1637
TEXTO PARA DISCUSSÃO

ipea

MENSURAÇÃO DOS GASTOS TRIBUTÁRIOS EM SAÚDE – 2003-2006

Carlos Octávio Ocké-Reis
Fausto Pereira dos Santos

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

1637
TEXTO PARA DISCUSSÃO
Brasília, julho de 2011

MENSURAÇÃO DOS GASTOS TRIBUTÁRIOS EM SAÚDE – 2003-2006*

Carlos Octávio Ocké-Reis**
Fausto Pereira dos Santos ***

* Gostaríamos de agradecer o suporte institucional da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nas pessoas de Aléxia Ferreira Luciana, Eduardo Marcelo de Lima Sales, José Carlos Moraes, Lucila Carvalho Medeiros da Rocha, Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi, Marísia Helena Vieira Teixeira de Carvalho, Mauricio Correia Sant'Ana, Pedro Paulo de Salles Dias Filho e Silvana Souza Silva Pereira, entre 2008 e 2009. Gostaríamos igualmente de agradecer a parceria institucional da Receita Federal do Brasil (RFB), em particular da Coordenação Geral de Estudos e de Previsão e Análise de Arrecadação, sem a qual a realização deste trabalho não teria sido possível, nas pessoas de Celso Vilela Chaves Campos, Filipe Nogueira da Gama, Jefferson José Rodrigues – e, também, ao nosso estimado colega José Eduardo Genero Serra, da Coordenação Geral de Tecnologia e Segurança da Informação. Nessa linha, gostaríamos de agradecer também ao Departamento de Coordenação e Governança das Empresas Estatais e ao Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor da Secretaria de Recursos Humanos (SRH), do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), respectivamente, nas pessoas de Murilo Francisco Barella e Sérgio Antônio Martins Carneiro. Finalmente, somos gratos pela colaboração do Ipea na fase de conclusão deste texto, nas pessoas de Pérsio Marco Antônio Davison, ex-chefe de gabinete da presidência do Ipea, e Renaut Michel Barreto e Silva, ex-diretor adjunto da Diretoria de Estudos e Políticas Macroeconômicas (Dimac). Erros e omissões são, entretanto, da inteira responsabilidade dos autores.
** Técnico de Planejamento e Pesquisa da Dimac/Ipea. *E-mail*: carlos.ocke@ipea.gov.br
*** Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental, Assessor Especial do Gabinete do Ministro da Saúde. *E-mail*: fausto.santos@saude.gov.br

Governo Federal

Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República
Ministro Wellington Moreira Franco

ipea **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**

Fundação pública vinculada à Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente
Marcio Pochmann

Diretor de Desenvolvimento Institucional
Fernando Ferreira

Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais
Mário Lisboa Theodoro

Diretor de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia
José Celso Pereira Cardoso Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas
João Sicsú

Diretora de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais
Liana Maria da Frota Carleial

Diretor de Estudos e Políticas Setoriais, de Inovação, Regulação e Infraestrutura
Márcio Wohlers de Almeida

Diretor de Estudos e Políticas Sociais
Jorge Abrahão de Castro

Chefe de Gabinete
Persio Marco Antonio Davison

Assessor-chefe de Imprensa e Comunicação
Daniel Castro

URL: http://www.ipea.gov.br
Ouvidoria: http://www.ipea.gov.br/ouvidoria

Texto para Discussão

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos direta ou indiretamente desenvolvidos pelo Ipea, os quais, por sua relevância, levam informações para profissionais especializados e estabelecem um espaço para sugestões.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade do(s) autor(es), não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.

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

ISSN 1415-4765
JEL: H2, I11, I18.

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO 7

2 CONCEITO, LEGISLAÇÃO E CONTEXTO HISTÓRICO DA RENÚNCIA 9

3 ESTIMATIVA DA RENÚNCIA DE ARRECADAÇÃO FISCAL EM SAÚDE 12

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS 15

REFERÊNCIAS 17

ANEXOS 20

SINOPSE

A elaboração deste texto teve início na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e contou com o apoio dos técnicos da Receita Federal do Brasil (RFB). A mensuração dos gastos tributários em saúde é um desafio para os economistas, cientistas políticos, sanitaristas e gestores da área. Neste artigo, estimamos a renúncia de arrecadação fiscal em saúde no período compreendido entre 2003 e 2006. Em particular, avaliamos os gastos tributários relacionados ao mercado de planos de saúde. Uma vez superada essa dimensão quantitativa, poderemos analisar com mais profundidade os problemas relacionados à renúncia fiscal no campo das políticas públicas, entre eles, o grau de eficiência e equidade do gasto federal em saúde.

ABSTRACT[i]

This technical paper estimates the deductions on tax credits in Brazil for health care during 2003 and 2006. Subsidies for private health insurance are the focus of this study. It seems to be a contradiction between the redistribution model in the Constitution and the level of public spending on health care in Brazil. For this reason, one could argue that tax subsidies deprive the Unified Health System (Sistema Único de Saúde, or SUS) of the financial resources that might otherwise have been used to improve its accessibility and quality, especially under fiscal constraint.

i. As versões em língua inglesa das sinopses desta coleção não são objeto de revisão pelo Editorial do Ipea.
The versions in English of the abstracts of this series have not been edited by Ipea's editorial department.

1 INTRODUÇÃO

A mensuração dos gastos tributários em saúde continua sendo um desafio para economistas, cientistas políticos, sanitaristas e gestores da área. No Brasil, já foram produzidos estudos dessa natureza no campo da saúde coletiva, entre os quais gostaríamos de destacar a dissertação de Sayd (2003).

Este trabalho tem por objetivo contribuir para esse debate, estimando a renúncia de arrecadação fiscal em saúde, no período compreendido entre 2003 e 2006. Isto é, aqueles recursos financeiros que o Estado deixa de recolher no setor, uma vez que parte dos impostos e das contribuições sociais – que deveria ser paga pelas famílias, empregadores, indústria farmacêutica e hospitais filantrópicos – pode ser abatida do total. Em particular, analisamos os gastos tributários relacionados ao mercado de planos de saúde, embora as alíquotas diferenciadas do Imposto de Renda sobre Pessoa Jurídica (IRPJ) e do Imposto Sobre Serviços (ISS) etc., facultadas aos hospitais e clínicas privadas bem como às empresas "uniprofissionais" de médicos, não serão tratadas neste estudo.

Essa investigação teve início na ANS, cujo convênio com a secretaria da RFB assegurou a qualidade da base de dados utilizada para efeito do cálculo desta estimativa – que foi agregada segundo faixa de alíquota –, embora não tenha sido possível coletar e processar os microdados. Vale dizer, dado o caráter exploratório deste trabalho, que não utilizamos nenhum deflator para corrigir os valores nominais, cuja aplicação poderia levantar questões metodológicas relativas ao índice de preço selecionado, a nosso ver desnecessária neste momento, tendo em vista a finalidade desta investigação.

Uma vez superada essa dimensão quantitativa poderemos analisar de maneira mais adequada os problemas relacionados à renúncia fiscal, desenvolvendo os seguintes estudos no setor: a distribuição do gasto público federal por estratos de renda; o gasto "líquido" das famílias com saúde; o impacto da renúncia sobre a demanda do mercado de serviços de saúde; a sonegação fiscal dos agentes econômicos do setor (uso de meios ilegais para diminuir ou evitar o pagamento de impostos) etc. Em relação a esses aspectos tributários, além da investigação da carga tributária da área da saúde, outro tema relevante é o seguinte: a renúncia pode evidenciar receitas que, de outra forma, estariam sujeitas à sonegação de serviços médicos prestados diretamente aos pacientes (BRASIL, 2001a). Seria possível, finalmente, examinar e aprofundar questões já distinguidas por

um conjunto de autores: o conceito de gasto tributário (ANDREAZZI; OCKÉ-REIS, 2007); a questão da justiça distributiva (PIOLA *el al.*, 2010; DAIN *el al.*, 2001); a magnitude do aumento do "preço de equilíbrio" do mercado (SMART; STABILE, 2005; PAULY, 1986); os efeitos da renúncia sobre o financiamento do público-privado (TUOHY; FLOOD; STABILE, 2004); o favorecimento das condições de rentabilidade do mercado (BAYER; LEYS, 1986); a autossuficiência econômica do mercado de planos de saúde (SANTOS, 2006); a socialização dos custos de reprodução da força de trabalho (OCKÉ-REIS, 2008); e a relação entre as filas no sistema público e os subsídios destinados ao setor privado (OCKÉ-REIS, 2011; MARINHO, 2004).

Cabe-nos, ainda, apresentar dois argumentos nesta introdução, uma vez que eles constituem, de certa forma, o pano de fundo da discussão sobre a renúncia fiscal em saúde. Embora, considerando a caráter descritivo deste trabalho, não pretendamos questionar o mérito de tais proposições, pois queremos tão somente estimular o debate acerca dos gastos tributários em saúde.

1. O primeiro argumento diz respeito ao incentivo governamental, de natureza econômica, associado à renúncia de arrecadação fiscal em saúde. Em um primeiro exame, a renúncia acabou favorecendo a expansão da oferta hospitalar privada e, principalmente, o crescimento do mercado de planos de saúde, mediante o patrocínio do Estado, em detrimento do financiamento dos serviços públicos de saúde. Neste quadro, após a década de 1980, as classes médias passaram a consumir planos de saúde e os trabalhadores a exigi-los enquanto diferencial de salário de suas empresas (*fringe benefits*) (ANDREAZZI; OCKÉ-REIS, 2007).
2. Dada a restrição orçamentária das contas públicas, a segunda linha de argumentação advoga que o Sistema Único de Saúde (SUS) vive uma crise crônica de financiamento. Com base nessa interpretação, faz-se uma crítica ao subsídio implícito na renúncia, dado seu caráter regressivo ao favorecer grupos sociais com maior capacidade de gasto (UGÁ; SANTOS, 2007). Admite-se que os indivíduos localizados no topo da distribuição de renda – que abatem seus gastos no Imposto de Renda – receberiam em termos *per capita* uma quantidade maior de recursos. Da óptica setorial, uma solução seria eliminar a renúncia, uma vez que o sistema público, teoricamente, deveria cobrir as necessidades de todos os cidadãos; ou ao menos, que parte dos recursos fosse revertidos para o SUS – cujas fontes de financiamento permanecem instáveis (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2005) – acomodando eventuais pressões sobre o acesso e a utilização do sistema.

Não analisaremos neste artigo as implicações econômicas dos incentivos governamentais dirigidos ao mercado de serviços de saúde, tampouco a equidade do financiamento do SUS. Entretanto, acreditamos que este trabalho poderá colaborar para iluminar essas questões, que demarcam a polêmica em torno da renúncia, no campo das políticas públicas. Apresentam-se, a seguir, na seção 2, alguns comentários sobre o conceito, a legislação e o contexto histórico da renúncia. Na seção 3, estima-se a magnitude da renúncia fiscal em saúde do governo federal. E, nas considerações finais, destacaremos os principais resultados encontrados, bem como faremos breves apontamentos que podem ser úteis para o desenvolvimento de estudos futuros.

2 CONCEITO, LEGISLAÇÃO E CONTEXTO HISTÓRICO

Grande parte deste trabalho se dedica à avaliação dos subsídios destinados à demanda de planos de saúde e aos serviços médico-hospitalares. Os subsídios alocados à oferta, isto é, aos hospitais filantrópicos e à indústria farmacêutica são mensurados apenas para efeito do cálculo agregado do gasto tributário em saúde.

2.1 CONCEITO

Pode-se dizer que…

> (...) o conceito de "gastos tributários" foi usado pela primeira vez em 1967, referindo-se aos dispositivos existentes na legislação do imposto de renda, que não faziam parte da estrutura do imposto, mas que continham deduções, isenções e outros benefícios fiscais. Esses benefícios constituíam-se em gastos do governo realizados por intermédio da redução da carga tributária, ao invés de um desembolso direto (CEPAL/PNUD, 1991).

Mas então como podemos conceituar os incentivos governamentais na área da saúde? Segundo Villela (1981),

> (...) dentro do conceito de gasto tributário, a transferência (implícita) de recursos se dá da seguinte maneira: por um lado, existe o imposto devido pelo contribuinte ao Estado e, por outro, o interesse do governo de prover uma determinada assistência financeira. Assim, ao deixar de arrecadar parte do imposto a ele devido (como resultado do benefício fiscal), o Estado age como se estivesse neste exato momento realizando um pagamento. Trata-se de um pagamento implícito, isto é, não há um desembolso por parte do governo, mas, mesmo assim, constitui-se em pagamento de fato.

Nessa linha, alguns manuais de economia do setor público sugerem que tal renúncia pode ser vista enquanto um gasto tributário, isto é, uma unidade monetária de imposto não recolhida (BIDERMAN; ARVATE, 2005). Cabe ressaltar, entretanto, que não há acordo se tal renúncia é um gasto ou um benefício tributário: na visão da assessoria técnica do Sindicato Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal (Unafisco), as despesas com dependentes, educação e saúde no Imposto de Renda sobre Pessoa Física (IRPF) não podem ser classificadas enquanto um benefício tributário, porque não melhoram a situação econômica do contribuinte, uma vez que substituem despesas com serviços não garantidos pelo Estado. Afinal, afirmam,

> (...) não se pode renunciar a uma renda que não existe, pois o rendimento bruto não representa a capacidade contributiva do contribuinte. Esta só começa após a dedução dos gastos necessários a aquisição e manutenção da renda e do patrimônio, assim como do mínimo indispensável a uma existência digna para o contribuinte e sua família (ANFIP, 2003).

De qualquer maneira, para outros autores, mediante a renúncia fiscal, as pessoas físicas (declarantes) acabam tendo o "direito" de deduzir da renda tributável – para fins do pagamento do imposto de renda – o que gastaram com assistência médica e odontológica, resultando em um subsídio. Essa renúncia alcançaria da mesma forma os empregadores, quando prestam assistência médica e odontológica a seus empregados e familiares (diretamente ou quando contratam operadoras de planos de saúde), cujo gasto reduz o lucro tributável uma vez que tais dispêndios são considerados despesas operacionais (PIOLA *et al.*, 2010; BAHIA, 2001).

2.2 LEGISLAÇÃO

O nível e os itens de gasto passíveis de abatimento variaram ao longo do tempo. Depois da Constituição Federal de 1988 (CF/88) foram estabelecidos tetos, que limitavam as deduções dos gastos com saúde para efeito da base de cálculo do IRPF. Afinal de contas, à época, essa dedução era percebida enquanto um subsídio supérfluo para os estratos intermediários e superiores de renda – considerando seu poder aquisitivo e que o SUS deveria garantir assistência médica e odontológica a todos brasileiros. Após 1990, entretanto, além de ter sido permitida a inclusão de despesas com planos de saúde (ALMEIDA, 1998), a dedução voltou a vigorar sem limite em 1991 (ano-base 1990) para os gastos das famílias (IRPF) e dos empregadores (IRPJ). Exceção à regra, a partir de 1992, foram os gastos com medicamentos para as pessoas físicas (DAIN *et al.*, 2001).

Em particular, a instrução normativa nº 15, da RFB, de 6 de fevereiro de 2001 (BRASIL, 2001b) – que trata da dedução das despesas médicas próprias e dos dependentes na declaração anual do IRPF – diz no seu Art. 43, que podem ser ou não deduzidos os seguintes pagamentos efetuados no ano-calendário: *i*) médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e hospitais, bem como despesas com exames laboratoriais, serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias – as despesas com nutricionistas não constam no rol de despesas legalmente dedutíveis no IRPF; *ii*) aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias (pernas e braços mecânicos, cadeira de rodas, andadores ortopédicos, palmilhas e calçados ortopédicos, ou qualquer outro aparelho ortopédico destinado à correção de desvio de coluna ou defeitos dos membros ou das articulações); *iii*) firmas domiciliadas no Brasil com a finalidade de intermediar financeiramente as despesas com hospitalização, cuidados médicos e dentários ou entidades, que assegurem o direito de atendimento e/ou ressarcimento de tais despesas; *iv*) estabelecimentos especializados no atendimento de portadores de deficiência física ou mental; e *v*) empresa ou entidade onde o contribuinte trabalhe – ou fundação, caixa de assistência etc., caso a entidade mantenha convênio direto para cobrir total ou parcialmente as despesas. Não se incluem nesse conjunto mencionado, as despesas ressarcidas por entidades de qualquer espécie ou cobertas por contrato de seguro – caso a dedução esteja sujeita a ressarcimento parcial, considera-se como dedução apenas o montante não ressarcido –, tampouco pagamentos que caracterizem investimentos em empresas, tais como títulos patrimoniais, cotas ou ações, mesmo que esses assegurem o direito à assistência médica, odontológica ou hospitalar.

Em suma, conforme a especificidade de cada agente econômico, a base de cálculo dos impostos e contribuições sociais a serem pagos pelas famílias, empregadores, indústria farmacêutica e hospitais filantrópicos pode ser legalmente subtraída por meio dos gastos com saúde.

2.3 CONTEXTO HISTÓRICO

À primeira vista, o Estado deixou de ser um dos principais financiadores das ações e serviços do setor, uma vez que a participação da administração pública nas despesas (consumo final) relacionadas à saúde foi de apenas 38,8% em 2005 (IBGE, 2008). Essa constatação nos obriga reconhecer que a análise dos gastos tributários em saúde não deve menosprezar as relações financeiras entre o Estado e o mercado de serviços de saúde.

Afinal, "(...) diversas podem ser as formas de atuação do Estado no campo da saúde: (...) concessão de subsídios, isenções fiscais ou incentivos à população, resultando no barateamento dos custos de atenção à saúde para a população ou para certos segmentos desta" (MEDICI, 1990).

Na década de 1990, esse mercado alcançou certo grau de autonomização financeira face aos gastos públicos em saúde, embora, por meio da renúncia de arrecadação fiscal, o Estado tenha continuado indiretamente a patrocinar o consumo de serviços privados. No entanto, para ser rigoroso, uma vez que a clientela da medicina privada pode utilizar o SUS, pode-se dizer, dada – na prática – a socialização de seus custos, que o mercado de planos de saúde se beneficia também daquele gasto aplicado de forma direta na saúde pública (OCKÉ-REIS; SILVEIRA; ANDREAZZI, 2006).

Em uma perspectiva histórica, esse processo inaugura, claramente, um padrão de intervenção do Estado contraditório no tocante às políticas de saúde. De um lado, a Constituição propôs implantar um modelo de proteção social inspirado nas experiências do Estado de bem-estar europeu, que prevê o financiamento de políticas públicas via impostos e contribuições sociais. De outro, seguindo o modelo liberal estadunidense, cujas fontes de financiamento se baseiam nos *employment-benefits* (gastos tributários) e nos *tax expenditures* (benefícios empregatícios) (MARMOR; FREEMAN; OKMA, 2005), amplia a renúncia fiscal em saúde.

Na próxima seção, uma vez esclarecido *in passant* o conceito, a legislação e o contexto histórico em que a discussão em torno da renúncia de arrecadação fiscal está inserida, estimamos a magnitude da renúncia fiscal em saúde do governo federal com ênfase na avaliação dos subsídios destinados à demanda.

3 ESTIMATIVA DA RENÚNCIA DE ARRECADAÇÃO FISCAL EM SAÚDE

Na tabela 1, vê-se que o total do gasto tributário em saúde quase dobrou de R$ 7,1 bilhões para R$ 12,4 bilhões em termos nominais, entre 2003 e 2006. Os gastos associados ao IRPF e aos medicamentos mudaram de patamar, respectivamente, de R$ 3,7 bilhões para R$ 5,7 bilhões e de R$ 1,2 bilhão para R$ 3,4 bilhões. Seguindo essa tendência de alta, até 2006, houve elevação dos gastos associados ao IRPJ e aos hospitais

filantrópicos, quando alcançaram, simultaneamente, R$ 1,7 bilhão e R$ 1,5 bilhão. Em termos percentuais, exceto em 2006, conforme demonstrado na tabela 2, devido ao aumento significativo dos gastos associados aos medicamentos (27,6%), os gastos associados ao IRPF responderam por mais da metade dos gastos no período – calculados segundo faixa de alíquota. Agrega-se a isso, a participação percentual conjunta dos gastos associados ao IRPJ e aos filantrópicos caíram, aproximadamente, de um terço para um quarto do total, dado o privilegiamento dos subsídios destinados à oferta de medicamentos mencionado acima.

TABELA 1
Gasto tributário em saúde – 2003-2006
(Em R$ milhões)

Ano	IRPF	IRPJ	Medicamentos	Filantrópicos	**Total**
2003	3.745	1.162	1.121	1.144	**7.172**
2004	4.559	1.309	1.477	1.474	**8.819**
2005	4.975	1.503	1.732	1.353	**9.563**
2006	5.776	1.721	3.433	1.523	**12.453**

Fonte: RFB.
Elaboração dos autores.

TABELA 2
Composição do gasto tributário em saúde – 2003-2006
(Em %)

Ano	IRPF	IRPJ	Medicamentos	Filantrópicos	**Total**
2003	52,2	16,2	15,6	16,0	**100**
2004	51,7	14,8	16,7	16,7	**100**
2005	52,0	15,7	18,1	14,1	**100**
2006	46,4	13,8	27,6	12,2	**100**

Fonte: RFB.
Elaboração dos autores.

Na tabela 3, ao avaliarmos a composição dos gastos do IRPF, vê-se que o gasto com planos de saúde foi o mais significativo em todo o período, subindo de R$ 1,9 bilhão para R$ 3,2 bilhões, entre 2003 e 2006. Em seguida aparecem os gastos com profissionais de saúde, que atingiram R$ 1,4 bilhão em 2006. Destaca-se, ainda, o crescimento em termos nominais do gasto tributário associado aos hospitais e clínicas privadas, crescendo de R$ 715 milhões em 2003 para R$ 1 bilhão em 2006. Em termos absolutos, os gastos realizados no exterior (hospitais, clínicas e profissionais) são relativamente residuais, respondendo por apenas R$ 74 milhões em 2006.

TABELA 3
Gasto tributário, IRPF segundo tipo de gasto – 2003-2006
(Em R$ milhões)

Tipo de gasto	2003	2004	2005	2006
Hospitais clínicas Brasil	715	870	897	1.055
Hospitais clínicas exterior	14	17	16	16
Planos de saúde	1.940	2.362	2.736	3.232
Profissionais da área de saúde Brasil	1.020	1.242	1.268	1.414
Profissionais da área de saúde exterior	55	66	58	58
Total	**3.745**	**4.559**	**4.975**	**5.776**

Fonte: RFB.
Elaboração dos autores.

TABELA 4
Execução financeira do Ministério da Saúde (MS) – 2003-2006
(Em R$ milhões)

Ano	Valor corrente
2003	27.181
2004	32.703
2005	37.146
2006	40.750

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)/MS.

Na tabela 4, apresentamos o gasto público federal em saúde, medido segundo a metodologia do SIOPS. Sendo assim, podemos observar que o governo federal deixou de arrecadar na área da saúde quase um terço do gasto aplicado em 2006 (tabela 5). Em síntese, conforme a tabela 6, o gasto tributário cresceu em ritmo superior ao gasto do MS, respectivamente, 73,6% contra 49,9% entre 2003 e 2006. Esse fato indica que o Estado favoreceu a taxa de crescimento do sistema privado, em particular o mercado de planos de saúde e de serviços médico-hospitalares, que de alguma forma acontece em detrimento da taxa de expansão dos gastos públicos – tomando em conta que uma unidade do gasto tributário pode ser vista enquanto uma unidade potencial de gasto público em saúde.

TABELA 5
Gasto tributário como proporção dos gastos do MS – 2003-2006
(Em %)

Ano	Gasto tributário/MS
2003	26,4
2004	27,0
2005	25,7
2006	30,6

Fontes: RFB e MS.
Elaboração dos autores.

TABELA 6
Taxa de crescimento nominal: comparação entre o gasto tributário e o gasto do MS – 2003-2006
(Em %)

	Taxa de crescimento	
Período	Gasto tributário em saúde	Gasto do Ministério da Saúde
2004-2003	23,0	20,3
2005-2004	8,4	13,6
2006-2005	30,2	9,7
2006-2003	73,6	49,9

Fontes: RFB e MS.
Elaboração dos autores.

Na tabela 7, observamos que a renúncia de arrecadação fiscal associada aos gastos tributários com planos de saúde contribuiu, em proporção ascendente, com 11,8% do faturamento do mercado de planos de saúde em 2006.

TABELA 7
Gasto tributário como proporção do faturamento do mercado de planos de saúde – 2003-2006
(Em %)

Ano	Renúncia/faturamento mercado de planos de saúde
2003	10,9
2004	11,4
2005	11,4
2006	11,8

Fontes: RFB e ANS.
Elaboração dos autores.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos 45 anos, o mercado de planos de saúde se expandiu contando com subsídios à demanda – que acaba concentrando renda e subtraindo recursos do setor público.

Essa constatação nos obriga a repensar a relação entre esse mercado e o padrão de financiamento público, bem como suas implicações redistributivas, sob pena de não se compreender o papel central que o Estado representa enquanto financiador do sistema de saúde brasileiro. O aumento da participação do setor público no financiamento da saúde pública se contrapõe à subvenção estatal ao setor privado de saúde, fator gerador de iniquidades, resultando em um acesso fragmentado e desigual dos cidadãos brasileiros ao sistema de saúde.

Vale dizer, em 2006, o volume da renúncia chamou atenção: a renúncia de arrecadação alcançou a magnitude de R$ 12,5 bilhões, valor proporcional a 30,6% dos dispêndios do governo.[1] Trata-se de um subsídio expressivo direcionado ao subsistema privado, em especial ao mercado de planos de saúde, cujo gasto tributário alcançou um terço do total nesse ano (ver, também, sua participação na composição do faturamento do mercado na tabela 7).

Nessa linha, para favorecer a construção de políticas equitativas (desconcentração de renda), é plausível imaginar que boa parte dos formuladores de política cogite eliminar os gastos tributários para "devolvê-los" ao setor público ou ao menos reduzir sua regressividade (limites de abatimento). Nesse caso, por exemplo, as famílias que compram serviços privados de saúde e deduzem seus dispêndios na declaração do IRPF não contariam mais com esse tipo de incentivo governamental ou parte dele.

Em sentido diverso, a retirada do subsídio implicaria menor informação sobre a base da receita dos prestadores privados de saúde. Esse seria um argumento, de ordem fiscal, a favor da manutenção dos gastos tributários, no que se refere à estratégia de combate à sonegação fiscal dos tais prestadores. Esse segmento exige fiscalização ativa, a qual, muitas vezes, torna-se problemática: os profissionais liberais e hospitais estão espalhados em todo o território nacional, ao passo que, por exemplo, os planos de saúde estão concentrados nas regiões Sudeste e Sul com presença marcante nas regiões metropolitanas do país (ANDREAZZI; KORNIS, 2003).

Da ótica do orçamento público federal, a introdução de uma política com a finalidade de reduzir o caráter inequitativo da renúncia de arrecadação fiscal teria efeito questionável sobre a iniquidade do financiamento setorial, uma vez que nada garante que o governo aplicaria a totalidade dos recursos na área da saúde. Se mantido o subsídio, ao menos, o bem-estar do consumidor poderia ser garantido a partir de reajustes menores de preços dos planos de saúde, fato este também sem nenhuma garantia.

1. Em 2006, o governo federal e as estatais destinaram, aproximadamente, R$ 2,2 bilhões para custear a assistência à saúde dos trabalhadores da administração pública direta e indireta, bem como a isenção do IRPF com aposentadoria (pensão) por moléstias graves tenha alcançado o valor de R$ 139 milhões, quantia um pouco menor do que aquelas observadas em anos anteriores (anexos).

A adoção de uma política equitativa, portanto, parece aceitável eticamente, embora com poucas chances de ser aplicada integralmente pelo Governo Federal. Uma mediação possível – paralelamente ao fortalecimento do SUS – seria a retirada gradual do subsídio (ou por item de gasto, ou por faixa de renda/alíquota, ou ainda, por faixa etária), visando atender esse princípio da equidade (melhor distribuição) para tornar o sistema público mais eficiente (melhor alocação).

REFERÊNCIAS

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

ANDREAZZI, M. F. S.; KORNIS G. E. M. Papel das reformas dos anos 90 na demanda por seguros privados de saúde no Brasil: consensos e dissensos. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p. 201-229, 2003.

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.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL (ANFIP). **O imposto de renda na reforma tributaria**: fundamentos da campanha imposto de renda com justiça. Brasília, 2003. Mimeografado.

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

BAYER, G. F.; LEYS, H. R. Saúde enquanto questão politicamente intermediada. **SS & Sociedade**, n. 22, p. 103-125, 1986.

BIDERMAN, C.; ARVATE, P. **Economia do setor público no Brasil**. São Paulo: Elsevier Editora, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde. Brasília, 2001a. Mimeografado.

_____. Receita Federal. **Instrução Normativa SRF nº 15, de 6 de fevereiro de 2001**, 2001b. Disponível em: <www.receita.fazenda.gov.br/Legislacao/ins/2001/in0152001.htm>. Acesso em: 4 mar. 2011.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE (CEPAL); PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Casos de êxito na política fiscal brasileira**. 1991 (Série Política Fiscal, 15).

DAIN, S. *et al*. Avaliação dos impactos da reforma tributaria sobre o financiamento da saúde : NEGRI, B.; GIOVANNI, G. **Brasil**:radiografia da saúde Brasília; Campinas: MS; UNICAMP, 2001. p. 233-288.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Economia da saúde**: uma perspectiva macroeconômica. Rio de Janeiro, 2008. (Série Estudos e Pesquisas, Informação Econômica, 9).

MARINHO, A. **Um estudo sobre as filas para internações e para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Ipea, 2004 (Texto para Discussão, n. 1055).

MARMOR, T. R.; FREEMAN, R.; OKMA, K. Comparative perspectives and policy learning in the world of health care. **Journal of Comparative Policy Analysis**, v. 7, n. 4, p. 331-48, 2005.

MEDICI, A. C. **Incentivos governamentais ao setor privado no Brasil**.Rio de Janeiro: ENCE/IBGE, 1990(Relatório Técnico, n. 1).

OCKÉ-REIS, C. O. O mercado de planos de saúde: o problema vira solução? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1398-1400, 2008.

_____. **Brazilian private insurance subsidies and public health**: lessons from abroad. Rio de Janeiro, 2011. Mimeografado.

OCKÉ-REIS, C. O.; SILVEIRA F. G.; ANDREAZZI, M. F. S. O mercado de planos de saúde: uma criação do Estado? **Rev. Econ. Contemp.**, v. 10, n. 1, p. 157-86, 2006.

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

PEREIRA, J. Justiça social no domínio da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 400-421, out./dez. 1990.

PIOLA, S. F. *et al*. Gasto tributário e conflito distributivo na saúde. : CASTRO, J. A.; SANTOS, C. H.; RIBEIRO, J. A. C. **Tributação e equidade no Brasil**: um registro da reflexão do Ipea no biênio 2008-2009. Brasília: Ipea, 2010. p. 351-374.

RIBEIRO, J. A.; PIOLA, S. F.; SERVO, L. M. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. JORNADA DE ECONOMIA DA SAÚDE, 2. Belo Horizonte, 2005. Mimeografado.

SANTOS, F. P. **A regulação pública da saúde no Brasil**: o caso da saúde suplementar. 2006. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas Campinas, São Paulo, 2006.

SAYD, P. D. **Renúncia fiscal e eqüidade na distribuição de recursos para a saúde**. 2003. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

SMART, M.; STABILE M. Tax credits, insurance, and the use of medical care. **Canadian Journal of Economics**, v. 38, n. 2, p. 345-365, 2005.

TUOHY C. H.; FLOOD C. M.; STABILE M. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. **JHPPL**, v. 29, n. 3, p. 359-396, 2004.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. An analysis of equity in Brazilian health system financing. **Health Affairs**, v. 24, n. 4, p. 1017-1028, 2007.

VILLELA, L. A. **Gastos tributários e justiça social**: o caso do IRPF no Brasil 1981. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica (PUC), Departamento de Economia, Rio de Janeiro, 1981.

ANEXOS

TABELA 1A

Gasto com assistência médica e odontológica dos servidores federais e dependentes – governo federal, 2003-2006

(Em R$ valores correntes)

Ano	**Total[1]**
2003	**881.343.797,50**
2004	**960.953.663,85**
2005	**1.059.028.057,35**
2006	**1.140.079.992,37**

Fonte: Siga Brasil/Senado Federal.
Elaboração dos autores.
Nota: [1] Inclusive RP PAGO.

TABELA 2A

Contribuição patronal à assistência médica dos funcionários – administração pública indireta, 2003-2006

(Em R$ milhões – valores correntes)

	Setor produtivo estatal[1]	Instituições financeiras[2]	**Total**
2003	40.924	535.829	**576.753**
2004	112.332	535.829	**759.204**
2005	166.236	781.440	**947.676**
2006	189.690	823.753	**1.013.443**

Fonte: Departamento de Coordenação e Controle das Empresas Estatais/MPOG.
Notas: [1] Grupo Petrobras, Grupo Eletrobrás e demais empresas.
[2] Grupo BB, Grupo BESC e independentes.

TABELA 3A

Gasto total com assistência médica e odontológica dos servidores e funcionários – governo federal e empresas estatais, 2003-2006

(Em R$ valores correntes)

Ano	**Total**
2003	**1.458.098.800,50**
2004	**1.720.157.663,85**
2005	**2.006.704.057,35**
2006	**2.153.522.992,37**

Fontes: Tabelas 1A e 2A.
Elaboração dos autores.

TABELA 4A
Isenção IRPF, aposentadoria/pensão por moléstias graves – 2003-2006
(Em R$ milhões – valores correntes)

Ano	**Total**
2003	**140.484**
2004	**440.771**
2005	**531.636**
2006	**138.984**

Fonte: RFB.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2011

EDITORIAL

Coordenação
Cláudio Passos de Oliveira

Njobs Comunicação

Supervisão
Cida Taboza
Fábio Oki
Thayse Lamera

Revisão
Ângela de Oliveira
Cristiana de Sousa da Silva
Lizandra Deusdará Felipe
Regina Marta de Aguiar

Editoração
Anderson Reis

Capa
Luís Cláudio Cardoso da Silva

Projeto gráfico
Renato Rodrigues Bueno

Livraria do Ipea

SBS – Quadra 1 - Bloco J - Ed. BNDES, Térreo.
70076-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 3315-5336

Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br
Tiragem: 500 exemplares

Logotipo/slogan de governo removido em observancia ao disposto no art. 40 da Lei n 9.504/1997

ISSN 1415-4765

Ipea – Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

SECRETARIA DE
ASSUNTOS ESTRATÉGICOS
DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA