente suporte avançado de vida(BRASIL, 2007).

Ato Declaratório Interpretativo RFB nº 19 de 7 de dezembro de 2007 – Dispõe sobre o conceito de serviços hospitalares para fins de determinação da base de cálculo do imposto de renda.

O SECRETÁRIO DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL, no uso da atribuição que lhe confere o inciso III do art. 224 do Regimento Interno da Secretaria da Receita Federal do Brasil, aprovado pela Portaria MF nº 95, de 30 de abril de 2007, e tendo em vista o disposto no art. 15, da Lei nº 9.249, de 26 de dezembro de 1995, e o que consta do processo nº 10168.004798/2007-94, declara:

Artigo Único. Para efeito de enquadramento no conceito de serviços hospitalares, a que se refere o art. 15, § 1º, inciso III, alínea “a”, da Lei nº 9.249, de 26 de dezembro de 1995, os estabelecimentos assistenciais de saúde devem dispor de estrutura material e de pessoal destinada a atender a internação de pacientes, garantir atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos, possuir serviços de enfermagem e atendimento terapêutico direto ao paciente, durante 24 horas, com disponibilidade de serviços de laboratório e radiologia, serviços de cirurgia e/ou parto, bem como registros médicos organizados para a rápida observação e acompanhamento dos casos.

Parágrafo único. São também considerados serviços hospitalares os serviços pré-hospitalares, prestados na área de urgência, realizados por meio de UTI móvel, instaladas em ambulâncias de suporte avançado (Tipo “D”) ou em aeronave de suporte médio (Tipo “E”), bem como os serviços de emergências médicas, realizados por meio de UTI móvel, instaladas em ambulâncias classificadas nos Tipos “A”, “B”, “C” e “F”, que possuam médicos e equipamentos que possibilitem oferecer ao paciente suporte avançado de vida.

Alíquotas de Importação de Equipamentos

O debate sobre a importação de equipamentos médicos envolvia duas dimensões a cambial e a fiscal. Enquanto a primeira dessas dimensões parece ter encontrado um ponto de equilíbrio ainda que provisório, a incipiência da indústria nacional conferia importância decisiva aos aspectos fiscais para importação dos equipamentos e peças para produção local, requerendo maior detalhamento do desenvolvimento de seu tratamento tributário.

ICMS

Segundo a jurisprudência pacífica dos Tribunais o ICMS não incide sobre a importação de equipamentos médico-hospitalares. Com a promulgação da Emenda Constitucional nº 33², de 11 de dezembro de 2001, clínicas médicas, laboratórios e hospitais propuseram ações objetivando a restituição dos valores pagos a título do referido imposto. Além disso, as mercadorias que haviam sido importadas e apreendidas pelos órgãos alfandegários, foram objeto de ações judiciais para a obtenção de decisões liminares que promoveram sua imediata liberação sem o recolhimento do imposto.

Com relação às importações realizadas sob a forma de contrato de arrendamento mercantil – *leasing* –, as Cortes Superiores, mesmo após a promulgação da EC nº 33, mantiveram o entendimento de que o ICMS não é devido.

Assim, nos casos de *leasing*, além da restituição dos valores que eventualmente possam ter sido pagos, as sociedades civis prestadoras de serviços médicos podem impetrar mandados de segurança, visando à liberação instantânea dos bens importados, mediante a concessão de medidas liminares.

Essas interpretações são polêmicas no âmbito do Poder Judiciário e devem ser investigadas com mais extensão e aprofundamento.

IPI

Decreto nº 6006 de 28 de dezembro de 2006 - Aprova a Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados – TIPI.

Alterado pelo Decreto nº 6.024, de 22 de janeiro de 2007.

Retificado no DOU de 07/03/2007, Seção 1, pág. 4.

Alterado a partir de 11 de julho de 2007 pelo Decreto no 6.072, de 3 de abril de 2007.

Alterado a partir de 1o de julho de 2007 pelo ADE RFB no 21, de 29 de junho de 2007.

Alterado pelo Decreto no 6.184, de 13 de agosto de 2007.

Alterado pelo Decreto nº 6.225, de 4 de outubro de 2007.

Alterado pelo Decreto nº 6.227, de 8 de outubro de 2007.

ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

² Emenda Constitucional nº 33 de 2001 – Alteração, dispositivos, Constituição Federal, Sistema Tributário Nacional, incidência, cobrança, contribuição social, intervenção, domínio econômico, importação, comercialização, produto importado, petróleo, derivados de petróleo, combustível, energia elétrica, serviço, telecomunicação.

IPI – Imposto sobre Produtos Industrializados

Alterado a partir de 1º de janeiro de 2008 pelo ADE RFB nº 13, de 12 de março de 2008.

No Capítulo 90, na seção XVIII sobre instrumentos e aparelhos de óptica, de fotografia e cinematografia, de controle ou de precisão; instrumentos e aparelho médico-cirúrgicos; aparelhos musicais; suas partes e acessórios são estabelecidas alíquotas para a importação de equipamentos segundo a lógica da existência ou não de similares nacionais. As tarifas são zero ou reduzidas.

Isenção de Imposto de Importação para Instituição sem fins lucrativos

As instituições registradas no **Cnas** podem receber bens por doação e que tenham aplicação na área da Assistência Social.

Cnas – Cadastro Nacional de Assistência Social

Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social – Cnas nº 173 de 15.09.2005 – Estabelece regras e critérios para a manifestação do Conselho Nacional de Assistência Social sobre a isenção de Imposto de Importação.

Redução e Parcelamento de Débitos

As anistias e parcelamento das dívidas dos estabelecimentos de saúde constituem um mecanismo de alívio financeiro para os estabelecimentos privados de saúde. Nos anos 90 a prestação de serviços para a Previdência Social fundamentou a discriminação positiva das dívidas de hospitais privados.

Segundo a Lei Nº 8.620 - de 5 de janeiro de 1993:

Art. 5º Os débitos dos hospitais contratados ou conveniados com o Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, relativos a contribuições arrecadadas pelo Instituto Nacional do Seguro Social, ajuizados ou não, referentes a competências existentes até 30 de outubro de 1992, poderão ser objeto de parcelamento nos termos desta Lei, mediante o desconto de até vinte por cento a ser efetuado sobre a importância das faturas referentes aos serviços médico-hospitalares prestados por conta da Seguridade Social, cujo valor correspondente será retido pelo órgão pagador, para ressarcimento de parcela do débito, na forma a ser estabelecida em regulamento (BRASIL, 1993).

Nos anos 2000 os argumentos sobre a vinculação dos hospitais ao atendimento universal seguiram embasando as políticas de alívio das dívidas de hospitais filantrópicos. Em 2006 o montante das dívidas dos estabelecimentos de saúde filantrópicos com o governo (Receita Previdenciária, Receita Federal e Fundo de Garantia) era estimado em aproximadamente RUS\$ 6,6 bilhões. A Lei nº11.345, de 14 de setembro de 2006, que criou a “Timemania” - loteria, cujos recursos serão endereçados, prioritariamente, para o pagamento dos débitos dos times de futebol, estabeleceu a possibilidade do parcelamento especial para as Santas Casas, para os hospitais sem fins lucrativos e para as demais entidades assistenciais.

Esse parcelamento poderia ser realizado em até 180 meses, de toda a dívida vencida até 30 de setembro de 2005. As dívidas posteriores a essa data deveriam ser pagas como condição para a obtenção do benefício do parcelamento. Havia outro dispositivo a ser regulamentado posteriormente, o qual direciona 3% dos recursos para o financiamento dos débitos das santas casas e hospitais sem fins lucrativos.

Lei nº 11.345 de 14 de setembro de 2006 – Dispõe sobre a instituição de concurso de prognóstico destinado ao desenvolvimento da prática desportiva, a participação de entidades desportivas da modalidade futebol nesse concurso e o parcelamento de débitos tributários e para com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS; altera as Leis nºs 8.212, de 24 de julho de 1991, e 10.522, de 19 de julho de 2002; e dá outras providências. Alterada pela Lei nº 11.505, de 18 de julho de 2007.

Altera dispositivos das Leis nº 11.345, de 14 de setembro de 2006, 8.212, de 24 de julho de 1991, e 8.685, de 20 de julho de 1993, e dá outras providências.

VI – 3% (três por cento) para o Fundo Nacional de Saúde, que destinará os recursos, exclusivamente, para ações das Santas Casas de Misericórdia, de entidades hospitalares sem fins econômicos e de entidades de saúde de reabilitação física de portadores de deficiência;

§ 4º As Santas Casas de Misericórdia, as entidades hospitalares e as de reabilitação física referidas no inciso VI do **caput** deste artigo deverão ter convênio com o Sistema Único de Saúde há pelo menos 10 (dez) anos antes da publicação desta Lei.

§ 5º As entidades de reabilitação física referidas no inciso VI do **caput** deste artigo são aquelas que prestem atendimento a seus assistidos em caráter multidisciplinar mediante as ações combinadas de profissionais de nível superior.

§ “6º No caso das Santas Casas de Misericórdia, a entidade de classe de representação nacional delas informará ao Fundo Nacional de Saúde aquelas que deverão receber prioritariamente os recursos.” (NR).

“Art.” 4º As entidades desportivas poderão parcelar, mediante comprovação da celebração do instrumento de adesão a que se refere o art. 3º desta Lei, seus débitos vencidos até a data de publicação do decreto que regulamenta esta Lei, com a Secretaria da Receita Federal do Brasil, com o Instituto Nacional de Seguro Social - INSS, com a Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional e com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS, inclusive os relativos às contribuições instituídas pela Lei Complementar nº 110, de 29 de junho de 2001.

3.2.b. Incentivos às empresas de planos e seguros de saúde

As medidas fiscais voltadas a estimular a operação das empresas de planos e seguros concentram-se em torno do alívio fiscal à cobrança de impostos e contribuições incidentes sobre as reservas técnicas e despesas operacionais.

A Medida Provisória nº 66 de 29 de agosto de 2002 dispunha sobre a não cumulatividade na cobrança da contribuição para os Programas de Integração Social (PIS) e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Pasep),

nos casos que especifica; sobre os procedimentos para desconsideração de atos ou negócios jurídicos, para fins tributários; sobre o pagamento e o parcelamento de débitos tributários federais, a compensação de créditos fiscais, a declaração de inaptidão de inscrição de pessoas jurídicas, a legislação aduaneira:

Art. 35. As entidades fechadas de previdência complementar poderão excluir da base de cálculo da contribuição para o PIS/Pasep e para a Cofins, além dos valores já previstos na legislação vigente, os referentes à:

I – rendimentos relativos a receitas de aluguel, destinados ao pagamento de benefícios de aposentadoria, pensão, pecúlio e resgates;

II – receita decorrente da venda de bens imóveis, destinada ao pagamento de benefícios de aposentadoria, pensão, pecúlio e resgates;

III – o resultado positivo auferido na reavaliação da carteira de investimentos imobiliários referida nos incisos I e II.

Art. 36. As sociedades cooperativas também poderão excluir da base de cálculo da contribuição para o PIS/Pasep e da Cofins, sem prejuízo do disposto no art. 15 da Medida Provisória nº 2.158-35, de 24 de agosto de 2001, as sobras apuradas na Demonstração do Resultado do Exercício, antes da destinação para a constituição do Fundo de Reserva e do Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social, previstos no art. 28 da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971.

A Medida Provisória Nº 2.158-35, de 24 de agosto de 2001 que altera a legislação das Contribuições para a Seguridade Social – Cofins, para os Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PIS/Pasep e do Imposto sobre a Renda, e dá outras providências, previa:

§ 6º Na determinação da base de cálculo das contribuições para o PIS/Pasep e Cofins, as pessoas jurídicas referidas no § 1º do art. 22 da Lei nº 8.212, de 1991, além das exclusões e deduções mencionadas no § 5º, poderão excluir ou deduzir:

I – no caso de bancos comerciais, bancos de investimentos, bancos de desenvolvimento, caixas econômicas, sociedades de crédito, financiamento e investimento, sociedades de crédito imobiliário, sociedades corretoras, distribuidoras de títulos e valores mobiliários, empresas de arrendamento mercantil e cooperativas de crédito:

- a) despesas incorridas nas operações de intermediação financeira;
- b) despesas de obrigações por empréstimos, para repasse, de recursos de instituições de direito privado;
- c) deságio na colocação de títulos;
- d) perdas com títulos de renda fixa e variável, exceto com ações;
- e) perdas com ativos financeiros e mercadorias, em operações de hedge;

II – no caso de empresas de seguros privados, o valor referente às indenizações correspondentes aos sinistros ocorridos, efetivamente pago, deduzido das importâncias recebidas a título de cosseguro e resseguro, salvados e outros ressarcimentos.

III – no caso de entidades de previdência privada, abertas e fechadas, os rendimentos auferidos nas aplicações financeiras destinadas

ao pagamento de benefícios de aposentadoria, pensão, pecúlio e de resgates;

IV – no caso de empresas de capitalização, os rendimentos auferidos nas aplicações financeiras destinadas ao pagamento de resgate de títulos.

§ 7º As exclusões previstas nos incisos III e IV do § 6º restringem-se aos rendimentos de aplicações financeiras proporcionadas pelos ativos garantidores das provisões técnicas, limitados esses ativos ao montante das referidas provisões.

§ 8º NA determinação da base de cálculo da contribuição para o PIS/Pasep e Cofins, poderão ser deduzidas as despesas de captação de recursos incorridas pelas pessoas jurídicas que tenham por objeto a securitização de créditos:

I – imobiliários, nos termos da Lei nº 9.514, de 20 de novembro de 1997;

II – financeiros, observada regulamentação editada pelo Conselho Monetário Nacional.

§ 9º Na determinação da base de cálculo da contribuição para o PIS/Pasep e Cofins, as operadoras de planos de assistência à saúde poderão deduzir:

I – corresponsabilidades cedidas;

II – a parcela das contraprestações pecuniárias destinada à constituição de provisões técnicas;

“III – o valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pago, deduzido das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades.” (NR).

4. O Imposto de Renda e a Tributação dos Gastos em Saúde: Origem histórica e evolução

Para maior clareza e diferenciação do tratamento tributário, a pesquisa detalhou a evolução do sistema tributário nacional a partir da reforma tributária de meados dos anos 60, acompanhando a evolução das despesas tributárias no IRPF relacionadas com o setor saúde.

4.1. A Reforma Tributária dos anos 60 e 70

Data da primeira metade dos anos 60, o projeto de modernização da estrutura do Imposto de Renda e da estruturação da Secretaria da Receita Federal. Interrompido pelo golpe militar de 1964, o projeto, modificado, veio a ser aprovado em 1965 para vigência a partir de 1966.

A Emenda Constitucional nº 18/1965 instituiu um sistema tributário integrado e nacional, no plano econômico e jurídico em substituição do sistema anterior, de origem política, com autônomos sistemas tributários relativamente autônomos nos níveis federal, estadual e municipal. A legislação dos Estados e Municípios não tinha vínculo com a nacional e era concebida de forma não integrada

Ainda em 1964, a edição da Lei nº 4.357 de 16 de julho expressa a política de estimular os investimentos considerados de interesse econômico ou social, permitindo que os contribuintes, que fizessem as aplicações incentivadas, pagassem menos imposto. Os investimentos incentivados eram referidos às prioridades do governo central, tais como a aquisição de títulos da dívida pública federal, letras hipotecárias, outros títulos, em ações nominativas de empresas de interesse para o desenvolvimento econômico do Nordeste ou da Amazônia.

No ano seguinte, a relação de investimentos passíveis de abatimento da renda bruta foi alterada e aumentada, mas restrita ao campo do desenvolvimento, segundo modelo abraçado pelo regime autoritário, tendo permanecido até o exercício de 1974 inclusive.

Nos exercícios de 1975 a 1989, inclusive, os investimentos incentivados não fizeram mais parte dos abatimentos da renda bruta e foram deduzidos diretamente do imposto devido. Na década de 1990, as deduções por incentivo diminuíram consideravelmente e ficaram reduzidas aos incentivos à cultura e ao audiovisual e ao estatuto da criança e do adolescente.

De modo geral, a produção era tributada pelo Governo Federal (além do tradicional imposto sobre o comércio externo), enquanto os Estados e municípios se financiavam pelo comércio atacadista e varejista, respectivamente. Eram dos Estados e municípios os impostos sobre a propriedade rural e urbana, mas que praticamente nada rendiam, devido à rejeição dos proprietários em pagar qualquer tributo sobre seu patrimônio.

A partir da reforma tributária e fiscal de 1967 do Regime Militar, os tributos sobre patrimônio e renda passaram a ter participação significativa, mas os impostos indiretos permaneceram dominantes. Porém, pela primeira vez, esses impostos deixaram de ser cobrados em cascata e passaram a ser calculados pelo valor adicionado, o que permite saber quanto o consumidor está a pagar ao final da cadeia produtiva e de distribuição. Foi quando se criou o ICM (assim, ainda sem o S) estadual, o IPI federal e o ISS dos municípios.

O imposto de renda não ficou fora da reforma tributária ocorrida no país na metade da década de 1960. Diversas alterações se procederam: extinção do imposto cedular, dos adicionais de proteção à família e de privilégios na isenção de rendimentos; nova estrutura da administração tributária, incluindo o Cadastro Geral de Contribuintes; nova apuração do imposto em face das alterações na legislação; valores atualizados pela correção monetária; pagamento de Imposto de Renda nos bancos.

A Lei nº 4.357 de 16 de julho de 1964 revogou a cobrança dos adicionais de proteção à família criada pelo Decreto-lei nº 3.200 de 19 de abril de 1941 e em vigor desde o exercício de 1942 e facultou pela primeira vez o abatimento de despesas com instrução, instituído relativamente tarde na história do imposto de renda (artigo 15º da Lei nº 4.357 de 16 de julho de 1964). O limite não era por valor como ocorre atualmente, mas por percentual, até 20% da renda bruta.

A Lei nº 4.506 de 30 de novembro de 1964 extinguiu, a partir do exercício financeiro de 1965, a incidência de impostos cedulares sobre os rendimentos líquidos declarados pelas pessoas físicas e que vigorava desde a primeira declaração de rendimentos. O imposto devido passou a ser apurado exclusivamente pela tabela progressiva. O artigo 9º desse dispositivo legal regulamentou o abatimento das despesas com hospitalização, cuidados médicos e dentários cobertas por seguros (§ 3º) e preservou as deduções para as despesas pagas diretamente aos prestadores de serviços (§ 4º).

Na visão então vigente, a renda bruta era a diferença entre o total do rendimento bruto e o total das deduções cedulares. Havia uma diferença entre dedução e abatimento. As deduções eram despesas relacionadas com a percepção do rendimento, ao contrário dos abatimentos que foram extintos com a Lei nº 7.713 de 22 de dezembro de 1988 e Artigo 9º Lei 4.506 de 1964

O § 3º da mesma lei definia que, sob as mesmas condições de abatimento de prêmio de seguros de vida, poderiam ser, igualmente, abatidos da renda bruta das pessoas físicas os prêmios de seguros de acidentes pessoais e os destinados à cobertura de despesas de hospitalização e cuidados médicos e dentários, relativos ao contribuinte, seu cônjuge e dependentes. (Suprimido pelo Decreto-Lei nº 1.887, de 1981). Segundo o § 4º não poderiam ser abatidas da renda bruta das pessoas físicas as despesas com hospitalização e cuidados médicos e dentários, quando cobertas por apólices de seguro.

O artigo 10º da Lei 4506 de 1964 normatizou os descontos do imposto de renda do trabalho assalariado instituiu limites para o desconto na fonte, a partir de 1 de janeiro de 1965 e o artigo 11º referente aos domiciliados no país ausentes no estrangeiro, a serviço da Nação incluiu, entre outras deduções:

- ▶ os prêmios de seguro de vida e os destinados à cobertura de despesas com hospitalização e cuidados médicos e dentários até 5% (cinco por cento) da renda bruta, quando comprovados; (revogado pelo Decreto 1.380, de 23.12.1974).
- ▶ as contribuições para constituição de fundo de beneficência até um 1% (um por cento) da renda bruta recebida em dólares; (revogado pelo Decreto 1.380, de 23.12.1974).

O artigo 16º da Lei 4506 de 1964 classificou como rendimentos do trabalho assalariado todas as espécies de remuneração por trabalho ou serviços prestados no exercício dos empregos, cargos ou funções referidos no artigo 5º do Decreto-lei número 5.844, de 27 de setembro de 1943 (que trata do lucro e remuneração dos “sócios da indústria”) e no art. 16 da Lei número 4.357, de 16 de julho de 1964 (que se remete a categorização do trabalhador autônomo como assalariado).

Ao regulamentar o artigo 17º do mesmo diploma legal regulamentou os rendimentos do trabalho assalariado não tributados. E o 18º, as deduções para o cálculo do rendimento líquido.

Assim, de acordo com o Art. 17, não foram incluídos entre os rendimentos tributados de que trata o artigo anterior:

- I – As gratificações por quebra de caixa pagas aos tesoureiros e a outros empregados, enquanto manipularem efetivamente valores, desde que em limites razoáveis nessa espécie de trabalho;
- II – A indenização por despedida ou rescisão de contrato de trabalho que não [exceder os limites garantidos pela Lei];
- III – Os proventos de aposentadoria ou reforma quando motivada por moléstias enumeradas no item III do artigo 178 da Lei número 1.711 de 28 de outubro de 1952;
- IV – As indenizações por acidente no trabalho;
- V - Os prêmios de seguro de vida em grupo pagos pelo empregador em benefício dos seus empregados (BRASIL, 1964).

Os serviços médicos hospitalares e dentários mantidos ou pagos pelo empregador em benefício dos seus empregados também foram previsto:

18º Para a determinação do rendimento líquido, o beneficiário de rendimentos do trabalho assalariado poderá deduzir dos rendimentos brutos:

- I – As contribuições para institutos e caixas de aposentadoria e pensões, ou para outros fundos de beneficência; (BRASIL, 1964).

Do exercício financeiro de 1968 ao de 1983, foi permitido ao contribuinte pessoa física reduzir do imposto devido o valor aplicado na aquisição de Certificado de Compra de Ações. A partir do exercício de 1970 e até 1974, a pessoa física teve o direito de deduzir do imposto a aquisição de ações colocadas à subscrição pública pelo Banco do Nordeste do Brasil SA e pelo Banco da Amazônia. Essa redução era limitada a 50% do valor do investimento e a 25% do total do imposto devido.

Os incentivos constantes respectivamente do Decreto-lei nº 157/1967, do Decreto-lei nº 880/1969, do Banco do Nordeste e do Banco da Amazônia eram reduzidos diretamente do imposto.

Abaixo, são discriminadas as deduções e incentivos fiscais vigentes no período, inclusive relativas a pagamentos a médicos e dentistas.

Deduções e Incentivos Fiscais

- a) juros de dívidas pessoais;
- b) prêmios de seguros de vida;
- c) prêmios de seguros de acidentes pessoais;
- d) despesas com instrução;
- e) contribuições e doações;
- f) encargos de família;
- g) perdas extraordinárias;
- h) pensão alimentícia;

- i) pagamentos feitos a médicos e dentistas;
- j) despesas com prospecção de jazidas minerais;
- k) prêmios de estímulo à produção intelectual ou bolsa de estudos;
- l) juros das prestações do Sistema Financeiro de Habitação, a partir de 1973;
- m) incentivos fiscais.

4.2. O Imposto de Renda nos anos 80/90

A legislação relativa ao imposto de renda nos anos 80 é vasta. Abrange, entre outras, normas sobre incentivos fiscais sobre: redução dos incentivos às atividades de caráter econômico e normatização dos incentivos referentes às atividades culturais - Lei Sarney em 1986; redefinição de classes de renda e alíquotas; regulamentação dos rendimentos auferidos com a venda de imóveis; definição de prazos para o pagamento e parcelamento do imposto devido; isenção do imposto de renda progressivo na declaração de rendimentos os juros e dividendos de Caderneta de Poupança do Sistema Financeiro de Habitação, auferidos por pessoas físicas; abatimento da renda bruta as importâncias efetivamente aplicadas nos Planos **Pait**.

Pait – Planos de Poupança e Investimento

Em relação à saúde e demais áreas da seguridade social as principais alterações foram expressas:

I) no Decreto-lei nº 1.887, de 29 de outubro de 1981 que em seu artigo 3º modifica o abatimento relacionado com os pagamentos de prêmios de seguros de vida e acidentes pessoais.

Art 3º São suprimidos na legislação do imposto de renda aplicável às pessoas físicas os abatimentos relativos a:

- a) prêmios de seguro de vida (Lei nº 3.470, de 28 de novembro de 1958, artigo 36);
- b) prêmios de seguro de acidentes pessoais (Lei nº 4.506, de 30 de novembro de 1964, artigo 9º, § 3º); (BRASIL, 1981).

(II) no Decreto-lei nº 2.396 de 21 de dezembro de 1987 que em seus artigos 7º, 8º e 13º instituiu abatimentos com os prêmios para seguros de saúde, vida e acidentes pessoais, previdência complementar aberta e fechada e incluiu a possibilidade de abatimento a “entidades que assegurem direitos de atendimentos ou ressarcimento de despesas de natureza médica, odontológica e hospitalar e redefiniu limites para as deduções de despesas com saúde” (BRASIL, 1987).

Em seu Art. 7º, o Decreto-lei nº 2.396/1987 define que poderiam ser abatidos da renda bruta os pagamentos feitos a empresas nacionais, ou autorizadas a funcionar no País, referentes a prêmios de seguros de vida, de acidentes pessoais e os destinados à cobertura de despesas com hospitalização e cuidados médicos e dentários, relativos ao contribuinte, seu cônjuge e dependentes, vedada a inclusão de prêmio de seguro total a prêmio único.

§ 1º Poderão também ser abatidos os pagamentos feitos a entidades que assegurem direitos de atendimentos ou ressarcimento de despesas de natureza médica, odontológica e hospitalar.

§ 2º O abatimento de que trata este artigo estará sujeito ao limite previsto no artigo 9º da Lei nº 4.506, de 30 de novembro de 1964 (BRASIL, 1987).

O artigo 8º também estabelece tetos para o abatimento de que tratam os artigos 3º e 4º do Decreto-Lei nº 2.296, de 21 de novembro de 1986 (previdência privada fechada e aberta), juntamente com os abatimentos a que se referem o artigo 12, I, do Decreto-Lei nº 2.292, de 21 de novembro de 1986 (planos Pait), e o artigo 2º, I, do Decreto-Lei nº 2.301, de 21 de novembro de 1986 (caderneta pecúlio, observados os demais limites estabelecidos).

Art. 13º As pessoas físicas deverão informar à Secretaria da Receita Federal, juntamente com a declaração, os rendimentos que pagaram no ano anterior, por si ou como representantes de terceiros, com indicação do nome, endereço e número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas ou no Cadastro Geral de Contribuintes, das pessoas que os receberam.

§ 1º Deverão ser informados, na forma deste artigo:

a) os rendimentos pagos a pessoas jurídicas, quando constituam abatimento ou dedução na declaração do contribuinte;

b) os rendimentos pagos a pessoas físicas constituam ou não abatimento ou dedução na declaração do contribuinte, compreendendo pagamentos efetuados a profissionais liberais, tais como médicos, dentistas, advogados, veterinários, economistas, contadores, engenheiros, arquitetos, psicólogos, fisioterapeutas, e os pagamentos efetuados a título de aluguel, pensão alimentícia e juros.

§ 2º A falta de informação de pagamento efetuado sujeitará o infrator à multa de 20% (vinte por cento) do valor não declarado ou de eventual insuficiência, aplicável pela Secretaria da Receita Federal (BRASIL, 1987).

III) na Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, o artigo 14º que se dedica a detalhar os limites para os abatimentos com despesas de saúde

Art. 14. Na determinação da base de cálculo sujeita à incidência mensal do imposto de renda poderão ser deduzidas: (Revogado pela Lei nº 8.383, de 1991).

I – no que exceder a cinco por cento do rendimento bruto do contribuinte, a parte dos pagamentos feitos pela pessoa física, no mês, a médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeuta, terapeutas ocupacionais e hospitais; (Revogado pela Lei nº 8.134, de 1990).

§ 1º O disposto no inciso I deste artigo aplica-se também aos pagamentos feitos a empresas brasileiras, ou autorizadas a funcionar no País, destinados à cobertura de despesas com hospitalização e cuidados médicos e dentários, e a entidades que assegurem direito de atendimento ou ressarcimento de despesas de natureza médica, odontológica e hospitalar. (Revogado pela Lei nº 8.134, de 1990).

§ 2º Quando o montante dos pagamentos a que se refere este artigo ultrapassar o valor da base de cálculo do imposto, em cada mês, o excedente, corrigido monetariamente, poderá ser deduzido no mês

subsequente, no que ultrapassar a cinco por cento do rendimento bruto do mês de dedução. (Revogado pela Lei nº 8.134, de 1990).

§ 3º Não se incluem entre as deduções de que trata este artigo as despesas cobertas por apólices de seguro ou quando ressarcidas por entidades de qualquer espécie. (Revogado pela Lei nº 8.134, de 1990).

§ 4º O disposto neste artigo restringe-se aos pagamentos feitos pelo contribuinte relativo ao seu próprio tratamento ou, quando não auferirem rendimentos tributáveis, ou de seus dependentes econômicos. (Revogado pela Lei nº 8.134, de 1990).

§ 5º A dedução a que se refere este artigo é condicionada a que os pagamentos sejam especificados e comprovados, com indicação do nome, endereço e número de instrução no Cadastro de Pessoas Físicas ou no Cadastro de Pessoas Jurídicas, de quem os recebeu, podendo, quando o beneficiário for pessoa física, na falta de documentação, ser feita indicação do cheque nominativo pelo qual foi efetuado o pagamento. (Revogado pela Lei nº 8.134, de 1990).

§ 6º Para cálculo do imposto a que se refere o art. 7º desta Lei, o comprovante ou a indicação de que trata o parágrafo anterior deverá ser entregue à fonte pagadora, que ficará responsável por sua guarda e exibição ao fisco. (Revogado pela Lei nº 8.134, de 1990).

§ 7º No caso do parágrafo anterior, a fonte pagadora poderá fixar um prazo para a entrega do comprovante ou da indicação, com vistas a ser efetuada a dedução no próprio mês; após, esse prazo, a dedução poderá ser feita no mês seguinte, pelo valor corrigido monetariamente com base na variação do BTN ocorrida entre o mês do pagamento e o mês da dedução. (Redação dada pela Lei nº 7.799, de 1989) (Revogado pela Lei nº 8.134, de 1990) (BRASIL, 1988).

IV) na Lei nº 8.134 de 27 de dezembro de 1990, o artigo 7º (sobre as deduções das contribuições para a Previdência Social) e 8º (despesas com saúde) que preserva os mesmos patamares para o desconto dessas últimas despesas 5% para trabalhadores urbanos e admite a dedução integral quando as mesmas excederem 20% do resultado da atividade rural.

Art. 7º Na determinação da base de cálculo sujeita à incidência mensal do imposto de renda, poderão ser deduzidas:

II – as contribuições para a Previdência Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;

Art. 8º Na declaração anual (art. 9º) poderão ser deduzidos s:

I – os pagamentos feitos, no ano-base, a médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e hospitais, bem como as despesas provenientes de exames laboratoriais e serviços radiológicos;

§1º O disposto no inciso I deste artigo:

a) aplica-se também aos pagamentos feitos a empresas brasileiras, ou autorizadas a funcionar no País, destinados à cobertura de despesas com hospitalização e cuidados médicos e dentários, e a entidades que assegurem direito de atendimento ou ressarcimento de despesas de natureza médica, odontológica e hospitalar;

b) restringe-se aos pagamentos feitos pelo contribuinte relativo ao seu próprio tratamento e ao de seus dependentes;

c) é condicionado a que os pagamentos sejam especificados e comprovados, com indicação do nome, endereço e número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas ou no cadastro de Pessoas Jurídicas, de quem os recebeu, podendo, na falta de documentação, ser feita indicação do cheque nominativo pelo qual foi efetuado o pagamento.

§ 2º Não se incluem entre as deduções de que trata o inciso I deste artigo as despesas cobertas por apólices de seguro ou quando ressarcidas por entidades de qualquer espécie.

§ 3º As deduções previstas nos incisos II I deste artigo estão limitadas, respectivamente, a cinco por cento por cento de todos os rendimentos computados na base de cálculo do imposto, na declaração anual (art. 10, I), diminuídos das despesas mencionadas nos incisos I a III do art. 6º e no inciso II do art. 7º.

§ 4º A dedução das despesas previstas no art. 7º, inciso III, da Lei nº 8.023, de 12 de abril de 1990, poderá ser efetuada pelo valor integral, observado o disposto neste artigo. *(Lei 8023, artigo 7º, inciso III – dedução, relativamente aos pagamentos feitos pela pessoa física, durante o ano-base, a médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e hospitais, do valor que exceder a vinte por cento do resultado da atividade rural).* (BRASIL, 1990)

A Lei nº 7.713 de 22 de dezembro de 1988 reduziu consideravelmente as deduções e abatimentos. Havia dois modelos. Na Declaração de Informações, não havia dedução nem abatimento. Na Declaração de Ajuste, podiam ser deduzidas dependente pensão judicial e despesas médicas.

4.3. O Imposto de Renda nos anos 90 e 2000

Nos anos 90 as despesas com saúde foram contempladas com um estatuto distinto daquelas relacionadas com educação (instrução). As despesas com saúde passaram a ser objeto de dedução integral.

Segundo a Lei nº 9.250 de 26 de dezembro de 1995:

Art. 8º A base de cálculo do imposto devido no ano-calendário será a diferença entre as somas:

I – de todos os rendimentos percebidos durante o ano-calendário, exceto os isentos, os não tributáveis, os tributáveis exclusivamente na fonte e os sujeitos à tributação definitiva;

II – das deduções relativas

a) aos pagamentos efetuados, no ano-calendário, a médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e hospitais, bem como as despesas com exames laboratoriais, serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias;

b) a pagamentos de despesas com instrução do contribuinte e de seus dependentes, efetuados a estabelecimentos de ensino, relativamente à educação infantil, compreendendo as creches e as pré-escolas; ao ensino fundamental; ao ensino médio; à educação superior, compreendendo os cursos de graduação e de pós-graduação (mestrado, doutorado e especialização); e à educação profissional, compreendendo o ensino técnico e o tecnológico, até o

limite anual individual de: Alterado pela LEI Nº 11.482 – DE 31 DE MAIO DE 2007.

e) às contribuições para as entidades de previdência privada domiciliadas no País, cujo ônus tenha sido do contribuinte, destinadas a custear benefícios complementares assemelhados aos da Previdência Social;

f) às importâncias pagas a título de pensão alimentícia em face das normas do Direito de Família, quando em cumprimento de decisão judicial ou acordo homologado judicialmente, inclusive a prestação de alimentos provisionais;

§ 1º A quantia correspondente à parcela isenta dos rendimentos provenientes de aposentadoria e pensão, transferência para a reserva remunerada ou reforma, pagos pela Previdência Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, por qualquer pessoa jurídica de direito público interno, ou por entidade de previdência privada, representada pela soma dos valores mensais computados a partir do mês em que o contribuinte completar sessenta e cinco anos de idade, não integrará a soma de que trata o inciso I.

2º O disposto na alínea *a* do inciso II:

I – aplica-se, também, aos pagamentos efetuados a empresas domiciliadas no País, destinados à cobertura de despesas com hospitalização, médicas e odontológicas, bem como a entidades que assegurem direito de atendimento ou ressarcimento de despesas da mesma natureza;

II – restringem-se aos pagamentos efetuados pelo contribuinte, relativos ao próprio tratamento e ao de seus dependentes;

III – limita-se a pagamentos especificados e comprovados, com indicação do nome, endereço e número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF.

ou no **CGC** de quem os recebeu, podendo, na falta de documentação, ser feita indicação do cheque nominativo pelo qual foi efetuado o pagamento;

CGC – Cadastro Geral de Contribuintes

IV – não se aplica às despesas ressarcidas por entidade de qualquer espécie ou cobertas por contrato de seguro;

V – no caso de despesas com aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias, exige-se a comprovação com receituário médico e nota fiscal em nome do beneficiário.

§ 3º As despesas médicas e de educação dos alimentandos, quando realizadas pelo alimentante em virtude de cumprimento de decisão judicial ou de acordo homologado judicialmente, poderão ser deduzidas pelo alimentante na determinação da base de cálculo do imposto de renda na declaração, observado, no caso de despesas de educação, o limite previsto na alínea *b* do inciso II deste artigo.

Pensionistas com Doença Grave:

XXXI – os valores recebidos a título de pensão, quando o beneficiário desse rendimento for portador de doença relacionada no inciso XXXIII deste artigo, exceto a decorrente de moléstia profissional, com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída após a concessão da pensão (Lei Nº 7.713, de 1988, art. 6º, inciso XXI, e Lei Nº 8.541, de 1992, art. 47);

Proventos de Aposentadoria por Doença Grave:

XXXIII – os proventos de aposentadoria ou reforma, desde que motivadas por acidente em serviço e os percebidos pelos portadores de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondilostrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados de doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome de imunodeficiência adquirida, e fibrose cística (mucoviscidose), com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma (Lei Nº 7.713, de 1988, art. 6º, inciso XIV, Lei Nº 8.541, de 1992, art. 47, e Lei Nº 9.250, de 1995, art. 30, § 2º).

Proventos e Pensões de Maiores de 65 Anos:

XXXIV – os rendimentos provenientes de aposentadoria e pensão, transferência para a reserva remunerada ou reforma, pagos pela Previdência Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, por qualquer pessoa jurídica de direito público interno, ou por entidade de previdência privada, até o valor de novecentos reais por mês, a partir do mês em que o contribuinte completar sessenta e cinco anos de idade, sem prejuízo da parcela isenta prevista na tabela de incidência mensal do imposto (Lei Nº 7.713, de 1988, art. 6º, inciso XV, e Lei Nº 9.250, de 1995, art. 28).

A lei permite a não inclusão, no item XLV - do valor dos serviços médicos, hospitalares e dentários mantidos, ressarcidos ou pagos pelo empregador em benefício de seus empregados.

No campo das deduções, as despesas médicas sobrevivem a mudanças legais que afetam outras rubricas.

- a) contribuições e doações, até 1996 inclusive;
- b) dependentes;
- c) despesas médicas;
- d) pensão alimentícia judicial;
- e) contribuição previdenciária oficial, a partir de 1992;
- f) despesas com instrução, a partir de 1993;
- g) livro Caixa, a partir de 1993;
- h) doação – plebiscito, apenas em 1993;
- i) contribuição à previdência privada, a partir de 1997;
- j) fundo de aposentadoria programada individual – FAPI, a partir de 1998.

Os artigos 5º e o 43º da Instrução Normativa SRF nº 15 de 6 de fevereiro de 2001 reafirmam a imunidade tributária das despesas médicas considera como rendimentos isentos e não Tributáveis

Art. 5º Estão isentos ou não se sujeitam ao imposto de renda os seguintes rendimentos:

IV – indenizações por acidente de trabalho;

VIII – contribuições pagas pelos empregadores, relativas a programas de previdência privada, em favor de seus empregados e dirigentes;

IX – valores resgatados de Plano de Poupança e Investimento (Pait), de que trata o Decreto-lei nº 2.292, de 21 de novembro de 1986, relativamente à parcela correspondente às contribuições efetuadas pelo participante;

X – contribuições a Pait, cujo ônus tenha sido do empregador, em favor do participante;

XI – pecúlio a que fazem jus os aposentados por idade ou por tempo de serviço pelo Regime Geral da Previdência Social que tenham voltado a trabalhar até 15 de abril de 1994, em atividade sujeita ao regime previdenciário, quando dela se afastarem;

XII – proventos de aposentadoria ou reforma motivadas por acidente em serviço e recebidas pelos portadores de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e fibrose cística (mucoviscidose);

XV – serviços médicos, hospitalares e dentários mantidos ou pagos pelo empregador em benefício de seus empregados;

XVII – bolsas de estudo e de pesquisa caracterizadas como doação, quando recebidas exclusivamente para proceder a estudos ou pesquisas e desde que os resultados dessas atividades não representem vantagem para o doador, nem importem contraprestação por serviços prestados pelo beneficiário do rendimento; Despesas médicas.

Art. 43. Na Declaração de Ajuste Anual podem ser deduzidos os pagamentos efetuados, no ano-calendário, a médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e hospitais, bem assim as despesas com exames laboratoriais, serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias.

§ 1º A dedução alcança, também, os pagamentos efetuados a empresas domiciliadas no país destinados a coberturas de despesas médicas, odontológicas, de hospitalização e a entidades que assegurem direito de atendimento ou ressarcimento de despesas da mesma natureza.

§ 2º A dedução das despesas médicas restringe-se aos pagamentos efetuados pelo contribuinte, relativos ao seu próprio tratamento ou a de seus dependentes.

§ 3º Não se incluem nesta dedução as despesas ressarcidas por entidades de qualquer espécie ou cobertas por contrato de seguro.

§ 4º Caso a dedução esteja sujeita a ressarcimento parcial, considera-se como dedução apenas o montante não ressarcido.

§ 5º No caso de despesas com aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas ou dentárias, exige-se a comprovação com receituário médico ou odontológico e nota fiscal em nome do beneficiário.

§ 6º Não podem ser deduzidos os pagamentos que caracterizem investimentos em empresas, tais como títulos patrimoniais, quotas ou

ações, mesmo que estes assegurem aos adquirentes o direito à assistência médica, odontológica ou hospitalar.

§ 7º Consideram-se aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas:

I – pernas e braços mecânicos;

II – cadeiras de rodas;

III – andadores ortopédicos;

IV – palmilhas ou calçados ortopédicos;

V – qualquer outro aparelho ortopédico destinado à correção de desvio de coluna ou defeitos dos membros ou das articulações.

Art. 44. Consideram-se despesas médicas ou de hospitalização as despesas de instrução com portador de deficiência física ou mental, condicionadas, cumulativamente à:

I – existência de laudo médico, atestando o estado de deficiência;

II – comprovação de que a despesa foi efetuada em entidades destinadas a deficientes físicos ou mentais.

Art. 45. As despesas de internação em estabelecimento geriátrico somente são dedutíveis a título de hospitalização se o referido estabelecimento for qualificado como hospital, nos termos da legislação específica.

Art. 46. A dedução a título de despesas médicas é condicionada a que os pagamentos sejam especificados e comprovados com documentos originais que indiquem nome, endereço e número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) ou Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) de quem os recebeu, podendo, na falta de documentação, a comprovação ser feita com a indicação do cheque nominativo pelo qual foi efetuado o pagamento.

Art. 47. São admitidos os pagamentos realizados no exterior, convertidos em reais conforme o disposto no § 2º do art. 23.

Art. 48. A despesa médica paga pelo alimentante, em nome do alimentando, em razão de decisão judicial ou acordo homologado judicialmente, pode ser por aquele deduzida na Declaração de Ajuste Anual.

5. Uma Atualização da Legislação Sobre a Tributação do Imposto de Renda da Pessoa Física e dos Gastos Tributários em Saúde

Atualmente as despesas médicas estão entre aquelas que podem ser deduzidas integralmente da **BC** do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF). Isso quer dizer que o contribuinte pode incluir todos os gastos com saúde previstos na legislação em vigor, ao contrário das despesas com educação que são limitadas a um teto máximo.

De acordo com a Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB), são deduzidos os pagamentos efetuados a médicos de qualquer especialidade, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais. O benefício se estende até mesmo à cirurgia plástica, mesmo que ela tenha finalidade puramente estética.

BC – Base de Cálculo

Também podem ser incluídos os gastos com Plano de Saúde e hospitais, bem como as despesas com exames laboratoriais, serviços de radiologia, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias. Por outro lado, ficam de fora os gastos com remédios e enfermeiros, salvo se o valor pago constar da conta emitida pelo hospital.

Para fins de dedução, as despesas com saúde são somente as relacionadas ao tratamento do próprio contribuinte declarante, de seus dependentes ou alimentandos. As referidas despesas devem ser informadas na Ficha “Pagamentos Efetuados” da DAA, com a indicação da especialidade médica e o respectivo valor pago. Eventualmente, caso a RFB desconfie de alguma irregularidade, poderá pedir a comprovação dos gastos realizados para tratamento médico. Portanto, é de fundamental importância que o contribuinte guarde todos os comprovantes, onde deve conter o nome, endereço e número do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) ou do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) da pessoa para quem os pagamentos foram efetuados (BRASIL, 2014)

DAA – Declaração de Ajuste Anual

Devido à importância do tema para as pessoas físicas que declaram o IRPF, serão apresentadas as normas e os procedimentos que devem ser observados para a dedução de despesas médicas no preenchimento da DAA. Com base no Regulamento do IR/1999 (RIR/1999), a Instrução Normativa RFB nº 1.500/2014 e a Instrução Normativa RFB nº 1.545/2015, que trata sobre a obrigatoriedade e sobre as regras de preenchimento da DAA do exercício de 2015, bem como em outras fontes citadas ao longo desse trabalho.

- ▶ Base Legal: Arts. 80 e 84 do RIR/1999 (UC: 16/04/15); Arts. 56, § 2º, 94 a 100 da IN RFB nº 1.500/2014 (UC: 16/04/15); Arts. 1º e 2º caput da IN RFB nº 985/2009 (UC: 16/04/15); Art. 1º da IN RFB nº 1.531/2014 e; IN RFB nº 1.545/2015 (UC: 16/04/15).

A DAA Completa é a declaração em que se podem utilizar todas as deduções permitidas pela legislação tributária, desde que devidamente comprovadas com documentos idôneos.

- ▶ Base Legal: Art. 787 do RIR/1999 (UC: 16/04/15).

5.1. Deduções permitidas

Poderão ser deduzidos a título de despesas médicas, os pagamentos efetivamente efetuados, no ano-calendário e que se referirem à declaração, a médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e hospitais, bem como as despesas com exames laboratoriais, transfusão de sangue, serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias.

A referida dedução alcança, inclusive, as despesas de saúde relacionadas ao tratamento físico ou mental do próprio contribuinte declarante, bem como, a de seus dependentes (exclusivamente).

- ▶ Base Legal: Art. 80, caput, § 1º, II do RIR/1999 (UC: 16/04/15); Art. 94, caput, § 2º da IN RFB nº 1.500/2014 (UC: 16/04/15).

5.2. Abrangência das despesas médicas e hospitalares

Conforme Parecer Normativo CST nº 36/1977, do Coordenador do Sistema de Tributação (CST) da RFB, foi divulgado entendimento no sentido de que, qualquer que seja a forma, espécie, tipo ou causa da prestação dos serviços de médicos e dentistas, as despesas poderão ser admitidas, quando eles, em razão de suas especialidades e das necessidades dos pacientes, executarem pessoalmente os serviços médicos ou dentários indispensáveis ao tratamento e à recuperação da saúde física e mental dos clientes.

Isto significa dizer que as deduções de despesas com consultas, exames, tratamentos, aplicações, etc., poderão ser admitidas quando resultarem de serviços prestados pessoalmente por médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais.

5.2.1. Tratamento geriátrico

As despesas de internação em estabelecimento para tratamento geriátrico poderão ser deduzidas na apuração do IRPF, desde que o referido estabelecimento seja qualificado como hospital, nos termos das normas editadas pelo Ministério da Saúde e tenha licença de funcionamento aprovada pelas autoridades Municipais, Estaduais ou Federais competentes.

- ▶ Base Legal: Art. 80, § 4º do RIR/1999 (UC: 16/04/15) e; Art. 96 da IN RFB nº 1.500/2014 (UC: 16/04/15).

5.2.2. Plano de saúde

Os pagamentos efetuados a empresas domiciliadas no País destinadas à cobertura de despesas médicas, odontológicas e de hospitalização (Seguro-saúde), e a entidades que assegurem direito de atendimento ou ressarcimento de despesas da mesma natureza (Plano de saúde) também podem ser deduzidos da BC do IRPF para efeito de cálculo do imposto efetivamente devido.

Observe-se, porém, que deverão ser diminuídas do valor desta dedução as despesas ressarcidas por entidades de qualquer espécie ou cobertas por contrato de seguro, bem como, as ressarcidas por fonte pagadora em folha de salários, de parcelas mensais pagas por pessoas físicas a título de participação em empresas e entidades referenciadas no parágrafo antecedente.

O contribuinte pode deduzir:

- a) o valor pago por ele a empresa ou entidade que seja funcionário, ou a fundação, caixa ou sociedade de assistência, no caso de a entidade manter convênio direto para cobrir, total ou parcialmente, despesas médicas, odontológicas ou hospitalares seu ou de seus dependentes;

- b) o valor correspondente à diferença entre o que pagou e o que lhe foi reembolsado por empresa ou entidade que seja funcionário, bem como fundação, caixa ou sociedade de assistência que assegurem a cobertura de despesas médicas no caso de a empresa reembolsar parcialmente ditas despesas.

Cabe registrar que, o contribuinte titular de Plano de Saúde não pode deduzir os valores referentes ao cônjuge e aos filhos quando estes declarem o IRPF em separado, pois somente são dedutíveis na DAA os valores pagos a Planos de Saúde de pessoas físicas consideradas dependentes perante a legislação tributária e que figurem na DAA do responsável em que forem consideradas dependentes.

Na hipótese de apresentação de declaração em separado, são dedutíveis as despesas com Plano de Saúde relativo ao tratamento do declarante e de dependentes incluídos na DAA, cujo ônus financeiro tenha sido suportado por um terceiro, se este for integrante da entidade familiar, não havendo, neste caso, a necessidade de comprovação do ônus. Entretanto, se o terceiro não for integrante da entidade familiar, há que se comprovar a transferência de recursos, para este, de alguém que faça parte da entidade familiar.

A entidade familiar compreende todos os ascendentes e descendentes do declarante, bem como as demais pessoas físicas consideradas seus dependentes perante a legislação tributária.

Aplica-se o conceito de entidade familiar tanto aos valores pagos a empresas operadoras de Planos de Saúde, destinados a cobrir planos de saúde, como às despesas pagas diretamente aos profissionais ou prestadores de serviços de saúde, bem assim aos pagamentos de despesas com instrução, do contribuinte e de seus dependentes.

- ▶ Base Legal: Art. 80, § 1º, IV do RIR/1999 (UC: 16/04/15); Arts. 94, caput, §§ 1º, 3º a 5º e 100 da IN RFB nº 1.500/2014 (UC: 16/04/15) e; Questão nº 370 do Perguntão IRPF/2015 (UC: 16/04/15).

5.2.3. Aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias

Conforme dito anteriormente, os gastos com aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias também podem ser utilizados para efeito de dedução da BC do IRPF. Assim, para esse efeito, consideram-se prótese dentária os aparelhos que substituem dentes, tais como dentaduras, coroas, pontes, etc.

Já em relação aos aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas, podemos considerar:

- a) as pernas e braços mecânicos;
- b) as cadeiras de rodas;
- c) os andadores ortopédicos;

- d) as palmilhas ou calçados ortopédicos;
- e) qualquer outro aparelho ortopédico destinado à correção de desvio de coluna ou defeitos dos membros ou das articulações.

Também são dedutíveis como despesas médicas, quando integrarem a conta emitida pelo estabelecimento hospitalar, ou pelo profissional, os valores gastos com aquisição e colocação de marca-passo, parafusos e placas nas cirurgias ortopédicas ou odontológicas, lente intraocular em cirurgia de catarata e aparelho ortodôntico, inclusive a sua manutenção.

Para comprovação da realização das despesas com aparelhos e próteses, é exigido da pessoa física a obtenção de receituário médico ou odontológico e Nota Fiscal em nome do beneficiário.

- ▶ Base Legal: Art. 80, § 1º do RIR/1999 (UC: 16/04/15); Art. 94, §§ 7º a 11 da IN RFB nº 1.500/2014 (UC: 16/04/15); PN CST nº 36/1977 (UC: 16/04/15) e; Questão nº 349 do Perguntão IRPF/2015 (UC: 16/04/15).

5.2.4. Instrução de deficiente físico ou mental

As despesas com instrução de portadores de deficiência física ou mental são consideradas, para efeito de apuração da BC do IRPF na DAA, despesas médicas ou de hospitalização, desde que atendidas cumulativamente as seguintes condições:

- a) exista laudo médico atestando o estado de deficiência;
- b) o pagamento seja comprovadamente efetuado a entidades destinadas a deficientes físicos ou mentais.

Importante destacar que, caso as despesas com instrução de portadores de deficiência física ou mental não atendam uma das condições citadas, os valores pagos poderão ser deduzidos como despesa de instrução, observadas as condições a essas pertinentes.

Porém, é importante dizer que, a dedução como despesa médica é mais vantajosa em termos fiscais, pois nessa modalidade não há limite de valor, podendo ser deduzido integralmente o montante pago. Já na modalidade de despesa com instrução a um teto máximo de dedução.

Por fim, registre-se que é vedado deduzir como despesa médica os pagamentos efetuados a instituição regular de ensino relativo à instrução de pessoa portadora de deficiência física ou mental, matriculada na condição de aluno includente, isto é, a escola não é entidade destinada especificamente a deficiente físico ou mental.

- ▶ Base Legal: Art. 80, § 3º do RIR/1999 (UC: 16/04/15); Art. 95 da IN RFB nº 1.500/2014 (UC: 16/04/15) e; SC Cosit nº 252/2014 (UC: 16/04/15).

5.2.5. Cirurgia plástica

São dedutíveis da BC do IRPF as despesas médicas comprovadas relativas à realização de cirurgia plástica, reparadora ou não, com a finalidade de pre-

venir, manter ou recuperar a saúde, física ou mental, do paciente. Inclui-se nesta dedutibilidade, inclusive, a cirurgia plástica puramente estética.

- ▶ Base Legal: Art. 94, § 12 da IN RFB nº 1.500/2014 (UC: 16/04/15).

5.2.6. Acupuntura

A despesa com acupuntura somente poderá ser considerada despesa médica para efeitos fiscais quando o profissional acupunturista tiver formação em medicina, uma vez que a acupuntura é reconhecida como uma especialidade médica, conforme Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.455/1995 (atual Resolução CFM nº 1.634/2002).

Portanto não poderão ser deduzidas como médicas as despesas pagas à pessoas que não sejam médicos ou profissionais de medicina, de profissão regulamentada, com especialização em acupuntura (Exemplo: biomédicos.).

- ▶ Base Legal: Art. 80 do RIR/1999 (UC: 16/04/15); Resolução CFM nº 1.634/2002 (UC: 16/04/15) e; SC Cosit nº 296/2014 (UC: 16/04/15).

5.2.7. Outras deduções permitidas

Também podem ser deduzidos da BC do IRPF:

- a) as despesas com internação hospitalar efetuada na residência do paciente, desde que a despesa integre a fatura emitida por estabelecimento hospitalar;
- b) os gastos com transfusão de sangue, bem como os pagamentos feitos a laboratórios de análises clínicas e radiológicas, correspondente a serviços prestados ao contribuinte e seus dependentes, desde que tais serviços sejam prestados por profissionais legalmente habilitados (médicos e dentistas) ou por empresas especializadas constituídas por esses profissionais;
- c) os pagamentos feitos a assistente social, massagista e enfermeiro, desde que por motivo de internação do contribuinte ou de seus dependentes e que integrem a fatura emitida pelo estabelecimento hospitalar;
- d) as despesas médicas e de transporte em avião equipado com UTI (UTI no ar) podem ser deduzidos como despesa hospitalar, desde que devidamente comprovados.

- ▶ Base Legal: Questão nº 361 do Perguntão IRPF/2015 (UC: 16/04/15).

5.3. Deduções não permitidas

Não são dedutíveis como despesa médica na DAA:

- a) as despesas reembolsadas por entidades de qualquer espécie ou cobertas por apólice de seguro, ressalvando-se que no caso de despesa sujeita a ressarcimento parcial, a parcela não ressarcida poderá ser considerada como despesa;

- b) o exame de DNA para investigação de paternidade, pois não é considerado despesa médica para fins tributários;
 - c) os gastos com aquisição de medicamentos (mesmo aqueles de uso contínuo e obrigatório), salvo se integrarem a conta emitida pelo estabelecimento hospitalar;
 - d) os gastos com acompanhantes, inclusive o quarto particular utilizado por este;
 - e) as compras de óculos, lentes de contato, aparelhos de surdez e similares;
 - f) gastos realizados com nutricionistas;
 - g) os valores pagos na prestação dos serviços de coleta, seleção e armazenagem de células-tronco oriundas de cordão umbilical, uma vez que não se referem a tratamento de doenças ou recuperação da saúde física e mental das pessoas (Solução de Divergência Cosit nº 16/2012);
 - h) os pagamentos que caracterizem investimentos em empresas, tais como títulos patrimoniais, quotas ou ações, mesmo que estes assegurem aos adquirentes o direito à assistência médica, odontológica ou hospitalar (Artigo 94, § 6º da Instrução Normativa RFB nº 1.500/2014);
 - i) os gastos efetuados com passagem e hospedagem no Brasil ou no exterior para fins de tratamento médico ou hospitalar pelo contribuinte ou dependente, por falta de previsão legal.
- Base Legal: Art. 80, § 1º, IV do RIR/1999 (UC: 16/04/15); Arts. 94 a 100 da IN RFB nº 1.500/2014 (UC: 16/04/15); PN CST nº 36/1977 (UC: 16/04/15); SD Cosit nº 16/2012 (UC: 16/04/15) e; Questão nº 351 do Perguntão IRPF/2015 (UC: 16/04/15).

5.4. Comprovação das despesas

A dedução a título de despesas médicas limita-se a pagamentos especificados e comprovados mediante documento fiscal ou outra documentação hábil e idônea que contenha, no mínimo:

- a) nome completo (ou razão social, se pessoa jurídica), endereço, número de inscrição no CPF ou CNPJ do prestador do serviço;
- b) a identificação do responsável pelo pagamento, bem como a do beneficiário caso seja pessoa diversa daquela;
- c) data de sua emissão; e
- d) assinatura do prestador do serviço, salvo na hipótese de emissão de documento fiscal.

5.5. Pagamentos realizados no exterior

Os pagamentos realizados no exterior, exceto os previstos no subcapítulo 3.2, em moeda estrangeira serão dedutíveis como despesas médicas na

DAA, desde que convertidos em moeda nacional (Reais) mediante utilização do valor do dólar dos Estados Unidos da América (EUA), fixado para venda pelo Banco Central do Brasil (BACEN) para o último dia útil da 1ª (primeira) quinzena do mês anterior ao do pagamento.

6. Conclusão

O levantamento preliminar da legislação que envolve incentivos, deduções e isenções fiscais, acima realizado, forneceu inúmeras pistas para o exame das relações entre o público e o privado. As contradições entre a inspiração na universalização do direito à saúde, que ampara a normatização de alívio fiscal para empresas que comercializam serviços e planos de saúde e a apropriação privada desses recursos não são mencionadas nem pelos representantes do Poder Legislativo e nem pelos integrantes do Poder Judiciário.

No âmbito estritamente setorial, o conhecimento sobre essa legislação é ainda residual. Assim, o tratamento dado ao tema nesta pesquisa pode contribuir para ampliar a atual baixa capacidade de intervenção do setor na definição das políticas que envolvem especificamente a concessão de suporte fiscal para a assistência de parte dos serviços à saúde, sob a responsabilidade do setor privado. Na busca de governança, a avaliação da atual estrutura de benefícios tributários *vis-à-vis* o atendimento de interesses públicos, aqui iniciada, parece essencial.

IV. RENÚNCIA DE ARRECADAÇÃO E DEMAIS DESPESAS TRIBUTÁRIAS NO CAMPO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

1. Introdução

A ampliação dos estudos sobre renúncia de arrecadação não só é relevante como necessária para a análise das relações público-privadas em Saúde, associadas a decisões alocativas sobre incidência tributária e gasto público. Assim, a quantificação de valores associados a estas relações é essencial para a maior transparência e integração decisória no campo da ação regulatória em Saúde, bem como para o aumento da equidade associada à utilização de recursos públicos.

A equidade depende do balanço entre ações voltadas para apoiar tanto a oferta quanto a demanda de bens e serviços de saúde. Sua avaliação depende da construção de uma teia de relações entre consumidores diferenciados por sua renda, sendo os benefícios fiscais associados aos níveis mais altos de renda e de acesso a serviços e também a sua natureza pública ou privada.

Para as empresas que atuam no setor, existem diferenças de tratamento tributário associadas a sua configuração institucional e organizacional e a sua caracterização jurídica. Juntas, estas condições definem o balanço final entre as contribuições ao Fisco e os benefícios dele recebido, clareando a ação regulatória quanto ao potencial de exigibilidade de contrapartidas.

Tendo em vista a relevância do tema, neste capítulo busca-se: identificar as receitas tributárias relativas à prestação de serviços médico-hospitalares, associadas a esta tipologia, em termos de volume e participação percentual; analisar a renúncia de arrecadação referente ao segmento de Saúde Suplementar comparando-a com informações de tributação e gastos em saúde e visando seu dimensionamento no campo das finanças da saúde.

Buscou-se também sistematizar dados que pudessem subsidiar estudos sobre alocação de recursos pelo setor público e apoiar a regulação pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) do segmento de Saúde Suplementar.

Finalmente, a análise dos balanços contábeis contribuiu para a proposição de uma metodologia alternativa para mensuração da tributação e renúncia fiscal dos planos de saúde.

2. Aspectos Metodológicos

Devido ao elevado nível de agregação setorial de informações de arrecadação tributária e renúncia fiscal (ou gasto tributário) fornecido pela Receita Federal, foi necessário recorrer a uma análise do setor de seguros como um todo, a fim de identificar o tamanho da atividade de Saúde Suplementar dentro deste e, conseqüentemente, permitir uma estimativa mais fidedigna da relação entre os planos de saúde e os benefícios tributários federais.

Para a análise setorial recorreu-se inicialmente às seguintes fontes: Sistema de Estatísticas da Susep (SES/Susep) e Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (Diops/ANS). Posteriormente, a Receita Federal (RFB) foi a fonte de informações sobre arrecadação e renúncia tributária por setor na esfera federal de governo³, através dos Demonstrativos dos Gastos Tributários, dos Grandes Números do IRPF e da Arrecadação por Divisão Econômica da Cnae.

³ Devido à baixa disponibilidade de informações sobre arrecadação e renúncia em setores de atividade no nível estadual e municipal, optou-se por trabalhar apenas com dados do governo central.

IPCA – Índice de Preços ao Consumidor Amplo

Procurou-se trabalhar com o maior período possível de informações, sempre se adequando à disponibilidade de dados primários. Assim, a análise por período pode ser dividida da seguinte forma: análise setorial – 2009/2014; análise de arrecadação – 2008/2014; análise dos gastos tributários – 2006/2014; e análise do IRPF – 2008/2014. Todos os valores foram corrigidos pelo IPCA médio de 2014, sendo esta informação originária do IBGE.

Para uma visão macroeconômica da renúncia fiscal, foram utilizados dados do Orçamento da Seguridade Social, com elaboração da ANFIP.

3. Análise dos Resultados

Os resultados serão apresentados na seguinte ordem: análise do setor de seguros (seguros pessoais, capitalização, previdência, saúde suplementar etc.), com destaque para os planos de saúde; análise da arrecadação tributária do setor de Saúde Suplementar; e análise das renúncias fiscais no setor de saúde.

3.1. O setor de seguros

O setor de seguros no Brasil compreende, primordialmente, as atividades de seguros pessoais (vida e previdência, principalmente), capitalização, saúde suplementar e segmentos tradicionais (carros, casa etc.). No ano de 2014, todos estes ramos de atividade, juntos, obtiveram uma receita de pouco menos de R\$ 326 bilhões, com crescimento real de 4,82% com relação ao ano anterior, como pode ser visto na Tabela 2.

O crescimento do setor de Saúde Suplementar em 2014 ficou acima do setor como um todo: 7,83%. O mesmo comportamento pode ser observado em 2013. Nos anos anteriores da série ocorreu o inverso, com a Saúde Suplementar crescendo menos que a média. O crescimento real médio anual

foi de 7,7%, superando apenas o crescimento dos seguros tradicionais, que cresceram 6,7% em média.

Apesar do crescimento abaixo da média dos seguros, o setor de Saúde Suplementar se destaca pela forte participação na receita desta atividade. Aproximadamente 39% da receita com seguros no país são decorrentes do faturamento dos planos de saúde, como pode ser visto no Gráfico 1.⁴

Duas modalidades de planos de saúde têm se destacado nos últimos anos em termos de aumento de receita: as seguradoras especializadas em saúde e a odontologia de grupo. Ambas as modalidades cresceram acima de 10% ao ano, em média, de 2009 a 2014, ficando bem acima da média do grupo (Tabela 3).

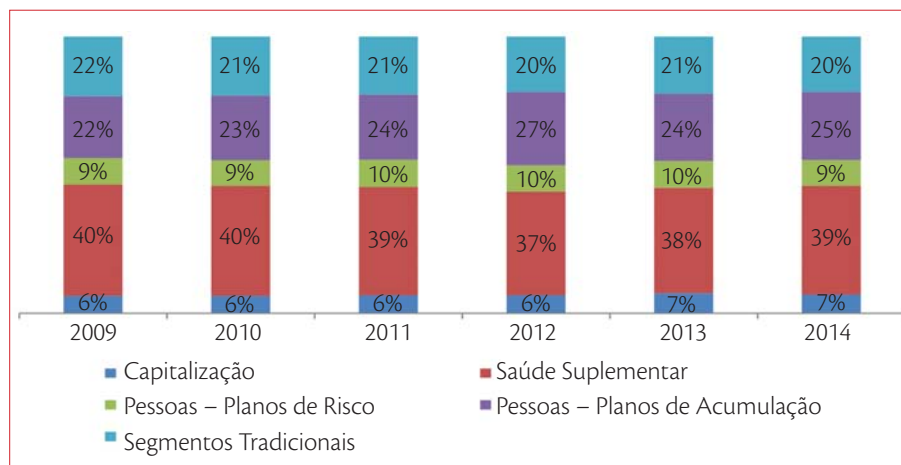
⁴ O percentual de 39%, apresentado acima, foi obtido a partir de informações extraídas de dois relatórios da CNseg e de dados da ANS (Dados Financeiros – Tabnet). Uma vez que a diferença entre as duas fontes não tem significado estatístico, foram utilizados os dados da ANS (para Saúde Suplementar) combinados com os dados do CNseg (para o demais setores de seguros). Os dados apresentados referem-se exclusivamente à arrecadação.

Tabela 2 – Receita do Setor de Seguros por Segmento, Brasil, 2009 - 2014 [R\$ Bilhões de 2014 (IPCA)]

Segmento	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Crescimento Acumulado (%)	Crescimento Médio Anual (%)
Capitalização	13,60	14,98	16,78	18,75	22,33	21,90	61,1%	10,0%
Saúde Suplementar	87,73	94,68	100,76	107,77	118,09	127,33	45,1%	7,7%
Pessoas – Planos de Risco	20,66	22,34	25,35	27,44	30,41	30,70	48,6%	8,2%
Pessoas – Planos de Acumulação	48,93	55,85	61,18	76,90	75,60	80,60	64,7%	10,5%
Segmentos Tradicionais	47,33	51,28	54,28	57,93	64,43	65,30	38,0%	6,7%
Total	218,24	239,12	258,35	288,79	310,86	325,83	49,3%	8,3%
Var. % – Total	–	9,57%	8,04%	11,78%	7,64%	4,82%	–	–
Var. % – Saúde Suplementar	–	7,92%	6,42%	6,96%	9,57%	7,83%	–	–

Elaboração própria. Fonte primária: Diops/ANS, SES/Susep e IBGE

Gráfico 1 – Participação dos Segmentos na Receita do Setor de Seguros, Brasil, 2009 - 2014



Elaboração própria. Fonte primária: Diops/ANS, SES/Susep e IBGE

Tabela 3 – Receita de Contraprestação no Setor de Saúde Suplementar por Modalidade, Brasil, 2009 - 2014 [R\$ Bilhões de 2014 (IPCA)]

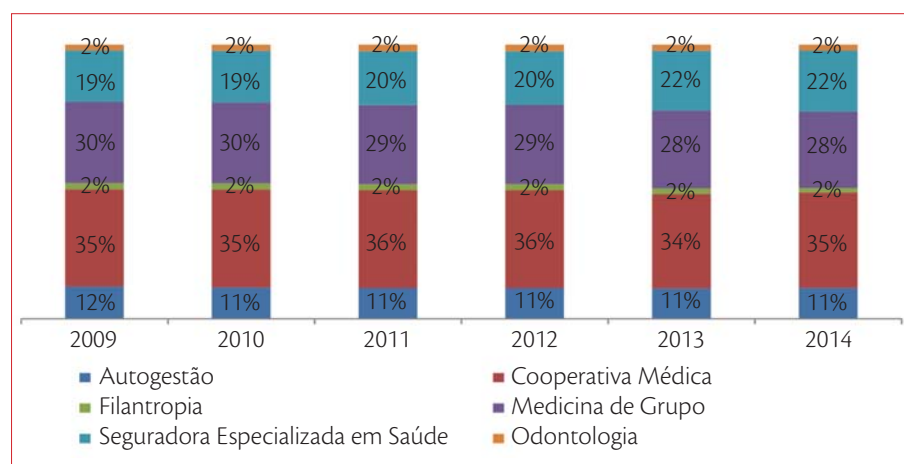
Modalidade	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Crescimento Acumulado (%)	Crescimento Médio Anual (%)
Autogestão	10,29	10,88	11,27	12,05	13,18	14,39	39,9%	6,9%
Cooperativa Médica	30,98	33,56	35,78	38,36	40,40	43,93	41,8%	7,2%
Filantropia	2,08	2,28	2,34	2,42	2,44	2,16	3,9%	0,8%
Medicina de Grupo	26,05	27,94	29,06	31,26	33,54	35,67	36,9%	6,5%
Seguradora Especializada em Saúde	16,54	17,89	19,88	21,09	25,86	28,47	72,1%	11,5%
Cooperativa Odontológica	0,54	0,56	0,58	0,61	0,60	0,62	14,8%	2,8%
Odontologia de Grupo	1,25	1,57	1,86	2,00	2,07	2,09	67,4%	10,8%
Total	87,73	94,68	100,76	107,77	118,09	127,33	45,1%	7,7%

Elaboração própria. Fonte primária: Diops/ANS e IBGE.

Apesar da significativa evolução destas modalidades, as cooperativas médicas e as medicinas de grupo ainda são líderes de mercado em volume de receita. Em 2014 elas obtiveram uma receita de, respectivamente, R\$ 44 bilhões e R\$ 35,7 bilhões. A única modalidade que aparenta ter problemas e se encontra praticamente estável no período em análise é a filantropia.

Atualmente, apenas três modalidades respondem por 85% do mercado: cooperativa médica, medicina de grupo e seguradoras especializadas em saúde. Esta última modalidade teve um aumento de participação da ordem de três pontos percentuais entre 2009 e 2014, passando de 19% para 22%. O gráfico a seguir apresenta a evolução da participação das modalidades dentro dos planos de saúde (Gráfico 2).

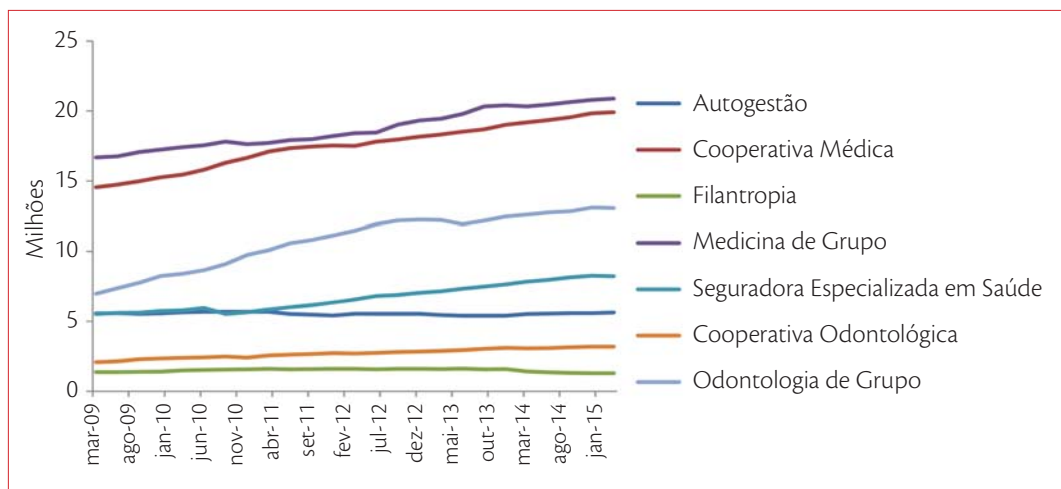
Gráfico 2 – Participação da Modalidade na Receita do setor de Saúde Suplementar, 2009 - 2014



Elaboração própria. Fonte primária: Diops/ANS e IBGE.

Outra forma de observar a evolução das modalidades dos planos de saúde é através do número de beneficiários. A tendência de crescimento deste indicador é clara: entre março de 2009 e março de 2015 o total de beneficiários dos planos de saúde passou de 52,8 milhões para 72,2 milhões (aproximadamente 35% da população brasileira), o que representa um crescimento acumulado de quase 37% e um crescimento médio anual de 5,4%. Com exceção das modalidades de autogestão e de filantropia, houve razoável crescimento do número de beneficiários nas demais modalidades (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Número de Beneficiários no Setor de Saúde Suplementar por Modalidade, Brasil, 2009 - 2015



Fonte: Diops/ANS.

A odontologia de grupo foi a modalidade de plano que mais cresceu neste quesito, quase dobrando o número de segurados entre 2009 e 2015. Já a modalidade “filantropia” perdeu beneficiários no período em análise, o que se refletiu no fraco desempenho de receitas mostrado anteriormente.

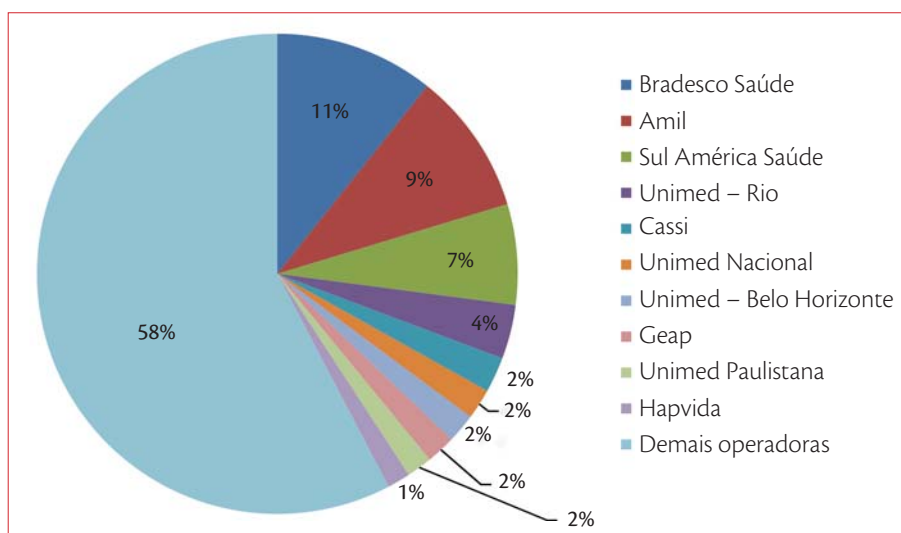
As dez maiores operadoras de planos de saúde em volume de receita representaram aproximadamente 42,3% de toda a receita do setor em 2014 (R\$ 127,33 bilhões). A maior operadora sob esta ótica é a Bradesco Saúde, que obteve uma receita de R\$ 13,66 bilhões. O gráfico 4 apresenta a participação das empresas no volume de receita.

A mesma comparação pode ser feita pela ótica do número de beneficiários. Neste caso, as dez primeiras operadoras do *ranking*, detiveram, em 2014, 39,3% do mercado – resultado inferior ao da receita. Nesta análise, a líder do *ranking* de receitas passou ao terceiro lugar. A empresa Odontoprev aparece como a operadora com maior número de beneficiários neste caso, com 6,47 milhões de usuários. O gráfico 5 apresenta a participação das operadoras no número de segurados.

A relação entre as duas análises – receita e beneficiários – revela uma razoável distorção entre os líderes de mercado e as demais operadoras. Considerando apenas as oito operadoras que figuram entre as dez melhores nas duas óticas de análise (Bradesco Saúde, Amil, Sul América Saúde, Unimed

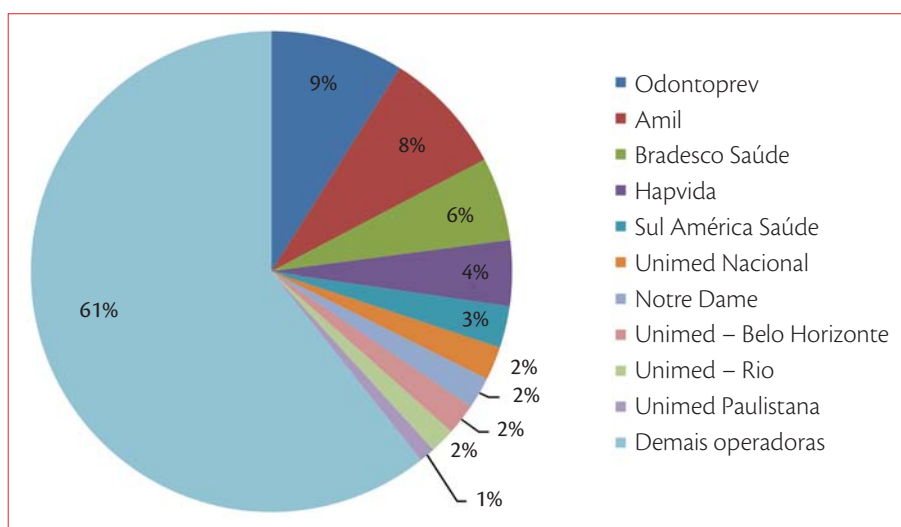
Nacional, Unimed Rio, Unimed Belo Horizonte, Unimed Paulistana e Hapvida), chega-se a uma receita média anual por beneficiário de R\$ 2.372,00, aproximadamente. No caso das demais operadoras, esse indicador é de apenas R\$ 1.524,00. Essa diferença acaba se tornando visível no momento em que o beneficiário efetivamente utiliza o plano. Enquanto as operadoras líderes conseguem oferecer um serviço melhor, operadoras de segunda linha apresentam serviços, muitas vezes, precários e/ou criam empecilhos para que o usuário utilize o plano. Ou seja, a diferença da qualidade do serviço está intimamente atrelada à capacidade financeira do indivíduo, o que é apenas um dos problemas da mercantilização da saúde.

Gráfico 4 – Dez Maiores Operadoras de Planos de Saúde em Receita de Contraprestação (% do Total), Brasil, 2014



Fonte: Diops/ANS.

Gráfico 5 – Dez Maiores Operadoras de Planos de Saúde em Número de Beneficiários (% do Total), Brasil, 2015



Fonte: Diops/ANS.

3.2. Arrecadação tributária federal no setor de Saúde Suplementar

Devido à falta de dados públicos de arrecadação tributária do governo federal com abertura setorial detalhada, foi necessário fazer algumas hipóteses para se chegar a uma estimativa de recolhimento de impostos do setor de Saúde Suplementar. O nível de desagregação setorial fornecido pela RFB é a Cnae (Classificação Nacional de Atividades Econômicas) 2.2 Subclasses. Neste nível de desagregação, o setor de Saúde Suplementar está compreendido na divisão 65 – “Seguros, Resseguros, Previdência Complementar e Planos de Saúde”. Ou seja, trata-se do setor de seguros como um todo.

A partir da análise inicial do referido setor, foi possível obter a participação da atividade de Saúde Suplementar dentro do setor de seguros no que diz respeito à receita gerada por estes serviços. Este indicador serviu de *proxy* para estimativa da arrecadação tributária apresentada nesta seção. Em outras palavras, aplicou-se a participação da Saúde Suplementar no total da receita do setor anualmente sobre a arrecadação da divisão 65 da Cnae. A tabela 4 resume os dados.

Tabela 4 – Arrecadação Tributária Federal no Setor de Saúde Suplementar, Brasil, 2008 - 2014

Indicador	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Participação da Saúde Suplementar no Setor de Seguros (% do Total)	40,07%	40,20%	39,60%	39,00%	37,32%	37,99%	39,08%
Arrecadação Estimada – Saúde Suplementar (R\$ Bilhões)	5,02	5,20	6,10	7,31	7,63	9,02	10,41
Arrecadação Estimada – Saúde Suplementar (R\$ Bilhões de 2014/IPCA)	7,02	6,93	7,74	8,70	8,61	9,59	10,41
Taxa de Crescimento da Arrecadação (%)	–	-1,33%	11,75%	12,38%	-0,97%	11,35%	8,56%
Participação na Arrecadação do Setor de Serviços (% do Total)	1,77%	1,69%	1,63%	1,65%	1,58%	1,67%	1,80%
Participação na Arrecadação de Todos os Setores (% do Total)	1,09%	1,11%	1,07%	1,11%	1,10%	1,10%	1,22%

Elaboração própria. Fonte primária Diops/ANS, SES/Susep, RFB e IBGE.

Nota: A participação da Saúde Suplementar no setor de seguros de 2008 foi estimada.

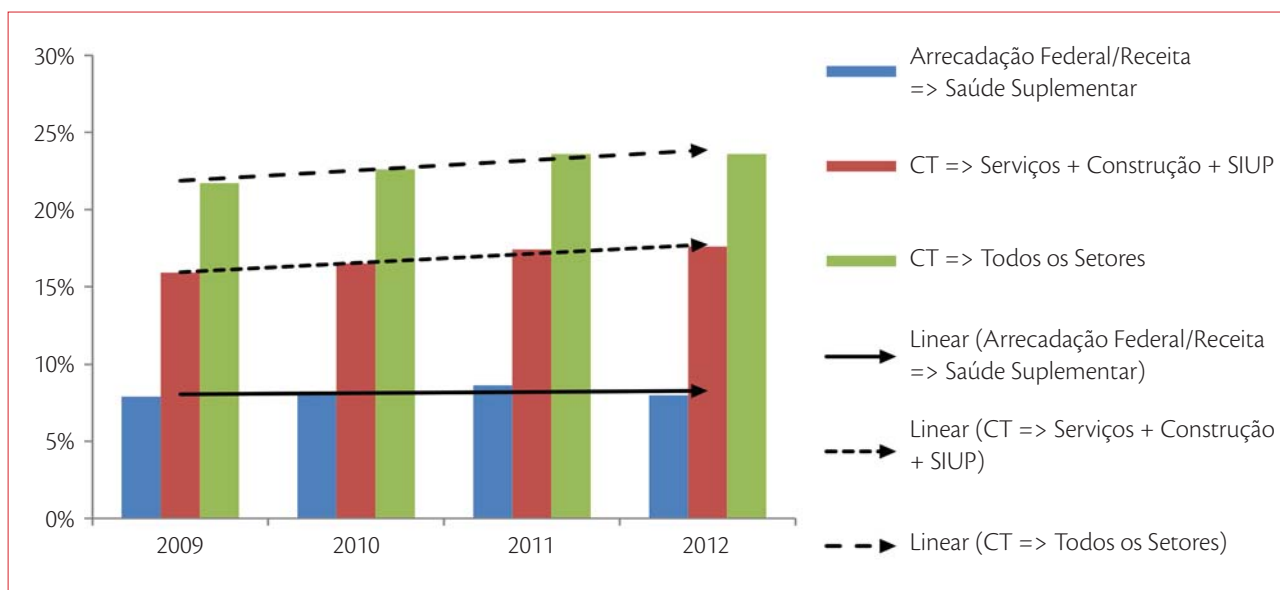
Em 2014, estima-se que a setor de Saúde Suplementar tenha recolhido aproximadamente R\$ 10,4 bilhões aos cofres federais em impostos e contribuições. Entre 2008 e 2014 esta arrecadação cresceu 48,3%, o que representa um crescimento médio anual de 6,8% - resultado um pouco abaixo do crescimento médio anual da receita do setor entre 2009 e 2014, que foi de 7,7%. Chama a atenção também a forte oscilação na variação de arrecadação de um ano para outro: enquanto em 2010, 2011 e 2013 a receita da União com o setor cresceu, em termos reais, acima de 10%, nos anos de 2009 e 2012 esse crescimento foi negativo. Tal volatilidade não é corroborada pelo comportamento da receita, que teve uma variação muito mais suave e linear.

As duas últimas linhas da tabela anterior apresentam a arrecadação tributária da Saúde Suplementar com relação a outros setores. Se tomarmos todos os setores como referência, é possível observar um comportamento praticamente estável entre 2008 e 2013, crescendo apenas em 2014. Já na comparação com o setor de serviços houve uma perda de espaço entre 2008 e 2013 e um súbito crescimento em 2014. O comportamento muito diferenciado da arrecadação do setor em 2014 (ano em que o governo federal teve grandes dificuldades na arrecadação) pode sugerir que este dado é um *outlier* (ponto fora da curva).

De fato, uma análise baseada apenas em dados consolidados e focada no período de recuperação econômica pós-crise de 2008/2009 pode mostrar que o comportamento da tributação do setor de Saúde Suplementar apresenta um comportamento diferenciado da média. O gráfico 6 faz uma comparação da “carga tributária” federal do setor de Saúde Suplementar (arrecadação tributária federal/receita do setor) com a carga tributária total do setor de serviços e de todos os setores, calculada pela Firjan (2015) para o período 2009/2012.

Firjan – Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro

Gráfico 6 – Arrecadação Tributária Setorial, Brasil, 2009 - 2013



Elaboração própria. Fonte primária: Diops/ANS, SES/Susep, RFB, IBGE e Firjan (2015).

Não é relevante observar neste gráfico o tamanho da tributação entres os setores, uma vez que os dados de carga tributária fornecidos pela Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (Firjan, 2015) compreendem toda a tributação sofrida pelo setor (União + estados + municípios), enquanto o dado produzido pela Saúde Suplementar está limitado à arrecadação federal. O que importa é a inclinação das curvas de tendência dos indicadores. Enquanto há uma clara (e suave) expansão da tributação sobre a média das atividades econômicas, isso não é verificado no caso da Saúde Suplementar, que permanece estagnada.

Este resultado é um indício de que a atividade de planos de saúde pode estar arrecadando relativamente menos, *vis-à-vis* a média dos demais setores da economia. Outra forma de enxergar tal comportamento é através dos gastos tributários: a arrecadação pode estar relativamente menor devido a um aumento da renúncia fiscal no setor de Saúde Suplementar. Para não ficar apenas em conjecturas, a seção seguinte faz uma análise precisamente neste sentido, visando identificar os gastos tributários federais com a saúde e estimar o custo de renúncia fiscal com os planos de saúde.

3.3. Gastos tributários com saúde

Há uma baixa percepção geral sobre a importância que a renúncia fiscal (ou o gasto tributário) tem sobre o orçamento público. Neste tipo de medida há uma falsa sensação de que o setor público não realizou uma despesa e que, por isso, nada foi alterado em suas contas. Porém, a renúncia de tributos pode e deve ser entendida como um gasto efetivo, que difere apenas por ser feito implicitamente (VILLELA, 1981). O efeito nas contas públicas é exatamente o mesmo que uma despesa direta.

A diferença é sentida apenas no efeito final da despesa, que no caso de um gasto tributário, está quase que invariavelmente relacionado a algum estímulo que o governo deseja dar a determinado grupo de agentes econômicos. Normalmente, quem consegue benefícios tributários são grupos que possuem algum poder de influência sobre as decisões de governo: atividades econômicas fortes e grupos de alto poder aquisitivo. Estes grupos de classe mais alta são destaque no ponto de partida da análise desta seção. A partir de dados da RFB sobre gasto tributário classificado por função do setor público é possível notar que quase metade da renúncia fiscal do governo federal diretamente relacionada à saúde é oriunda das deduções por despesas médicas no IRPF, que, tipicamente, é maior em famílias com maior poder aquisitivo. Para que se tenha ideia dessa relação, tomando por base a DIRPF 2014 (ano-calendário 2013), 60% do volume de dedução por despesa média foi realizado por indivíduos que recebiam mais de dez salários mínimos. Porém este grupo de indivíduos representou apenas 21,7% dos declarantes daquele ano.

A tabela a seguir apresenta a evolução dos gastos tributários federais com saúde de 2006 a 2014. Neste último ano da série o governo federal “gastou” pouco mais de R\$ 22 bilhões apenas com saúde. Se todo este montante fosse direcionado para os gastos com **ASPS** do mesmo ano, a saúde pública iria contar com um orçamento 24% maior (Tabela 5).

ASPS – Ações e Serviços Públicos de Saúde

Como é possível notar, as despesas médicas do IRPF não apenas se destacam como a maior rubrica dentre as modalidades de renúncia, como também apresenta a maior taxa de crescimento: de 2006 a 2014 houve um aumento real acumulado de mais de 200%, representando um crescimento médio anual de 15,1%. A segunda modalidade que mais cresceu no mesmo período também está relacionada ao IR, mas desta vez diz respeito às pessoas jurídicas. Trata-se das despesas com assistência médica, odontológica e

Tabela 5 – Gastos Tributários em Saúde por Modalidade do Gasto, Brasil, 2006 - 2014 [R\$ Milhões de 2014 (IPCA)]

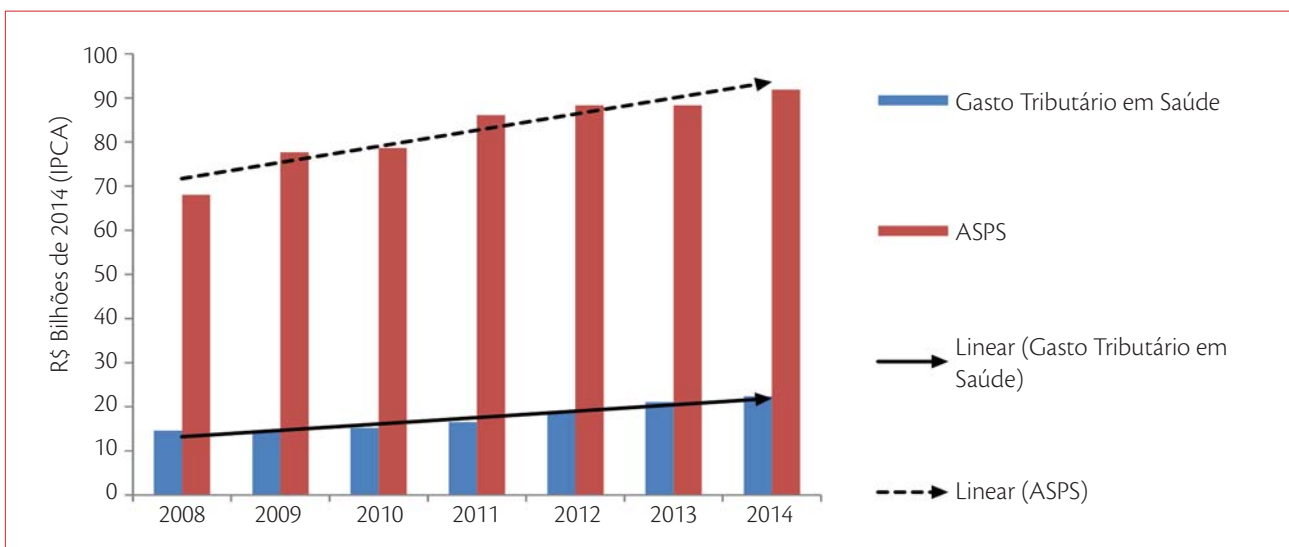
Função	Modalidade	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Crescimento Acumulado (%)	Crescimento Médio Anual (%)
Saúde	Despesas Médicas do IRPF	3.404,39	9.614,82	10.518,09	9.057,49	8.647,40	9.184,22	9.887,31	10.120,07	10.469,70	207,5%	15,1%
	Assist. Médica, Odont. e Farm. a Empregados – IRP)	2.635,63	3.105,93	3.050,50	3.035,25	3.371,75	3.495,93	3.777,29	4.304,10	4.308,74	63,5%	6,3%
	Produtos Químicos e Farmacêuticos	805,24	1.121,25	1.101,35	1.043,31	977,13	810,48	765,19	898,55	508,78	-36,8%	-5,6%
	Entidades Sem Fins Lucrativos – Assistência Social	2.332,47	2.155,97	2.465,93	2.467,79	2.676,67	2.687,80	3.043,19	3.212,44	3.215,90	37,9%	4,1%
	Pronon – Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,87	72,27	72,59		
	Pronas/PCD – Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,80	10,79	10,89	-	-
	Água mineral	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14,80	61,53	64,10	-	-
	Medicamentos	5.256,97	3.128,48	3.222,10	3.563,51	3.609,48	3.446,48	3.964,01	3.713,76	3.717,77	-29,3%	-4,2%
	Total	14.434,69	19.126,45	20.357,96	19.167,35	19.282,44	19.624,91	21.458,47	22.393,51	22.368,47	55,0%	5,6%

Elaboração própria. Fonte primária: RFB (2011), RFB (2012), RFB (2013), RFB(2014), RFB (2015) e IBGE.

farmacêutica fornecida aos funcionários das empresas. Esta rubrica cresceu, em média, 6,3% ao ano e representa aproximadamente 19% do total dos gastos tributários em saúde.

Quando se compara o total “gasto” pelo governo federal com isenções tributárias no setor de saúde com as despesas em saúde pública (ASPS) efetivamente executadas podemos notar uma evolução parecida e visualizar o quanto o orçamento da saúde pública poderia se beneficiar caso não houvesse um volume tão expressivo de perda de receita (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Gasto Tributário em Saúde versus Gasto com ASPS, Brasil, 2008 - 2014



Elaboração própria. Fonte primária: RFB (2011), RFB (2012), RFB (2013), RFB (2014), RFB (2015), IBGE e Siops/Datasus.

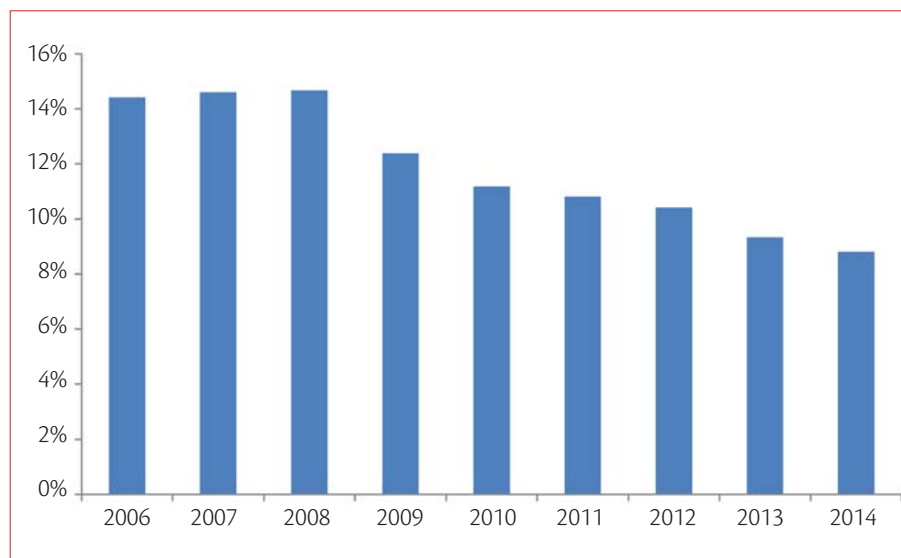
A despeito do crescimento das renúncias tributárias na área da saúde, estas, quando comparadas às renúncias das demais funções do setor público, perderam espaço nos últimos anos, como pode ser visto no gráfico 8.

De forma mais detalhada, e desagregando informações recentes da Seguridade Social, segundo a Secretaria da Receita Federal do Brasil – RFB, os valores das renúncias realizadas a partir de 2010, cresceram, entre 2011 e 2012, de quase R\$ 10 bilhões para R\$ 46 bilhões. Em 2014, esses valores já superavam R\$ 100 bilhões. As novas renúncias representam quase 10% da arrecadação e se somam a um extenso rol de outras renúncias.

A Receita Federal ainda informa que, em 2014, o total das renúncias (vigentes anteriormente e as efetivadas a partir de 2010), totalizou R\$ 253,9 bilhões, correspondendo a 22,1% da arrecadação e 4,92% do PIB.

A Tabela 6 mostra apenas a renúncia recente, adotando-se os valores apresentados pela RFB⁵.

⁵ A ANFIP calcula que algumas renúncias, como a desoneração da folha de pagamentos, envolvem cifras ainda maiores. E ressalta que, ainda assim, os valores não refletem o real significado do conjunto das desonerações. Assim, a Tabela 5 adota para o Simples Nacional uma renúncia de R\$ 7,2 bilhões – porque é o impacto recentemente aprovado – mas, para o Regime Geral de Previdência Social - RGPS o efeito total acumulado do Sistema Simples é de 17,7 bilhões.

Gráfico 8 – Participação da Função Saúde no Total do Gasto Tributário Federal, Brasil, 2006 - 2014

Elaboração própria. Fonte primária: RFB (2011), RFB (2012), RFB (2013), RFB (2014) e RFB (2015).

Tabela 6 – Valores das novas Renúncias Fiscais adotadas a partir de 2010, com efeitos de 2012 a 2014 (R\$ milhões)

Desonerações	2012	2013	2014
Folha de Salários	3703	12.284	21.568
Cide-Combustível	8.461	11.481	12.717
IPI-Total	9.673	11.822	10.796
Cesta Básica	995	6.764	9.331
Simples e MEI	5740	6.315	7.235
IOF-Crédito PF	2.278	3.595	3.982
ICMS Base de Cálculo PIS/Cofins-Importação	0	715	3.041
Nafta e Álcool	21	1.933	3.552
Planos de Saúde	0	307	1.919
Tributação PLR	0	1.703	1.889
Entidades Beneficentes - Cebas	0	0	1.692
Vale-Cultura	0	441	1.676
INOVAR-Auto	0	1 500	1 662
Depreciação Acelerada BK	0	1.374	1.522
Transporte Coletivo	0	746	1.424
PRONON e PRONAS	0	1 223	1 349
IRPF-Transportadores	0	1 210	1.341
REPUBL-Redes	0	566	1.018
Lucro Presumido	0	0	976
Outros	15 593	14.605	14.756
Soma itens acima	46.464	78.584	104.046
Diferença ano anterior	–	32.120	25.462
Total de renúncias	182.410	225.630	253.902

Fonte: RFB, Análise da Arrecadação das Receitas Federais, quadros de apresentação das diversas edições. Organização: ANFIP e Fundação ANFIP.

É possível identificar o impacto negativo das novas renúncias fiscais no Orçamento da Seguridade Social, destacando-se o comportamento pouco dinâmico da Cofins, PIS/Pasep e da Contribuição sobre o Lucro das Empresas (CSLL) conforme tabela 7.

Assim, a principal explicação para esta aparente tendência decrescente do gasto tributário em saúde é o forte crescimento das renúncias fiscais dedicadas a determinados setores de atividade econômica - especialmente a indústria - nos últimos anos, como forma de combate à crise econômica. Ou seja, a perda de participação da Saúde está diretamente ligada ao período em que o governo procurou escapar da crise concedendo benefícios fiscais aos produtores. A supressão destes benefícios, que já se iniciou em 2015, tende a reverter a participação do gasto tributário em saúde, que tradicionalmente é uma das maiores “despesas” do governo federal. O último dado consolidado de projeção do gasto tributário para 2015 divulgado pela RFB (BRASIL, RFB, 2015) aponta a saúde em quarto lugar no *ranking* das funções com maior renúncia, ficando atrás apenas de “comércio e serviços”, “indústria” e “trabalho”, todas as funções diretamente relacionadas à atividade econômica.

Tabela 7 – Receitas, Despesas e Resultado do orçamento da Seguridade Social, 2008, 2010 e 2012 a 2014, valores correntes

Receitas Realizadas	RS milhões, valores correntes					%	
	2008	2010	2012	2013	2014	Diferença 2014/2013	
1. Receita de contribuições sociais	58.830	41.266	73.814	634.239	665.163	30.923	4,88
Receita Previdenciária ⁽¹⁾	63.355	11.968	283.441	317.164	349.503	32.339	10,20
Arrecadação Previdenciária	63.355	211.968	278.160	307.147	337.503	30.356	9,88
Urbana	158.383	207.154	272.397	300.991	330.833	29.842	9,91
Rural	4.973	4.814	5.763	6.156	6.670	514	8,35
Compensações não repassadas ⁽³⁾			5.281	10.017	12.000	1.983	19,80
Cofins	20.094	140.023	181.555	199.410	195.914	-3.496	-1,75
CSLL	42.502	45.754	57.316	62.545	63.197	652	1,04
PIS/Pasep	30.830	40.372	47.738	51.065	51.773	708	1,39
Outras contribuições ⁽⁴⁾	3.053	3.148	3.765	4.055	4.775	720	17,75
2. Receitas de entidades da Seguridade	13.765	14.693	20.147	14.974	19.093	4.119	27,51
Recursos Próprios do MDS	84	305	66	239	183	-56	-23,48
Recursos Próprios do MPS	1.063	267	708	819	608	-211	-25,76
Recursos Próprios do MS	2.338	2.700	3.433	3.858	4.312	455	11,78
Recursos Próprios do FAT	9.959	10.978	15.450	9.550	13.438	3.888	40,71
Taxas, multas e juros da Fiscalização	321	443	491	509	552	43	8,48
3. Contrapartida do Orç. Fiscal para EPU ⁽⁵⁾	2.048	2.136	1.774	1.782	1.835	54	3,00
Receitas da Seguridade Social	374.644	458.094	595.735	650.995	686.091	35.096	5,39

Fonte: Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal – SIAFI-extração Siga Brasil; para os dados do RGPS, o fluxo de caixa do Ministério da Previdência Social – MPS; e para as compensações não repassadas, ANFIP.

Tendo em vista a importância da saúde dentro da renúncia fiscal da União, uma análise mais detalhada do tema deve ser empreendida, voltada agora especificamente para o IRPF.

Já se sabe que as despesas médicas na DIRPF são a principal fonte de renúncia tributária do governo central na área da saúde, tendo superado a casa dos R\$ 10 bilhões em 2014. Importa agora identificar a que se referem estes R\$ 10 bilhões. Ou seja, deve-se identificar que tipo de despesas médicas que compõem esta modalidade de renúncia em saúde. A tabela a seguir apresenta o total de deduções com despesas médicas na DIRPF entre 2008 e 2014 (Tabela 8).

Tabela 8 – Pagamentos e Doações em Saúde na DIRPF por Tipo, Brasil, 2008 - 2014

Tipo de Pagamento	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Crescimento Acumulado (%)	Crescimento Médio Anual (%)
Planos de saúde no Brasil	24,53	26,19	27,79	31,05	36,14	41,62	43,08	75,6%	9,8%
Hospitais, clínicas e laboratórios no Brasil	9,00	8,75	7,87	8,91	10,04	10,79	10,61	17,9%	2,8%
Médicos, dentistas e etc no Brasil	6,69	6,59	7,03	7,67	8,42	8,79	9,20	37,5%	5,4%
Médicos, dentistas e etc no exterior	0,66	0,22	0,05	0,03	0,03	0,03	0,03	-95,4%	-40,2%
Hospitais, clínicas e laboratórios no exterior	0,15	0,08	0,06	0,07	0,07	0,09	0,05	-64,6%	-15,9%
Pronon/Pronas	–	–	–	–	0,01	0,01	0,01	–	–
Total	41,03	41,83	42,80	47,72	54,70	61,34	62,75	52,9%	7,3%
Total de Pagamentos e Doações	125,75	129,03	139,62	149,80	171,23	186,99	194,70	54,8%	7,6%

Elaboração própria. Fonte primária: GN-DIRPF/RFB.

Nota: Os valores de 2014 foram estimados.

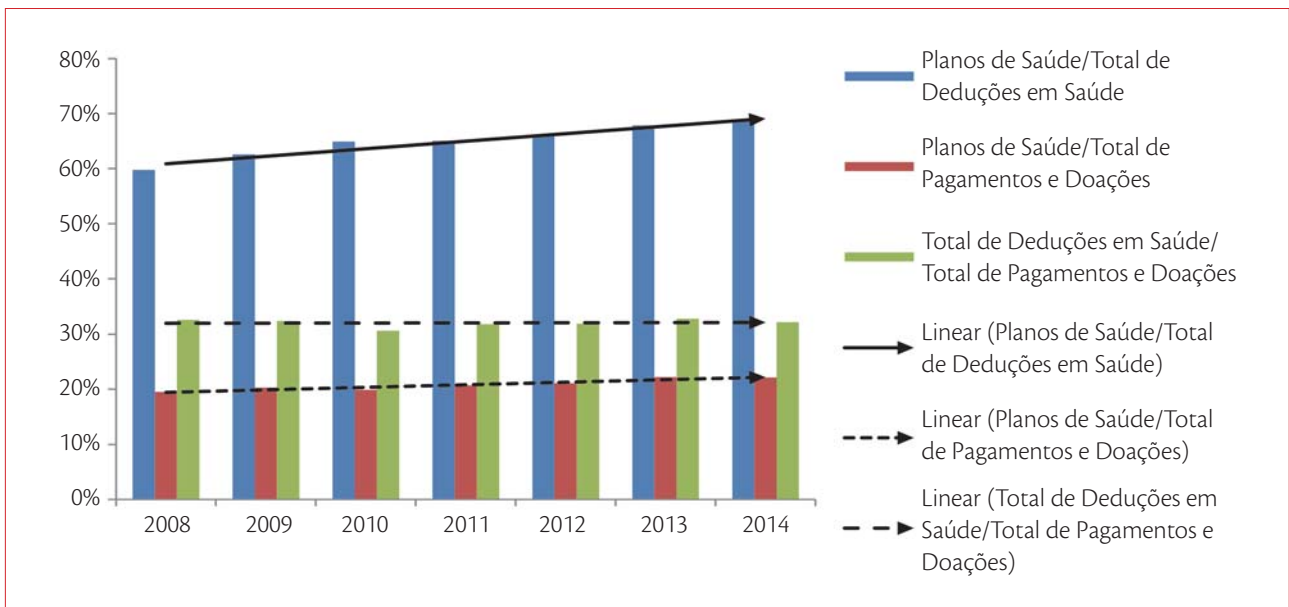
Como é possível observar, os planos de saúde lideram as despesas médicas na DIRPF e apresentaram o maior crescimento médio anual entre 2008 e 2014 (9,8%). Com efeito, em 2014 (ano-calendário 2013) os gastos com planos de saúde aparecem em primeiro lugar no *ranking* de pagamentos e doações, superando os gastos com instrução (educação) e representando aproximadamente 22% de todos os pagamentos e doações daquele ano. O gráfico a seguir apresenta uma forma alternativa de visualizar a importância dos planos de saúde na determinação da renúncia fiscal em saúde (Gráfico 9).

Enquanto o total de deduções com saúde tem um comportamento estável frente ao total de pagamentos e doações na DIRPF (barra verde do gráfico), as deduções decorrentes exclusivamente dos planos de saúde apresentam crescimento frente ao total de deduções com saúde (barra azul do gráfico) e frente ao total de pagamento de doações (barra vermelha do gráfico). Ou seja, sua importância na renúncia fiscal via IRPF não é desprezível: além de representar mais de 1/5 (um quinto) das deduções, apresenta comportamento expansivo.

A observação das deduções da DIRPF – que não deve ser confundida com a renúncia – também se torna relevante nesta análise por permitir fazer uma estimativa de quanto seria o gasto tributário exclusivamente oriundo dos planos de saúde. Para isso, bastou aplicar a participação das deduções de

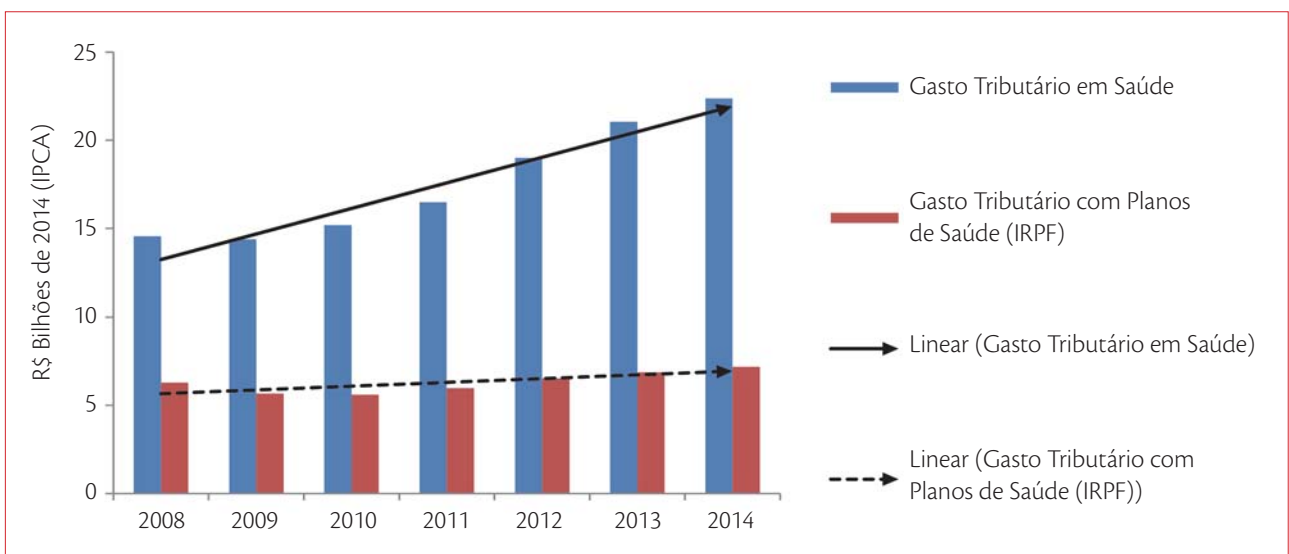
planos de saúde com relação ao total de deduções em saúde, sobre o gasto tributário com despesas médicas do IRPF. Para o ano de 2014, por exemplo, quase 69% das deduções de saúde na DIRPF são oriundas dos planos de saúde – percentual este que aplicado aos R\$ 10,5 bilhões de gasto tributário com despesas médicas gera uma estimativa de R\$ 7,19 bilhões de gasto tributário exclusivamente com planos de saúde. O gráfico a seguir apresenta esta estimativa para todos os anos da série, comparando-o com o total do gasto tributário em saúde (Gráfico10).

Gráfico 9 – Pagamentos e Doações em Saúde na DIRPF em % do Total, Brasil, 2008 - 2014



Elaboração própria. Fonte primária: GN-DIRPF/RFB.

Gráfico 10 – Gasto Tributário em Saúde versus Gasto com ASPS, Brasil, 2008 - 2014



Elaboração própria. Fonte primária: RFB (2011), RFB (2012), RFB (2013), RFB (2014), RFB (2015), IBGE e GN-DIRPF/RFB.

Observa-se que há uma tendência de crescimento na estimativa de renúncia tributária com planos de saúde (via IRPF), ainda que em ritmo inferior à renúncia total em saúde. O ano de 2010 apresenta-se como o ponto mínimo da série, com um gasto tributário da ordem de R\$ 5,61 bilhões. Já em 2014 observa-se o ponto máximo: R\$ 7,19 bilhões.

Deve-se atentar que esta estimativa está relacionada apenas às deduções via IRPF e não contempla outros benefícios fiscais que o setor de Saúde Suplementar possa, por ventura, usufruir. Ao se observar a tabela de gasto tributário em saúde por modalidade, pode-se notar outras possíveis fontes de renúncia do setor. Por exemplo, “Entidades sem fins Lucrativos – Assistência Social” é potencialmente uma modalidade que deve incluir benefícios direcionados a alguns planos de saúde, especialmente aqueles que alegam não possuir fins lucrativos, como os filantrópicos e as cooperativas médicas. Infelizmente não há informações suficientes que possibilitem estimar o quanto seria o benefício fiscal destinado ao setor.

4. Nova Proposta Metodológica: Apuração da tributação através dos balanços contábeis

Todos os dados apresentados neste capítulo foram obtidos e/ou calculados a partir dos procedimentos mais usuais em finanças públicas. Procurou-se sempre buscar dados a partir de fontes oficiais e que tipicamente respondem pela divulgação destes. No caso da tributação e da renúncia fiscal, esta fonte é a RFB. O problema deste tipo de análise é a limitação do nível de abertura da informação e o limitado horizonte temporal.

No primeiro caso, a informação disponibilizada pela RFB agrega em apenas uma rubrica a arrecadação tributária federal do setor de seguros como um todo (seguros, resseguros, previdência complementar e planos de saúde), não sendo possível discriminar qual a importância dos planos de saúde dentro deste grupo, tampouco identificar o tamanho da tributação em cada segmento dos planos. Tal limitação foi contornada com estimativas baseadas na participação dos planos de saúde na receita do setor de seguros. Porém, esta estimativa tem fortes restrições e não pode ser vista de forma absoluta. Não há nela qualquer informação que permita fazer uma análise fina da arrecadação setorial, mas tão somente contribui para observar tendências e fazer análises gerais.

Pelo lado da renúncia fiscal, a RFB se limita a estimar a renúncia por função e alguns elementos que compõem esta função. No caso da função “saúde”, não é apontada a renúncia com planos de saúde. Mais uma vez, a imputação do valor abdicado pelo setor público tem que ser utilizada. Neste caso utilizaram-se também dados da DIRPF para tentar identificar qual a participação dos gastos com planos de saúde das pessoas físicas no total de deduções de saúde no IRPF. Novamente a observação de tendências a partir desta estimativa é possível, porém uma análise rebuscada é inviável.

No segundo caso, os dados disponíveis estão limitados ao período 2008/2012, para arrecadação tributária setorial, e 2008/2014⁶, no caso da renúncia fiscal, o que limita seriamente a observação do comportamento da trajetória da arrecadação tributária federal e da renúncia tributária do setor em análise.

⁶ Os dados de 2013 e 2014 são projetados pela RFB. A base efetiva da renúncia é limitada ao período 2008/2012.

Anualmente a ANS agrega em uma grande base de dados, demonstrativos dos ativos, passivos, receitas e despesas. Na tentativa de superar os problemas decorrentes da limitação das informações fornecidas pela RFB, uma alternativa foi aventada: a análise dos balanços contábeis das operadoras de todas as operadoras do setor de Saúde Suplementar que estão ativas. Dentro destes demonstrativos é possível identificar as receitas (desagregada por tipo) e as despesas com tributos (desagregado por tipo) em cada empresa. Adicionalmente, o sistema ANS TABNET (Informações em Saúde Suplementar) permite identificar em que segmento do setor (autogestão, cooperativa, filantropia etc.) está cada empresa com cadastro ativo. Com um cruzamento de dados entre as duas bases é possível inferir o tamanho relativo da tributação em cada segmento dos planos de saúde, facilitando assim o estabelecimento de uma tipologia entre segmentos – isto é, torna-se claro quais segmentos que arcam com o maior ônus tributário e – indiretamente – quais são mais beneficiados pelo fisco.

Outra vantagem desta proposta metodológica é a robustez dos dados. Além de essas informações terem sido verificadas e consolidadas pelo órgão regulador do setor de Saúde Suplementar, por se tratar de informação oriunda de balanços contábeis, a maior parte das empresas do setor estão sujeitas à auditoria externa, o que confere maior credibilidade aos dados.

4.1. Breve análise a partir da nova proposta metodológica

Como o objetivo desta seção é propor uma nova forma de apurar a tributação e a renúncia do setor, a análise de dados a partir desta proposta se limitou apenas ao ano de 2014 (dado consolidado mais recente) a título de exemplificação. Os dados apurados em valores correntes são apresentados na Tabela 9.

A partir desta tabela base foi possível estimar o tamanho da arrecadação tributária na receita dos planos de saúde. O gráfico a seguir apresenta esta estimativa para 2014 com base em duas comparações: uma com relação à receita com operações de assistência à saúde e outra com relação à receita total (Gráfico 11).

Na média, os planos de saúde pagaram ao setor público (não apenas ao governo federal) aproximadamente 1,76% de sua receita total e 2,05% de sua receita com operações de assistência à saúde. Três segmentos – que detêm aproximadamente 80% da receita do mercado – apresentam uma “carga” de tributos inferior à média: “cooperativa médica”, “medicina de grupo” e “seguradora especializada em saúde”. O segmento “filantropia” aparece com a maior tributação relacionada exclusivamente a receitas com operações de

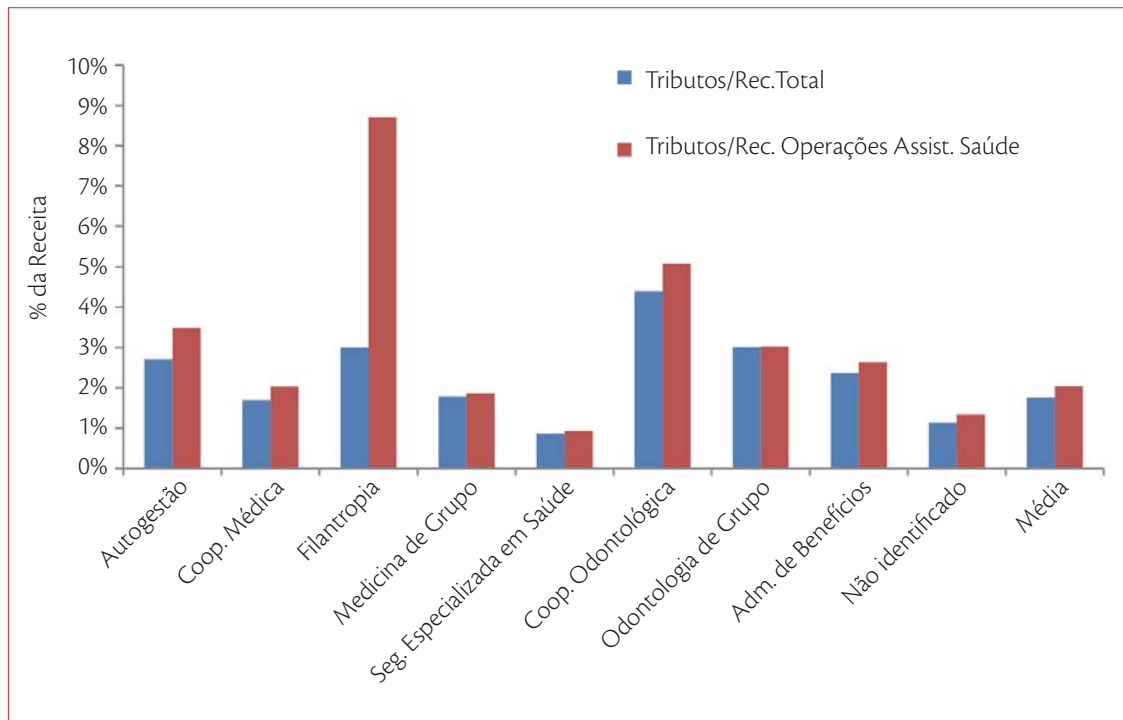
Tabela 9 – Receitas e Despesas com Tributos dos Planos de Saúde por Segmento, Brasil, 2014 (R\$ Milhares Correntes)

Item de Receita/Despesa	Autogestão	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Seguradora Especializada em Saúde	Cooperativa Odontológica	Odontologia de Grupo	Administradora de Benefícios	Não Identificado	Total
Receitas com Operações de Assistência a Saúde	14.247.693,83	44.550.101,11	2.025.727,72	33.997.355,64	27.999.738,51	625.082,75	2.169.450,46	1.311.657,13	866.574,20	127.793.381,35
(-) Tributos Diretos de Operações de Assistência a Saúde	-17.155,77	-782.868,69	-607,88	-587.666,53	-127.680,06	-16.273,20	-90.941,45	-110.958,96	-14.642,91	-1.748.795,45
Outras Receitas Operacionais	1.333.660,31	8.353.899,40	3.633.444,12	931.194,74	34.321,16	94.704,71	36.265,89	31.115,91	129.119,90	14.577.726,13
(-) Tributos Diretos de Outras Atividades de Assistência à Saúde	-634,78	-131.899,86	-687,19	-16.991,76	0,00	-452,98	-1.292,18	-1.260,43	0,00	-153.219,17
Receitas Financeiras	2.674.213,82	1.349.158,53	151.970,17	753.327,38	1.732.375,28	15.657,86	56.388,09	86.576,65	36.484,29	6.856.152,07
Receitas Patrimoniais	127.590,00	168.691,58	86.546,50	354.425,85	744.570,61	2.847,03	11.631,42	140.968,77	7.999,06	1.645.270,81
Receita Total	18.365.367,41	53.507.082,06	5.896.393,44	35.431.645,32	30.383.325,51	721.566,17	2.181.502,24	1.458.099,07	1.025.534,54	148.970.515,75
Despesas com Encargos Sociais	187.926,82	594.830,40	151.992,84	385.951,28	130.430,78	23.095,68	49.441,80	30.664,39	9.842,91	1.564.176,89
Previdência Social	137.380,19	438.078,54	77.644,27	282.969,93	82.049,83	17.678,77	38.567,95	23.293,09	4.990,71	1.102.653,29
FGTS	39.771,63	133.891,94	51.555,73	101.327,05	21.174,12	5.116,77	10.753,29	7.371,30	4.823,51	375.785,34
Outras Despesas	10.774,99	22.859,92	22.792,84	1.654,30	27.206,82	300,13	120,57	0,00	28,68	85.738,26
Encargos Sociais com Serviços de Terceiros	7.626,46	28.126,19	8,97	91.093,01	1.084,02	920,40	1.445,86	231,29	77,35	130.613,55
Despesas com Tributos	301.339,24	284.004,57	24.475,35	155.247,28	129.369,57	7.694,00	14.578,73	3.594,22	1.677,85	921.980,82
Impostos	282.364,34	153.368,30	1.249,29	89.154,64	1.905,70	3.985,54	4.460,93	2.936,98	130,36	539.556,08
Impostos Federais	274.738,15	78.644,51	503,97	62.973,52	779,59	2.198,80	2.462,94	857,98	3,92	423.163,39
Impostos Estaduais	201,78	1.622,26	28,49	972,41	18,38	92,21	263,17	13,27	3,67	3.215,63
Impostos Municipais	7.424,41	73.101,54	716,82	25.208,71	1.107,73	1.694,52	1.734,82	2.065,73	122,77	113.177,06
Contribuições	9.666,78	47.832,59	11.050,56	11.924,31	111.016,04	1.798,10	2.379,92	533,42	550,59	196.752,31
PIS/Pasep	2.784,11	3.281,33	1.848,99	1.026,63	103.743,37	302,66	25,57	94,15	301,13	113.407,93
Contribuição Sindical	2.298,04	4.806,95	796,60	2.472,32	234,34	174,66	1.525,86	91,71	120,17	12.520,64
Outras Contribuições	4.584,62	39.744,32	8.404,97	8.425,36	7.038,34	1.320,78	828,49	347,57	129,29	70.823,73
Taxa de Saúde Suplementar	6.829,50	43265,14	1.610,07	28.322,51	14.891,45	1.725,32	7315,45	13,42	817,07	104.789,92
Outros Tributos	2.478,63	39.538,53	10.565,43	25.845,82	1.556,38	185,05	422,44	110,40	179,52	80.882,51
Desp. Tributos Total	496.892,52	906.961,16	176.477,16	632.291,57	260.884,37	31.710,08	65.466,40	34.489,90	11.598,10	2.616.771,25

Elaboração própria. Fonte primária: Demonstrações Contábeis/ANS e ANS TABNET.

assistência à saúde, enquanto as “cooperativas odontológicas” têm a maior tributação com relação à receita total.

Gráfico 11 – Tributação dos Planos de Saúde por Segmento, Brasil, 2014



Elaboração própria. Fonte primária: Demonstrações Contábeis/ANS e ANS TABNET.

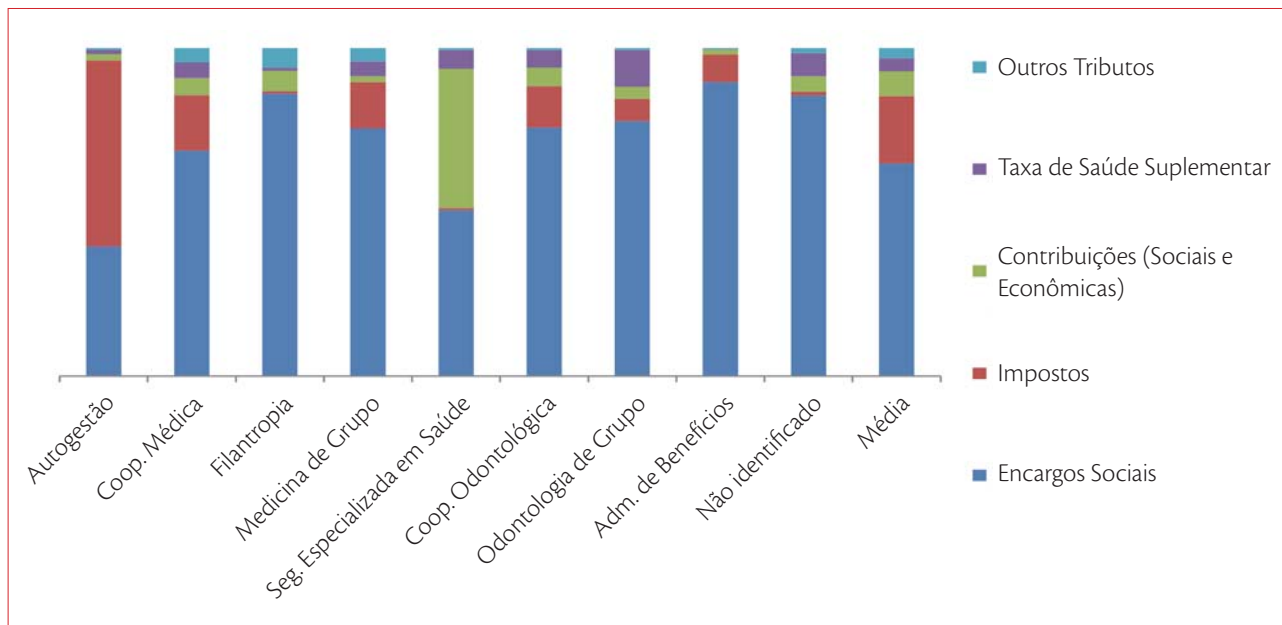
A maior parte do peso dos tributos sobre os planos de saúde é decorrente dos encargos sociais, especialmente previdência social e FGTS. Apenas dois segmentos não se enquadram nesta característica: “autogestão” e “seguradora especializada em saúde”, como mostra o gráfico a seguir (Gráfico 12).

Considerando todo o setor de Saúde Suplementar, os encargos sociais respondem por 65% de sua carga tributária. Os impostos têm participação de 21% e as contribuições 7,5%. No caso do segmento “autogestão”, os impostos (federais, primordialmente) têm um peso bem mais relevante (56,8% do total), sendo o restante praticamente todo destinado aos encargos sociais. Já no segmento “seguradora especializada em saúde”, apesar dos encargos sociais ainda responderem pela maior parte da tributação, as contribuições também possuem alto peso (42,5% do total), devido à elevada arrecadação de PIS/Pasep. Em compensação, a arrecadação de impostos é muito baixa.

Um ponto que chama muito a atenção sobre os dados anteriores é a diferença deles para a estimativa de arrecadação tributária feita na seção 3.2. Naquele caso, fazendo uma inferência a partir de dados RFB e do setor de seguros, observou-se que a tributação do governo federal representava aproximadamente 8% da receita dos planos de saúde. Aqui esse percentual caiu para 2% e trata de toda a arrecadação tributária e não apenas federal. Reforçando, isso só permite concluir que o dado estimado anteriormente não deve ser tomado de forma absoluta e conclusiva, mas apenas para

observar o comportamento do indicador ao longo do tempo. Já o dado estimado com esta nova metodologia é mais fidedigno e é uma *proxy* mais fiel da realidade. Isso permite afirmar que a tributação no setor de Saúde Suplementar é relativamente baixa.

Gráfico 12 – Composição da Tributação dos Planos de Saúde por Segmento, Brasil, 2014



Elaboração própria. Fonte primária: Demonstrações Contábeis/ANS e ANS TABNET.

4.2. As limitações na apuração da renúncia fiscal

O relativo baixo peso dos tributos observado a partir das informações contábeis das operadoras de planos de saúde nos induz a acreditar que há uma relação direta deste fato com as renúncias fiscais promovidas pelo setor público, especialmente pela União. Em um país com carga tributária elevada para seu nível de desenvolvimento e no qual a tributação absorve entre 15% e 20% da receita da maior parte dos setores, uma “carga” de tributos de aproximadamente 2% da receita chama muito a atenção.

Os balanços contábeis das empresas não apresentam nenhum indicador aproximado do quanto seria a renúncia de tributos em seu favor. Nem poderia, uma vez que este tipo de informação é uma estimativa feita exclusivamente pela autoridade fiscal, que calcula, aproximadamente, de quanto seria sua arrecadação com e sem o benefício fiscal, para chegar sua diferença (renúncia).

Entretanto, os resultados obtidos até o momento permitem, ao menos, apontar os segmentos que aparentam ter o maior volume de benefícios fiscais, que são justamente aqueles três segmentos que dominam o mercado de Saúde Suplementar e têm um ônus tributário inferior à média do setor: “cooperativa médica”, “medicina de grupo” e “seguradora especializada em saúde”. O grupo de planos “não identificado” (não foi possível atribuir a nenhum dos segmentos por falta de informação) também apresenta esta característica.

Uma forma de resolver este problema é assumir que apenas os segmentos que estão abaixo da tributação média possuem benefícios fiscais. Neste caso, a renúncia global da Saúde Suplementar seria distribuída entre eles na proporção da participação de cada um na diferença entre sua tributação e a tributação média do setor. Por exemplo, fazendo uma extrapolação linear da série de gasto tributário de plano de saúde (OCKÉ-REIS, 2013b), chega-se a uma renúncia de aproximadamente R\$ 9,45 bilhões em 2014, que seria distribuído na proporção de: 1,36% para “cooperativa médica”, 16,47% para “medicina de grupo”, 80,59% para “seguradora especializada em saúde” e 1,59% para o grupo “não identificados”.

Outra possibilidade seria, mais uma vez, utilizar a participação dos segmentos no mercado para identificar o tamanho da renúncia em cada caso.

Entretanto, a apuração mais ajustada só seria possível com minucioso trabalho de levantamento da legislação tributária que versa sobre os benefícios fiscais concedidos a cada segmento. Por exemplo, em 24 outubro de 2013 foi promulgada a lei nº 12.873 que reduziu a base de cálculo em 80% e aumentou a alíquota em 25% na cobrança de PIS/Cofins (de 3% para 4%), reduzindo fortemente a incidência dos tributos neste setor. Antes disso, diversas alterações na legislação foram introduzidas, alterando assim os incentivos à oferta e à demanda por serviços privados de saúde, notavelmente planos de saúde⁷.

⁷ Apresentação de Lígia Bahia disponível em: http://www.conass.org.br/Apresentacoes%20CONASS%20Debate/apresentacao_ligia_bahia.pdf.

5. Considerações Finais

Este capítulo objetivou mensurar e analisar aspectos da renúncia fiscal no setor de saúde com ênfase na atividade de Saúde Suplementar (planos de saúde). Para alcançar este objetivo foi necessário, inicialmente, recorrer à análise do setor de seguros, onde pôde ser identificado o peso dos planos de saúde dentro deste. Posteriormente, foi feita uma estimativa da arrecadação tributária da Saúde Suplementar, na qual ficou evidenciada uma tendência à estabilidade em relação aos demais setores de atividade econômica. A partir desta evidência sugeriu-se que a relativa estagnação da arrecadação do setor poderia estar relacionada com o aumento da renúncia fiscal no mesmo período, fato que ficou comprovado na seção seguinte, quando, a partir da estimativa de gasto tributário em saúde da RFB e da análise das deduções na DIRPF, apontou-se a relevância dos planos de saúde no volume de renúncia tributária em saúde.

Secundariamente, mas não menos importante, foi apresentada metodologia alternativa para apuração da tributação no setor de Saúde Suplementar por segmento a partir de demonstrativos contábeis das operadoras de planos de saúde, que são consolidados pela ANS. A análise do ano de 2014 a partir desta proposta mostrou que a tributação dos planos de saúde é, em média, baixa, o que leva a ideia de que o setor é fortemente beneficiado por benefícios fiscais (renúncia tributária), levando a um incentivo à saúde privada.

V. LEVANTAMENTO DE DADOS PARA SUBSIDIAR ESTUDOS DE EQUIDADE RELATIVOS ÀS DESPESAS TRIBUTÁRIAS E GASTOS COM SAÚDE COM BASE NA POF E NA PNAD

1. Introdução

A Constituição Federal de 1988 definiu a saúde como “dever do Estado” e “direito do cidadão”. Pela letra da lei, todo cidadão pode utilizar o Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com suas necessidades sociais, independentemente da capacidade de pagamento, inserção no mercado de trabalho ou condição de saúde.

Para garantir a universalização, o Estado deveria ter concentrado esforços para melhorar sua equidade e qualidade nos últimos vinte e sete anos. Ao contrário, como a saúde é também livre à iniciativa privada, os planos de saúde – que radicalizam a seleção de riscos – contaram com significativos incentivos governamentais que favorecem a passos largos o consumo de bens e serviços privados.

As distorções deste ‘sistema’ tendem a segmentar o SUS, dado que o aumento do gasto privado concorre com a necessidade de recursos suficientes e estáveis para o financiamento estatal, conduzindo a um círculo vicioso, caracterizado pela queda relativa do custeio e do investimento direto do governo. Além do mais, a regulação de sistema duplicado é mais complexa para o Estado, uma vez que o mercado cobre igualmente serviços ofertados pelo setor público.

Após o fim do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o sistema brasileiro acabou se travestindo em *mix* paralelo e duplicado, onde o setor privado estabeleceu uma relação privilegiada com o SUS e com o financiamento público. Pior: na atual conjuntura histórica, uma visão fiscalista que prega o fomento do mercado de planos de saúde como solução pragmática para desonerar as contas públicas, é sustentada por setores economicistas no Estado e na sociedade, desconsiderando que o desemprego crescente devolve ao SUS uma clientela recentemente integrada ao segmento privado, pela força de planos de saúde oferecidos pelos empregadores a seus empregados.

Cabe a reflexão sobre por que razões não foi possível ainda afirmar os pressupostos constitucionais do SUS, tampouco ampliar, substantivamente, os mecanismos regulatórios da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). O gasto total em saúde corresponde a 9% do Produto Interno Bruto, mas apenas 47% corres-

pondem à despesa pública, discrepante do nível observado nos países que possuem sistemas universais. Na composição do gasto privado, os planos de saúde respondem por 40,4%, tornando o desembolso direto sua parte mais significativa (VIANA *et al.*, 2014).

Considerando sua natureza inelástica, sem mudanças significativas no mercado de trabalho e com os incentivos governamentais, os gastos com planos tendem a crescer. Além do mais, apesar dos programas de distribuição gratuita ou subsidiada de remédios do governo e da própria farmácia popular – os trabalhadores de menor poder aquisitivo continuam comprometendo, proporcionalmente, maior parcela da renda familiar com medicamentos (SILVEIRA, OSÓRIO e PIOLA, 2006).

Neste capítulo, será analisado o grau de progressividade na distribuição do gasto público, tanto o direto por meio do orçamento público (SUS), quanto o indireto por meio do gasto tributário (dedução dos gastos com saúde no imposto de renda da pessoa física (IRPF)), levando em conta a magnitude do gasto privado.

Em tese, essa avaliação poderia se inscrever no esquema de rendas empregado por Silveira *et al.* (2013) para analisar os impactos distributivos da intervenção estatal tanto no financiamento como nos gastos sociais.

Nesse esquema, pode-se verificar o quanto se altera a desigualdade quando se consideram quatro grupos de intervenção estatal na renda das famílias. Considera-se, inicialmente, a renda de mercado – do trabalho, dos ganhos financeiros, das trocas interdomiliares, entre outros, contemplando no primeiro estágio as transferências monetárias públicas ligadas à previdência, ao mercado de trabalho e à assistência social, bem como auxílios de natureza variada.

Passa-se, assim, da renda original para a renda inicial – que foi apurada pelas pesquisas domiciliares. Em um segundo momento considera-se os tributos diretos e os indiretos, resultando na renda disponível e na renda final, respectivamente. Finalmente, aplica-se a provisão pública de saúde e educação, alcançando a renda efetiva.

Mas, onde se inscreveria a renúncia de arrecadação fiscal? Como uma transferência monetária ou como um benefício em espécie? Qualquer alternativa seria sustentável, especialmente a que a caracteriza como um benefício monetário (a renúncia está relacionada ao consumo de um bem ou serviço de saúde, podendo ser considerada como a provisão do serviço via mercado).

Entretanto, acreditamos que o cotejamento entre gasto direto e o indireto seja realizado mais apropriadamente, pela utilização da renda inicial (aquela apurada na pesquisa). Verificando seus dois comportamentos frente à despesa total. Vale notar que o foco são os estratos inferiores e intermediários de renda que, a despeito de incorrerem em gastos dedutíveis do IRPF, não recebem benefício por isenção.

Desse modo, será privilegiada a análise do balanço entre gasto direto e indireto em saúde, avaliando-se ainda o peso do gasto privado no gasto total e o recebimento (ou não) do benefício fiscal.

2. Problema

Considerando as condições de saúde da população, como reduzir os gastos das famílias com bens e serviços privados de saúde, em particular dos estratos inferiores e intermediários de renda, sem superar o subfinanciamento crônico do SUS e sem ampliar a capacidade regulatória da ANS e da Anvisa?

Não é simples responder a esse desafio. A configuração do sistema de saúde brasileiro, formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços, reflete a composição dos gastos com saúde das famílias brasileiras, caracterizado por uma combinação público-privada, na qual os recursos privados são a principal fonte de financiamento.

A rigor, dependendo da renda familiar ou individual per capita, o cidadão pode utilizar serviços de natureza privada ou pública, uma vez que, segundo a Constituição Federal de 1988, a saúde é um direito social. No entanto, considerando a crônica restrição orçamentária do SUS, que compromete a sustentabilidade do sistema público e o provimento do atendimento universal, integral e equitativo, verifica-se que, apesar do gasto público ter subido de R\$ 502,36 reais per capita em 2007 para R\$ 645,27 per capita em 2009, a participação das despesas com saúde no total das despesas de consumo final da administração pública permaneceu em torno de 18% (IBGE, 2012).

A análise do *mix* público/privado revela que as despesas com consumo final de bens e serviços de saúde corresponderam a 8,5% do PIB, segundo dados das contas-satélite de saúde, no período 2007-2009. Em 2009, as famílias gastaram R\$ 157 bilhões (56%) e o Estado R\$ 124 bilhões (44%).

Cabe esclarecer que os gastos das famílias se referiam às despesas com planos de saúde, médicos, hospitais, medicamentos etc., enquanto os dispêndios do governo englobavam as três esferas (federal, estadual e municipal) (IBGE, 2012). Na mesma linha, segundo dados das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (Pnad), o percentual de indivíduos cobertos por pelo menos um plano de saúde cresceu entre 1998 (24,5%), 2003 (24,6%) e 2008 (26,3%) (GARCIA *et al.*, 2015).

Finalmente, segundo dados da ANS, entre 2003 e 2011, o tamanho do mercado de planos cresceu de 36,4 milhões para 63,9 milhões de vínculos, e, no mesmo período, o faturamento do mercado quase dobrou e seu lucro líquido cresceu mais de duas vezes e meia acima da inflação de R\$ 1,2 bilhão para R\$ 4,9 bilhões (OCKÉ-REIS, 2013).

Apesar disto, a cobertura privada da atenção médica é pouco expressiva. Segundo dados da Pnad 2008, os planos de saúde foram responsáveis por

apenas 27% dos atendimentos realizados. Essa participação é ainda mais reduzida quando se considera os procedimentos de alto custo, que são financiados principalmente pelo SUS, que domina os atendimentos por quimioterapia e radioterapia, hemodiálise e hemoterapia (financiando 73,3% dos mesmos), as consultas médicas (62,7%) e também os exames complementares (59,2%). Portanto, o SUS financiou não somente os atendimentos de mais baixo custo, mas também e, principalmente, aqueles mais onerosos (GARCIA *et al.*, 2015).

Vale dizer, são as famílias de maior renda que têm gastos mais elevados com planos de saúde e, portanto, são as mais beneficiadas com a renúncia fiscal. A dedução das despesas no imposto de renda das pessoas físicas somente pode ser realizada por contribuintes que pagam imposto de renda, não beneficiando os estratos inferiores e intermediários de renda (ou porque não pagam impostos diretos ou porque preenchem o modelo simplificado).

Essa renúncia é altamente regressiva, ao mesmo tempo em que reduz a capacidade de financiamento do SUS (PIOLA *et al.*, 2010) e, entre as famílias de menor renda, como já dissemos, os gastos com medicamentos corresponderam à maior parte da despesa com saúde (GARCIA *et al.*, 2013).

Neste quadro, sem priorizar a análise acerca do impacto da política regulatória da ANS e da Anvisa sobre o bem-estar das famílias de menor poder aquisitivo, é evidente o subfinanciamento do SUS e a tendência ao aumento do gasto privado, aprofundando as iniquidades na distribuição do gasto em saúde.

3. Marco Teórico Referencial

Na ausência de serviços públicos de saúde, para se proteger dos custos associados ao risco de adoecer, as pessoas pagam uma contribuição prévia aos planos de saúde, cujos sistemas privados de financiamento da cobertura de riscos em saúde intermedeiam a relação entre consumidores e prestadores médico-hospitalares (OCKÉ-REIS, ANDREAZZI e SILVEIRA, 2006).

Como assinala Phelps (1997), tais planos asseguram o beneficiário contra o risco derivado de adoecer, isto é, contra os custos decorrentes de uma necessidade de uso dos bens e serviços de saúde. Segundo o autor, os gastos associados à atenção médica criam o risco financeiro contra o qual o plano é designado a proteger.

Desse modo, não se assegura a “saúde”, porque essa tecnologia não está disponível: para se proteger contra os riscos associados aos gastos com assistência médica, se paga, antecipadamente, aos planos e seguros de saúde, com vistas a uma utilização potencial.

Na maioria dos casos, não há uma escolha deliberada pelo consumo de serviços de saúde e sim uma necessidade por atenção médica. Mesmo quando pode ser observada uma escolha por determinado serviço, ela está, em úl-

tima instância, condicionada pela existência dessa necessidade (ou da sua percepção).

Tendo como ponto de partida essa intuição, não se pode negar que existem outras motivações para explicar o consumo originado pela necessidade: independentemente do preço e do risco percebido, o consumidor estaria disposto a pagar o que fosse preciso para resolver ou atenuar seu problema de saúde. Como desdobramento dessa linha de argumentação, a demanda seria – potencialmente – inelástica ao preço.

Não seria preciso formalizar um modelo de equilíbrio para postular que o princípio da demanda inelástica explica, teoricamente, a existência de “preços de monopólio” entre os bens e serviços na área da saúde. As famílias desembolsam, regularmente, uma boa parcela de seus orçamentos para se segurar contra os custos associados ao risco de adoecer, quando não são obrigadas a fazer pesados esforços financeiros e patrimoniais.

Em tais condições, está aberta a possibilidade do mercado arbitrar preços não competitivos, com ou sem a intermediação dos planos. De um ponto de vista microeconômico, estaria assim configurada uma situação típica de concorrência imperfeita, onde os preços apareceriam como “preços de monopólio”, pois vendedores poderiam fixar maiores lucros.

Em certa medida, essa característica da demanda – que não se aplica apenas aos planos de saúde – permite que, em geral, a variação do nível de preços dos serviços médicos, hospitalares e de medicamentos seja maior do que a taxa média de inflação da economia. É indispensável, entretanto, sublinhar três fatores que afetam a demanda, abstraindo-se o padrão de competição do mercado e o papel regulador do Estado (OCKÉ-REIS, ANDREAZZI e SILVEIRA, 2006).

Primeiro, a restrição orçamentária das famílias limita a pressão dos preços de monopólio. Segundo, dada a presença de um conjunto de produtos no mercado, os quais apresentam distintas elasticidades da demanda em relação ao preço, o grau de inelasticidade deve ser apreciado em cada caso. E, finalmente, a percepção da necessidade de saúde – que afeta o nível da demanda – varia de acordo com a educação e o tipo de cultura da sociedade: o fenômeno da medicalização, agora sob o contexto da higiomania (NOGUEIRA, 2001), favorece a submissão de parcelas crescentes da população aos desígnios da medicina, na expectativa de se atingir um melhor padrão de vida.

É plausível pensar que a presença dos planos de saúde – na qualidade de terceiro-pagador – torne o paciente menos sensível aos preços cobrados pelos provedores ou pelos produtores. A demanda, então, se tornaria menos sensível ao preço: “(...) os planos acabam deslocando a curva de demanda para a direita, (...) colocando uma pressão crescente sobre os preços dos serviços médicos, ao mesmo tempo em que elevam a quantidade de serviços demandada” (GREENBERG, 1991: 46).

No entanto, permanece um sério problema de ordem conceitual: **diz-se que o consumo é inelástico, em que pese a restrição orçamentária das famílias, em particular dos estratos inferiores ou intermediários de renda. No entanto, havendo o predomínio de relações de compra e venda, esse enunciado parece não captar que mesmo aqueles de maior poder aquisitivo podem se ver restringidos ao consumo de bens e serviços de saúde, por exemplo, na ocorrência de custos catastróficos.**

No caso brasileiro, portanto, é problemático delimitar em termos socioeconômicos as famílias que poderiam ou não ter acesso ao mercado de serviços de saúde. Sabendo-se da tendência crescente dos custos e preços, do lado econômico, e da incerteza idiossincrática do risco de adoecer e das dúvidas quanto à eficácia da intervenção médica, do lado médico, é plausível atribuir tão somente ao consumo dos capitalistas – seguindo a conceituação kaleckiana – a capacidade de suportar sem perdas patrimoniais ou de renda a pressão altista dos preços dos bens e serviços privados de saúde no longo prazo (OCKÉ-REIS, ANDREAZZI e SILVEIRA, 2006)?

4. Objeto

Na saúde, o conceito de equidade está associado à ideia de justiça social, implicando utilização crescente de recursos públicos, a partir da discriminação positiva compensatória das desigualdades existentes no setor (PORTO, 2002).

A partir desta referência teórica, para o analista de política de saúde, o exame dos gastos das famílias com bens e serviços privados exige a mensuração da distribuição do gasto público direto e indireto, considerando o conflito distributivo setorial em um país desigual como Brasil (NOGUEIRA, 2011; DAIN *et al.*, 2001).

Apesar do subfinanciamento do SUS, além de oferecer serviços de baixo e alto custo, ele tem, desde a sua criação, sido bastante exitoso na expansão da atenção primária (promoção e prevenção), na cobertura de doenças crônicas, na diminuição dos gastos da base populacional da estrutura social e na redução do risco de exposição dos gastos catastróficos, em geral associados à alta complexidade tecnológica.

Mas, a rigor, o gasto público é baixo e boa parte dos problemas de gestão do SUS decorre exatamente dessa restrição orçamentária, de modo que, caso se queira consolidá-lo e reduzir o gasto das famílias e dos empregadores com bens e serviços privados, a distribuição do gasto em saúde merece mais atenção das autoridades governamentais.

Vale dizer, no terreno da saúde privada, essa agenda levanta uma questão central para o financiamento público do SUS e para a própria regulação de preços praticada pela ANS e pela Anvisa. Afinal, o enfrentamento da desigualdade é ou não é um elemento decisivo para a tomada de decisão e para

a criação de sinergias entre as ações do Ministério da Saúde e das agências reguladoras do setor?

À guisa de ilustração, no ano de 1996, dados da Pesquisa de Padrão de Vida (PPV) mostraram as características do acesso dos indivíduos que tinham problemas crônicos e utilizaram serviços de saúde. Em outras palavras, mostraram, segundo o nível de renda do indivíduo, qual foi o subsistema utilizado: SUS (público ou privado) ou 'não-SUS' (mercado) e a proporção que foram utilizados.

Os segmentos mais pobres da população recorreram mais ao SUS do que ao 'não-SUS', opção que foi se invertendo à medida que se observava os indivíduos de maior renda. De fato, enquanto mais de 80% da população situada nos décimos mais pobres utilizaram o SUS, no décimo de maior renda essa proporção se reduziu para 40%.

Poucas pessoas, portanto, eram atendidas fora do SUS nos décimos mais pobres, ao passo que o segmento de maior renda tinha acesso frequente ao mercado (60%). Na verdade, a boa progressividade do SUS decorre, sobretudo, da prestação dos serviços públicos para a população de baixa renda. O subsistema público atendia os mais pobres, enquanto o setor privado, contratado ou conveniado ao SUS, apresentava uma lógica inversa, dirigindo sua oferta para a alta renda (OCKÉ-REIS *et al.*, 2003).

Em sentido análogo, recentemente, considerando o caráter progressivo do SUS e seus efeitos positivos sobre a desconcentração de renda, se observou que os 40% mais pobres se apropriaram de cerca da metade dos gastos com internações hospitalares e de 45% das despesas com procedimentos ambulatoriais frente a uma participação da ordem de 10% para os 20% mais ricos. Na composição do total das despesas, coube à metade mais pobre pouco mais de 55% frente a uma participação de 1/5 para os 30% mais ricos (SILVEIRA, 2013).

Ao seu modo, Santos (2011) aponta que são inúmeros os desafios na busca da construção de políticas tributárias e de saúde que possam enfrentar a iniquidade da distribuição do gasto público em saúde. As pesquisas sociais empíricas, como por exemplo, a Pesquisa Nacional de Saúde, de 2013, acerca dos gastos das famílias pode fornecer elementos para o melhor conhecimento do financiamento privado em saúde no Brasil, bem como proporcionar subsídios para a elaboração de propostas que visem contribuir para o alcance dos objetivos do SUS. Voltaremos a este ponto na parte final deste trabalho.

Ao investigar os possíveis efeitos dos planos de privados sobre os sistemas nacionais de saúde, Santos concluiu que a cobertura duplicada pode contribuir para a iniquidade na oferta, no acesso e no uso dos serviços, assim como incentivar o desenvolvimento da atuação do setor privado nos serviços em que a população tem dificuldade de acesso no sistema público, como consultas especializadas, cirurgias eletivas e medicamentos.

⁸ Os diferentes contextos macroeconômicos impactam de forma distinta a apuração dos orçamentos e dos rendimentos. Na passagem de 2003 e 2009, o orçamento das famílias passou a ser financiada com a própria renda auferida. Em 2003, a metade mais pobre da população realizou gastos médios mensais per capita superiores em 30% ao rendimento médio mensal per capita (CAMPOLINA e SILVEIRA, 2013). Isto é, se observou um expressivo desbalanceamento entre gasto e renda com os déficits orçamentários estendendo-se até o 7º décimo de renda. Em 2009, o déficit orçamentário da metade mais pobre era de somente 14%, não se observando déficits a partir do 5º décimo (idem). Assistiu-se também uma ampliação considerável do crédito pessoal formal, o que não se observava na POF anterior. Além do mais, os efeitos da crise econômica mundial, iniciada durante a apuração dos dados dessa pesquisa, não tinham impacto ainda o equilíbrio orçamentário das famílias, notadamente as mais pobres. Isso fica evidente pelos dados a partir do balanço orçamentário (renda versus despesas) das famílias. Essa diferença pode ser creditada a dois fatores. Primeiro, a queda significativa na renda – tanto do trabalho como domiciliar per capita - durante o período de capitação da POF não captou os ajustes que as famílias realizaram em suas despesas. Como se diz, o consumo se ajusta posteriormente a queda da renda. Segundo, a expansão do crédito significou um alívio no orçamento das famílias e provavelmente, por seu caráter formal, melhor apurado. Assim, pode-se chegar a conclusões bem distintas, caso se empregue a renda como o parâmetro de análise da incidência, dado que a renda teve um comportamento distinto do consumo.

A contradição de tal subsídio reside em diminuir os gastos dos estratos superiores de renda e dos empregadores, ao mesmo tempo em que subtrai recursos que poderiam ser alocados ao SUS, reforçando a iniquidade do sistema brasileiro, uma vez que piora a distribuição do gasto público per capita para os estratos inferiores e intermediários de renda. Isso se torna mais grave à medida que os subsídios não desafogam – completamente – os serviços médico-hospitalares do SUS, dado que os usuários de planos de saúde utilizam seus serviços (vacinação, urgência e emergência, banco de sangue, transplante, hemodiálise, serviços de alto custo e de complexidade tecnológica). Dessa maneira, paradoxalmente, o SUS acaba socializando parte dos custos das operadoras – a exemplo do contencioso em torno do ressarcimento.

Apesar da desconcentração promovida pelo acesso ao SUS, como os estratos inferiores e intermediários de renda são consumidores de bens e serviços privados de saúde. Assim pretende-se mensurar em particular o efeito líquido de tal desconcentração (gasto público menos gasto privado) – para além dos efeitos regressivos decorrentes da renúncia fiscal, em especial por meio das bases de dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) e do Departamento de Informática do SUS (OCKÉ-REIS, 2014).

5. Gasto Privado Monetário e Gasto Público na Saúde: Incidência e impacto distributivo

Nesta seção serão apresentadas, inicialmente, as principais características do gasto privado em saúde apurados pelas POFs. Essa informação associada ao perfil de pagamento do IRPF possibilita avaliar os efeitos distributivos da renúncia. Descreve-se, igualmente, a estrutura de distribuição do gasto público e seus efeitos distributivos. Por último, buscar-se-á apontar o perfil distributivo dos gastos públicos, direto e indireto, bem como verificar o balanço entre gasto público e privado entre os estratos de renda.

5.1. Gasto privado: composição e perfil da incidência por estratos de renda

A análise da importância dos gastos em saúde e de sua evolução recente, baseada nos dados das POFs, requer que se defina o parâmetro de análise do peso desse tipo de gasto: se a renda ou o orçamento. Isso porque o levantamento dos gastos e dos rendimentos aponta para a existência e persistência de desbalanceamento entre eles.

Ou seja, ainda que se busque atender a uma contabilidade de partilha dobrada, esse desbalanceamento entre renda e orçamento exige cuidados para selecionar o melhor parâmetro na comparação intertemporal⁸. Com base no que se assistiu entre 2003 e 2009, na relação renda/gasto, decidiu-se

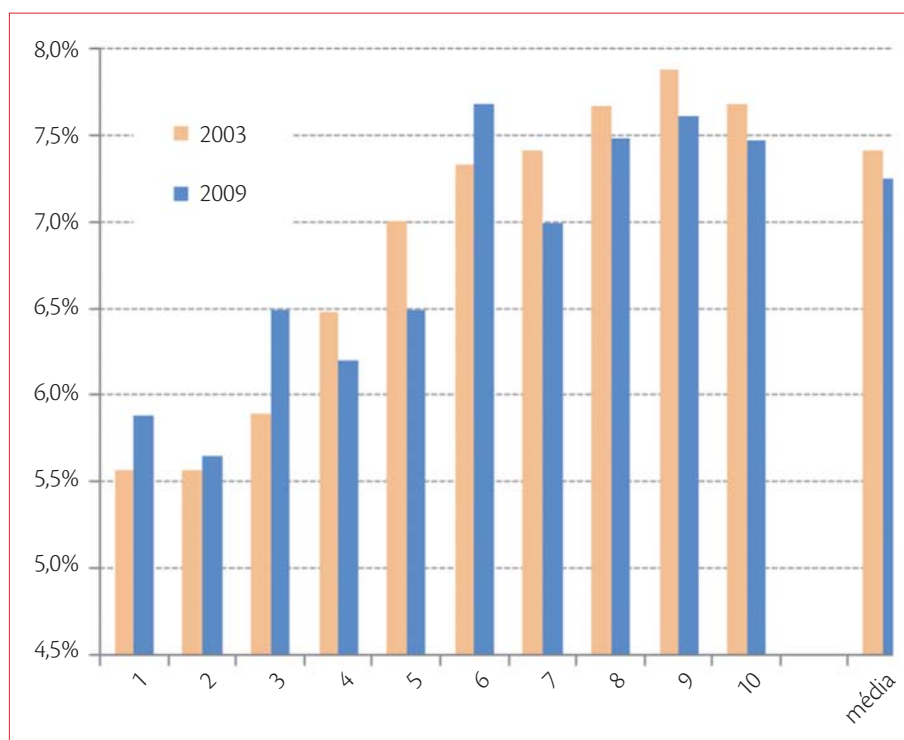
empregar na análise do comportamento dos gastos em saúde o orçamento⁹ como parâmetro. Assim os resultados mostram como os gastos de saúde vêm pressionando os orçamentos familiares.

O gráfico 13 mostra claramente que a participação dos gastos em saúde no orçamento das famílias cresce à medida que aumenta a renda. Efetivamente, em 2009, a participação dos gastos em saúde era inferior a 6,0% nos 20% mais pobres, alcançava a 6,5% nos 30% seguintes e girava ao redor de 7,5% na metade mais rica. Esse perfil mostrava-se mais evidente em 2003, quando os gastos de saúde perfaziam 5,6% nos dois primeiros décimos, passando a 5,9%, 6,5% e 7,0% nos décimos seguintes, continuando a aumentar na metade mais rica, de 7,5% para 7,7% e 7,9%.

Nota-se, como dito, que em 2003, o crescimento de participação conforme a renda era bem mais nítido, havendo somente no 10º uma redução frente à participação do décimo anterior – 9º. Já em 2009, ainda que se preserve essa característica, o comportamento não é uniforme, com a aproximação dos percentuais, ou seja, em convergência para 5,6%. Efetivamente, o 3º e o 6º décimos exibem participações superiores à dos décimos vizinhos.

Resumindo, se observa, grosso modo, dois níveis de participação das despesas em saúde, com a metade mais pobre dispendo ao redor de 6,5% do seu orçamento com a assistência a saúde e a metade mais rica um ponto percentual superior.

Gráfico 13 – Participação dos gastos em saúde no orçamento das famílias, segundo décimos de renda total domiciliar *per capita*, Brasil, 2002/03 e 2008/09



Fonte: microdados POFs 2002/03 e 2008/09.

⁹ Empregou-se somente a parcela monetária dos gastos, excluindo os chamados gastos não monetários coletados pela POF e que cobrem o consumo de bens sem transação monetária, tais como aluguel imputado, doações, retirado do negócio, produção para autoconsumo e provisão pública. Trabalhamos com a hipótese de ser expressiva a subenumeração dos gastos não monetários em saúde originários do setor público. Com o intuito de não incorrer em dupla contagem, trabalhou-se somente com os gastos monetários, não havendo problemas de cotejamentos com as estimativas do gasto público.

Nota-se, assim, uma leve convergência das participações dos gastos em saúde, refletindo, em grande medida, o fato dos gastos em saúde terem pressionado mais o orçamento das famílias pobres. Concretamente, nos três primeiros décimos a participação no orçamento familiar das despesas com assistência à saúde cresceu, alcançando a quase 0,6 ponto percentual no 3º décimo, pouco superior ao que se assistiu no 6º décimo. Já entre os 40% mais ricos a participação dos gastos com saúde reduziu entre 0,2 e 0,4 pontos percentuais. Pode-se creditar esse crescimento de participação das despesas com saúde entre os mais pobres ao comportamento da renda – ou seja, o chamado efeito renda –, dado que, entre 2003 e 2009, observou-se um crescimento significativo da renda dos mais pobres. No que concerne aos mais ricos, onde houve uma redução de importância nos orçamentos, podem-se levantar algumas hipóteses: comportamento dos preços dos medicamentos e dos planos de saúde (considerando a renúncia de arrecadação fiscal), bem como pelo incremento no uso da provisão pública. Essa avaliação das causas da diminuição de participação das despesas de saúde no orçamento familiar dos mais ricos ainda esta em aberto. Na média populacional, a saúde preservou, grosso modo, sua participação no orçamento das famílias. Efetivamente, a participação das despesas monetárias com assistência à saúde passou de 7,4% para 7,3%, entre 2003 e 2009. Há ainda que se apontar para o efeito da valorização do salário mínimo, pois os dados relativos ao 6º décimo refletem em alguma medida esse impacto, pois nessa posição da estrutura de distribuição de renda localizam-se pessoas com remunerações nesse valor seja do trabalho seja da previdência social. (SILVEIRA, 2008).

Os gráficos 14 e 15 a seguir apresentam como é a estrutura de repartição da renda, da despesa total, dos gastos em saúde e dos destinados a planos de saúde e serviços médicos e os relativos a tratamentos ambulatoriais. Em outras palavras, qual a porção que cabe a estratos selecionados de renda domiciliar per capita – metade mais pobre, entre a mediana e 70º percentil, entre o 70º e 90º percentil e os 10% mais ricos – na renda total, no desembolso global, nas despesas de saúde e em rubricas selecionadas.

Vale destacar, da análise dos dados, algumas características dos gastos em saúde. Primeiramente, os gastos em saúde apresentam uma estrutura de repartição similar a do desembolso global, isto é, as parcelas que cabem aos estratos populacionais segundo a renda quando se considera que o total dos gastos das famílias e o total gasto em saúde são similares. E, como se pode notar, bastante concentrados, dado que a metade mais pobre responde por menos de 1/5 do gasto total das famílias, assim como dos destinados à saúde. No outro extremo, em 2009, os 10% mais ricos e os 20% logo abaixo se apropriavam de 39% e 28% do total do gasto das famílias e 39% e 27% do total com bens e serviços de saúde.

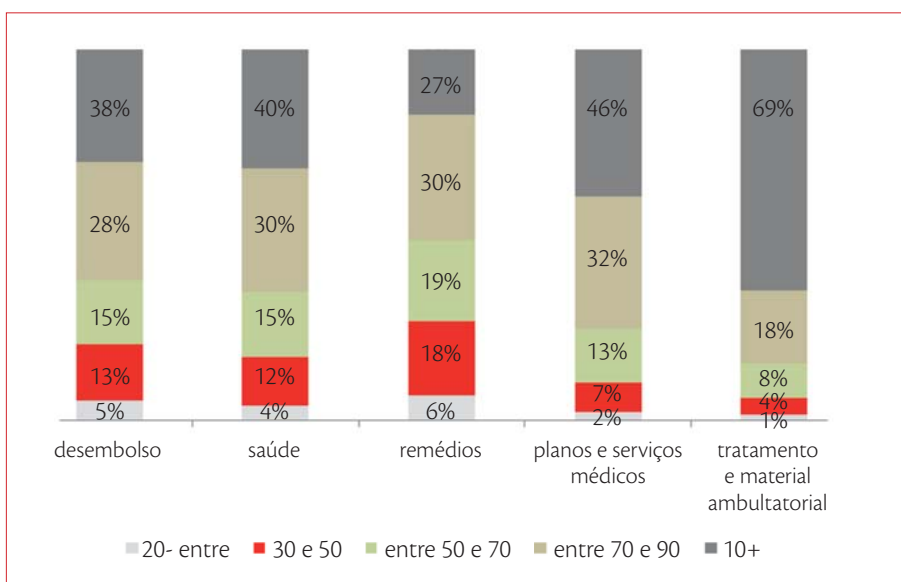
De outra parte, a estrutura de distribuição (repartição) do total dos gastos com medicamentos mostra-se menos concentrada, com a metade mais pobre absorvendo quase ¼ do total gasto com medicamentos. A concentração é menor, mas os 30% mais ricos respondem por 54% do total gasto pelas famílias com medicamentos.

Os gastos com tratamentos e materiais ambulatoriais são altamente concentrados, sendo os gastos com serviços cirúrgicos e hospitalares menos concentrados. No caso dos gastos com serviços ambulatoriais, a participação dos 30% mais ricos era superior a $\frac{3}{4}$. Ficam, assim, bem demarcados os chamados bens e serviços de saúde de consumo privados, os quais têm por principais consumidores, os mais ricos e a classe média – que para melhor inteligibilidade são os relativamente ricos.

Quais foram as transformações na estrutura de concentração entre as duas POFs? Verifica-se uma tênue desconcentração, quando se observa que a participação dos 30% mais ricos na despesa total em saúde e em medicamentos se reduziu de 70% para 67%, no caso das despesas em saúde, e de 57% para 54% em medicamentos. Essa pequena redução na concentração se observou, também, nos gastos ambulatoriais, com um aumento de participação da metade mais pobre de 6 pontos percentuais, dobrando sua inexpressiva participação de 4% para 11%.

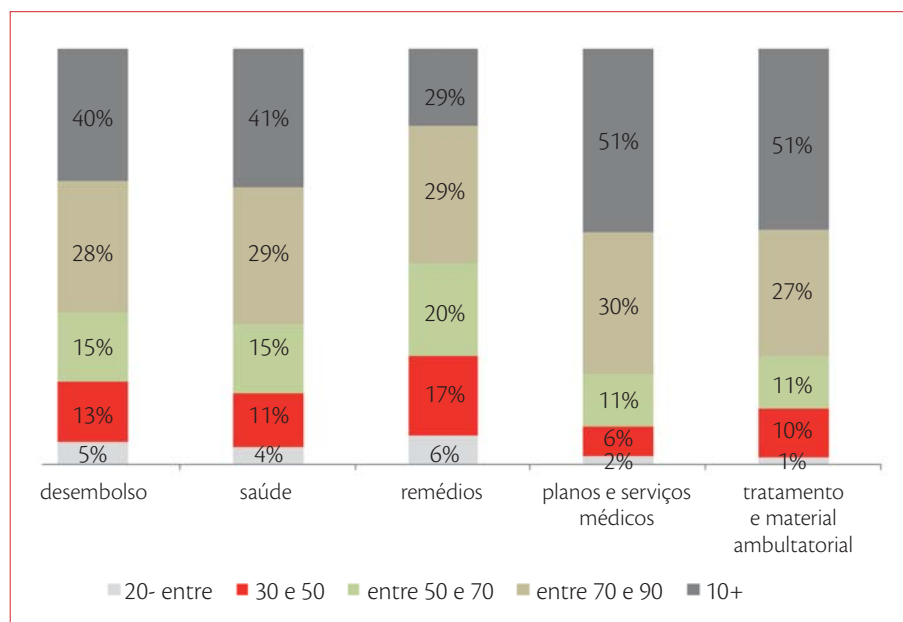
No caso dos planos de saúde assistiu-se, de modo inverso, um leve aumento nas participações dos 10% mais ricos e dos 20% logo abaixo, que passaram a responder por 81%, três pontos percentuais superior a participação em 2003. Aumento esse contrabalançado pelas quedas nos estratos intermediários (entre 20° e 50° percentis e entre o 50° e o 70° percentis).

Gráfico 14 – Estrutura de Repartição do desembolso global, das despesas em saúde e dos gastos com rubricas selecionadas de saúde, Brasil, 2003



Fonte: POFs 2002/03.

Gráfico 15 – Estrutura de Repartição do desembolso global, das despesas em saúde e dos gastos com rubricas seleccionadas de saúde, Brasil, 2009



Fonte: POFs 2008/09.

Para uma melhor avaliação do grau de concentração das despesas com saúde e do gasto com suas principais rubricas deve-se calcular os coeficientes de concentração. A questão que fica é qual será o ordenamento da população que se irá empregar – pela renda ou pelo gasto total. Decidiu-se avaliar o grau de concentração das despesas em saúde tendo por base o gasto total. Na tabela 10 encontram-se os coeficientes de concentração das despesas em saúde, em medicamentos, em planos de saúde e serviços médicos, em tratamentos e materiais ambulatoriais e em serviços hospitalares e cirúrgicos, bem como o Índice de Gini da Despesa Total.¹⁰

¹⁰ Cabe destacar que a concentração da renda pessoal é superior à do gasto total, ou seja, a renda se mostra mais concentrada que a despesa global e, ainda maior, quando se consideram somente as despesas em bens e serviços de consumo.

Tabela 10 – Índice de Gini das Despesas Totais e Coeficientes de Concentração das Despesas em Saúde e em suas principais rubricas, Brasil, 2009

Variável	Gini ou Coeficiente de Concentração
Despesas Totais	0,5873
Despesas em Saúde	0,5845
Despesas com medicamentos	0,4333
Despesas com Planos de Saúde e Serviços Médicos e Odontológicos	0,6956
Despesas com serviços cirúrgicos e hospitalares	0,7866
Despesas com material e tratamento ambulatorial	0,6844

Fontes: Pnad 2003, Datasus e Siops.

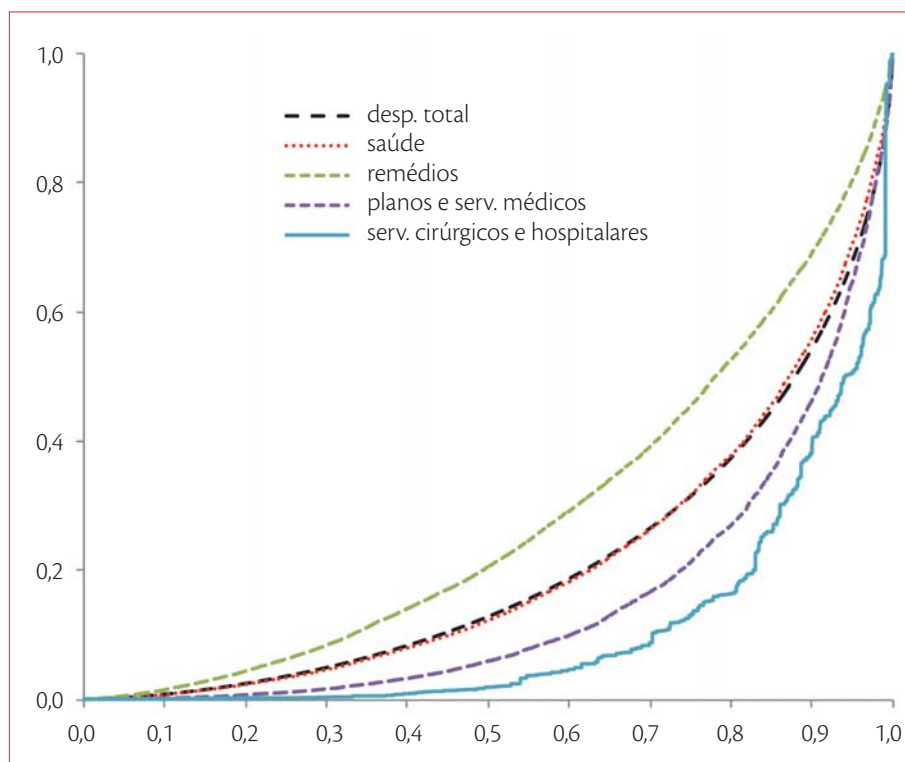
O gráfico 16 apresenta essas mesmas informações na forma de curvas de concentração e de Lorenz. Pode-se perceber que as despesas em saúde

apresentam nível de concentração muito semelhante ao da despesa global – Gini do desembolso de 0,587 *versus* coeficiente de concentração das despesas em saúde de 0,585. E, como já dito, salvo os gastos em medicamentos que se apresentam bem menos concentrados, todos os gastos com planos e serviços de saúde são bem mais concentrados que a despesa global. Isso aponta para o fato da dedução da renda tributável pelo IRPF das despesas com planos e serviços de saúde estar concentrada nos estratos superiores de renda, onde justamente encontra-se a quase totalidade dos que se declararam pagantes de IRPF.

Conclui-se, assim, que os gastos em saúde são bastante concentrados, de modo similar ao que se verifica para o desembolso global, e que as despesas com planos, médicos, hospitalização, tratamentos ambulatoriais e outros serviços são altamente concentradas, diferindo totalmente do que se verifica nos gastos com medicamentos.

Essas despesas se mostram com distribuição mais equânime.¹¹ Pode-se, empregando a nomenclatura “progressivo-regressivo”, observar que os gastos em medicamento têm um perfil progressivo e as despesas com planos característica regressiva.

Gráfico 16 – Curvas de concentração do desembolso global (Lorenz – Gini), dos gastos privados em saúde, dos gastos em remédios, com planos e serviços médicos e com serviços cirúrgicos e hospitalares, Brasil, 2009



Fonte: POFs 2008/09.

Os gráficos 17 e 18 apresentam a composição dos gastos em saúde segundo o nível de renda para os anos de 2003 e 2009, respectivamente. É patente a

¹¹ Decidiu-se não aplicar os conceitos de progressividade e regressividade para os gastos privados. Na realidade, tais termos foram cunhados para se avaliar a incidência de impostos. Assim, sendo, quando se empregam tais conceitos para o caso das transferências públicas monetárias e em espécie se inverte a ideia, ou seja, regressivos são os gastos públicos em que a importância da parcela que cabe aos mais ricos em relação à sua renda/gasto é superior ao que se observa entre os mais pobres. No caso dos gastos privados, sustentamos que nem a ‘inversão’ dos conceitos seja adequada. Parece-nos, assim, que a utilização desses termos só dificultaria a inteligibilidade da análise.

diferença entre as estruturas das despesas em saúde, com os medicamentos respondendo pela quase totalidade dos gastos na metade mais pobre e entre os relativamente ricos e nos mais ricos com o predomínio dos gastos com planos de saúde e com serviços de saúde (médicos, hospitalares, ambulatoriais e odontológicos).

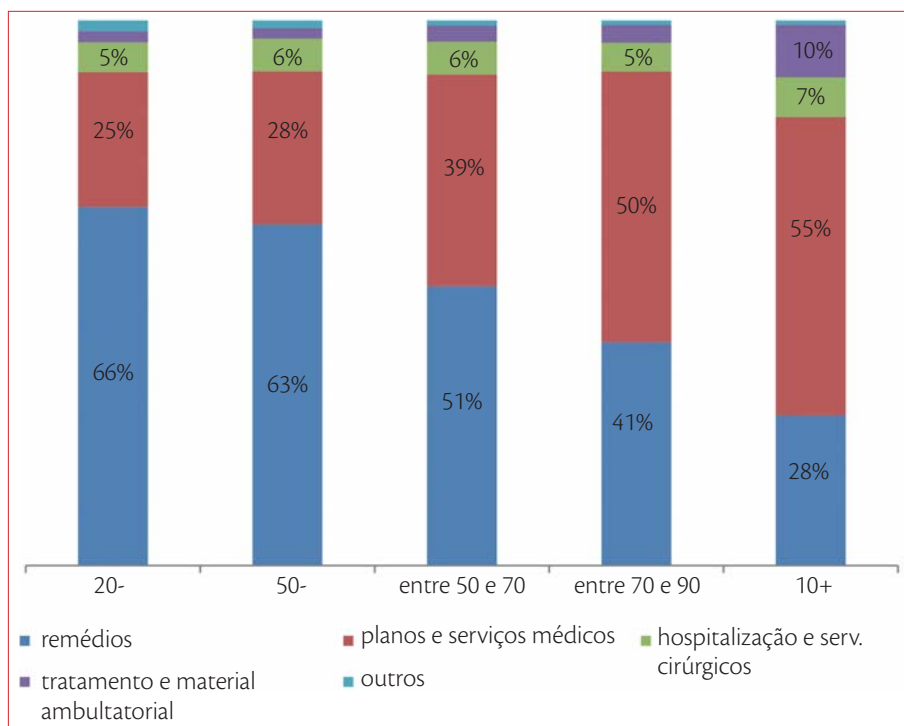
Concretamente, em 2009, enquanto os 20% mais pobres destinavam 70% dos gastos em saúde ao consumo de medicamentos, nos 10% mais ricos essa participação é de pouco menos de 1/3. Já no caso dos planos de saúde, verifica-se uma importância bem expressiva entre a população mais rica, com essa despesa representando 57% e 48% dos gastos em saúde nos 10% mais ricos e nos 20% logo inferiores, respectivamente.

Importante observar que os gastos em planos de saúde e demais serviços médicos em saúde representam pouco mais de 1/3 do orçamento de saúde para a população localizada nos estratos intermediários de renda – no caso, entre o 50º e 70º percentis. Na metade mais pobre, esse tipo de gasto (planos e serviços médicos/consultas) responde por cerca de 1/5 das despesas em saúde, ou seja, já conta com algum peso nos gastos em saúde.

Em termos de evolução, verifica-se, entre 2003 e 2009, uma queda na participação das despesas com planos de saúde e serviços médicos, hospitalares, ambulatoriais e odontológicos em todos os estratos de renda, contrabalançados pelo incremento no peso dos gastos com medicamento. Nesse particular, chama a atenção o crescimento de cerca de 5 pontos percentuais na participação dos gastos com medicamentos no orçamento familiar com saúde nos 70% mais pobres. Nos 30% mais ricos, as mudanças foram pouco menores, com a participação do gasto com planos diminuindo 3 pontos percentuais, em especial na rubrica de tratamentos e materiais ambulatoriais.

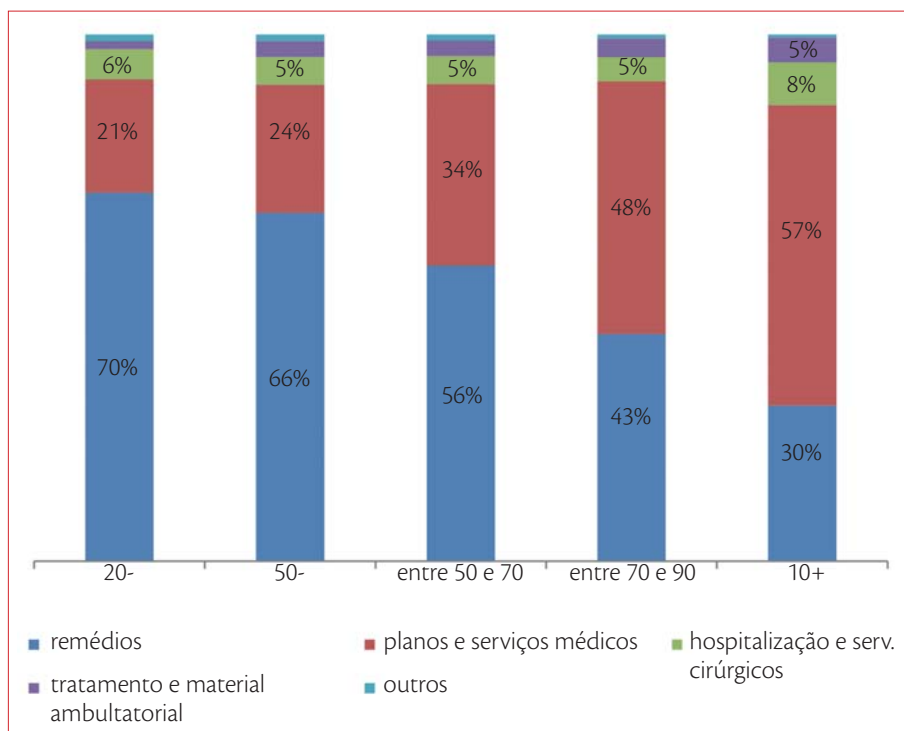
Conclui-se, assim, que o percentual do orçamento destinado com os gastos em saúde cresce conforme a renda, que é bastante elevado o grau de concentração das despesas em saúde e que há uma clara segmentação entre as estruturas de composição do gasto em saúde segundo o nível de renda.

Gráfico 17 – Composição das despesas de saúde, segundo rubricas de gasto selecionadas e estratos de renda, Brasil, 2003



Fonte: POFs 2002/03.

Gráfico 18 – Composição das despesas de saúde, segundo rubricas de gasto selecionadas e estratos de renda, Brasil, 2009



Fonte: POFs 2008/09.

5.2. Composição do gasto público em saúde

A estimativa do impacto distributivo da oferta de bens e serviços públicos de saúde depende, de um lado, de investigações domiciliares que apurem a utilização (consumo) da população, e de outro, de registros administrativos do gasto público. Detalhado tanto por esferas de governo como pelas diferentes ações e programas: no detalhamento por níveis de governo é importante que estejam depuradas as duplas contagens e omissões; no detalhamento dos programas e ações é fundamental identificar os beneficiados pelas políticas.

A discriminação dos gastos públicos deve ter contrapartida na apuração do uso dos serviços, isto é, há que se ter nas pesquisas a investigação da utilização dos diferentes serviços e bens oferecidos pelo SUS. São grandes as dificuldades, pois as pesquisas domiciliares não abrangem em seus núcleos básicos, questões relativas ao acesso e uso dos serviços e bens de saúde, cuja provisão pública abrange leque extenso de programas e ações.

Realiza-se, no entanto, a cada cinco anos, uma investigação específica sobre saúde da população como um suplemento da Pnad, onde são captadas informações sobre o acesso e uso dos serviços e bens de saúde: vacinas, medicamentos, consultas médicas e odontológicas, exames, procedimentos ambulatoriais e internações hospitalares, entre outros. Existem, por outro lado, registros administrativos dos gastos tanto dos realizados no âmbito do SUS como das outras despesas realizadas pelas diversas esferas de governo, sistematizadas no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops).

Conta-se, ademais, com metodologia desenvolvida em Ramos (2001), que compatibilizou as fontes de informações sobre a utilização dos serviços de saúde pública e os registros administrativos dos gastos públicos. Com base nisso, o autor estimou os impactos distributivos do gasto público em saúde, empregando o suplemento de saúde da Pnad de 1998 e os dados do SUS de produção ambulatorial e internações hospitalares.

Utilizou-se o suplemento de saúde das PNADs de 2003 e 2008 e os dados da produção ambulatorial e de internações hospitalares do **Datasus**, agregando-se outras despesas presentes na execução orçamentária do Ministério da Saúde e as realizadas por estados e municípios disponíveis no Siops. Com base nos dados da execução orçamentária do Ministério da Saúde (MS) de 2003 e de 2008, é possível classificar os gastos em saúde em seis grandes grupos e 26 subgrupos, conforme o quadro 2.

O agrupamento em cinco categorias de internações busca a compatibilização do **SIH/SUS** com as informações das PNADs – que descrevem quais internações hospitalares as pessoas realizaram nos últimos 12 meses. Desse modo, em particular, dividiu-se o valor gasto pelo MS nos quatro primeiros subgrupos (obstetrícia, pediatria, psiquiatria e outras internações) pelo número de internações declaradas na Pnad, empregando, ademais, o número de dias internados enquanto fator de ponderação.

Datasus – Departamento de Informática do SUS

SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares

Quadro 2 – Composição do gasto público federal com saúde

Grande Grupo	Subgrupo	%
Internações	Obstetrícia	3.3
	Pediatria	2.9
	Psiquiatria	2.1
	Outras internações	17.7
	Instituto Nacional do Câncer (INCA) e Pioneiras Sociais	1.2
Atendimentos ambulatoriais	Consultas médicas	2.4
	Consultas odontológicas	0.2
	Consultas com outros profissionais	2.4
	Quimioterapia, hemodiálise e afins	6.4
	Injeções e curativos	0.1
	Cirurgia em ambulatório	1.3
	Gesso ou imobilização	0.9
	Exames complementares	9.6
	Outros atendimentos	0.9
	PAB e Programa Saúde da Família (PSF)	13.4
	Vacinas e vacinações	1.6
	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf)	0.1
Outros	Hospitais próprios do FNS	0.8
	Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS)	0.2
	Manutenção do SUS (diversos)	1.9
Medicamentos	Farmácia Básica	0.7
	Medicamentos	2.4
	DST/AIDS	2.1
	Medicamentos excepcionais	2.0
Pessoal Ativo	Pessoal ativo	12.6
Serviços públicos	Manutenção de unidades indígenas	0.5
	Programas universais, pesquisa científica	10.0
	KFW Ceará e Piauí	0.0
	Prevenção do câncer cérvico-uterino	0.3
Total		100.0

PAB – Piso de Atenção Básica

FNS – Fundo Nacional de Saúde

Fonte: Execução orçamentária do Ministério da Saúde, 2003; IPEA (2013).

Em relação aos procedimentos ambulatoriais, realizou-se esforço de compatibilização das informações da Pnad referentes aos atendimentos realizados nas duas últimas semanas com a ampla gama de procedimentos do SIA/SUS. Grosso modo, essa compatibilização foi realizada por Ramos (2001) para 1998, tendo sido, no entanto, desenvolvidos ajustes, dado que houve mudanças na classificação dos procedimentos no SIA/SIH, bem como a incorporação de novos procedimentos. No caso de consultas médicas, odontológicas e com outros profissionais de saúde, injeções e curativos, cirurgias em ambulatório, imobilizações, exames complementares e

SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais

outros atendimentos pode-se utilizar uma média simples do valor gasto pelo número de atendimentos em cada categoria. Na alocação dos gastos com atendimentos de alta complexidade, definiu-se a categoria de atendimento “Quimioterapia, Hemodiálise e Afins” (suplemento Pnad) para a distribuição dessas despesas. Já vacinas e vacinações foram distribuídas igualmente entre as pessoas que declararam ter realizado junto ao SUS tal procedimento.

Proesf – Programa de Estruturação do Programa Saúde da Família

Os valores dos gastos com o PAB (Piso de Atenção Básica) e o PSF (Programa Saúde da Família) foram somados e alocados igualmente entre os indivíduos que declararam terem realizado consultas médicas, atendimento por agente comunitário pelo SUS ou outro atendimento em posto de saúde no âmbito do SUS. Os gastos com o **Proesf** foram alocados entre os beneficiários do PAB e do PSF.

O grupo “Outros” abarca três subgrupos: (i) hospitais próprios, cuja apropriação pode se basear na utilização de informações referentes à utilização de serviços ambulatoriais ou internações em hospitais públicos do SUS; (ii) gastos diversos, especialmente com manutenção administrativa, o Datasus e a auxílios aos servidores, cujos valores podem ser repartidos igualmente entre todos que utilizaram serviços ambulatoriais ou internações pelo SUS; (iii) e gastos da ANS, que se podem ser repartidos por igual entre os usuários do setor privado.

Quantos aos medicamentos consideraram-se as rubricas “Farmácia Básica” e “Aquisição e Distribuição de Medicamentos” como uma só despesa, distribuindo igualmente entre as pessoas que declararam ter recebido medicamentos gratuitos (exclusive amostra grátis) na última consulta médica. Como não se discrimina na Pnad os potenciais beneficiários dos medicamentos para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) /AIDS, decidiu-se distribuir os recursos gastos com esse grupo para toda população brasileira. Por fim, para os medicamentos excepcionais a alocação dos gastos foi realizada com base na distribuição dos procedimentos de alta complexidade (“Quimioterapia, Hemodiálise e Afins”).

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz
Funasa – Fundação Nacional de Saúde

A apropriação dos gastos com pessoal ativo vincula-se aos órgãos de trabalho. As despesas com pessoal ativo da **Fiocruz**, **Funasa** e Anvisa têm caráter universal, sendo, portanto, distribuídas entre toda população. Por sua vez, os usuários do SUS compartilham igualmente as despesas do FNS e dos hospitais específicos. Já para despesa com pessoal ativo da ANS, decidiu-se alocar essa despesa entre os usuários de planos de saúde, quesito que se encontra no questionário do suplemento saúde.

Finalmente, o último grupo é formado por serviços que podem ser considerados bens públicos, cujos valores dividem-se por igual entre seu público-alvo. No caso dos bens públicos, que incluem o controle de endemias, comunicação social e fomento à pesquisa, trata-se de toda a população brasileira. As despesas com manutenção de unidades indígenas devem ser atribuídas à respectiva população e os gastos com a prevenção do câncer

cérvico-uterino às mulheres usuárias do SUS. Por último, no ano analisado, as despesas com a parceria com o banco alemão KFW no Ceará e no Piauí foram repartidas por igual entre a população de cada estado.

5.3. Gasto público: perfil da incidência por estratos de renda

Na alocação do gasto público em saúde associaram-se os dados orçamentários, segundo rubricas e tipos de despesa, com as informações do suplemento saúde da Pnad.¹²

Vale dizer, para registrar os gastos estaduais e municipais, que não estavam discriminados da mesma forma que os do Ministério da Saúde, foi adotada, enquanto parâmetro de alocação desses gastos, a proporção dos gastos federais, segundo os estratos de renda domiciliar per capita em agregados espaciais: a decisão de aplicar a alocação dos gastos federais, em sua globalidade, como parâmetro da distribuição dos gastos estaduais e dos municípios das regiões metropolitanas tem por pressuposto que esses níveis administrativos apresentam o mesmo leque de ações que o gasto federal. Já para os outros municípios, notadamente os pequenos e médios, acreditamos que sua oferta de bens e serviços de saúde é mais restrita, o que levou a apropriar seus gastos pelas famílias com base na distribuição dos gastos federais com procedimentos ambulatoriais.¹³

No tocante aos gastos públicos em saúde, os resultados apurados para 2003 encontram-se na tabela 11.

Tabela 11 – Distribuição do gasto público federal em saúde, segundo rubricas de gasto e por décimos de renda – 2003

Décimos	Total	Internações	Procedimentos ambulatoriais	Bens e serviços universais	Servidores públicos federais	Medicamentos
1º	10,8	12,8	9,8	10,4	11,0	8,8
2º	10,7	11,1	10,6	10,4	11,2	9,6
3º	11,5	12,6	11,3	10,0	11,7	9,9
4º	11,8	12,0	12,2	10,1	11,5	11,7
5º	10,6	9,9	11,1	10,1	11,2	10,8
6º	12,7	13,5	13,1	10,0	11,4	13,6
7º	11,4	11,0	12,2	9,8	10,3	12,5
8º	8,8	7,3	9,5	9,8	8,8	9,2
9º	7,7	7,3	7,3	9,8	7,7	8,4
10º	4,0	2,5	2,8	9,5	5,3	5,4

Fontes: Pnad 2003, Datasus e Siops.

Fica patente que seu perfil distributivo é levemente progressivo, sendo que a progressividade é maior no caso dos dispêndios com internações hospitalares e com procedimentos ambulatoriais. As despesas com os servidores públicos federais exibem perfil de incidência similar ao do gasto total e as

¹² Como os dados da POF geram melhores estimativas dos impactos distributivos das políticas tributária e social, é necessário imputar os resultados da distribuição do gasto em saúde realizada com base na Pnad à POF. Para isso, decidiu-se empregar método simples de imputação dos gastos em saúde apurados via Pnad na POF. Calculou-se para os estratos populacionais (1/20 avos) de renda domiciliar per capita, para cada um dos agregados espaciais comuns as duas pesquisas, a razão entre o gasto público em saúde e a renda do trabalho. A utilização da renda do trabalho se deve ao fato da maior proximidade em seus valores nas duas pesquisas, uma vez que para renda total, os valores apurados na POF superam em muito os coletados na Pnad. Os níveis geográficos comuns às duas pesquisas são as nove regiões metropolitanas (Porto Alegre, Curitiba, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador, Recife, Fortaleza e Belém), as áreas urbanas não metropolitanas dos 26 estados e do Distrito Federal e as cinco áreas rurais das grandes regiões.

¹³ No tocante aos gastos estaduais, reproduziu-se a distribuição dos gastos federais em cada estado. Assim, por exemplo, o total gasto por uma unidade da federação pode ser dividido entre os estratos familiares daquela unidade segundo as mesmas proporções do gasto federal realizado nesse mesmo estado. No caso dos municípios, foram divididos dois grupos: (i) aqueles pertencentes às regiões metropolitanas (RMs), usa-se a repartição dos gastos federais nas respectivas regiões metropolitanas para distribuir os gastos dos municípios da mesma região; (ii) para os demais municípios, a opção foi somar os gastos municipais em cada estado (exclusive os

municípios metropolitanos) e distribuir estes gastos de acordo com os gastos federais com serviços ambulatoriais (exclusive atendimentos de alta complexidade, isto é, quimioterapia, hemodiálise e afins) naquele estado.

despesas com medicamentos apresentam, grosso modo, uma distribuição em forma de “U” invertido. Há que se observar, entretanto, que a participação no gasto com medicamentos pelo décimo mais rico foge desse padrão, pois é bem inferior ao dos restantes. E, como era de se esperar, a distribuição das despesas com bens e serviços considerados universais é neutra.

A tabela 12 mostra o perfil distributivo dos gastos em saúde pública, em 2009. Destacou-se a progressividade quanto às despesas com internação. Os procedimentos ambulatoriais e com servidores foram progressivamente distribuídos, com o gasto com medicamentos distribuídos, por décimos de renda, em forma de “U” invertido. E, finalmente, os bens e serviços universais são distribuídos equanimemente.

Tabela 12 – Distribuição do gasto público federal em saúde, segundo rubricas de gasto e por décimos de renda – 2009

Décimos	Total	Internações	Procedimentos ambulatoriais	Bens e serviços universais	Servidores públicos federais	Medicamentos
1º	10,0	12,5	10,5	10,6	11,3	7,6
2º	11,0	13,0	11,8	9,9	11,7	8,2
3º	11,3	11,3	12,0	10,0	11,4	12,1
4º	10,7	11,2	11,1	10,1	11,4	8,5
5º	11,3	11,9	11,5	9,9	11,2	10,7
6º	12,7	14,3	12,7	10,0	11,5	15,7
7º	10,5	9,2	10,4	10,0	10,1	10,1
8º	9,6	7,5	9,4	9,9	9,1	11,0
9º	8,4	6,2	7,6	9,8	7,3	11,3
10º	4,7	3,1	3,1	9,8	4,9	4,9

Fontes: Pnad 2008, Datasus e Siops.

5.4. Impacto distributivo

Nessa seção será avaliada a relação entre o gasto público e o gasto privado segundo o nível de renda, com o objetivo de analisar em que medida o gasto público atenua a necessidade de gastos privados, levando em conta a renúncia fiscal.

A tabela 13 coteja os valores estimados do gasto público por décimos de renda domiciliar *per capita* com as despesas privadas. Chama a atenção o expressivo crescimento de ambos os gastos, sendo maior o do gasto privado, notadamente nos estratos inferiores e intermediários de renda. O gasto público cresce também de forma expressiva, com incremento médio de 50% entre 2003 e 2009. Verifica-se, por outro lado, a pouca importância do gasto privado frente ao gasto público nos três primeiros décimos, com as despesas privadas representando entre 14% e 23% da estimativa do gasto público. Nos estratos intermediários – do 4º ao 7º décimos – a participação cresce de 29% para 66%, apontando para a

insuficiência do gasto público para reduzir as despesas tributáveis. Nos 30% mais ricos o peso do gasto privado supera o público, sendo que nos 10% mais ricos o gasto público tem participação marginal. O importante a sublinhar é que os décimos intermediários (4º ao 7º) ainda que tenham gastos privados expressivos em seu orçamento, o que reflete a insuficiência do gasto público, não contam com benefício fiscal associado a esses gastos, que, como dito, são fundamentais no consumo de assistência a saúde dessas populações.

Tabela 13 – Valores per capita mensais da estimativa do gasto público, do gasto privado e da estimativa da renúncia fiscal – R\$ jan./09

Décimos	Estimativa do Gasto Público		Gasto Privado		Renúncia Fiscal (15%)
	2003	2009	2003	2009	2009
1º	27,96	47,88	4,41	6,47	
2º	31,27	52,67	5,52	8,54	
3º	30,90	54,10	7,22	12,27	
4º	34,63	51,23	9,96	15,05	
5º	33,08	54,12	13,58	19,70	0,01
6º	36,28	60,80	17,19	29,27	0,05
7º	38,57	50,27	23,13	33,13	0,11
8º	30,93	45,97	30,63	48,02	0,34
9º	25,27	40,24	47,21	72,62	1,25
10º	15,92	22,49	103,62	173,56	6,81
Média	30,48	47,88	26,26	41,87	0,86

Fonte: POFs 2002/03 e 2008/09; PNADS 2003 e 2008; Datasus e Siops.

As estimativas do impacto distributivo da estimativa da renúncia fiscal à pessoa física e do gasto público são apresentadas na tabela 14, com a apresentação dos índices de Gini da Despesa Global incorporando tais gastos públicos: o indireto e o direto. Para a estimativa da renúncia fiscal aplicou-se uma alíquota geral aos gastos privados tendo por resultado o valor do gasto tributário. Aplicou-se a alíquota de 15%, próxima da alíquota efetiva dos beneficiados por essa dedução, valor relativamente elevado frente à alíquota efetiva média do IRPF, dado que a parcela dos declarantes que se beneficiam desse gasto encontram-se em estratos superiores de renda; não se utilizam do desconto simplificado e não se encontram nas faixas menores de alíquotas, onde se sobressaem outras deduções, além da contribuição previdenciária.

Fica patente o expressivo efeito distributivo do gasto direto – SUS – com o Gini do Gasto caindo entre 7% ou 4 pontos percentuais, considerando Gini em percentual. Já o gasto indireto tem, grosso modo, nenhum efeito, ou melhor, ténue incremento da desigualdade. Vale notar que no caso da renúncia as estimativas são bastante conservadoras, dado que o montante da renúncia é de R\$ 2 bilhões, em 2009, frente ao dado administrativo de R\$ 9 bilhões, em 2013. Ou seja, esse efeito concentrador marginal é o menor

efeito que se pode ter, pois somente 1/3 do gasto é considerado. Dado o perfil dos benefícios seu efeito é claramente concentrador.

De outra parte, o perfil de incidência do gasto público teve como parâmetro, nos variados casos da ausência de informação quanto ao uso do serviço, a distribuição universal dessa rubrica de gasto. Assim sendo, atenuou-se o impacto distributivo do gasto público direto. Conclui-se, assim, que as estimativas apresentadas na tabela 14 correspondem ao nível mínimo – o piso – do impacto distributivo.

Tabela 14 – Impactos do Gasto Público SUS e pela Renúncia Fiscal – Índices de Gini antes e depois, Brasil, 2009

C	Renda	Gasto
Renda/Gasto Inicial	0,5909	0,5873
Renda/Gasto mais SUS	0,5554	0,5456
Renda/Gasto mais Renúncia	0,5912	0,5877
Renda/Gasto mais G. Pub. Saúde	0,5550	0,5451

Fonte: MS, POFs.

Por fim, quando se agrega a renda o gasto público direto e indireto em saúde, verificam-se impactos semelhantes, ou seja, uma queda relativamente importante decorrente do gasto direto e um efeito levemente concentrador do gasto indireto.

A tabela 15 apresenta um resultado original, mas intuitivamente previsível: o gasto público diminui e o gasto privado aumenta de acordo com a elevação dos décimos de renda. Em outras palavras, na média, no primeiro décimo da renda, o indivíduo recebeu R\$ 27,96 do Estado e gastou R\$ 4,41 com bens e serviços privados de saúde; no último décimo, o indivíduo recebeu R\$ 15,92 do SUS e consumiu ao todo R\$ 103,62.

Em 2003, esse caráter desconcentrador de renda do SUS já era visível: apenas o 9º e o 10º décimos de renda domiciliar per capita receberam menos do SUS do que o valor consumido de bens (desconsiderando os efeitos da aplicação da renúncia de arrecadação fiscal). Cabe destacar que os estratos inferiores de renda receberam proporcionalmente mais, quando se observa a razão entre gasto público e privado.

Observa-se na tabela 16 um padrão de distribuição em 2009 semelhante ao do ano de 2003. Entretanto, em 2009, o 8º, o 9º e o 10º décimos de renda receberam, na média, menos do SUS do que aquilo que gastaram com bens e serviços privados de saúde. Curioso e de certa maneira paradoxal foi que a média do valor do gasto público total entre os décimos de renda (R\$ 47,88) foi ainda levemente maior do que a média do total do gasto privado (R\$ 46,77) em 2009.

Tabela 15 – Estimativa do gasto per capita mensal – público, privado e saldo líquido – 2003, em reais de janeiro de 2009 (R\$ Jan 2009)

Décimos de renda domiciliar per capita	Saúde Pública (A)	Gasto Privado (B)	Saldo (A - B)	Razão (A/B)
1º	27,96	4,41	23,55	6,34
2º	31,27	5,52	25,74	5,66
3º	30,90	7,22	23,68	4,28
4º	34,63	9,96	24,67	3,48
5º	33,08	13,58	19,51	2,44
6º	36,28	17,19	19,10	2,11
7º	38,57	23,13	15,44	1,67
8º	30,93	30,63	0,30	1,01
9º	25,27	47,21	-21,94	0,54
10º	15,92	103,62	-87,70	0,15
TOTAL	30,48	26,26	4,22	1,16

Fonte: POFs 2002/03; PNADS 2003; Datasus e Siops.

Tabela 16 – Estimativa do gasto per capita mensal – público, privado e saldo líquido – 2009, em reais de janeiro de 2009 (R\$ Jan 2009)

Décimos de renda domiciliar per capita	Saúde Pública (A)	Gasto Privado (B)	Saldo (A - B)	Razão (A/B)
1º	47,88	8,70	39,18	5,50
2º	52,67	11,47	41,20	4,59
3º	54,10	15,70	38,40	3,45
4º	51,23	18,58	32,65	2,76
5º	54,12	24,41	29,71	2,22
6º	60,80	36,90	23,90	1,65
7º	50,27	38,18	12,09	1,32
8º	45,97	53,29	-7,32	0,86
9º	40,24	77,75	-37,51	0,52
10º	22,49	182,70	-160,21	0,12
TOTAL	47,88	46,77	1,11	1,02

Fonte: POFs 2008/09; Pnad 2008; Datasus e Siops.

5.5. Breve análise da heterogeneidade brasileira no acesso a Saúde a partir da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013

Como foi dito anteriormente, com base na Pesquisa Nacional de Saúde, de 2013, acerca dos gastos das famílias é possível conhecer melhor a relação público-privada no financiamento privado em saúde no Brasil, bem como proporcionar subsídios para a elaboração de propostas que visem contribuir para a maior coerência na ação pública sobre os dois segmentos.

Destacam-se, em primeiro lugar, as diferenças regionais na forma de acesso aos serviços de saúde.

A tabela 17 mostra o número de domicílios cadastrados no Programa de Saúde da Família (PSF), o principal programa do SUS na área da atenção básica à saúde (promoção e prevenção). Segundo a pesquisa, a maioria dos domicílios do Brasil está cadastrada no PSF (53,4%), em especial na área rural (70,9%) e na região nordeste (64,7%). Paralelamente, chama atenção o baixo percentual de cobertura apresentada na região norte (51,5%) e na região sudeste (46%).

Tabela 17 – Domicílios Cadastrados em Unidades de Saúde da Família – 2013

Brasil e Regiões	Domicílios	%
BRASIL	34.792	53,4
Urbana	28.431	50,6
Rural	6.361	70,9
Norte	2.360	51,5
Nordeste	11.026	64,7
Sudeste	13.189	46,0
Sul	5.578	56,2
Centro-Oeste	2.639	53,2

Fonte: PNS (2013).

Na tabela 18, seja no setor público, seja no setor privado, evidencia-se a importância da unidade básica de saúde (47,9%) e do consultório particular e da clínica privada (20,6%) enquanto porta de entrada do sistema de saúde. Em particular, a primazia do setor público fica mais clara quando somamos o percentual dos indivíduos que procuram atendimento entre os ambulatórios, policlínicas e hospitais públicos (23%).

No caso do pronto atendimento ou emergência de hospital privado, essa procura é residual (4,9%) e não deixa de ser preocupante o percentual de indivíduos que procuram diretamente a farmácia no seu primeiro atendimento (2,9%), considerando os efeitos difusos da automedicação sobre as condições de saúde da população.

Na tabela 19 pode-se observar que mais de ¼ da população brasileira é coberta por planos privados de saúde (27,9%), em boa parte por indivíduos inseridos no mercado formal de trabalho do setor urbano (31,7%). O mercado de planos tem crescido a passos largos, alcançando quase 56 milhões de indivíduos em 2013. Na região sudeste, sul e centro-oeste, essa participação é ainda maior, respectivamente, 36,9%, 32,8% e 30,4%, constituindo o mercado relevante dos planos de saúde, em especial nas capitais e nas regiões metropolitanas.

Tabela 18 – Local de Procura Usual dos Indivíduos Por Atendimento de Saúde – 2013

Local	Indivíduos	%
TOTAL	156.069	100,0
Farmácia	4.579	2,9
Unidade básica de saúde	74.716	47,9
Centro de Especialidades, Policlínica Pública ou PAM	2.763	1,8
Unidade de pronto-atendimento público ou emergência de hospital público	17.635	11,3
Hospital público/ambulatório	15.786	10,1
Consultório particular ou clínica privada	32.133	20,6
Pronto atendimento ou emergência de hospital privado	7.628	4,9
Outro	829	0,5

Fonte: PNS (2013).

Tabela 19 – Percentual de Indivíduos com Planos Privados de Saúde – 2013

Brasil e Regiões	Indivíduos	% Planos
BRASIL	55.985	27,9
Urbana	54.136	31,7
Rural	1.849	6,2
Norte	2.225	13,3
Nordeste	8.639	15,5
Sudeste	31.163	36,9
Sul	9.437	32,8
Centro-Oeste	4.521	30,4

Fonte: PNS (2013).

À falta de dados atualizados sobre orçamentos familiares, que mostrem a participação dos gastos de saúde por nível de renda, a tabela 20 mostra uma associação positiva entre os anos de estudo dos indivíduos e o consumo de planos privados de saúde, ou seja, quanto maior o nível de instrução, maior o consumo de planos.

Toma-se aqui a educação como *proxy* da renda familiar per capita (em outras palavras, quanto maior a renda, maior o consumo). Vale destacar que, quase 70% dos indivíduos com a escolaridade superior completa, 37,4% com o médio completo e superior incompleto e 22,8% com o fundamental completo e o médio completo possuem planos privados de saúde, inferindo-se destes dados uma correspondente diferenciação dos detentores de planos de saúde por classe de renda.

A tabela 21 confirma a existência de diversos nichos no padrão de competição do mercado de planos de saúde (segundo a renda, a idade, o produto e a inserção no mercado de trabalho dos indivíduos). Pode-se arbitrariamente agrupar os valores em quatro grupos: os indivíduos que pagam até R\$ 100

(37,9%); os indivíduos que pagam entre R\$ 100 e R\$ 300 (33%); os indivíduos que pagam entre R\$ 300 e R\$ 1.000 (24,3%); e finalmente os indivíduos que pagam R\$ 1.000 ou mais (4,7%).

Tabela 20 – Indivíduos com Planos Privados de Saúde, segundo Nível de Instrução – 2013

Nível de Instrução	Indivíduos	% Planos
TOTAL	52.523	27,9
Sem instrução e fundamental incompleto	15.065	16,4
Fundamental completo e médio incompleto	6.704	22,8
Médio completo e superior incompleto	18.020	37,4
Superior completo	12.733	68,8

Fonte: PNS (2013).

Tabela 21 – Número de Indivíduos com Planos Privados de Saúde, Segundo Valor da Mensalidade – 2013⁽¹⁾

Mensalidade do Plano Principal	Indivíduos	%
TOTAL	20.384	100,0
Menos de 50 reais	4.025	19,7
De 50 a menos de 100 reais	3.715	18,2
De 100 a menos de 200 reais	4.002	19,6
De 200 a menos de 300 reais	2.733	13,4
De 300 a menos de 500 reais	2.874	14,1
De 500 a menos de 1000 reais	2.080	10,2
1000 reais e mais	954	4,7

Fonte: PNS (2013).

⁽¹⁾ Indivíduos cujo plano é pago pelo titular ou outro morador.

Sem elementos para conclusões mais sólidas destes dados, parece claro, entretanto, que eles revelam diferenças na opção por ou no acesso ao setor privado por região, tipo de atendimento, nível de educação e, por inferência, de nível de renda. A configuração destas clientelas diversas e de seus interesses contraditórios é, certamente, ainda nos dias de hoje, elemento relevante na configuração das dificuldades da regulação dos segmentos público e privado e na busca de maior equidade no sistema como um todo.

6. Considerações Finais

Os analistas de políticas de saúde têm defendido a ampliação do financiamento, a melhora da gestão e o fortalecimento da participação social do SUS, mas, ao mesmo tempo, na crítica à privatização do sistema de saúde e à mercantilização do SUS, deveriam propor a criação de estruturas institucionais e mecanismos regulatórios que permitissem atrair segmentos da

clientela da medicina privada para o SUS, bem como reduzir o gasto dos trabalhadores, das famílias e dos idosos com planos de saúde, serviços médico-hospitalares e remédios.

Seria necessário, assim, avaliar no plano técnico-científico as “externalidades positivas” da eliminação, da redução ou da focalização dos subsídios, desde que tais recursos sejam aplicados na atenção primária (PSF, promoção e prevenção à saúde etc.) e na média complexidade (unidades de pronto atendimento, prática clínica com profissionais especializados e recursos tecnológicos de apoios diagnóstico e terapêutico etc.) do SUS.

Afinal de contas, a conversão de gasto público indireto em direto na área da saúde teria mais sentido clínico e epidemiológico se contribuísse para negar e superar o atual modelo de atenção assistencial; em outras palavras, se fustigasse o sistema duplicado e paralelo, que estimula a superprodução e o consumo desenfreado de bens e serviços de saúde (COELHO, 2013; NUNES, 2013) e que “() responde às condições crônicas na lógica da atenção às condições agudas, [e], ao final de um período mais longo, [pode determinar] resultados sanitários e econômicos desastrosos” (CONASS, 2014, p. 12).

Na tentativa de fortalecer o SUS e reorientar o modelo de atenção, o gasto tributário associado aos planos de saúde – que alcançou R\$ 9,1 bilhões em 2012 – poderia ajudar no crescimento das transferências para a atenção básica e a média complexidade do MS (OCKÉ-REIS, 2014) para reduzir os gastos privados dos estratos inferiores e intermediários de renda. Entretanto, na atual conjuntura, considerando-se as vicissitudes do ciclo eleitoral, existe grau de indeterminação quanto à disposição da atual coalizão governamental em alocar os subsídios fiscais para o SUS, visando-se à melhoria do seu acesso e da sua qualidade.

Parece aceitável, ao menos, que o Ministério da Saúde se disponha a regular e a avaliar o gasto tributário em saúde. Detalhe importante: o subsídio concedido pelo governo não influencia a calibragem do reajuste dos planos de saúde individuais praticado pela ANS – a exemplo da Anvisa – que controla e monitora o preço dos medicamentos, a partir da desoneração destinada à indústria farmacêutica.

Esse levantamento de dados exploratório para subsidiar estudos de equidade cotejando os gastos tributários, os gastos privados com saúde das famílias coletados nas pesquisas sociais empíricas e os gastos públicos diretos computados nos registros administrativos do Ministério da Saúde pode permitir a criação de políticas regulatórias que, a um só tempo, visem estabilizar o funcionamento do mercado de planos de saúde e busquem promover a integração do sistema público e privado de saúde no Brasil, respeitando o pressuposto constitucional da equidade do SUS.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O levantamento preliminar realizado sobre a legislação que envolve incentivos, deduções e isenções fiscais forneceu inúmeras pistas para o exame das relações entre o público e o privado em Saúde. O trabalho assinalou as contradições entre a inspiração na universalização do direito à saúde, que ampara a normatização de alívio fiscal para estabelecimentos e empresas que comercializam serviços e planos de saúde e a apropriação privada desses recursos.

No âmbito estritamente setorial, o conhecimento sobre essa legislação é ainda residual. Assim, o tratamento dado ao tema nesta pesquisa pode contribuir para ampliar a atual baixa capacidade de intervenção do setor na definição das políticas que envolvem especificamente a concessão de suporte fiscal para a assistência de parte dos serviços à saúde, sob a responsabilidade do setor privado.

Urge, entretanto, simplificar e integrar o tratamento tributário, hoje fragmentado entre os vários segmentos do setor Saúde e entre o setor público e privado, para que, na busca de governança, se possa associar a avaliação da atual estrutura de benefícios tributários *vis-à-vis* ao atendimento de interesses públicos, aqui iniciada.

Com esta percepção, e dada a natureza federativa do estado brasileiro e de seu sistema tributário, justifica-se aqui a recomendação pela ampliação do escopo dos estudos de renúncia fiscal para os sistemas tributários de estados e municípios.

Ganha também maior relevância a apresentação dos resultados da mensuração e análise de aspectos da renúncia fiscal no setor de Saúde com ênfase na atividade de Saúde Suplementar (planos de saúde). Para tanto, foi necessário, inicialmente, recorrer a uma análise do setor de seguros, onde pôde ser identificado o peso dos planos de saúde dentro deste e o descompasso entre os benefícios fiscais atribuídos a cada segmento e sua contribuição para a arrecadação tributária.

O estudo vislumbrou e operacionalizou uma nova metodologia para mensuração da renúncia de arrecadação para os segmentos mais representativos da Saúde Suplementar. A possibilidade de generalização da aplicação desta metodologia para o conjunto do setor, sugerida neste trabalho, certamente constitui desdobramento relevante a ser perseguido futuramente.

Estudos adicionais poderiam e deveriam contemplar também as relações tributárias associadas a prestadores que não foram objeto deste trabalho, como entidades filantrópicas, sempre no sentido de apropriar, para o campo da regulação, um conjunto amplo de situações internas ao setor.

A estimativa da arrecadação tributária da Saúde Suplementar aqui realizada evidenciou tendência à estabilidade em relação aos demais setores de atividade econômica.

A partir desta evidência sugeriu-se que a relativa estagnação da arrecadação do setor poderia estar relacionada com o aumento da renúncia fiscal no mesmo período, fato que ficou comprovado na seção seguinte, quando, a partir da estimativa de gasto tributário em saúde da RFB e da análise das deduções na DIRPF, apontou-se a relevância dos planos de saúde no volume de renúncia tributária em saúde.

Na luta pela ampliação do financiamento público da Saúde, assim como pelo aperfeiçoamento da gestão e pelo fortalecimento da participação social do SUS, deve ser proposta a criação de estruturas institucionais e mecanismos regulatórios que permitam reduzir o gasto dos trabalhadores e famílias de baixa renda, notadamente dos idosos com planos de saúde, serviços médico-hospitalares e medicamentos.

Seria necessário deixar claro para o governo e para a sociedade, que existiriam “externalidades positivas” relativas à eliminação, redução ou focalização dos subsídios, desde que tais recursos fossem aplicados na atenção primária (PSF, promoção e prevenção à saúde etc.) e na média complexidade (unidades de pronto atendimento, prática clínica com profissionais especializados e recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, etc.) do SUS.

A conversão de gasto público indireto em direto na área da saúde teria mais sentido clínico e epidemiológico se analisasse e aperfeiçoasse, na perspectiva do SUS, a gestão do sistema duplicado e paralelo, que estimula a superprodução e o consumo desenfreado de bens e serviços de saúde (COELHO, 2013; NUNES, 2013) e que “() responde às condições crônicas na lógica da atenção às condições agudas, [e], ao final de um período mais longo, [pode determinar] resultados sanitários e econômicos desastrosos” (CONASS, 2014, p. 12).

Na tentativa de fortalecer o SUS e reorientar o modelo de atenção, o gasto tributário associado aos planos de saúde – que alcançou R\$ 9,1 bilhões em 2012 – poderia ajudar no crescimento das transferências para a atenção básica e a média complexidade do Ministério da Saúde (OCKÉ-REIS, 2014) para reduzir os gastos privados dos estratos inferiores e intermediários de renda.

Parece aceitável, ao menos, que o Ministério da Saúde se disponha a avaliar o gasto tributário em saúde. Deve-se levar em conta que o subsídio concedido pelo governo não influencia a calibragem do reajuste dos planos de saúde individuais praticado pela ANS – a exemplo da Anvisa – que controla e monitora o preço dos medicamentos, a partir da desoneração destinada à indústria farmacêutica.

No governo como um todo, estudos que tragam à tona os quantitativos referentes a elisões fiscais decorrentes de salários indiretos pela não tributação do pagamento pelas empresas aos trabalhadores do montante relativo ao plano de saúde, parecem assumir significado e relevância para melhor avaliação do campo tributário em geral, e do setor saúde em particular.

Finalmente, o levantamento de dados exploratório para subsidiar estudos de equidade cotejando os gastos tributários, os gastos privados com saúde das famílias coletados nas pesquisas sociais empíricas e os gastos públicos diretos computados nos registros administrativos do Ministério da Saúde pode permitir a criação de políticas regulatórias que, a um só tempo, visem estabilizar o funcionamento do mercado de planos de saúde e busquem promover a integração do sistema público e privado de saúde no Brasil, respeitando o pressuposto constitucional da equidade do SUS.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, J.R e JUNQUEIRA, G.G. Reflexões a respeito da interface entre seguridade social e fiscalidade. Texto elaborado para o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Rio de Janeiro, Setembro de 2008.

ANDREAZZI, M. F. S. e OCKÉ-REIS, C. O. Renúncia de arrecadação fiscal: subsídios para discussão e formulação de uma política pública. *Physis*, v. 17, n. 3, p. 521-544, 2007.

BAHIA, L. **Para onde vai o sistema de saúde brasileiro?** Apresentação em CONASS Debate. Disponível em: http://www.conass.org.br/Apresentacoes%20CONASS%20Debate/apresentacao_ligia_bahia.pdf. Acesso em: 15 ago 2015.

BAHIA, L. A Démarche do Privado e Público no Sistema de Atenção à Saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008. In: MATTA, G.C., LIMA, J.C.F., organizadores. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008, p. 123-185, 2008A.

BAHIA, L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1385-1397, 2008B.

BAYER, G. F.; LEYS, H. R. Saúde enquanto questão politicamente intermediada. **Serviço Social e Sociedade**, v. 22, p. 108-25, 1986.

BRASIL. Constituição (1988). **Emenda Constitucional nº 33, de 11 de dezembro de 2001**.

BRASIL. Constituição (1946). **Emenda Constitucional Nº 18, de 1º de dezembro de 1965. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 dez 1965.

BRASIL. Decreto nº 6024, de 22 de janeiro de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 jan 2007, Edição Extra.

BRASIL. Decreto nº 6072, de 3 de abril de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 abr 2007.

BRASIL. Decreto nº 6184, de 13 de agosto de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 ago 2007.

BRASIL. Decreto nº 6225, de 4 de outubro de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 out 2007.

BRASIL. Decreto nº 6.227, de 8 de outubro de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 out 2007, Seção 1, Página 1.

BRASIL. Decreto nº 6.006, de 28 de dezembro de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 jan 2007.

BRASIL. Decreto nº 4.978, de 3 de fevereiro de 2004. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4/2/2004, Seção 1, Página 1.

BRASIL. Decreto n 3.000, de 26 de março de 1999. **Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 29 mar 1999, Seção 1, Página 1.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.396, de 21 de dezembro de 1987. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 dez 1987, Seção 1, Página 22228.

BRASIL. Decreto-Lei nº 1.887, de 29 de outubro de 1981. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30out 1981, Seção 1, Página 20429.

BRASIL. Decreto-Lei nº 880, de 18 de setembro de 1969. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set 1969, Seção 1.

BRASIL. Decreto-Lei nº 157, de 10 de fevereiro de 1967. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 fev 1967, Seção 1, p. 1725.

BRASIL. Lei nº 11.482, de 31 de maio de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 mai 2007, Seção 1, Edição Extra, Página 5.

BRASIL. Lei nº 11.345, de 14 de setembro de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 set 2006, Seção 1, Página 1.

BRASIL. Lei nº 10.865, de 30 de abril de 2004. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 abr 2004 - Edição extra.

BRASIL. Lei nº 10.833, de 29 de dezembro de 2003. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez 2003.

BRASIL. Lei nº 9.249, de 26 de dezembro de 1995. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 dez 1995.

BRASIL. Lei nº 9.250 de 26 de dezembro de 1995. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 dez 1995, Seção 1, Página 22304.

BRASIL. Lei nº 8.620, de 5 de janeiro de 1993. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 jan 1993.

BRASIL. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 dez 1990, Seção 1, Página 23935.

BRASIL. Lei nº 8.134, de 27 de dezembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 deez 1990, Seção 1, Página 25532.

BRASIL. Lei Nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez 1998.

BRASIL. Lei nº 4.357, de 16 de julho de 1964. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 jul 1964, Seção 1, Página 6377.

BRASIL. Lei nº 4.506, de 30 de novembro de 1964. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 nov 1964, Seção 1, Suplemento, Página 64.

BRASIL. Medida Provisória nº 358, de 16 de março de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 mar 2007, Seção 1, Página 5.

BRASIL. Medida Provisória nº 66, de 29 de agosto de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 ago 2002.

BRASIL. Medida Provisória Nº 2.158-35, de 24 de agosto de 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 ago 2001, Seção 1 - Eletrônico - Página 26.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil. Instrução Normativa RFB nº 1.545/2015. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 fev 2015, Seção 1, pág. 9.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil. Instrução Normativa RFB nº 1531, de 19 de dezembro de 2014. . **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 dez 2014, Seção 1, pág. 17.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil. Instrução Normativa RFB nº 1500, de 29 de outubro de 2014. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 out 2014, seção 1, pág. 57.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil. Instrução Normativa RFB nº 985, de 22 de dezembro de 2009, **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez 2009, pág. 37

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil. Instrução Normativa SRF nº 706, de 9 de janeiro de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31/1/2007.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil. Instrução Normativa RFB nº 765, de 2 de agosto de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 ago 2007.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil. Instrução Normativa RFB nº 791, de 10 de dezembro de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 dez 2007, pág. 39.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil. Instrução Normativa SRF nº 539, de 25 abril de 2005. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 abr 2005.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil. Instrução Normativa SRF nº 480, de 15 de dezembro de 2004. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 dez 2004, pág. 275.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil. Instrução Normativa SRF nº 15 de 6 de fevereiro de 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 fev 2001.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil. Ato Declaratório Executivo nº 13, de 12 de março de 2008. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 mar 2008.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil. Ato Declaratório Interpretativo RFB nº 19 de 7 de dezembro de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 dez 2007.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil. Ato Declaratório Executivo RFB nº 21 de 29 de junho de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 jul 2007.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil. Parecer Normativo CST nº 36 de 30/05/1977. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 jun 1977.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil. **Solução de Consulta nº 252 - Cosit** 12 de setembro de 2014. Disponível em: <http://www.receita.fazenda.gov.br/publico/Legislacao/SolucoesConsultaCosit/2014/SCCosit2522014.pdf>. Acesso em 15 ago 2015.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil. **Solução de Consulta nº 296 – Cosit**, 14 de outubro de 2014. Disponível em: <http://www.receita.fazenda.gov.br/publico/Legislacao/SolucoesConsultaCosit/2014/SCCosit2962014.pdf>. Acesso em 15 ago 2015.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil. Solução de Divergência Cosit Nº 16, de 27 de setembro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 out 2012

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil. **Questão nº 370 do Perguntão Eletrônico IRPF/2015**. Disponível em: <http://www.receita.fazenda.gov.br/PessoaFisica/IRPF/2015/perguntao/perguntas/pergunta-370.html>. Acesso em 15 ago 2015.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil. **Questão nº 361 do Perguntão Eletrônico IRPF/2015**. Disponível em: <http://www.receita.fazenda.gov.br/PessoaFisica/IRPF/2015/perguntao/assuntos/deducoes-despesas-medicas.htm>. Acesso em 15 ago 2015.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil. **Questão nº 349 do Perguntão Eletrônico IRPF/2015**. Disponível em: <http://www.receita.fazenda.gov.br/PessoaFisica/IRPF/2015/perguntao/perguntas/pergunta-349.html>. Acesso em 15 ago 2015.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil. **Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária - (Gastos Tributários)**

– Estimativas Bases Efetivas Ano Calendário 2012 – Série 2010 a 2014. Brasília, 2015, 123p.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil. **Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária** - (Gastos Tributários) - Estimativas Bases Efetivas Ano Calendário 2011 – Série 2009 a 2013. Brasília, 2014, 117p.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil. **Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária** - (Gastos Tributários) - Estimativas Bases Efetivas Ano Calendário 2010 – Série 2008 a 2012. Brasília, 2013. 157p.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil. **Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária** - (Gastos Tributários) - Estimativas Bases Efetivas Ano Calendário 2009 – Série 2007 a 2011. Brasília, 2012, 145p.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil. **Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária** - (Gastos Tributários) - Estimativas Ano Calendário 2008. Brasília, 2011, 138p.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil. Consolida DIRPF 2004. Consolidação da Declaração do Imposto de Renda das Pessoas Físicas – 2004. **Estatísticas Tributárias** 13, fev. 2008.. Disponível em: www.receita.fazenda.gov.br/Publico/estudotributarios/estatisticas/ConsolidaDirpf2004. Acesso em: 24 ago 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Disponível em: www2.datasus.gov.br. Acesso em: 18 ago 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Siops – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>. Acesso em: 22 ago 2015.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução nº 173, de 15 de setembro de 2005. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 set 2005.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria MPOG/SRH nº 1.983, de 05 de dezembro de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 dez 2006.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria Normativa nº 1, de 27 de dezembro de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez 2007, Seção 1.

CAMPOLINA, B. & SILVEIRA, F. G. A heterogeneidade estrutural e o consumo de massa no Brasil. In: CASTRO, I. S. B. **Novas interpretações desenvolvimentistas**. Centro Celso Furtado: Rio de Janeiro, 2013.

COELHO, I. B. **Os hospitais na reforma sanitária brasileira**. 2013. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS EMPRESAS DE SEGUROS GERAIS, PREVIDÊNCIA PRIVADA E VIDA, SAÚDE SUPLEMENTAR E CAPITALIZAÇÃO (CNseg). Núcleo de Estudos e Projetos. Estatísticas do Mercado Segurador. Dados até Dezembro de 2014. Disponível em <http://www.cnseg.org.br/cnseg/estatisticas/mercado/>.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS EMPRESAS DE SEGUROS GERAIS, PREVIDÊNCIA PRIVADA E VIDA, SAÚDE SUPLEMENTAR E CAPITALIZAÇÃO (CNseg). Núcleo de Estudos e Projetos. Estatísticas do Mercado Segurador. Dados até Junho de 2015. Disponível em <http://www.cnseg.org.br/cnseg/estatisticas/mercado/>.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIO DE SAÚDE. **A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde**. In: SEMINÁRIO CONASS DEBATE, 3, Brasília, Distrito Federal. Anais Brasília: CONASS, 13 maio 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM nº 1634/2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 29 de abril de 2002, Seção I, p. 81.

DAIN, S. *et al.* Avaliação dos impactos da reforma tributária sobre o financiamento da saúde. In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. **Brasil: radiografia da saúde**. Brasília; Campinas: MS; UNICAMP, 2001. p. 233-288.

DINIZ, E.; AFONSO, J. R. R. **Benefícios Fiscais Concedidos (e Mensurados) pelo Governo Federal**. Texto para Discussão. Rio de Janeiro, IBRE/FGV, 2014. 25p.

FEDERAÇÃO DA INDÚSTRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (Firjan). **A Carga Tributária para a Indústria de Transformação**. Nota Técnica nº 1, Diretoria de Desenvolvimento Econômico, Gerência de Economia e Estatística. Jan/2015, 6p.

FURMAN, JASON. Health Reform Through Tax Reform: A Primer. **Health Affairs**, May/June 2008; 27(3): 622-632.

GARCIA, L. P.; OCKÉ-REIS, C. O.; MAGALHÃES, L. C. G. *et al.* Gastos com planos de saúde das famílias brasileiras: estudo descritivo com dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1425-1434, 2015.

GARCIA, L. P. *et al.* Gastos das famílias brasileiras com medicamentos segundo a renda familiar: análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002-2003 e de 2008-2009. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 8, p. 1605-1616, 2013.

GREENBERG, W. **Competition, Regulation, and Rationing in Health Care**. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Coordenação de Contas Nacionais. **Conta-satélite de saúde: Brasil: 2007-2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

_____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: despesas, rendimento e condições de vida**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA (IPEA). Efeitos econômicos do Gasto Social no Brasil. IN: **Perspectivas da política social no Brasil – Series Eixos Estratégicos do Desenvolvimento Brasileiro: proteção social, garantia de direitos e geração de oportunidades**. Vol 8. Brasília: Ipea, 2013.

LEGISLAÇÃO TRIBUTÁRIA DO BRASIL, IMPOSTO DE RENDA, IPI, ICMS, IMPOSTO DE IMPORTAÇÃO, nº20, Agosto, 2013.

MC BRIDE, WILLIAM. A Brief History of Tax Expenditures, Tax Foundation Fiscal Facts, August 22, 2013 No. 391. Disponível em: <http://taxfoundation.org/sites/taxfoundation.org/files/docs/ff391.pdf>. Acesso em: 15 ago 2015.

NOGUEIRA, R. P. **Crerios de justiça distributiva em saude**. Braslia: IPEA, 2011. (Texto para Discussão n.º 1591).

NOGUEIRA, R. P. Higiomania: a obsessão com a saude na sociedade contemporânea. In: Vasconcelos, E. M. (Org.). **A saude nas palavras e nos gestos**. Reflexões da rede de educaçao popular e saude. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 63-72.

NUNES, A. **Inova saude**. Escola Politcnica de Saude Joaquim Venancio, 2013. Disponível em: <http://goo.gl/KIU2od>. Acesso em: 30 ago 2013.

OCKE-REIS, C. O. Renúncia de arrecadação fiscal em saude no Brasil: eliminar, reduzir ou focalizar? In: MONASTERIO, L. M. *et al.* (Eds.). **Brasil em desenvolvimento 2014: Estado, planejamento e politicas públicas**. Braslia: Ipea, 2014. p. 259-274.

OCKE-REIS, C. O. Renúncia de arrecadação fiscal em saude: a experiência institucional da Austrália, Brasil, Canadá e Estados Unidos. Rio de Janeiro: IPEA, 2013 (Texto para Discussão, no prelo).

OCKE-REIS, C.O. **Mensuração dos Gastos Tributários: O Caso dos Planos de Saude – 2003-2011**, Nota Técnica n 5, Ipea, 2013b. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/130528_notatecnicadiest05. Acesso em: 21 ago 2015.

OCKE-REIS, C. O.; ANDREAZZI, M. F. S.; SILVEIRA, F. G. O mercado de planos de saude no Brasil: uma criação do Estado? **Revista de Economia Contemporânea**, v. 10, n. 1, p. 157-185, 2006.

OCKE-REIS, C. O.; SILVEIRA, F. G.; ANDREAZZI, M. F. S. Avaliação dos gastos das famílias com a assistência médica no Brasil: o caso dos planos de saude. **Revista de Administração Pública**, v. 37, n. 4, p. 859-897, 2003.

PAULY, M.V. Taxation, Health Insurance, and Market Failure in the Medical Economy. **Journal of Economic Literature**, Vol. 24, No. 2. pp. 629-675, Jun., 1986.

PHELPS, C. **Health Economics**. USA: Addison-Wesley, 1997.

PIOLA, S. F. et al. Gasto tributário e conflito distributivo na saude. In: CASTRO, J. A.; SANTOS, C. H.; RIBEIRO, J. A. C. **Tributação e equidade no Brasil: um registro da reflexão do Ipea no biênio 2008-2009**. Braslia: Ipea, 2010. p. 351-374.

PORTO, S. M. Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud. **Cadernos de Saude Pública**, v. 18, n. 4, p. 939-957, 2002.

RAMOS, C. A. Aspectos distributivos do gasto público na saude. **Planejamento e Políticas Públicas (Ipea)**, n. 24, p. 189-268, 2001.

RIO DE JANEIRO. Lei Complementar nº 67, de 29 de setembro de 2003. **Diário Oficial (do) Estado do Rio de Janeiro**, 30 set 2003, pág. 3.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Decreto nº 23593, de 16 de outubro de 2003. **Diário Oficial do Município (do) Rio de Janeiro**, 17 out 2003.

ROUSE, J. **The History of Self-Employed Health Insurance Deductions**. eHow Money. Disponível em http://www.ehow.com/facts_6970261_average-federal-income-tax-return.html. Acesso em 15 ago 2015.

SANTA CATARINA. Lei nº-13.344, de 10 de março de 2005. **Diário Oficial (do) Estado de Santa Catarina**, 10 mar 2005.

SANTA CATARINA. Decreto nº 4.860, de 14 de novembro de 2006.

SANTOS, F. P. dos. **A regulação pública da saúde no Brasil: o caso da Saúde Suplementar**. 2006. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas Campinas, São Paulo, 2006.

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

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. **Representação política e interesses particulares na saúde: A participação de empresas de planos de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014**. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/Planos-de-Saude-e-Eleicoes-FEV-2015-1.pdf>. 2015, 42p.

SHEILS, J.; HAUGHT, R. The Cost Of Tax-Exempt Health Benefits In 2004. **Health Affairs Web Exclusive**, Fevereiro, 2004.

SILVEIRA, F. G. Equidade fiscal: impactos distributivos da tributação e do gasto social. In: **PRÊMIO TESOURO NACIONAL: 2012**, 17, Brasília, Distrito Federal. Anais Brasília: Tesouro Nacional, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/GYWR4C>>. Acesso em; 12 ago 2015.

SILVEIRA, F. G. **Tributação, previdência e assistência sociais: impactos distributivos**. Tese (Doutorado em Economia). Unicamp, 2008.

SILVEIRA, F. G. *et al.* **Fiscal Equity: Distributional Impacts of Taxation and Social Spending in Brazil**. Brasília: International Policy Centre for Inclusive Growth, 2013. IPC-IG Working Paper n. 115.

SILVEIRA, F. G.; OSÓRIO, R. G.; PIOLA, S. F. Os gastos das famílias com saúde. In: SILVEIRA, F. G.; SERVO, L.M.; MENEZES T.; PIOLA, S. F. (Orgs.). **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2006. p. 107-124.

SMART, M. e STABILE, M. Tax Credits, Insurance, and the Use of Medical Care. **Canadian Journal of Economics**, 38(2) 2005, 345-365.

SCHUYLER, M.; ENTIN, S. The Economics of the Blank Slate: Estimating the Effects of Eliminating Major Tax Expenditures and Cutting Tax Rates. Tax Foundation Fiscal Fact No. 378, 26 de julho, 2013. Disponível em: <http://taxfoundation.org/article/economics-blank-slate-estimating-effects-eliminating-major-tax-expenditures-and-cutting-tax-rates>. Acesso em 18 ago 2015.

SELDEN, T.M.; GRAY, B.M. Tax Subsidies for Employment-Related Health Insurance: Estimates for 2006. **Health Affairs** v. 25, no.6: 1568-1579, 2006.

TUOHY, C. J.; FLOOD, C. M.; STABILE, M. How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshaling the Evidence from OECD Nations. **Journal of Health Politics, Policy and Law** 29.3, 2004, p. 359-396.

UNITED STATES GOVERNMENT ACCOUNTABILITY OFFICE (GOA). **Nonprofit Hospitals: Variation in Standards and Guidance Limits Comparison of How Hospitals Meet Community Benefit Requirements**. Setembro 2008. Disponível em <http://www.gao.gov/new.items/d08880.pdf>. Acesso em: 25 ago 2015.

VIANA, A. L. D'A.; SILVA, H. P.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Financiamento estável e suficiente para garantir a universalidade. In: Região e Redes, 2014. **Caminho da Universalização da Saúde no Brasil** (desafios do sistema de saúde brasileiro). Disponível em: <http://www.resbr.net.br/desafios-do-sistema-de-saude-brasileiro-parte-ii-financiamento-estavel-e-suficiente-para-garantir-a-universalidade/>. Acesso em: 8 set 2014.

VIANNA, M. L. T. W. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Revan, 1998.

VILLELA, L. A. **Gastos tributários e justiça social: o caso do IRPF no Brasil**. Dissertação (Mestrado), Pontifícia Universidade Católica (PUC), Departamento de Economia, Rio de Janeiro, 1981.

VILLELA, Luiz ; LEMGRUBER, Andrea; JORRATT, Michael. **Tax Expenditure Budgets: Concepts and Challenges for Implementation**. IDB working paper series; 131, 2010.