

Título

QUAL É A MAGNITUDE DO GASTO TRIBUTÁRIO EM SAÚDE?

Autores (as)

Carlos Octávio Ocké-Reis

Título do Boletim

BOLETIM DE ANÁLISE POLÍTICO-INSTITUCIONAL

Cidade

Brasília

Editora

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

Ano

2014(n.5)

ISSN

2237-6208

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos).
Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

1 INTRODUÇÃO

A mensuração dos gastos tributários em saúde representa uma dimensão importante dos estudos relacionados à economia política desta área, embora seja matéria pouco explorada e debatida por economistas, cientistas políticos e sanitaristas no Brasil (Marinho, 2006).

Este texto pretende colaborar para a superação desta lacuna, a partir do cálculo da renúncia fiscal verificada entre 2003 e 2011. Para tanto, foi identificado o montante de recursos financeiros que, legalmente, vem sendo deduzido do total do imposto a pagar, envolvendo as famílias, os empregadores, a indústria farmacêutica e os hospitais lantrópicos.

Em particular, são estimados os gastos tributários associados ao mercado de planos de saúde, a partir de dados oficiais da Receita Federal do Brasil (RFB) no ano-calendário. Somam-se: i) os gastos realizados pelos declarantes do modelo completo do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF), segundo faixa de alíquota; e ii) os gastos com despesas médicas, odontológicas e farmacêuticas dos empregadores, declarados no Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ).

2 GASTO TRIBUTÁRIO

Ao deixar de arrecadar parte do imposto, o Estado age como se estivesse realizando um pagamento, ou seja, efetua gasto tributário, uma transferência. Trata-se de um pagamento implícito, isto é, não há desembolso, mas constitui-se de fato em pagamento (Brasil, 2013; Villela, 1981). As pessoas físicas podem deduzir da renda tributável os dispêndios realizados com saúde e, diferentemente do que ocorre na área da educação, não existe limite para tal abatimento. Esta forma de renúncia se aplica igualmente ao empregador, quando fornece assistência de saúde a seus empregados, a qual, uma vez considerada despesa operacional, pode ser abatida do lucro tributável (Ocké-Reis e Santos, 2011; Piola et al., 2010).

Esse tipo de incentivo não é uma novidade nas relações econômicas estabelecidas entre o Estado e o mercado de serviços de saúde (Dain et al., 2001; Medici, 1990). No entanto, seria razoável esperar que, no âmbito do sistema de saúde brasileiro, o gasto tributário com planos de saúde, decorrente dos gastos das famílias e dos empregadores, fosse justificado plenamente pelo governo federal. A nal, não está claro para os analistas de políticas de saúde qual é a funcionalidade desta renúncia, embora, na literatura especializada, este gasto possa, em tese, atender aos seguintes objetivos governamentais (Ocké-Reis, 2014):

- promover benefício fiscal;
- reestruturar padrão de competição do mercado (questão regulatória);

* Técnico de Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Dest) do Ipea.

- patrocinar consumo de planos privados de saúde;
- reduzir filas de espera do setor público;
- diminuir carga tributária dos contribuintes que enfrentam gastos catastróficos em saúde; e
- atender reivindicação das famílias pela redução dos gastos com bens e serviços de saúde.

Paralelamente, considerando-se a eliminação pelo Senado da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) – patrocinada pela oposição ao governo federal em fins de 2007 –, bem como a ênfase dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre o subfinanciamento da saúde pública, seria de se esperar que o crescimento dos gastos tributários com planos de saúde (ou seja, a renúncia fiscal) devesse, pelo menos, ser regulado pelo governo federal, no sentido de garantir maior equidade ao sistema. Convém advertir que a tendência atual gera uma similaridade com a arquitetura do sistema privado de saúde estadunidense, reconhecido como caro e ineficiente, que também se caracteriza pela presença de subsídios e benefícios aos empregadores (Marmor e Boyum, 1994).

3 RENÚNCIA DE ARRECADAÇÃO FISCAL: NÓ GÓRDIO DO SUS?¹

Sem projeto estratégico para fortalecer o SUS, uma visão fiscalista, em que o fomento ao mercado de planos aparece como solução pragmática para desonerar as contas públicas, passa a fazer parte do ideário de setores economicistas do Estado e da sociedade. Entretanto, em razão das atuais circunstâncias históricas, as relações mercantis do setor de saúde não serão extintas por decreto.

Em que pese a lógica excludente do mercado, encerrada nos lucros extraordinários e na radicalização da seleção de riscos, sua negação precisa ser mediada na teoria e na prática. Deve-se ter em mente o acúmulo de forças em direção à reforma pública do subsistema privado, para reduzir os gastos das famílias com bens e serviços de saúde, em especial nos estratos inferiores de renda.

Nessa linha, a regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deve ser organizada a partir da lógica do seguro social. Do contrário, a tese correta, contrária à estratificação de clientela, continuará impotente para barrar o parasitismo dos planos privados de saúde em relação ao Estado, ao padrão de financiamento público e ao próprio SUS. Em outras palavras, se, além do SUS (Estado), o mercado (capitalismo) fosse pressionado por dentro pelo nexo do seguro social (mutualismo), estariam dadas condições mais realistas para tornar o mercado de planos de saúde, de fato, suplementar.

Nesse cenário, fortalecer o SUS significa impulsionar as políticas inclusivas do governo federal, que diminuam a pobreza e a desigualdade, em sentido oposto ao crescimento dos gastos tributários em saúde.

Em 2011, por exemplo, esses gastos alcançaram aproximadamente R\$ 16 bilhões, equivalentes a 22,5% dos R\$ 70 bilhões destinados ao SUS (tabela 1).²

1. Como se poderá observar na tabela 3, o gasto tributário associado aos gastos com planos de saúde cresceu 60% em termos reais entre 2003 e 2011. Esta é a peça-chave para entender a hipótese do *nó górdio* no plano teórico e no plano histórico (Ocké-Reis, 2012).

2. Na tabela 1, destaca-se a magnitude do gasto tributário em relação ao gasto público federal em saúde em 2011 – quase um quarto. Contudo, cabe apontar sua queda nos últimos anos, saindo do patamar médio de 28%-30% para 22%-23%.

TABELA 1
Participação percentual, gasto federal em saúde e gasto tributário em saúde (2003-2011)

Ano	Gasto federal em saúde ¹ (R\$ milhões)	Gasto tributário em saúde (R\$ milhões)	%
2003	27.181	7.172	26,39
2004	32.703	8.819	26,97
2005	37.146	9.563	25,74
2006	40.750	12.453	30,56
2007	44.303	12.185	27,50
2008	48.670	13.770	28,29
2009	58.270	13.595	23,33
2010	61.965	14.422	23,27
2011	70.101 ²	15.807	22,55

Fonte: Ministério da Saúde (MS) e RFB.

Elaboração: Diest/lpea.

Notas: ¹ Despesas com ações e serviços públicos de saúde financiadas com recursos próprios.

² Siga Brasil (Senado Federal).

Obs.: As despesas com ações e serviços públicos de saúde são aquelas definidas na quinta e sexta diretrizes da Resolução nº 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). No âmbito federal, além da exclusão da despesa com inativos e pensionistas, foram excluídas as despesas com o pagamento de juros e amortização da dívida e com o Fundo de Erradicação e Combate da Pobreza.

Destacam-se aí as deduções com planos de saúde, que chegaram a R\$ 7,7 bilhões (tabela 2),³ cobrindo 24,8 milhões de indivíduos (titulares e dependentes no modelo completo do IRPF) e respondendo por 9,18% do faturamento das operadoras (tabela 3)^{4,5} – cujo lucro líquido cresceu mais de duas vezes e meia em termos reais entre 2003 e 2011 (tabela 4).

3. Em primeiro exame, considerando-se o aumento da renda média da economia brasileira, a entrada de novos contribuintes não impactou significativamente o montante do gasto tributário na saúde, uma vez que a estimativa de tal gasto se baseou nos gastos com saúde declarados no modelo completo (estratos intermediários e superiores de renda). Entretanto, em tese, pode ter havido algum efeito: os contribuintes dos estratos intermediários inferiores podem ter optado por preencher o modelo completo, justamente em função do consumo de bens e serviços privados de serviços de saúde.

4. Considere-se que o contribuinte pagou seu imposto em dia (modelo completo) e gastou com plano de saúde R\$ 10 no ano de 2011. Desse total, no atual quadro institucional, R\$ 1 foi pago pelo governo por meio da renúncia de arrecadação fiscal. Em suma, como o contribuinte e seu empregador podem abater parte de seus gastos com saúde, diminuindo a base de cálculo do IRPF e do IRPJ, o governo acaba contribuindo com parte do custeio dos planos privados de saúde. Esta lógica se reproduz no plano agregado, indicando a participação da renúncia na composição do faturamento do mercado.

5. O gasto tributário associado aos gastos com planos de saúde cresceu 60% em termos reais entre 2003 (R\$ 4,7 bilhões) e 2011 (R\$ 7,7 bilhões).

TABELA 2

Participação percentual, gasto tributário em saúde e gasto tributário com planos de saúde (2003-2011)

Ano	Gasto tributário em saúde (R\$ milhões)	Gasto tributário com planos de saúde (R\$ milhões)	%
2003	7.172	3.102	43,25
2004	8.819	3.672	41,64
2005	9.563	4.239	44,33
2006	12.453	4.953	39,77
2007	12.185	5.688	46,68
2008	13.770	6.490	47,13
2009	13.595	6.409	47,14
2010	14.422	6.975	48,36
2011	15.807	7.767	49,14

Fonte: RFB.

Elaboração: Dest/Ipea.

TABELA 3

Proporção do gasto tributário com planos de saúde sobre o faturamento do mercado (2003-2011)¹

Ano	Gasto tributário com planos de saúde (R\$ milhões de 2011)	Faturamento (R\$ milhões de 2011)	%
2003	4.736	43.880	10,79
2004	5.210	46.294	11,25
2005	5.690	50.032	11,37
2006	6.447	55.479	11,62
2007	7.087	65.044	10,90
2008	7.636	71.398	10,69
2009	7.229	74.230	9,74
2010	7.428	79.439	9,35
2011	7.767	84.649	9,18

Fonte: RFB e ANS.

Nota: ¹ Valores deflacionados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

TABELA 4

Mercado de planos de saúde: crescimento real do faturamento e lucro líquido (2003-2011)¹

Ano	Faturamento (R\$ milhões de 2011)	Índice	Lucro líquido (R\$ milhões de 2011)	Índice
2003	43.880	100	1.792	100
2004	46.294	106	1.589	89
2005	50.032	114	2.608	146
2006	55.479	126	10.785	602
2007	65.044	148	5.309	296
2008	71.398	163	4.486	250
2009	74.230	169	4.606	257
2010	79.439	181	5.093	284
2011	84.649	193	4.917	274

Fonte: ANS.

Elaboração: Dest/Ipea.

Nota: ¹ Valores deflacionados pelo IPCA/IBGE.

Desse modo, de um lado, propõe-se que a renúncia fiscal seja rediscutida – pois favorece os estratos superiores de renda e os lucros das grandes operadoras de planos de saúde. De outro, que a saúde suplementar seja regulada mediante o regime de concessão, mudando-se, no Congresso Nacional, as normas que designam a assistência à saúde como livre à iniciativa privada – Artigo 199 da Constituição Federal de 1988 e Artigo 21 da Lei nº 8.080 de 1990.

Analisando as contas, ou o Estado estatiza o sistema, radicalizando seu papel intervencionista e desatando o nó górdio do SUS, ou continua optando por formas privadas de atividades socialmente importantes, aplicando mecanismos de subvenção estatal (incentivos governamentais).^{6,7}

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram mensurados os gastos tributários em saúde e, em especial, aqueles decorrentes da renúncia derivada dos gastos com planos de saúde. Contudo, caso se queira da ótica das finanças públicas e da microeconomia avaliar melhor seu impacto sobre os gastos do SUS e sobre a estrutura e dinâmica do mercado, parece necessário estudar de modo aprofundado os seguintes tópicos:

- mensuração do gasto tributário em saúde (microdados);
- mensuração e distribuição do gasto público federal em saúde;
- regulação e definição do papel do gasto tributário no campo das políticas públicas em saúde;
- identificação de receitas tributárias que, de outra forma, seriam sonegadas, relativas à prestação de serviços médico-hospitalares;
- avaliação do impacto do gasto tributário sobre o gasto das famílias com saúde;
- avaliação do impacto do gasto tributário sobre a demanda do mercado de planos de saúde; e
- avaliação do impacto do gasto tributário sobre a lucratividade do mercado de planos de saúde.

Ao seguir-se tal roteiro, pretende-se evitar que esse debate continue inconcluso. O que precisa ser investigado de maneira minuciosa é um conjunto de evidências que, neste momento, estão apontando para a seguinte conclusão: a renúncia da arrecadação fiscal neste campo induz o crescimento do mercado de planos de saúde, em detrimento do fortalecimento do SUS.⁸ Além disso, a renúncia gera uma situação de injustiça, ao favorecer os estratos superiores de renda e atividades econômicas lucrativas (Ocké-Reis, 2013; Nogueira, 2011).

6. Não se trata aqui de uma injeção política mas, antes, de uma disjuntiva teórica. Considerando-se que a cobertura da atenção médica da força de trabalho é politicamente relevante para o governo (exercício de legitimidade), dado que o mercado de serviços de saúde apresenta uma trajetória de custos e preços crescentes, ou o Estado amplia os mecanismos de intervenção ou subsidia atividades privadas socialmente importantes (Ocké-Reis, 2012).

7. Não se postula elevação da carga tributária, mas pode haver aumento do orçamento público. O governo adotou uma série de desonerações – entre elas, os próprios subsídios destinados ao consumo de planos privados – para estimular a economia e absorver o choque da elevação de alguns preços. Contudo, isto pode ser revertido, por exemplo, na área da saúde.

8. Com base em uma política fiscal anticíclica, os recursos oriundos da renúncia poderiam ser aplicados na atenção primária – no Programa de Saúde da Família (PSF), de prevenção – e na média complexidade – em unidades de pronto atendimento (UPAs), com profissionais especializados e recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Assim, o governo federal poderia justificar, sob o critério da equidade, a redução ou a eliminação da renúncia de arrecadação fiscal. Nada garante, entretanto, que o governo federal transforme gasto indireto (tributário) em gasto direto, apesar de o subsídio destinado ao consumo dos planos privados de saúde ter alcançado a cifra de R\$ 7,7 bilhões em 2011, o equivalente a pouco mais de um quinto do gasto público federal nesse ano.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria de Receita Federal. Demonstrativo dos gastos tributários 2013. Brasília: RFB, 2013. Disponível em: <<http://tinyurl.com/l8tatxr>>. Acesso em: 21 mar. 2014.
- 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: Ministério da Saúde; Campinas: UNICAMP, 2001. p. 233-288.
- MARINHO, A. Propostas para o sistema de saúde brasileiro. In: LEVY, P. M.; VILLELA, R. Uma agenda para o crescimento econômico e a redução da pobreza. Rio de Janeiro: Ipea, 2006. p. 63-71.
- MARMOR, T. R.; BOYUM, D. Reactions on the argument for competition in medical care. In: MARMOR, T. R. (Ed.). Understanding health care reform. New Haven: Yale University Press, 1994. p. 139-45.
- MEDICI, A. C. Incentivos governamentais ao setor privado no Brasil. Rio de Janeiro: Ence/IBGE, 1990. (Relatórios Técnicos, n. 1).
- NOGUEIRA, R. P. Critérios de justiça distributiva em saúde. Brasília: Ipea, 2011. (Texto para Discussão n. 1.591).
- OCKÉ-REIS, C. O. SUS: o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- _____. Mensuração dos gastos tributários: o caso dos planos de saúde – 2003-2011. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. (Nota Técnica, n. 5).
- _____. Renúncia de arrecadação fiscal em saúde: a experiência institucional da Austrália, Brasil, Canadá e Estados Unidos. Rio de Janeiro: Ipea, 2014. (Texto para Discussão). No prelo.
- OCKÉ-REIS, C. O.; SANTOS, F. P. Mensuração dos gastos tributários em saúde – 2003-2006. Rio de Janeiro: Ipea, 2011 (Texto para Discussão, n. 1.637).
- PIOLA, S. F. et al. Gasto tributário e conteúdo distributivo na saúde. In: CASTRO, J. A.; SANTOS, C. H.; RIBEIRO, J. A. C. Tributação e equidade no Brasil: um registro da reunião do Ipea no biênio 2008-2009. Brasília: Ipea, 2010. p. 351-374.
- VILLELA, L. A. Gastos tributários e justiça social: o caso do IRPF no Brasil. 1981. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1981.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- ANDREAZZI, M. F. S.; 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.