ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Título do capítulo	CAPÍTULO 8 – GASTO TRIBUTÁRIO E CONFLITO DISTRIBUTIVO NA SAÚDE
Autores (as)	Sérgio Francisco Piola Maria Elizabeth Diniz Barros Luciana Mendes Santos Servo Roberto Nogueira Edvaldo Batista de Sá Andrea Barreto de Paiva
Título do livro	TRIBUTAÇÃO E EQUIDADE NO BRASIL: UM REGISTRO DA REFLEXÃO DO IPEA NO BIÊNIO 2008-2009
Organizadores (as)	Jorge Abrahão de Castro Claudio Hamilton Matos dos Santos José Aparecido Carlos Ribeiro
Cidade	Brasília
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2010
ISBN	978-85-781-1050-5

© 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.

CAPÍTULO 8

GASTO TRIBUTÁRIO E CONFLITO DISTRIBUTIVO NA SAÚDE

Sérgio Francisco Piola*
Maria Elizabeth Diniz Barros***
Luciana Mendes Santos Servo *
Roberto Nogueira *
Edvaldo Batista de Sá **
Andrea Barreto de Paiva**

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), objeto das leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990, tem como características básicas o acesso universal e o atendimento igualitário e integral, nos termos das diretrizes da Constituição Federal (CF) de 1988, a partir da qual a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado. Contudo, a assistência à saúde foi declarada "livre à iniciativa privada" (CF, Art. 199, *caput*). Paradoxalmente, desde então, os planos e seguros de saúde, que já se encontravam consolidados no final da década de 1980, tiveram uma expansão progressiva graças, entre outros fatores, aos estímulos do Estado. Somente no final da década de 1990, esta modalidade assistencial passou a ser regulada, quanto a preços e garantias de atendimento, por uma agência estatal específica – a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Nesse contexto, ao longo dos 20 anos do novo ordenamento jurídico da saúde, instaurou-se, gradualmente, um importante conflito distributivo que se mantém de maneira mais ou menos camuflada.

Este capítulo aborda alguns aspectos desse conflito. Inicialmente é feita uma contextualização do problema, enfocando questões que desnudam algumas de suas faces, tais como o pluralismo do sistema de saúde brasileiro e, mais especificamente, a renúncia fiscal concedida às famílias e às empresas que realizam gastos com saúde.

*Técnico de Planejamento e Pesquisa do Ipea.
**Especialista em políticas públicas e gestão governamental.
***Consultora da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea.

Traça um breve perfil das pessoas que participam do segmento de saúde suplementar, que compreende os planos e seguros de saúde, e apresenta dados acerca das desigualdades no uso de serviços de atenção à saúde entre dois grandes segmentos: o grupo populacional coberto exclusivamente pelo SUS e o grupo que, além desta opção, conta com algum plano ou seguro privado de saúde. Exibe, ainda, estimativas da renúncia fiscal na saúde e analisa sua repercussão sobre a equidade na alocação de recursos públicos. Na penúltima parte, discute o resultado da tentativa frustrada de mudança neste quadro (Projeto de Lei nº 2407/96), aportando informações sobre o destino da proposição que visava vedar as deduções das despesas em saúde da base de cálculo do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF). Por fim, oferece algumas sugestões gerais para o encaminhamento da discussão das questões levantadas.

2 O PLURALISMO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO E SEUS PROBLEMAS

O sistema de saúde do Brasil é pluralista tanto em termos institucionais[1] quanto de fontes de financiamento e de modalidades de atenção à saúde. Esta pluralidade se expressa em quatro vias básicas de acesso da população aos serviços de saúde: *i)* o SUS, de acesso universal, gratuito e financiado exclusivamente com recursos públicos (impostos e contribuições sociais); *ii)* o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores, composto em junho de 2009 por 1.116 operadoras de planos de assistência médico-hospitalar e 406 de planos exclusivamente odontológicos;[2] *iii)* o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares e seus dependentes, de acesso restrito a esta clientela, financiado com recursos públicos e dos próprios beneficiários, em geral atendidos na rede privada; e *iv)* o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato (RIBEIRO, PIOLA e SERVO, 2005).

Esses segmentos se comunicam de diversas formas. Uma delas é o financiamento público que, de algum modo, se estende a todos os suprarreferidos: em alguns, de forma mais direta e preponderante; em outros, de forma indireta e mais parcial, por meio de isenções e renúncias fiscais, que alcançam as instituições filantrópicas e os gastos das famílias e das empresas com médicos, dentistas, laboratórios, hospitais e planos de saúde.

Mas de que modo se configura o conflito distributivo na saúde? Serão citados alguns cenários deste conflito.

1. Sua estrutura é composta por entes públicos (federais, estaduais e municipais) e privados (com e sem fins lucrativos).
2. ANS, (2009).

O SUS, desde seu início, conviveu com o problema de insuficiência de recursos para fazer face aos seus compromissos constitucionais de acesso universal e atendimento integral (PIOLA e VIANNA, 2009). Não é nenhuma novidade afirmar que um sistema de saúde universal e igualitário compromissado com o atendimento integral requer, invariavelmente, recursos públicos vultosos. Em média os países que possuem sistemas universais têm um gasto público superior a 6,5% do produto interno bruto - PIB (WHO, 2008); o dispêndio do SUS, também um sistema universal, é proporcionalmente bem mais baixo: foi inferior a 3,7% do PIB em 2008.

No caso do Brasil, um volume maior de recursos públicos para saúde é justificável, pois não se trata de prover, tão somente, atendimento básico e de urgência, prioritários por definição, mas também possibilitar o acesso a terapia intensiva, hemodiálise,[3] transplantes de órgãos e outros procedimentos de alta complexidade.

Seria ingenuidade supor que a implementação dos princípios constitucionais na área da saúde pudesse se efetivar apenas com ganhos de eficiência. Tornar a gestão do SUS mais eficiente e profissional é algo absolutamente necessário e inadiável, mas não suficiente. É imprescindível que, simultaneamente, sejam assegurados os recursos mínimos necessários para que o acesso universal a um atendimento integral, igualitário e de boa qualidade seja menos um exercício retórico e mais uma ação objetiva percebida pela sociedade.

Sem a realização de novos investimentos, não há mágica gerencial capaz, por exemplo, de resolver a desigualdade acumulada na distribuição espacial da oferta. No Brasil, os serviços privados de saúde, parte deles componente majoritário da Rede SUS, operam com total liberdade em relação à sua localização, ao contrário do que ocorre em outros países de economia de mercado que mantêm um sistema universal de saúde. Com isso, os recursos tendem a se concentrar em áreas afluentes, em detrimento das demais onde seriam mais necessários. Estudo realizado no Ipea, em 2003, mostrou excesso na oferta de aparelhos de tomografia computadorizada[4] em cinco Unidades Federadas (São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Distrito Federal e Goiás) e déficit nas demais. As maiores carências destes recursos estavam na Bahia, no Pará e no Ceará. A desigualdade se repetia no caso de aparelhos de ressonância magnética, máquinas para diálise e bombas de cobalto (VIANNA *et al.*, 2005).

Não é por outra razão que os gestores do SUS alimentam a expectativa de contar com um volume maior de recursos e têm sido aguerridos ao reivindicá-los. Para tanto, contam com forte apoio congressual suprapartidário representado pela Frente Parlamentar pela Saúde. Em contrapartida, enfrentam a compreensível resistência dos responsáveis pela área econômica, em cada esfera da Federação,

3. Estima-se que 96% desse procedimento, essencial para a sobrevivência de pacientes renais crônicos, sejam custeados com recursos públicos (SUS).

4. Segundo o parâmetro do Ministério da Saúde (um tomógrafo para cada 100 mil habitantes).

aos quais compete, ao fim e ao cabo, orientar a decisão política sobre a alocação de recursos orçamentários entre diferentes políticas públicas. A saga da Emenda Constitucional (EC) nº 29 e as tentativas de sua regulamentação, iniciadas no ano 2000, dão a exata medida sobre quem tem levado vantagem nesta interminável queda de braço.[5] Esta parte do conflito distributivo na saúde ocorre num cenário intraestatal e se desenvolve de forma mais ou menos surda entre os diferentes gestores públicos. Mas tal necessidade de crescente investimento também se verifica no subsistema privado. Os planos de saúde enfrentam o mesmo tipo de problema que atormenta os gestores do SUS quando se trata de dar um atendimento integral num contexto de rápida incorporação tecnológica e envelhecimento da população, fatores importantes para os custos crescentes dos serviços de saúde.

No setor público, a escassez de recursos é generalizada, embora menos presente em algumas ilhas de excelência que operam com maior autonomia, e se reflete, por exemplo, nos baixos salários e na remuneração dos serviços contratados com o setor privado, em algumas situações abaixo de seu custo real. As operadoras de planos de saúde lidam com esta inflação especial dos preços da saúde mediante a combinação de diversas *estratégias microrregulatórias,* que incluem o rigor na apreciação das faturas dos prestadores, restrições no credenciamento de novos prestadores, controle da incorporação de novos procedimentos e repasse de ônus para seus usuários. No caso do setor público, ainda que exista espaço para melhorias na gestão e racionalização do uso de recursos, há que se reconhecer a necessidade de recursos adicionais.[6] Enquanto estes recursos não são disponibilizados, verifica-se alguma forma de racionamento do uso, como filas e problemas de acesso a alguns serviços de saúde, particularmente os mais especializados.

Hoje, em um quadro de restrição orçamentária e forte pressão para a incorporação de novas tecnologias, assiste-se ao uso crescente do sistema judiciário – processo denominado "judicialização da saúde" – para garantia do direito à saúde. Há demandas que envolvem as relações contratuais privadas, a exigir proteção contra restrições de tratamento, exclusões de procedimentos ou de cobertura de serviços por parte dos planos de saúde. Outras têm como demandantes usuários do SUS que, amparados pelo Art. 199 da Constituição (saúde como direito de todos e dever do Estado), têm recorrido ao Poder Judiciário para que lhes seja garantido o acesso a procedimentos e medicamentos (em geral, de alto custo),

5. Continuam tramitando no Congresso o Projeto de Lei do Senado (PLS) 121 aprovado no Senado Federal, e o Projeto de Lei Complementar (PLP), 308, substitutivo da Câmara ao projeto do Senado. A falta de regulamentação do que pode ser efetivamente considerado como gasto com ações e serviços públicos de saúde para efeito de cumprimento da EC nº 29 projeto de lei complementar (PLP) tem permitido que tanto a União como estados e municípios incluam como despesas itens de legalidade discutível (IPEA. Políticas Sociais: acompanhamento e análise, Boletim n.13, capítulo de Saúde).

6. Como citado anteriormente, em países que possuem sistemas universais de saúde o gasto público alcança, em média, cerca de 6,5% do PIB. No Brasil, entretanto, o percentual foi de 3,7% em 2008.

muitas vezes não previstos nos regulamentos do sistema, e até mesmo a tratamentos realizados no exterior. Esta tendência de recurso à via judicial alimenta uma polêmica acerca dos limites do direito à saúde e da integralidade do atendimento *vis-à-vis* a incontornável limitação dos recursos.

A judicialização provoca outra série de questões. Pode o SUS ofertar tudo para todos? Ou é preciso estabelecer regras e procedimentos para limitar o que deve ou não ser ofertado? Os processos judiciais conspiram contra o princípio da igualdade de acesso do SUS, visto que o recurso à via judicial está acessível a uma parcela pequena da população e, ao atender ao requerente, o judiciário estaria deslocando recursos dos programas de assistência farmacêutica que seriam aplicados na compra de outros medicamentos, para um número maior de pessoas? Ou será o contrário, isto é, o sucesso das petições judiciais vem conferir efetividade aos princípios de universalidade e integralidade dos serviços do SUS? [7,8]

Há iniciativas do Estado que redundam em benefícios para os planos de saúde e, de um modo geral, para todos os serviços privados de saúde. Isto ocorre, em primeiro lugar, quando, mediante renúncia fiscal, concede às pessoas físicas o direito de deduzirem da renda tributável, para fins de imposto de renda, o que gastaram com assistência médica e odontológica, resultando num subsídio direto às pessoas e num incentivo ao mercado de planos e seguros privados de saúde. A renúncia fiscal alcança também as empresas privadas, quando prestam assistência médica e odontológica a seus empregados e familiares diretamente ou, o que é mais frequente, quando subcontratam operadoras no mercado, e podem classificar estes dispêndios como gasto operacional (BAHIA, 2001).

Em segundo lugar, quando o SUS atende a pacientes que são beneficiários de planos de saúde.[9] Esta situação está na origem de outra antiga polêmica: deve o Estado requerer ressarcimento aos planos de saúde quando seus beneficiários utilizam os serviços do SUS, uma vez que o acesso

---

7. Esse debate está presente no Congresso Nacional, expresso nos projetos de lei (PLs) 219/07 e 338/07, de autoria dos senadores Tião Viana (PT-AC) e Flávio Arns (PT-PR), respectivamente. O projeto do senador Tião Viana busca restringir o acesso integral a medicamentos àqueles que estejam dentro da política pública de saúde, ou seja, que façam parte das listas de medicamentos ou componham os protocolos clínicos elaborados pelos gestores de saúde. Sua justificativa é que as demandas judiciais desorganizam a política de saúde ao conceder medicamentos não registrados nos órgãos competentes, sem eficácia comprovada, e de alto custo. Afirma ainda que o acesso pela via judicial faria com que a parcela dos recursos gastos com poucas pessoas implicasse falta de medicamentos para uma grande parcela da população. Por seu turno, o senador Flávio Arns entende que a questão dos medicamentos está relacionada ao debate sobre direito financeiro *versus* direito fundamental e que a limitação orçamentária não poderia prevalecer frente ao direito à vida. Assim, propõe que a incorporação de novos medicamentos ao SUS seja deliberada por um Conselho Nacional de Incorporação de Medicamentos e Produtos Médicos, que seria criado pelo PL por ele proposto, no qual metade dos integrantes seria de representantes de usuários ou organizações de usuários.

8. Uma discussão sobre estas questões é feita no Boletim de Políticas Sociais n. 17, volume 1, capítulo de Saúde, p.152. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps_14/saude.pdf>.

9. Para alguns analistas, há um conflito distributivo que colocaria face a face um direito de cidadania (que se sustenta no ordenamento constitucional do SUS) e um direito econômico (que advém da contratação de um plano de saúde).

ao sistema é assegurado pela constituição brasileira como direito universal? Respostas contraditórias têm sido dadas a esta pergunta: "sim", porque os planos deveriam garantir atendimento integral à sua clientela e ao ter o atendimento transferido ao SUS estão repassando custos e se beneficiando financeiramente; "não", porque o cidadão teria o direito de compor a sua cesta de consumo de serviços de saúde de acordo com suas preferências e possibilidades e os serviços do SUS são, constitucionalmente, de acesso universal. A legislação em vigor assumiu o "sim" e determinou que a ANS conduzisse este processo de ressarcimento,[10] mas muitos planos de saúde não têm efetuado os pagamentos, questionando judicialmente as cobranças.

Finalmente, quando o Estado brasileiro dá subsídios para que seus servidores, por meio de diferentes arranjos institucionais, contratem planos de saúde, pode-se afirmar que também está contribuindo para a expansão do mercado de planos da saúde.

Em conclusão, pode ser dito que a ação do Estado abre muitas e diferentes portas para que o setor privado, especialmente o segmento de planos e seguros de saúde, possa crescer e se manter estável e rentável.[11] Pelo exposto, o SUS e o mundo dos planos de saúde se comunicam continuamente e interagem de diferentes maneiras, sob o incentivo, o envolvimento ou a omissão do Estado. Pode-se dizer que os dois sistemas são irmãos siameses, unidos por órgãos comuns. Até que ponto um é necessário à subsistência do outro?

Por tudo isso, algumas perguntas se impõem: *i*) é socialmente justo que parcela da população, em quase sua totalidade inserida formalmente no mercado de trabalho e de melhor nível de renda, receba subsídio público ao comprar planos privados de saúde, mantendo, simultaneamente, o direito de acesso ao SUS? *ii*) poderiam os planos de saúde prosperar sem as oportunidades patrocinadas pelo Estado? *iii*) na medida em que a Constituição de 1988 definiu as bases jurídicas de um sistema único de saúde, não seria inconstitucional (ou pelo menos ilegítimo) carrear, direta ou indiretamente, recursos públicos para benefícios privados?

---

10. O ressarcimento ao SUS é regulado pelo Art. 32 da Lei nº 9.656/1998 (com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001). Na prática, até o momento o controle é feito apenas para internações.

11. Neste capítulo não serão tratadas a questão da isenção para hospitais filantrópicos e dos possíveis conflitos distributivos a ela associados. A natureza desta isenção difere das outras, pois está também relacionada à prestação de serviços, isto é, ao sistema de saúde ter assegurada a contratação de uma cota obrigatória dos serviços prestados pelos hospitais filantrópicos para ampliar a capacidade de atendimento da população. Envolve, assim, uma discussão sobre a oferta de serviços públicos e a relação público-privado no sistema de saúde (IPEA. Boletim de Políticas Sociais n. 14, capítulo de saúde). Em outubro de 2009, foi aprovado pelo Senado o PL nº 20/2009, que regulamenta a Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social. O projeto transfere aos ministérios da Saúde, Educação e Desenvolvimento Social e Combate à Fome a responsabilidade de conceder e renovar os certificados de entidade beneficente de suas respectivas áreas para fins de isenção de contribuições sociais, responsabilidade até então do Conselho Nacional de Assistência Social. A certificação terá validade de até cinco anos, levando-se em consideração as características de cada área. A entidade que fizer opção pela prestação de serviços na área de saúde terá que destinar pelo menos 60% dos atendimentos para o SUS.

A separação formal das duas clientelas, advogada por alguns, não é a solução para o problema. Em primeiro lugar, a completa separação comprometeria os preceitos de universalidade e de igualdade no atendimento do SUS. Em segundo lugar, a liberdade de optar pela adesão exclusiva aos planos e seguros privados de saúde também não desfaria a interligação entre os dois sistemas, pois muitos usuários teriam de retornar ao SUS sempre que, devido a qualquer situação econômica adversa, deixassem de ter condições de manter o plano privado ou, mesmo contratando um plano ou seguro privado, necessitasse de um serviço (geralmente, de alta complexidade) que a rede privada não pudesse oferecer. Mas o pior efeito adverso desta opção de separação formal das duas clientelas seria a consagração de "um sistema pobre para os pobres", na contramão dos sistemas universais de saúde que deram certo em outros países.

Essas diversas dimensões do conflito distributivo na saúde são mantidas de forma mais ou menos oculta, por diversas razões. No que se refere ao cenário intraestado, dificilmente alguém se pronunciaria contra a expansão de um sistema como SUS. Por mais que um dirigente de Estado considere que os gestores da saúde sejam muito gananciosos em relação aos recursos orçamentários disponíveis, quase todos têm consciência do que representa o SUS como conquista de cidadania e como modelo administrativo de cunho federativo, que, a despeito de suas ainda persistentes deficiências de gestão, tem servido de inspiração para outras áreas de políticas públicas. Ademais, ainda que a população que utiliza o SUS possa ter reclamações sobre suas condições de funcionamento, ela o valoriza como um ganho que precisa ser aperfeiçoado.[12] Pode-se dizer que o SUS é "melhor que nossa desigualdade social" – um sistema mais justo que o conjunto das demais condições distributivas que a sociedade brasileira enfrenta no seu cotidiano.

3 CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS

3.1 A clientela dos planos e seguros privados de saúde

Para junho de 2009, dados da ANS registram 41,5 milhões de vínculos de beneficiários com planos de assistência médica e 11,8 milhões com planos exclusivamente odontológicos.[13] Entre os planos de assistência médica, 21,6%

12. Na pesquisa *A Saúde na Opinião dos Brasileiros*, feita pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), em 2003, mais de 90% dos entrevistados disseram que todo cidadão tem direito a qualquer serviço do SUS, demonstrando elevado grau de consciência do direito. Na mesma pesquisa, contudo, mais de metade afirmou discordar de que o SUS seja um sistema no qual se possa confiar. Por sua vez, nas pesquisas de acesso e utilização dos serviços de saúde que compõem os suplementos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (CPNAD/IBGE), também de 2003, entre aqueles que utilizaram os serviços de saúde 86% consideraram o atendimento como bom ou muito bom. Considerando que mais de 90% das pessoas que procuraram atendimento foram atendidas, estes dados indicariam que a imagem pública do sistema é de desconfiança, mas que, quando o procuram e são atendidas, as pessoas o avaliam positivamente.

13. Não há correspondência direta entre o número de beneficiários de planos de saúde e o de pessoas cobertas, dado que uma mesma pessoa pode ser coberta por mais de um plano, especialmente em contratos coletivos.

correspondem a vínculos individuais, 73,4% a contratos coletivos e 5,0% a contratos com modalidade não informada, sendo 54% dos beneficiários titulares e 42% dependentes.[14] O trabalho e a renda são os fatores determinantes para a participação no sistema suplementar (FARIAS e MELAMED, 2003). Há uma forte correlação positiva entre renda e cobertura por plano ou seguro privado de saúde (ANDRADE e MAIA, 2007).

São poucos os dados disponíveis que permitem estimar a cobertura populacional. Em 2003, de acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – PNAD/IBGE(BAHIA *et al.*, 2006), estimava-se que cerca de 43,2 milhões de pessoas fossem beneficiárias de algum tipo de plano ou seguro de saúde (médico ou odontológico). Deste total, 32,6% correspondiam a pessoas filiadas a planos individuais, 14,6% a filiados a planos empresariais públicos e 40,6% a planos empresariais privados. O restante correspondia a planos que não se enquadravam nestas categorias ou que não puderam ser classificados devido a problemas na informação prestada.[15]

A ANS estima que, em junho de 2009, a taxa de cobertura por planos de assistência médico-hospitalar[16] alcançou no país 21,7% da população. Há contudo grande variação entre as regiões e Unidades da Federação (UF), com elevada concentração dos beneficiários nas regiões Sudeste e Sul do país. A cobertura por planos exclusivamente odontológicos alcança 6% da população.[17]

3.2 Parâmetros comparativos de utilização de serviços

Estudos que estimam as probabilidades de uso de determinados serviços de saúde pelas pessoas filiadas e não filiadas a planos de saúde apresentam grande variação nos resultados encontrados.

Os dados apresentados no quadro 1 mostram, por exemplo, que as pessoas cobertas pelo sistema suplementar têm percentuais de uso de serviços ambulatoriais superiores (de 57% a 168%) ao das pessoas cobertas exclusivamente pelo SUS.[18]

---

14. ANS (2009).

15. Bahia *et al.* (2006) resumem assim o perfil das pessoas cobertas pelo sistema suplementar: "são predominantemente mulheres, com idade mais avançada, maior renda familiar *per capita*, maior escolaridade, pertencentes a famílias constituídas por casal sem filhos ou com filhos com pelo menos 14 anos de idade, residentes nas regiões Sul ou Sudeste e em áreas metropolitanas".

16. Taxa de cobertura refere-se ao percentual da população coberta por plano privado de saúde.

17. ANS. Dados gerais. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/iss_dados_gerais.asp>.

18. Dadas as diferenças nas fontes de dados e nas medidas das variáveis, alguma variação é esperada. Contudo, questões metodológicas podem também ter um papel relevante. Por exemplo, nem sempre fica claro se estes estudos consideram em suas estimativas características individuais que *a priori* parecem relevantes, como apontado por Bahia *et al.* (2006).

QUADRO 1

Razão de probabilidades de utilização de serviços de saúde por parte da clientela de planos de saúde em relação à clientela do SUS (estimadas por diferentes estudos)[1]

Serviços de saúde utilizados	Estudo			Razão de probabilidades	
	Autor	População analisada	Fonte de dados usados	Mínimo	Máximo
Todos	Viacava *et al.* (2005)	pessoas com 18 anos ou mais de idade	*World Health Survey*	1,3421	
Ambulatoriais	Louvison *et al.* (2008)	pessoas com 60 anos ou mais de idade, do município de São Paulo	Saúde, bem-estar e envelhecimento	1,5700	
	Motta *et al.* (2008)	população total, MG e região Sudeste	PNAD	2,1075	2,4314
	Fahel (2007)	população economicamente ocupada, nacional	PNAD	2,6830	
Preventivos	Lima-Costa (2004)	amostra da pop. residente com 20 anos ou mais de idade, na região metropolitana de Belo Horizonte	.....	1,6800	2,0400
	Lima-Costa e Matos (2007)	mulheres nas faixas etárias de 50-59 e 60-69 anos, nacional	PNAD	1,5200	3,3500

Elaboração dos autores.

Nota: 1. Viacava et al. (2005) baseiam-se nos dados da World Health Survey coletados em 2003 pela OMS, que compreendem uma amostra representativa nacional das pessoas com 18 anos ou mais de idade. O trabalho de Louvison et al. (2008) baseia-se nos dados coletados no ano de 2000 ao longo do estudo Saúde, bem-estar e envelhecimento, coordenado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) com o objetivo de traçar um perfil dos idosos na América Latina e Caribe. A amostra utilizada refere-se a pessoas com 60 anos ou mais de idade do município de São Paulo. Lima-Costa (2004) usa uma amostra representativa da população residente na região metropolitana de Belo Horizonte com 20 anos ou mais de idade. Os demais estudos baseiam-se nos dados fornecidos pelo suplemento de saúde da PNAD realizada pelo IBGE nos anos de 1998 e 2003. Fahel (2007) faz uma análise em nível nacional restrita à população economicamente ocupada. Motta et al. (2008) cobrem a população total, mas as estimativas são restritas ao estado de Minas Gerais e à região Sudeste. O estudo de Lima-Costa e Matos (2007) abrange todas as mulheres pesquisadas nas faixas etárias de 50-59 e 60-69 anos.

As estimativas indicam a existência de marcantes desigualdades no uso de serviços de saúde entre os usuários do SUS e a clientela de planos de saúde, mas estas diferenças parecem mais significativas nos serviços ambulatoriais e preventivos do que nos serviços hospitalares. A medida de serviço de saúde utilizada por Viacava *et al.* (2005) inclui serviços hospitalares, ambulatoriais e preventivos. Seus resultados mostram que pessoas cobertas pelo sistema suplementar têm uma probabilidade 34% maior de usar serviços de saúde do que pessoas com as mesmas características cobertas exclusivamente pelo SUS. Para os serviços ambulatoriais esta diferença chega a atingir 168% (FAHEL, 2007). Estes resultados são reforçados pelos estudos de Farias e Melamed (2003) e Lima-Costa *et al.* (2002). Usando dados da PNAD (1998), os autores do primeiro estudo mostram que existe uma grande diferença entre o número de consultas médicas *per capita* para os dois grupos populacionais – 3,1 e 1,75 respectivamente –, mas que a diferença não é tão significativa para o percentual de pessoas que foram

hospitalizadas – 8 e 6,6, respectivamente. No segundo trabalho,[19] os autores comparam os percentuais de visitas ao médico e hospitalizações para beneficiários e não beneficiários de planos e seguros de saúde. Os resultados parecem favorecer os beneficiários de planos quanto à frequência de visitas, mas são inconclusivos quanto à hospitalização.

3.3 Utilização de serviços médico-assistenciais do SUS por parte de beneficiários de planos e seguros privados de saúde

Estimativas elaboradas a partir do suplemento de acesso e utilização de serviços de saúde da PNAD de 2003 mostram que, de um total de 3,6 milhões pessoas internadas e que tinham planos de saúde, 553 mil (15,4%) foram internadas pelo SUS. Em relação às pessoas que tinham plano de saúde atendidas em ambulatório, as estimativas eram de que 11,8% deste universo foram atendidas pelo SUS (SOARES, UGÁ e PORTO, 2008).[20]

Dados da ANS indicam que cerca de 20% dos mais de 900 mil atendimentos prestados pelo SUS a beneficiários de planos de saúde identificados, no período 1999 a 2005, se referiam a parto normal, parto por cesariana ou curetagem pós-aborto. Nas hospitalizações, as especialidades mais frequentes em internações foram a clínica médica (31%), a clínica geral (31%) e a obstetrícia (22%).[21] Estes dados parecem sugerir que não apenas procedimentos mais complexos migram para o SUS, o que poderia estar refletindo microestratégias empresariais de contenção da utilização (barreiras para autorização de procedimentos, limitações da rede de serviços, carências etc.).

4 A RENÚNCIA FISCAL NA ÁREA DE SAÚDE

4.1 Gasto tributário: conceitos e estimativas

O termo *gasto tributário* foi utilizado pela primeira vez em 1967 por Stanley Surrey, do Departamento do Tesouro dos Estados Unidos. Ele fazia referência às deduções, isenções e abatimentos do imposto de renda que reduziam a arrecadação potencial do imposto buscando alcançar determinados objetivos sociais e econômicos que poderiam, em princípio, ser alcançados por gastos governamentais diretos (SALVI, DE PAULA e LOURES, 2003).

---

19. Este trabalho baseia-se nos dados coletados ao longo do estudo epidemiológico que teve início em 1996 na cidade de Bambuí, em Minas Gerais, compreendendo toda a população com 60 anos ou mais de idade.

20. Estimativas feitas a partir da Pesquisa Mundial de Saúde indicam percentuais um pouco mais elevados: 19,3% das internações e 18% dos atendimentos ambulatoriais daqueles que tinham planos de saúde foram financiados pelo SUS (Viacava, Souza Jr.Szwarcwald, 2005).

21. ANS (2008).

A renúncia fiscal se refere à perda de arrecadação decorrente da concessão de um benefício tributário. Este, por sua vez, refere-se a uma isenção ou redução de tributos tendo por objetivo beneficiar determinada parcela da população, setor econômico ou região (SAYD, 2003). Segundo Salvi, de Paula e Loures (2003), enquanto as deduções com saúde e educação deveriam ser consideradas como gasto tributário, a dedução por dependente não deveria ter o mesmo tratamento, devendo ser considerada uma dedução de cunho exclusivamente tributário, visto que não está associada ao alcance de um objetivo governamental (não há intenção do governo federal em estimular a natalidade), correspondendo apenas a uma redução de carga tributária para uma parcela específica da população.

A atual legislação brasileira permite deduzir integralmente todas as despesas com serviços médicos (consultas, internações, gastos com planos e seguros de saúde e algumas outras despesas com serviços de saúde) do IRPF. Não são permitidas, com raras exceções, deduções de despesas com medicamentos e outros insumos, como órteses e próteses, salvo quando incluídas na conta hospitalar. Esta permissão é concedida também para as empresas, no que se refere ao Imposto de Renda Pessoa Jurídica (IRPJ).

A renúncia fiscal na área de saúde constitui uma importante forma de financiamento para o desenvolvimento do setor de saúde suplementar no Brasil (Almeida, 1998; Andrade, 2003; Andreazzi e Ocké-Reis, 2007; entre outros). Bahia (2001) estimou que cerca de metade dos gastos com saúde deduzidos do IRPF correspondiam, em 1996, a pagamentos efetuados a planos e seguros de saúde.

São gastos diferentes, em sua natureza, daqueles correspondentes ao pagamento de serviços assistenciais incorridos pelo contribuinte em razão de problemas de saúde sofridos. Como aponta Sayd (2003),

> (...) os gastos com seguros e planos de saúde, no entanto, possuem características bastante diferenciadas. Esses gastos, na verdade, se referem a despesas contratuais que visam dar cobertura assistencial no caso de os assegurados virem a necessitar de cuidados em saúde. Neste caso, a dedução está sendo concedida em função da expectativa do contribuinte em adoecer. Desta forma, a renúncia fiscal está servindo como instrumento de incentivo para o sistema de seguro de saúde.

Anualmente, a Receita Federal realiza estimativas do gasto tributário com a função saúde. Estas estimativas incluem as deduções com despesas médicas por parte de pessoas físicas e jurídicas, as isenções concedidas às entidades filantrópicas que atuam na área da saúde e a desoneração fiscal concedida a medicamentos. Não serão analisadas aqui as desonerações para medicamentos ou a isenção para instituições filantrópicas, visto que a discussão deste trabalho está centrada naquelas em que há um conflito distributivo mais explícito. Não se analisarão, também, as despesas do governo com planos de saúde para os

seus servidores.[22] Estes gastos não se enquadram no conceito de gasto tributário, embora representem um tratamento diferenciado para parcela da população à custa de recursos públicos.

Na área de medicamentos a renúncia fiscal ocorre via redução de alíquotas de impostos. Segundo estimativas realizadas com base na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) do IBGE, os gastos das famílias com medicamentos são, em termos relativos à renda, mais elevados nas camadas mais pobres da população (ver, entre outros, Silveira, Osório e Piola, 2006 e Menezes *et al.*, 2006). Isto sugere que a renúncia fiscal, no caso de medicamentos, alcançaria também os mais pobres, dado o peso expressivo da carga tributária indireta. Ainda assim, seria necessário analisar se as renúncias tributárias relacionadas a medicamentos contribuiriam ou não para reduzir as desigualdades.

Com relação às instituições filantrópicas, particularmente os hospitais sem fins de lucro, a prática da renúncia fiscal remonta aos tempos do Império.[23] A maior parte deles atende majoritariamente à população usuária do SUS, mas há exceções importantes, sobretudo entre hospitais de ponta. O ministro da Saúde assinou termos de ajustes, em novembro de 2008, modificando o modelo de relacionamento com seis instituições filantrópicas consideradas de excelência.[24] Os termos preveem a substituição da prestação de serviços de assistência por 114 projetos a serem implantados nos três anos seguintes, em articulação com o Ministério da Saúde (MS). Estes projetos envolvem assessoria para orientar incorporação de tecnologias, capacitação profissional, pesquisas científicas, e consultorias nas áreas de gestão e de humanização da atenção. Assim, a análise do caso da renúncia fiscal concedida a estas instituições deveria incluir uma discussão sobre modelos de atenção e sobre a política de provisão pública e privada e de contratação de serviços no âmbito do SUS.

Em relação ao IRPF, observa-se que a renúncia estimada para a saúde aumentou em valores correntes de R$ 1,7 bilhão em 2004 para R$ 3,1 bilhões

22. Em 2006, apenas para o pagamento dos benefícios assistenciais a saúde dos servidores públicos federais, foram desembolsados cerca de R$ 1,9 bilhão de reais. Adicionalmente, informações do Balanço Social da Petrobras indicam despesas com planos de saúde de seus funcionários da ordem de R$ 1,8 bilhão em 2005.

23. Uma lei de 1831, durante o Império, "concedia que hospitais de caridade não precisariam pagar o imposto da décima urbana (as artes de curar). Em contrapartida à subvenção dos governos, as santas casas tinham alguns encargos, como por exemplo, o atendimento a expostos, presos e militares doentes." (Brasil. Ministério da Saúde. Terceirização de Serviços de Saúde na Rede Hospitalar Filantrópica. Relatório de pesquisa, 2001.). Foi aprovado em outubro de 2009, pelo Senado, o PL nº 20/2005, que regulamenta a certificação das entidades beneficentes de assistência social. O PLS transfere aos ministérios da Saúde, Educação e Desenvolvimento Social e Combate à Fome a responsabilidade de conceder e renovar os certificados de entidade beneficente de suas respectivas áreas para fins de isenção de contribuições sociais, responsabilidade até então do Conselho Nacional de Assistência Social. A certificação terá validade de até cinco anos, segundo as características de cada área. A entidade que fizer opção por prestação de serviços na área de saúde deverá destinar pelo menos 60% dos atendimentos para o SUS.

24. São elas: os hospitais Sírio-Libanês, Albert Einstein, Samaritano, Oswaldo Cruz e HCor, de São Paulo, e Moinhos de Vento, de Porto Alegre.

em 2008. No IRPJ este aumento foi ainda maior, 173%, passando de R$ 689 milhões para R$ 1,9 bilhão. No total, a renúncia fiscal estimada relacionada ao imposto de renda foi de cerca de R$ 4 bilhões em 2007 (tabela 1).

TABELA 1

Previsão de gasto tributário na função Saúde

Benefício tributário	Previsão 2003	Previsão 2004	Previsão 2005	Previsão 2006	Previsão 2007	Previsão 2008
Despesas médicas do IRPF	1.265.570.332	1.729.162.262	1.943.016.780	2.052.559.496	2.271.235.065	3.086.253.584
Assist. médica, odont. e farm. a empregados - IRPJ		689.265.882	726.171.076	977.502.960	1.882.913.061	1.965.056.159
Entidades sem fins lucrativos - assistência social		1.231.661.659	944.574.124	1.182.615.172	1.638.717.768	1.669.635.165
Medicamentos	847.892.964	964.560.000	1.398.145.586	1.707.743.631	1.947.037.414	2.182.687.161
Total - Saúde	**2.113.463.296**	**4.614.649.803**	**5.011.907.566**	**5.920.421.259**	**7.739.903.308**	**8.903.632.069**
Total do gasto tributário	**23.957.719.515**	**24.211.156.283**	**31.288.196.343**	**42.499.551.763**	**52.739.771.972**	**76.055.963.256**

Fonte: Brasil (2003 a 2008).

Após a entrega das declarações, a Receita Federal totaliza o efetivamente renunciado (tabela 2). As previsões feitas são mais acuradas para o IRPF, mas há uma diferença significativa entre o previsto e o efetivamente renunciado pelo IRPJ e, neste caso, sempre com o valor efetivo maior que o previsto. Para 2006, a renúncia total prevista era de cerca de R$ 3 bilhões, porém o valor efetivo ficou em R$ 3,5 bilhões. Se a previsão continuar seguindo a mesma tendência, pode-se afirmar que a renúncia de IRPF e IRPJ na função saúde em 2008 será superior a R$ 5 bilhões.

TABELA 2

Gasto tributário: função orçamentária Saúde – valores efetivos

Benefício tributário	2003	2004	2005	2006
Saúde despesas médicas do IRPF	1.234.362.739	1.676.439.355	2.037.696.890	2.036.050.948
Assist. médica, odont. e farm. a empregados - IRPJ	1.065.582.262	1.161.660.580	1.305.966.705	1.504.936.997
Entidades sem fins lucrativos - assistência social	810.693.544	1.119.885.724	1.597.554.784	1.352.808.984
Medicamentos	1.121.517.676	1.476.938.111	1.732.201.135	3.432.667.789
Total - Saúde	**4.232.156.220**	**5.434.923.770**	**6.673.419.513**	**8.326.464.718**
Total do gasto tributário	**25.703.882.060**	**34.321.647.524**	**41.010.685.398**	**57.586.211.536**

Fonte: Brasil (2003 a 2008).

4.2 Equidade na Tributação

O debate sobre a equidade no sistema tributário ocorre há muito tempo. Neste estudo, entretanto, a discussão ficará restrita ao imposto de renda das pessoas físicas. No Brasil, a adoção de um sistema equitativo está expressa em

dois princípios: capacidade contributiva e isonomia. Em função do princípio da capacidade contributiva, o sistema tributário brasileiro utiliza uma tabela de alíquota progressiva, de acordo com o rendimento, no cálculo do IRPF. Por seu turno, o princípio da isonomia proíbe o tratamento desigual entre contribuintes em situação equivalente (SAYD, 2003).

Com relação às deduções concedidas ao IRPF, a expectativa do ponto de vista da equidade é que seu objetivo fosse garantir a progressividade deste imposto. No entanto, vários estudos têm mostrado que, ao contrário do esperado, as renúncias relativas às despesas com saúde no IRPF não apresentam perfil progressivo. Segundo Sayd (2003), isto ocorre porque o valor da renúncia é influenciado por dois fatores, que estão diretamente relacionados com o rendimento tributável: a alíquota aplicada ao rendimento tributável líquido para definir o valor do imposto devido e a capacidade de gasto em saúde. Quanto maior for o rendimento, maior será o percentual de desconto na tributação da parte que foi destinada a cobrir despesas com saúde.

O perfil regressivo da renúncia fiscal fica claramente demonstrado na medida em que, como mostra a tabela 3, os contribuintes da faixa de alíquota de 27,5%, que representam 31,22% do total, foram responsáveis por 75,73% do total da renúncia por despesas com saúde, enquanto os contribuintes da faixa de alíquota de 15% (44,55% do total de contribuintes) responderam por 21,38% do total. Ou seja, aqueles com maior capacidade contributiva obtiveram uma renúncia média de R$ 771,85, enquanto os que estão na faixa de alíquota de 15% perceberam uma renúncia média de R$152,71.

TABELA 3

Renúncia fiscal por despesas de saúde por alíquota (1999)

Faixa de alíquota	Nº declarantes	%	Valor da renúncia	%	Valor médio
Isento	1.470.318	24,23%	55.842.677,64	2,89%	37,98
Alíquota 15%	2.704.078	44,55%	412.939.751,38	21,38%	152,71
Alíquota 27,5%	1.894.734	31,22%	1.462.450.437,90	75,73%	771,85
Total	**6.069.130**	**100,00%**	**1.931.232.866,92**	**100,00%**	**318,21**

Fonte: Sayd (2003).

A regressividade da renúncia fiscal na área da saúde, por meio do IRPF e IRPJ, também é expressiva na perspectiva regional. A renúncia fiscal é responsável por aumentar drasticamente as iniquidades da distribuição regional de recursos, provendo financeiramente o setor privado por meio do sistema tributário.

TABELA 4

Gasto *per capita* em saúde por região (1999)

Região	Média *per capita*			Diferença %
	Gasto do MS (1)	Renúncia fiscal (2)	Total (3)	(3/1)
Norte	50,61	4,13	54,74	8,16%
Nordeste	61,89	4,91	66,8	7,93%
Centro-Oeste	60,15	11,81	71,96	19,63%
Sudeste	77,46	18,14	95,6	23,42%
Sul	79,5	10,7	90,2	13,46%

Fonte: Sayd (2003).

Em 1999, as populações das regiões Norte e Nordeste eram as mais dependentes do sistema público de saúde, uma vez que utilizavam menos o setor privado. Também eram as regiões onde o governo federal menos investia na assistência hospitalar e ambulatorial. A renúncia fiscal, mais elevada nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul, acentuava drasticamente a iniquidade na distribuição de recursos entre as regiões (SAYD, 2003).[25]

5 INICIATIVAS DO LEGISLATIVO PARA VEDAÇÃO OU LIMITAÇÃO DAS DEDUÇÕES DO IRPF

Em 1996, o então deputado federal Eduardo Jorge (PT-SP) apresentou o Projeto de Lei (PL) nº 2.407, que vedava a dedução das despesas com saúde da base de cálculo do IRPF. As justificativas desta proposição incluíam: *i*) regressividade das deduções; *ii*) inexistência de dedução semelhante em outros países com sistema de saúde universal (Áustria, Bélgica, Dinamarca, França, Islândia, Nova Zelândia, Suécia, Turquia, Reino Unido, Suíça); e *iii*) necessidade de valorizar o SUS. Segundo o autor da iniciativa "(...) o permissivo legal vigente que acolhe a dedutibilidade infinita de despesas médicas contraria o espírito do imposto de renda, ofende o princípio constitucional que recomenda a progressividade do imposto e reforça o alcance antissocial da política econômica governamental".

Na Comissão de Finanças e Tributações (CFT), o relator, deputado Fetter Júnior (PP-RS), opinou pela adequação orçamentária do projeto, mas rejeitou-o com base no mérito.[26] O deputado Eduardo Jorge solicitou, então, que o PL fosse

25. Por não existirem informações sobre como foi realizada a regionalização e o cálculo do gasto *per capita* do MS, não é possível compará-lo com dados mais atualizados. Informações mais recentes demonstram que houve uma leve desconcentração dos gastos federais em favor das regiões menos desenvolvidas. Adicionalmente, cabe ressaltar que a concentração da renúncia nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste está muito mais relacionada ao maior poder aquisitivo nestas regiões, gerando mais consumidores de planos e serviços privados, e ao fato de que o mercado se organiza onde está a demanda.

26. Os pareceres do relator deputado Fetter Junior na CFT e, posteriormente, o primeiro parecer do deputado Pimentel Gomes (CSF), em 1997, e seu segundo parecer, em 1999, não estão disponíveis junto com as informações de tramitação do PL na Câmara. Enquanto há referências ao parecer do relator deputado Fetter Junior no parecer do deputado Hugo Biehl, não há nenhuma referência ao parecer do deputado Pimentel Gomes nos outros pareces, e por isso não foi possível sua análise.

também apreciado pela Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF). Em 2001, o relator na CSSF, deputado Orlando Fantazzini (PT-SP), concorda que as deduções do IRPF são regressivas e que estes recursos poderiam estar sendo redirecionados para o SUS. Não obstante, o seu parecer traz a seguinte ressalva: "Temos a mais absoluta clareza que a grande maioria dos que procuram se associar a algum plano de saúde assim se conduzem por não terem encontrado no SUS o atendimento com a qualidade de que necessitam". E complementa:

> (...) entendemos e concordamos com o deputado Eduardo Jorge em seu objetivo maior de reforçar o SUS e retirar qualquer incentivo para os planos privados de saúde. Todavia, parece-nos mais apropriado que haja uma transição entre a liberalidade absoluta hoje existente e a restrição total das deduções proposta pelo eminente deputado. Até que se possa assegurar um atendimento público de qualidade para a grande maioria de nossa população, temos que valorizar esse esforço de milhões de brasileiros que se utilizam de um plano de saúde, ou mesmo procuram atendimento odontológico e de outros profissionais que não prestam atendimento a qualquer plano, pela enorme ausência de oferta desta modalidade de serviço pela rede pública.

Em seu parecer o deputado Fantazzini concorda que há que se corrigirem as distorções, estabelecendo limite para a dedução – R$ 4,8 mil – valor, segundo seu substitutivo, considerado suficiente "para atender aos cidadãos que estão obrigados a gastos com saúde e impedir os abusos das deduções".

Esse substitutivo foi aprovado pela CSSF em dezembro de 2001 e encaminhado para a CFT. Nesta comissão, o relator, deputado Hugo Biehl (PPB-SC), afirma não haver dúvidas quanto ao mérito do projeto. Todavia, admite,

> (...) por outro lado, que a proibição total da dedução de gastos médicos, como preconizada no projeto original, poderia parecer chocante, em vista da tradição, já tornada habitual, da permissão àquelas deduções. Mas o substitutivo apresentado pela Comissão de Seguridade Social e Família prima pelo bom senso de medida e de proporção, ao estabelecer um limite bastante razoável àquelas deduções, em valor superior ao dobro do limite permitido para a dedução de despesas com instrução, assim evitando a supressão total das deduções, mas ao mesmo tempo diminuindo o efeito regressivo e a injustiça acintosa que a dedução infinita efetivamente representava.
>
> É nesses termos que, em dezembro de 2002, vota pela aprovação, no mérito, do PL nº 2407, na forma do substitutivo da CSF.

Mesmo com esse parecer favorável, o projeto foi retirado da pauta da CSSF e arquivado pela Mesa Diretora da Câmara em 2003, com base no Art. 105 do Regimento Interno da Câmara, que trata do arquivamento de proposições ao término do período legislativo.

Outra medida possível seria a exclusão, da relação de itens dedutíveis, do pagamento de planos e seguros de saúde, tal como ocorre com medicamentos, órteses e próteses, por exemplo.

Em nenhum dos documentos foi discutida a possibilidade ou conveniência de eliminação dos incentivos presentes no IRPJ e nenhuma iniciativa de lei neste sentido foi identificada.

Vale ressaltar que, além de vários países, como os citados no início desta seção, não terem previsão legal de dedução das despesas com saúde no imposto de renda, ainda se observa um movimento de eliminação deste tipo de benefício tributário (MOSSIALOS, 2002 *apud* ANDREAZZI; OCKÉ-REIS 2007). Em reforço a esta última posição, ao analisar a experiência de renúncia tributária em vários países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), Quadros (2000) afirma:

> A conclusão a que chegaram os países envolvidos nesse tipo de reforma tributária é que o gasto direto pode ser mais efetivo e melhor direcionado do que a renúncia fiscal, quando se trata de alcançar objetivos de programas e projetos incentivados. Desde logo, porque as perdas de receita associadas a programas baseados em renúncia fiscal são menos visíveis que os custos devidos a gastos diretos nos mesmos e portanto menos propícios à avaliação dos benefícios delas derivados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população brasileira dispõe, como dito anteriormente, de diferentes vias de acesso a serviços de assistência médica, decorrentes de composições distintas no financiamento, cujos contrastes espelham as mesmas profundas desigualdades que se fazem presentes em inúmeros outros âmbitos da vida social. As duas formas predominantes de acesso colocam de um lado aqueles que possuem planos ou seguros privados de saúde, a quem está garantido igualmente o acesso aos serviços do SUS, e, de outro, aqueles que têm acesso exclusivamente aos serviços prestados pelos estabelecimentos e profissionais do SUS. Os beneficiários de planos e seguros privados de saúde e as empresas patrocinadoras contam com benefícios fiscais. Por este mecanismo, parcela não desprezível da população (cerca de um quarto) desfruta de duas vias de acesso a serviços de assistência à saúde em que há financiamento público.

O primeiro grupo busca, sobretudo, presteza no acesso rápido a especialistas e a exames de diagnose e terapia e a garantia de atendimento oportuno. Este grupo pode obter, por exemplo, uma consulta oftalmológica de rotina, de difícil acesso pelo SUS, com relativa rapidez no médico conveniado com o plano de saúde, e pode, em situações de maior gravidade, buscar acesso a serviços de

hemodiálise ou de transplante de órgãos pelo SUS, que são serviços de maior custo e complexidade. Os integrantes do segundo grupo, ao contrário, excluindo as situações de urgência ou emergência, quase sempre enfrentam dificuldades e demoras para obterem certos atendimentos simples e, principalmente, acesso a alguns serviços de média complexidade. O grande anseio expresso usualmente por este segundo grupo é o de ter certeza de ser atendido num prazo razoável e mediante serviços realmente resolutivos em relação a seus problemas de saúde.

Essa situação de iniquidade social – expressa por condições diferenciadas de atendimento lastreado em recursos públicos – seria ainda mais agravada se houvesse uma completa separação entre estas duas vias de acesso a serviços de saúde, fazendo com que o SUS fosse destinado apenas à população carente.

O primeiro passo para a melhoria da justiça distributiva na saúde deve ser o reconhecimento da existência e da relevância do problema. A relação mantida pelo Estado com os dois segmentos, o SUS e os planos e seguros de saúde, gera uma questão de iniquidade social que é urgente debater. Para tanto, é preciso discutir novamente os horizontes do que é justo e democrático no campo das políticas de saúde. É mister, enfim, voltar a pensar em questões de justiça, tal como fez o *movimento sanitário* nos anos 1980, quando se insurgiu contra o dualismo que então opunha, de um lado, os que tinham carteira assinada e contavam com a assistência do Instituto Nacional de e Previdência Social (INAMPS) e, de outro lado, aqueles que dependiam apenas da caridade das entidades filantrópicas e dos poucos serviços de assistência médica situados na órbita do MS e das secretarias estaduais e municipais de saúde.

O segundo seria discutir que iniciativas fiscais, de financiamento do sistema público, de gestão e de regulação podem ser tomadas pelo Estado para que sejam diminuídas as diferenças que atualmente distinguem estes dois segmentos e suas clientelas.

Para começar, é necessário enfrentar o debate sobre os critérios de prioridade na alocação e as práticas de utilização de recursos públicos. Isto, no entanto, não é uma questão simples e envolve a construção de correlação de forças capaz de conduzir a saúde para um patamar superior de prioridade. De um lado, é preciso reconhecer que o nível de financiamento do SUS, medido como proporção do PIB, encontra-se num patamar muito baixo diante das necessidades e metas de um sistema de cobertura universal, como se constata na comparação com países que têm sistemas similares. O baixo nível de financiamento aliado a inegáveis problemas de gestão ainda são os principais fatores que fazem com que o SUS padeça de patentes deficiências operacionais para ofertar atendimento integral e de melhor qualidade à maior parte da população, que tem neste sistema a principal ou quase,

exclusiva forma de atenção. Por outro lado, a parcela de recursos que é destinada pelo poder público ao incentivo à contratação de planos de saúde, por meio de benefícios tributários concedidos às pessoas físicas e às empresas, não é desprezível e, se destinada ao sistema público, poderia representar um alívio a esta situação.

O Estado brasileiro precisa conferir maior visibilidade a essa questão e sinalizar para a opinião pública qual é a política prioritária de financiamento público de serviços de saúde. Escolher como epicentro desta política o objetivo de fortalecimento da capacidade de oferta e a melhoria de qualidade dos serviços do SUS requereria um comprometimento mais claro com dois objetivos: primeiro, um crescimento gradual do gasto público no SUS de tal modo a atingir, no máximo em duas décadas, o nível de gasto público prevalente em países da OCDE que mantêm sistemas universais (o que implicaria passar dos 3,5% – dados de 2005 – para 6% do PIB); segundo, uma limitação gradativa dos benefícios tributários concedidos à compra de planos e seguros de saúde, caracterizando, de forma insofismável, a prioridade do SUS no financiamento público da assistência à saúde.

São mencionadas, a seguir, algumas questões que podem orientar a análise de viabilidade e o planejamento de medidas que atendam a esse segundo objetivo.

Em primeiro lugar, a concessão dos benefícios tributários aos gastos privados em saúde deveria ser orientada por alguns critérios. Deveria também assumir um caráter de redução progressiva ao longo do tempo para todos os grupos. Neste processo, pode contemplar limites máximos de dedução e exclusão ou limitação de gastos com aquisição de planos ou seguros de saúde. Finalmente, a redução deve ser caracterizada pela progressividade em relação à renda e, igualmente, levar em consideração as condições de saúde do indivíduo.

De acordo com o critério de progressividade, a redução dos incentivos e subsídios deveria alcançar primeiramente as pessoas físicas com mais alta renda e as pessoas jurídicas – privadas e públicas – cujos empregados desfrutem de alto salário médio.[27] Os benefícios, no entanto, seriam mantidos em alguns casos – preferencialmente para os mais vulneráveis em termos de condições de saúde e de renda (por exemplo, os portadores de algumas doenças crônicas) e para os mais idosos (por exemplo, acima de 60 anos de idade). O planejamento destas ações deveria abranger a realização de estudos detalhados, realizados em conjunto com órgãos da Receita Federal.

27. Supondo-se que a redução da amplitude da renúncia fiscal seja politicamente viável, pode-se indagar qual o efeito que esta restrição teria sobre a demanda por planos de saúde. Uma primeira hipótese é que isto geraria um aumento dos preços dos planos. A demanda das pessoas por planos de saúde tem sido avaliada como inelástica, isto é, não se altera com mudanças nos preços dos planos (Menezes *et al.*, 2006; Andreazzi e Ocké-Reis, 2007). Contudo, a demanda das empresas por planos de saúde parece ser elástica, isto é, o aumento dos preços dos planos de saúde reduziria a sua demanda por parte das empresas (Andreazzi e Ocké-Reis, 2007).

Essas medidas, para que se tornem social e politicamente aceitáveis, devem ser tomadas em clara concomitância com o desenvolvimento de ações efetivas de melhoria do atendimento pelo SUS. O propósito é que se enseje cada vez mais a convergência entre os interesses da maioria da população, que tem no SUS a principal ou quase exclusiva forma de atendimento, e os interesses daqueles que dele se utilizam apenas eventualmente.

É preciso melhorar, no sentido amplo do termo, a qualidade dos serviços do SUS – só assim ele alcançará a legitimidade indispensável para assegurar sua sustentabilidade social, política e, como consequência, econômica. Isto requer, seguramente, mais recursos financeiros e maior qualificação da gestão do sistema.

Com esse objetivo, o governo federal deveria exercer sua primordial função regulatória estabelecendo normas para garantia de atendimento, tendo como pressupostos o acesso oportuno, a segurança e a qualidade da atenção, priorizando ações de média complexidade nas quais se concentram mais fortemente barreiras ao acesso (tais como consultas por especialistas, acesso a meios diagnósticos, acesso a processos terapêuticos etc.) e situações de maior gravidade, urgência ou risco. A definição de linhas de cuidado, a adoção de protocolos orientadores e o estabelecimento de prazos máximos para o alcance do cuidado necessário constituem medidas que deveriam ser contempladas nestas normas.

Ações com o objetivo de garantia de atendimento devem contemplar ainda a indução e a continuidade do financiamento e a regulação de iniciativas organizacionais e técnicas (redes de atenção,[28] centrais de regulação do acesso etc.) indispensáveis para eliminar a fragmentação hoje existente entre níveis de atenção e assegurar eficácia e eficiência ao sistema, em benefício da população usuária do SUS. O esforço de incentivo pode incluir até mesmo a premiação de resultados.

Medidas como essas significariam decisivo enfrentamento do principal desafio ao sistema: assegurar a todos os cidadãos a oferta de um cuidado à saúde que tenha como marcas a acessibilidade, a qualidade, a adequação, a oportunidade, a segurança e a resolutividade da atenção em todos os níveis de complexidade.

28. "Organização horizontal de serviços de saúde, com o centro de comunicação na atenção primária à saúde, que permite prestar uma assistência contínua a determinada população - no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa - e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a essa população" Conceito elaborado por Eugênio Vilaça Mendes. Apresentação na Oficina de Trabalho do CONASS, em setembro de 2006.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Caderno de Informação da Saúde Suplementar. Setembro de 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/iss_publicacoes.asp>.

_____. Caderno de informação de ressarcimento e integração com o SUS. Rio de Janeiro: ANS, DIDES,GGSUS, n. 1, junho de 2008. 24 p.

ALMEIDA, C. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil**: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Brasília: Ipea, novembro, 1998 (Texto para Discussão, n. 599)

ANDRADE M. V. Financiamento do setor de saúde suplementar no Brasil: uma investigação empírica a partir dos dados da PNAD/98. *In*: WERNECK, A. J.; MONTONE, J. (Orgs.). **Regulação e saúde: documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/ Agência Nacional de Saúde Suplementar. v. 3. p. 249-332, 2003.

ANDRADE, M. V.; MAIA, A. C. Demanda por planos de saúde no Brasil. *In:* **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. SILVEIRA, F. G. *et al.* (Orgs.). Brasília: Ipea, v. 2, p. 279-327, 2007.

ANDREAZZI, M. F.; OCKÉ-REIS, C. A. Renúncia de arrecadação fiscal: subsídios para discussão e formulação de uma política pública. Rio de Janeiro: **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 521-544, 2007.

BAHIA, L. *et al*. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 11, n. 4, p. 951-965, 2006.

BAHIA, L. O mercado dos planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. *In*: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Orgs.). **Brasil:** radiografia da saúde. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2001. p. 325-361.

BRASIL. Ministério da Fazenda. **Demonstrativos de gastos indiretos de natureza tributária**. Brasília: Secretaria da Receita Federal, de 2003 a 2008.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **A saúde na opinião dos brasileiros.** Brasília: CONASS/Progestores, p. 244, 2003.

FAHEL, M. Desigualdades em saúde no Brasil: uma análise do acesso aos serviços de saúde por estratos ocupacionais. *In:* **XII Congresso Brasileiro de Sociologia**. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Sociologia, 2007.

FARIAS, L. O.; MELAMED, C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. **585-598,** 2003.

IPEA. Políticas sociais: acompanhamento e análise. Brasília: Ipea, **Boletim n.13**, v. 1, capítulo de saúde, p.152. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps_13/Saude.pdf>.

_____. **Políticas sociais**: acompanhamento e análise n. 14, p. 79-98. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps_14/saude.pdf>.

_____. **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise n. 17, livro 2, capítulo de saúde. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps_14/saude.pdf>.

LIMA-COSTA, M. F. Estilos de vida e uso de serviços preventivos de saúde entre adultos filiados ou não a plano privado de saúde (inquérito de Belo Horizonte). Belo Horizonte: **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 9, n. 4, p. 857-864, 2004.

_____. *et al.* **The bambuí health and aging study (BHAS):** private health plan and health care utilization by older adults. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, v. 18, n.1, p. 77-186, 2002.

_____. MATOS. D. L. **Prevalência e fatores associados à realização da mamografia na faixa etária de 50-69 anos**: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/2003. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, v. 23, n.7, p. 1665-1673, 2007.

LOUVISON, M. C. P. *et al.* Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 733-740, 2008.

MENEZES, T. A. *et al.* O gasto e a demanda das famílias em saúde: uma análise a partir da POF 2002-2003. *In:* SILVEIRA, F. G. *et al.* **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas.** Brasília: Ipea, v. 1, 2006.

MOTTA, C. P. G. da, FAHEL, M. C. X., PIMENTEL, E.C. **Desigualdades em Saúde na População Brasileira:** uma análise comparada a partir das PNADS 1998 e 2003, com foco em Minas Gerais. Artigo apresentado no XIII Seminário de Economia Mineira, CEDEPLAR, Diamantina, 2008.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Orgs.). **Estado de uma nação**: textos de apoio – Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília: Ipea, 2009 (Texto para Discussão, n. 1391).

QUADROS, W. A. **Renúncia fiscal ao segmento de assistência médica suplementar**: a experiência brasileira em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: ANS, novembro, 2000. Oficina de Trabalho. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/financiamentodosetor/EE2.pdf>. Acesso em 05 de março de 2010.

RIBEIRO, J. A. C.; PIOLA, S. F.; SERVO, L. M. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. *In*: II Jornada de Economia da Saúde da Abres. Rio de Janeiro: **Revista Saúde em Debate**, dezembro, 2005.

SALVI, A. F. C.; PAULA, E. V. M.; LOURES, M. M. G. **Gastos governamentais indiretos de natureza tributária** - conceituação. Brasília: Receita Federal, 2003. (Estudos Tributários, n. 12).

SAYD, P. **Renúncia fiscal e equidade na distribuição de recursos para a saúde**. Dissertação (Mestrado), ENSP, Rio de Janeiro, 2003.

SILVEIRA, F. G.; OSÓRIO, R. G.; PIOLA, S. F. Os gastos das famílias com saúde. *In*: SILVEIRA, F. G. *et al.* **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, v. 1. 2006

SOARES, I. S.; UGÁ, M. A.; PORTO, S. M. O *mix* público-privado no sistema de saúde brasileiros: financiamento, oferta de utilização dos serviços de saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n. 5, p. 1431-1140, set./out., 2008.

VIACAVA, F. *et al.* Coverage of the Brazilian population 18 years and older by private health plans: an analysis of data from the World Health Survey. Rio de Janeiro: **Caderno Saúde Pública,** v. 21 Sup.: S119-S128, 2005.

VIACAVA, F; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B; SZWARCWALD, C. L. Cobertura da população brasileira com 18 anos ou mais por plano de saúde privado: uma análise dos dados da Pesquisa Mundial de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21, Sup. S119-S128, 2005.

VIANNA, S. M. *et al.* **Atenção de alta complexidade no SUS**: desigualdades no acesso e no financiamento (e anexos). MS/SCTIE/DES, Ipea e DFID, 2005. 150 p. Disponível em: <www.ipea.gov.br>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Statistics**. 2008.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

PESSOTO, U. C. *et al.*. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n. 2, p. 351-362, 2007.

TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p.133-149, 2002.