

RENÚNCIA DE ARRECAÇÃO FISCAL EM SAÚDE: O CASO AUSTRALIANO

Carlos Octávio Ocké-Reis¹

1 INTRODUÇÃO

Alguns países como Austrália, Brasil, Canadá e Estados Unidos oferecem incentivos governamentais aos seus contribuintes, mediante redução de impostos, para o consumo de planos privados de saúde (Ocké-Reis e Marmor, 2010; Mossialos e Thomson, 2002).

Tais incentivos – conhecidos como gastos tributários ou gastos indiretos – podem reforçar tanto a política de contenção de custos no setor público, quanto promover a rentabilidade do setor privado, ou, ainda, compensar os efeitos negativos da carga tributária e do “abuso do usuário” (Pauly, 1986).

Para outros autores, esses incentivos podem, também, prejudicar o sistema público: *i)* os prestadores não têm incentivos para reduzir os tempos de espera nos serviços públicos, a fim de aumentar a demanda por serviços privados; *ii)* o financiamento privado acaba aumentando a demanda por serviços públicos de saúde como efeito indireto da utilização dos serviços privados (Stabile, 2001).

Em países onde o mercado de planos é inexpressivo, sem poder econômico para pressionar o governo ou para financiar campanhas eleitorais, a renúncia fiscal foi ou é residual ou localizada, como no caso da Inglaterra, Alemanha e França –, que possuem sistemas organizados de acordo com os modelos de seguridade e de seguro social (OECD, 2004). Na Inglaterra, a renúncia foi extinta para os idosos em 1997: em tese, para permitir acesso mais rápido pela via do mercado, o governo estimulou a compra de seguros privados, os quais, na verdade, cobriam serviços já oferecidos pelo *National Health Service* (Emmerson *et al.*, 2001). Desde então não houve nenhum incentivo, dado que o mercado de serviços de saúde é demandado pelos empregadores e pelos indivíduos localizados nos estratos superiores de renda. Na Alemanha, agrega-se a isso, não existem subsídios fiscais para a compra de planos, nos quais as pessoas podem escolher entre a participação no sistema público ou privado. No entanto, uma vez escolhido o sistema, o segurado não pode utilizá-los simultaneamente (Wendt; Frissina; Rothgang, 2009; Rothgang; Schmid; Wendt, 2010). Os gastos com seguro social (incluindo pensões) são dedutíveis da base de cálculo do imposto a pagar, mas é um montante limitado (Mossialos e Thomson, 2002). Na França, no início dos anos 2000, o governo introduziu um mecanismo de financiamento público para complementar a cobertura de planos de saúde, restrito tão somente aos indivíduos de baixa renda (OECD, 2004).

Considerando o tamanho do mercado de planos de saúde, a renúncia fiscal em saúde operada no caso australiano – menos transparente do que outra forma de gasto social – nos parece especialmente relevante investigar, porque, como no Brasil, ao seu modo, acabou ajudando o governo a obter apoio dos estratos de alta renda, dos prestadores privados e dos planos de saúde, sem enfrentar a resistência política dos cidadãos e dos trabalhadores em defesa do *medicare* (Spies-Butcher e Stebbing, 2009). Dessa maneira, aprender eventuais lições no exame desse caso, pode ajudar-nos a refletir sobre os desafios do caso brasileiro – discutidos em outro lugar (Ocké-Reis, 2014) – tarefa que se constitui no principal objetivo deste trabalho.

1. Técnico de planejamento e pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest) do Ipea.

Além desta introdução, este ensaio contém três seções. Na próxima seção, examinamos a experiência institucional australiana no tocante à renúncia de arrecadação fiscal em saúde. Na terceira, procuramos entender as principais características dessa experiência, tendo como pano de fundo a tipologia que descreve, a partir da literatura especializada, as opções de política que podem orientar a aplicação de tais subsídios no setor saúde. E, nas considerações finais, apontaremos a singularidade da Austrália em relação ao Brasil, Canadá e Estados Unidos.

2 O CASO AUSTRALIANO

Desde 1984, a Austrália oferece, por intermédio do *medicare*, assistência médica a toda população, mas isso não impediu o fortalecimento do mercado de planos de saúde, que contou com pesados incentivos fiscais do governo australiano.

Além da receita de impostos, o *medicare* australiano é custeado com 1,5% da renda tributável dos contribuintes (dependendo da idade e da renda, esse percentual pode diminuir ou mesmo ser eliminado) e com o desembolso direto do paciente (residual). Ademais, as famílias, que estão situadas no estrato superior da renda e não possuem planos de saúde, devem pagar uma taxa adicional correspondente a 1% da sua renda tributável (*medicare levy surcharge*) (Thomson *et al.*, 2012).

Reconhecido como seguro público nacional, ele cobre ou subsidia a maioria dos bens e serviços oferecidos pelo setor público, incluindo internações,² consultas, programas de saúde pública, vacinas e remédios³ (Thomson *et al.*, 2012).

Mas se o segurado comprar serviços hospitalares oriundos do *medicare*,⁴ ele paga valores abaixo da tabela de preços e tem a possibilidade de escolher os prestadores e de reduzir os tempos de espera. No tocante aos serviços ambulatoriais, o *medicare* reembolsa de 75% a 100% dos procedimentos.⁵ Apesar de os honorários não serem tabelados, os médicos podem cobrar do governo o preço de tabela,⁶ abrindo mão do copagamento do paciente (*bulk billing*) (Thomson *et al.*, 2012).

Em paralelo, total ou parcialmente, os planos de saúde cobrem as despesas com hospitais privados e especializados; clínicas odontológicas, oftalmológicas e fisioterapêuticas; serviços domiciliares de enfermagem, bem como cobrem os gastos ambulatoriais dos “pacientes privados” nos hospitais públicos e privados.⁷ Desse modo, o mercado de planos de saúde desempenha um papel complementar e suplementar ao *medicare* (Duckett, 2005), atendendo metade da população australiana (aproximadamente 11 milhões de pessoas).

2. Os hospitais públicos são estaduais (ou dos territórios) e estabelecem orçamentos anuais compartilhados com o governo federal.

3. Como veremos a seguir, total ou parcialmente, o *medicare* financia a prestação médica ambulatorial (*Medical Benefits Schedule – MBS*), bem como a provisão de medicamentos (*Pharmaceutical Benefits Scheme – PBS*) nos serviços oferecidos pelo setor público e privado de saúde.

4. Desde 1953, segundo a Lei Nacional de Saúde, o atendimento em hospitais públicos é gratuito, mas hoje os cidadãos australianos podem comprar serviços tanto nos hospitais públicos quanto nos privados.

5. Com o objetivo de reduzir o desembolso direto dos indivíduos com serviços ambulatoriais, quando o limite anual *per capita* do que eles denominam de *gap expenses* é atingido, o reembolso pode ser aumentado de 85% para 100% (é previsto também um aporte adicional de recursos para os pacientes com custos catastróficos, da mesma forma que os copagamentos relativos aos gastos com medicamentos podem ser reduzidos em determinados casos).

6. Os planos privados de saúde são proibidos de segurar o custo da diferença entre o *Medical Benefits Schedule* (atenção ambulatorial) e o preço cobrado pelos médicos (generalistas ou especialistas). Essa medida governamental visa, em certo sentido, regular os preços dos serviços médicos.

7. A partir de 2007, no bojo do projeto *Broad Health Cover*, os planos de saúde foram permitidos a cobrir novos procedimentos, entre eles, os serviços preventivos, as terapias não tradicionais, quimioterapia etc.

Além de fiscalizado por duas agências reguladoras – uma que defende os consumidores (*Competition Consumer Protection Agency*) e outra que supervisiona os planos (*Private Health Insurance Administration Council*) –, ele é tanto submetido ao regime do *community-rating* (preço único cobrado ao segurado independentemente da sua probabilidade de adoecer), quanto a um esquema de equalização de risco entre as operadoras.⁸ Em decorrência de tais subsídios cruzados, para contrabalançar a “seleção adversa” e reduzir as filas de espera no setor público, o governo aplicou um conjunto de subsídios para estimular o consumo de planos de saúde, registrado no orçamento, mas apenas garantido se os planos forem certificados pelas autoridades governamentais (Australian Government b, 2013; Australian Government c, 2013).

Após a implantação do *medicare* em 1984, a proporção da população australiana coberta pelo mercado caiu de 50% para 30% (Paolucci; Bulter; Van de Ven, 2008). Entre 1997 e 1999, com o intuito de reverter essa situação, o governo adotou duas medidas: de um lado, permitiu, por meio da renúncia de arrecadação fiscal, que as famílias pudessem abater 30% do valor dos prêmios (*premium rebate*) e, de outro, passou a desincentivar que os estratos superiores de renda⁹ optassem pela cobertura exclusiva do *medicare* (*Medicare Levy Surcharge*).

Essas políticas não tiveram, entretanto, o sucesso esperado. Em 2000, voltado para atrair os jovens, outro programa foi estabelecido com o objetivo de estimular a compra de seguros hospitalares (*lifetime health cover policy*). Com sua aplicação, o mercado de planos passou a cobrir 45% da população (McCauley, 2004).

Em geral, como funcionam o *premium rebate* e o *lifetime health cover policy*?

Em relação ao primeiro, para cada unidade de dólar que o consumidor pagava ao plano, o governo devolvia 30 centavos. A partir de 2005, houve descontos maiores para os idosos: 35% para os indivíduos entre 65-69 anos; 40% para as pessoas com 70 anos ou mais. E, a partir de 2012, o nível de abatimento passou a depender também do nível de renda da família (combinando faixa de idade e estrato de renda). Ele pode ser, basicamente, obtido de três formas: *i*) redução do prêmio (o “fundo de saúde” cobre o abatimento); *ii*) ressarcimento direto ao usuário correspondente ao valor do abatimento pela autoridade local do *medicare*; *iii*) isenção do montante relativo ao abatimento na declaração de imposto de renda anual. No tocante ao último, se um jovem deixar de comprar o plano até completar 31 anos, ele paga 2% a mais no preço do prêmio para cada ano que permanecer sem seguro. Por exemplo, se ele adquiriu um plano com cobertura hospitalar aos 40 anos, ele pagaria 20% a mais do que se entrasse no mercado aos 30 anos. Uma vez segurado, essa penalidade surtirá efeito durante 10 anos (Australian Government a, 2013; Australian Government d, 2013).

3 CONTENÇÃO DE CUSTOS OU EXPANSÃO DO MERCADO?

O gasto tributário na Austrália ampliou a cobertura do mercado de planos de saúde australiano, desafogou o *medicare* ou reduziu as filas de espera no setor público?

Considerando a natureza duplicada e paralela do sistema de saúde australiano, os profissionais de saúde qualificados migraram para o setor privado, mantendo a pressão sobre as filas e prejudicando

8. Na Austrália, a figura do resseguro funciona desde 1956. Em 2007, entretanto, esse mecanismo foi substituído pelo esquema de equalização de risco (*risk equalization*), que visou, basicamente, compartilhar os riscos dos altos custos hospitalares entre os planos de saúde em nível nacional.

9. Isto é, os contribuintes com renda tributável anual superior a 77 mil dólares australianos (Australian Government d, 2013).

a qualidade dos hospitais públicos do *medicare*. Se esse arranjo público/privado, que conta com a presença de subsídios, resultou em maior capacidade de escolha do consumidor, provocou igualmente iniquidades, porque, por exemplo, a clientela da medicina privada tem acesso mais rápido às cirurgias eletivas (Duckett, 2005; McCauley, 2004).

Em 2011, houve uma reforma nacional na Austrália, que reforçou o papel do governo federal em relação ao financiamento e à gestão dos hospitais públicos e da atenção primária (Thomson *et al.*, 2012). Apesar disso e das ações para reduzir a regressividade do *premium rebate*, os planos de saúde continuaram sendo subsidiados para amortecer o peso da sinistralidade sobre o consumidor e, com menor êxito, para reduzir as filas nos hospitais públicos.

Desse modo, em direção à abordagem de contenção de custos, no caso australiano, em que boa parte da população economicamente ativa é coberta pelo setor privado, o governo oferece subsídios tendo como foco a redução das filas de espera no *medicare* e o funcionamento do *community-rating* como base da política regulatória voltada para o mercado de planos.

BOX 1

Renúncia como política pública

1. Benefício (redução do imposto de renda).
2. Redução de imposto para os contribuintes que enfrentam gastos catastróficos com saúde.
3. Salário indireto da população economicamente ativa.
4. Contenção de custos e redução das filas de espera no setor público.
5. Patrocínio do consumo de planos privados de saúde.
6. Um governo pode querer dirigir ou moldar o mercado, oferecendo determinados incentivos fiscais (questão regulatória).

Elaboração do autor.

Dentro dessa perspectiva, vejamos brevemente o caso canadense. Lá todos cidadãos são cobertos pelo *medicare*. Esse sistema é universal, mas não oferece todos os bens e serviços de saúde. A cobertura privada dos serviços oferecidos pelo *medicare* não é permitida,¹⁰ de modo que cerca de dois terços dos canadenses têm planos de saúde suplementar (23 milhões de pessoas), oferecidos em geral por seus empregadores, abrangendo os serviços odontológicos, os medicamentos com prescrição médica, os cuidados domiciliares (*homecare*) e de longa duração (*long-term care*) (Thomson, 2012; Stabile, 2001). Em particular, o Canadá oferece um crédito no imposto de renda, que permite ao contribuinte reduzir, na prática, seus gastos com os bens e serviços suplementares ao *medicare* canadense (Matteo, 2009) chamado Crédito Fiscal de Despesa Médica Canadense (*Canadian Medical Expense Tax Credit*). De um lado, a presença de subsídios no Canadá favorece os contribuintes que não estão dispostos a enfrentar as filas de espera no *medicare* canadense. De outro, uma vez que o *medicare* não oferece atenção médica integral, o subsídio, que cobre parte do custo adicional com saúde suplementar, pode incentivar a utilização dos serviços públicos de saúde (*moral hazard*), por exemplo, as consultas médicas, aumentando os custos de certos serviços públicos (Stabile, 2001).

No caso estadunidense, os planos empresariais são a principal fatia do mercado. Uma das principais causas do crescimento na cobertura dos planos privados ocorreu após ter sido garantido ao empregador a possibilidade de abater parte do imposto em decorrência de seus gastos com planos de

10. Em 2005, isoladamente, a Suprema Corte do Canadá decidiu que o *Health Insurance Act* e o *Hospital Insurance Act* – que sustentavam tal proibição em Quebec – violavam os direitos humanos, considerando o tamanho das filas de espera observadas no *medicare*, contencioso conhecido como *Chaoulli case* (Flood e Haugan, 2010).

saúde dos empregados (Helms, 2009). A renúncia de arrecadação fiscal acabou reduzindo o “preço” do seguro pago pelos empregados dentro da firma, uma vez que os planos individuais não são em geral elegíveis para isenção fiscal (as deduções para tais planos são limitadas após um determinado limite de renda) (Furman 2008). Ademais, os trabalhadores de alta renda beneficiam-se mais do que os trabalhadores de baixa renda, uma vez que o objetivo da renúncia é principalmente reduzir o custo dos empregadores situados no polo dinâmico da economia. Vale dizer, o projeto do *ObamaCare* utilizou esse mecanismo para expandir cobertura daquele segmento populacional que estava fora do sistema, mas a renúncia não ajudou a controlar o crescimento dos custos da atenção à saúde nos Estados Unidos (Steuerle, 2016).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No caso da Austrália, como dissemos, onde boa parte da população economicamente ativa é coberta pelo setor privado, o governo oferece subsídios para reduzir as filas de espera no *medicare* e para sustentar o funcionamento do *community-rating*, como base da política regulatória voltada para o mercado de planos. Por sua vez, no Canadá e nos Estados Unidos (e mesmo no Brasil), cada um ao seu modo, os gastos tributários são patrocinados especialmente para que os empregadores e empregados (contribuintes) consumam planos privados de saúde a preços acessíveis.

Em particular, considerando a natureza duplicada e paralela dos sistemas de saúde australiano e brasileiro, a pressão sobre as filas acaba prejudicando igualmente a qualidade dos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no chamado alto custo. Em outras palavras, como se observa também na Austrália, uma vez que a clientela de medicina privada no Brasil utiliza-se dos serviços públicos de alta complexidade tecnológica, no quadro de agravamento das doenças crônicas – diferente da crença disseminada no mundo dos negócios –, a renúncia originada pelo setor privado não desafoga significativamente o SUS. Uma vantagem lá parece ser o funcionamento do *community-rating* como base da política regulatória dos planos privados, que ampliaria a solidariedade geracional e atenuaria o caráter excludente dos idosos e crônicos presentes no caso brasileiro, inspirada no modelo de *experience-rating* (cf. Ocké-Reis, 2013).

Ora, do ponto de vista das políticas públicas em saúde, o debate continua inconcluso: se os subsídios tendem a onerar o orçamento público, em especial quando os custos econômicos e sociais da sua aplicação nos sistemas privados são maiores do que as eventuais vantagens, existem, igualmente, limites orçamentários para o crescimento do financiamento público, visto que o Estado não pode fechar os olhos em face da tendência de custos e preços crescentes na assistência médica (Remler; Brown; Glied, 2005; Marmor; Barer; Evans, 1994).

REFERÊNCIAS

- AUSTRALIAN GOVERNMENT. Department of Human Services. **Australian government rebate on private health insurance**. [(s.d.)]a. Disponível em: <goo.gl/5ZmqGq>. Acesso em: 8 ago. 2013.
- _____. Department of Human Services. **Australian health & ageing system: the concise expenditure factbook** (March 2012 edition). [(s.d.)]b. Disponível em: <goo.gl/bpg8tt>. Acesso em: 29 ago. 2013.
- _____. CowLaw. **Private Health Insurance Act 2007**. [(s.d.)]c. Disponível em: <goo.gl/6MwP4b>. Acesso em: 11 ago. 2013.
- _____. Private Health Insurance Administration Council. **Surcharges and incentives**. [(s.d.)]d. Disponível em: <goo.gl/t4e8N2>. Acesso em: 29 ago. 2013.
- DUCKETT, S. J. Living in the parallel universe in Australia: public medicare and private hospitals. **Canadian Medical Association Journal**, v. 173, n. 7, p. 745-747, 2005.
- EMMERSON, C.; FRAYNE, C.; GOODMAN, A. Should private medical insurance be subsidized? **Health Care UK**, Spring, King's Fund, p. 49-65, 2001.
- FLOOD, C. M.; HAUGAN, A. Is Canada odd? A comparison of european and canadian approaches to choice and regulation of the public/private divide in health care. **Health Economics, Policy and Law**, v. 5, n. 3, p. 319-341, 2010.
- FURMAN, J. Health reform through tax reform: a primer. **Health Affairs**, v. 27, n. 3, p. 622-32, 2008.
- HELMS, R. B. Taxing health insurance: a tax designed to be avoided. **Health Policy Outlook**, n. 7, p. 1-4, 2009. (American Enterprise Institute for Public Policy Research).
- MARMOR, T. R.; BARER, M. L.; EVANS, R. G. The determinants of a population's health: what can be done to improve a democratic health status? *In*: EVANS, R. G.; BARER, M. L.; MARMOR, T. R. (Eds.). **Why are some people healthy and others not?** New York: Aldine de Gruyter Press, p. 217-230, 1994.
- MCCAULEY, I. **Stress on public hospitals** – why private insurance has made it worse. 2004. Disponível em: <goo.gl/qnXdvI>. Acesso em: 31 out. 2016.
- MATTEO, L. D. Policy choice or economic fundamentals: what drives the public/private health expenditure balance in Canada? **Health Economics, Policy and Law**, v. 4, n. 1, p. 29-53, 2009.
- MOSSIALOS, E.; THOMSON, S. Voluntary health insurance in the European Union: a critical assessment. **International Journal of Health Services**, v. 32, n. 1, p. 19-88, 2002.
- OCKÉ-REIS, C. O. Renúncia de arrecadação fiscal em saúde no Brasil: eliminar, reduzir ou focalizar? *In*: MONASTERIO, L. M. *et al.* (Eds.). **Brasil em desenvolvimento 2014: Estado, planejamento e políticas públicas**. Brasília: Ipea, 2014. p. 259-274.
- _____. **Challenges of the private health plans regulation in Brazil**. Rio de Janeiro: Ipea, 2004. (Texto para Discussão nº 1013).
- OCKÉ-REIS, C. O.; MARMOR, T. R. The Brazilian national health system: an unfulfilled promise? **The International Journal of Health Planning and Management**, v. 25, n. 4, p. 318-319, 2010.

OECD – ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Private health insurance in OECD countries**. Paris: OECD, 2004.

PAOLUCCI, F.; BULTER, J.; VAN DE VEN, W. **Subsidising private health insurance in Australia: why, and how to proceed?** Australia: Australian Centre for Economic Research on Health/ The National Australian National University, 2008. (ACERH Working Paper n. 2).

PAULY, M. Taxation, health insurance, and market failure in the medical economy. **Journal of Economic Literature**, v. 24, n. 2, p. 629-75, 1986.

REMLER, D. K.; BROWN, L. D.; GLIED, S. A. Market versus state in health care and health insurance: false dichotomy. *In*: NELSON, R. (Ed.). **The Limits of Market Organization**. New York: Russell Sage Foundation, 2005, p. 213-230.

ROTHGANG, H.; SCHMID, A.; WENDT, C. The self-regulatory German healthcare system between growing competition and state hierarchy. *In*: ROTHGANG, H. *et al.* (Eds.). **The State and Healthcare**. Comparing OCDE countries. United Kingdom: Palgrave Macmillan, 2010. p. 119-179.

SPIES-BUTCHER, B.; STEBBING, A. **Reforming Australia's hidden welfare state**. Tax expenditures as welfare for the rich. Australia: Center for Policy Development, 2009. (Occasional Paper n. 6).

STABILE, M. Private insurance subsidies and public health care markets: evidence from Canada. **Canadian Journal of Economics**, v. 34, n. 4, p. 921-942, 2001.

STEUERLE, E. Health costs, but not Obamacare, dominate the future of federal spending. **Health Affairs Blog**. Disponível em: <goo.gl/XnZAcM>. Acesso em: 31 out. 2016.

THOMSON, S. *et al.* (Eds.). **International profiles of health care systems, 2012**. USA: The Commonwealth Fund, 2012. (Publication n. 1645).

WENDT, C.; FRISSINA, L.; ROTHGANG, H. Health system types: a conceptual framework for comparison. **Social Policy & Administration**, v. 43, n. 1, p. 70-90, 2009