

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS  
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA E RELAÇÕES INTERNACIONAIS**

**ROBERTA SAMPERT**

**INCENTIVOS FISCAIS DO GOVERNO FEDERAL AOS SERVIÇOS DE SAÚDE  
PRIVADOS NO BRASIL: O CASO DAS RENÚNCIAS FISCAIS**

**Porto Alegre**

**2015**

**ROBERTA SAMPERT**

**INCENTIVOS FISCAIS DO GOVERNO FEDERAL AOS SERVIÇOS DE SAÚDE  
PRIVADOS NO BRASIL: O CASO DAS RENÚNCIAS FISCAIS**

Trabalho de conclusão submetido ao Curso de Graduação em Ciências Econômicas da Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Economia.

Orientador: Profa. Dra. Janice Dornelles de Castro

**Porto Alegre**

**2015**

#### CIP - Catalogação na Publicação

Sampert, Roberta  
INCENTIVOS FISCAIS DO GOVERNO FEDERAL À SAÚDE  
PRIVADA NO BRASIL: O CASO DAS RENÚNCIAS FISCAIS /  
Roberta Sampert. -- 2015.  
53 f.

Orientadora: Janice Dornelles de Castro.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade  
de Ciências Econômicas, Curso de Ciências Econômicas,  
Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Renúncias Fiscais.  
3. Gastos Tributários. 4. Financiamento da Saúde. I.  
Dornelles de Castro, Janice, orient. II. Título.

**ROBERTA SAMPERT**

**INCENTIVOS FISCAIS DO GOVERNO FEDERAL AOS SERVIÇOS DE SAÚDE  
PRIVADOS NO BRASIL: O CASO DAS RENÚNCIAS FISCAIS**

Trabalho de conclusão submetido ao  
Curso de Graduação em Economia da  
Faculdade de Ciências Econômicas da  
UFRGS, como requisito parcial para  
obtenção do título Bacharel em Economia.

Aprovada em: Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

BANCA EXAMINADORA:

---

Profa. Dra. Janice Dornelles de Castro  
UFRGS

---

Profa. Dra. Rosa Angela Chieza  
UFRGS

---

Prof. Me. Ario Zimmermann  
UFRGS

Dedico este trabalho aos meus pais, Roberto e Jaqueline, e ao meu namorado, Rafael, meus três grandes exemplos de vida. Se hoje alcancei parte dos meus sonhos, é porque vocês estiverem ao meu lado, me fortalecendo e incentivando.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, à minha orientadora, Profa. Dra. Janice Dornelles de Castro, pelas recomendações para a conclusão deste trabalho, pela colaboração e dedicação ao meu aprendizado. Minha gratidão também pela inspiração no aprofundamento de meus estudos na área de Economia da Saúde.

A todos os meus professores da graduação, agradeço pelo tempo dedicado ao meu aprendizado e pela importante contribuição em minha formação como economista.

Agradeço aos colegas de turma e aos amigos que estiveram ao meu lado durante esses quatro anos, compartilhando preocupações, estudos e, principalmente, muitas risadas.

À minha família, principalmente ao meu pai, à minha mãe e à minha vó, agradeço pelo apoio incondicional e eterno incentivo para que eu sempre almejasse mais. A eles meu eterno agradecimento, pois me ensinaram, desde sempre, a importância do estudo, da dedicação e do esforço.

Ao meu namorado, minha maior inspiração, por ser um exemplo de superação, humildade e lealdade. Agradeço por fazer de mim uma pessoa melhor.

*O cientista não é o homem que fornece as verdadeiras respostas; é quem faz as verdadeiras perguntas.*

*Claude Lévi-Strauss*

## RESUMO

Em 1988, a Constituição Federal instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), visando prover assistência médica universal e gratuita a todos os brasileiros. Mais de duas décadas após sua criação, o SUS parece carecer de recursos para seu financiamento. Concomitantemente, o governo federal provém incentivos fiscais ao sistema de saúde privado, na medida em que desonera determinados tributos de entidades filantrópicas, medicamentos, produtos químicos e farmacêuticos, bem como pessoas físicas e jurídicas que gastam com saúde. Este trabalho demonstrará qual a representatividade dessas desonerações, ou seja, quais os gastos tributários com renúncias fiscais na área da saúde, perante o montante de recursos que o governo federal destina ao financiamento da saúde pública no Brasil. Por meio de dados extraídos da Receita Federal do Brasil e do Ministério da Saúde, pretende-se discutir a possibilidade de que os valores que deixam de ser arrecadados pela renúncia fiscal na área da saúde sejam utilizados como incremento ao financiamento do sistema público. Por fim, conclui-se que a redução e/ou eliminação das desonerações fiscais concedidas às pessoas físicas e jurídicas nos impostos de renda, poderiam representar um aumento de 14% no montante destinado ao financiamento do SUS – caso esses recursos fossem efetivamente alocados à saúde pública.

**Palavras-chave:** Sistema Público de Saúde. Renúncias Fiscais. Gastos Tributários. Saúde Privada. Financiamento da Saúde.



## **ABSTRACT**

In 1988, Brazil's Federal Constitution established the National Health Care System, known as Unified Health System - SUS. The SUS is universal and free for every Brazilian citizen. After more than two decades of its creation, SUS seems to struggle with lack of financial resources. In the mean time, federal government provides tax breaks to private expenditure on health. The exemptions on taxes benefit hospitals, medicaments, quimical and pharmaceutical products as well as companies and people who spend money on health. This work will demonstrate how representative these tax exemptions are when compared to the amount destined by the federal government to finance the SUS. Using data from Brazil's Receita Federal and Ministry of Health, this work intends to discuss the possibility of using this money that is not collected because of the exemptions, as an increase in the financing of the public health system. Ultimately, it is concluded that the reduction or elimination of tax exemptions granted to companies and people in their income taxes, could represent an expansion of 14% in the amount of resources that sustain the SUS – if these resources were effectively allocated to public health.

**Key Words:** SUS. Public Health. Tax Exemptions. Private Health Expenditure. Unified Health System Financing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Participação de cada ente federativo no total das despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde de 2000 a 2011 (em %) .....	25
Gráfico 2 – Benefícios tributários à área da saúde no ano de 2011, por grupo beneficiado (em %) .....	33
Gráfico 3 – Rendimento real dos beneficiários de planos individuais e não beneficiários por região – 2008 .....	35
Gráfico 4 - Gastos tributários com saúde das Entidades Filantrópicas de 2009 – 2013, .....	38
Gráfico 5 – Gastos tributários por grupo beneficiado de 2009 – 2013 (em R\$ milhão – dados reais).....	40
Quadro 1- Formas de organização da saúde no Brasil .....	20
Quadro 2 – Estrutura Tributária Brasileira .....	26

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Despesas por ente federativo com Ações e Serviços Públicos de Saúde de 2000 a 2011 .....	23
Tabela 2 – Participação (em %) por ente federativo com Ações e Serviços Públicos de Saúde de 2000 a 2011 .....	24
Tabela 3 – Distribuição da arrecadação por entidade federativa em 2012 e 2013....	27
Tabela 4 – Evolução dos gastos tributários de 2009 a 2013 e sua representatividade em .....	29
Tabela 5 – Gastos tributários com saúde por tributo no ano de 2011 (em R\$ milhão – dados reais).....	32
Tabela 6 – Gastos tributários com saúde das Entidades Filantrópicas de 2009 -2013 (em R\$ milhão – dados reais). .....	37
Tabela 7 – Gastos tributários com saúde dos Produtos Químicos e Farmacêuticos e Medicamentos de 2009 -2013 (em R\$ milhão – dados reais). .....	38
Tabela 8 – Gastos tributários com saúde de pessoas físicas e jurídicas de 2009 -2013 (em R\$ milhão – dados reais). .....	39
Tabela 9 – Gastos tributários com saúde por grupo beneficiado de 2009 -2013 (em R\$ milhão – dados reais).....	39
Tabela 10 – Gastos tributários com saúde por grupo beneficiado de 2009 -2013 (em R\$ milhão – dados reais).....	42
Tabela 11 – Gastos com ações e serviços de saúde, por esfera de governo, .....	43
Tabela 12 – Gastos tributários com saúde como percentual do gasto federal em saúde (em R\$ milhão – dados reais).....	44
Tabela 13 – Gastos tributários com saúde de pessoas físicas e jurídicas como percentual do gasto federal em saúde (em R\$ milhão – dados reais) .....	44

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	13
1.2 JUSTIFICATIVA E IMPORTÂNCIA DO ESTUDO .....	13
1.3 OBJETIVOS .....	13
<b>2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>15</b>
<b>3 FINANCIAMENTO DO SUS.....</b>	<b>17</b>
3.1 ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL .....	19
3.2 FALTAM RECURSOS PARA FINANCIAR O SUS? .....	21
3.2.1 Recursos destinados à saúde pública por ente federativo .....	23
3.2.2 Competência tributária por ente federativo .....	25
<b>4 INCENTIVOS FISCAIS DO GOVERNO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PRIVADOS</b> <b>.....</b>	<b>28</b>
4.1 DESONERAÇÕES TRIBUTÁRIAS NA FORMA DE RENÚNCIAS FISCAIS.....	28
4.2 COMO FUNCIONAM AS DESONERAÇÕES.....	30
<b>5 RELEVÂNCIA DAS RENÚNCIAS FISCAIS PERANTE O TOTAL DE GASTOS</b> <b>FEDERAIS COM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....</b>	<b>37</b>
5.1 RENÚNCIAS FISCAIS COM SAÚDE DE 2009 A 2013.....	37
5.2 GASTOS FEDERAIS COM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E AS RENÚNCIAS FISCAIS .....	42
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>48</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988<sup>1</sup> determinou como dever do Estado brasileiro a garantia à saúde para toda a população por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Este se embasa em três pilares: o da universalidade, o da equidade e o da integralidade. Isso significa que todos os cidadãos brasileiros têm direito ao acesso aos sistemas de saúde, bem como ao tratamento adequado e efetivo de suas necessidades (BRASIL, 2011).

Embora o sistema tenha sido criado como único e universal, pode-se observar um mercado privado ofertante de serviços de saúde em pleno crescimento. Concomitantemente ao desenvolvimento contínuo da saúde privada, o SUS parece carecer de recursos financeiros, pois o montante destinado pelas três esferas de governo (União, Estados e Municípios) ao financiamento do sistema não tem sido suficiente para assegurar assistência médica e hospitalar de qualidade à população. Em outras palavras, o SUS brasileiro tem sido subfinanciado (BRASIL, 2006).

O governo federal colabora, direta e indiretamente, com o desenvolvimento dos serviços de saúde privados no Brasil, na medida em que financia e concede subsídios de impostos a entidades sem fins lucrativos (filantrópicas), gastos com saúde privada de pessoas físicas e jurídicas (deduções do Imposto de Renda (IR) devido aos gastos com médicos, hospitais e planos de saúde) e desoneração tributária de produtos médicos e farmacêuticos, assim como de alguns medicamentos. O imposto que o Estado deixa de recolher ao conceder benefícios tributários ao setor de saúde privado constitui a chamada renúncia fiscal.

As renúncias fiscais promovidas pelo governo federal afetam anualmente a arrecadação tributária do país em diversas áreas. No caso da saúde, recursos que talvez pudessem ser destinados ao sistema público deixam de ser recolhidos. As questões que permanecem são: *e se esses recursos estivessem sendo destinados ao financiamento do SUS? E se ao invés de desonerar gastos com saúde, o governo federal investisse o valor arrecadado relativo à saúde privada no Imposto de Renda de pessoas físicas e jurídicas na saúde pública?*

---

<sup>1</sup> Artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/constituicaoafederal.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2014.

Faz-se necessário trazer à tona a discussão referente aos possíveis benefícios trazidos à saúde pública com a redução ou com a eliminação de pelo menos parte dos incentivos fiscais do governo à saúde privada.

### 1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

A questão central a ser investigada neste trabalho consiste em chamar a atenção para a discussão quanto às contradições entre a existência de um SUS público e a aplicação, por parte do governo, de desonerações fiscais ao setor privado.

### 1.2 JUSTIFICATIVA E IMPORTÂNCIA DO ESTUDO

Desde sua implementação, o SUS brasileiro parece carecer de recursos para seu financiamento. O gargalo existente devido à insuficiência de recursos acaba por afastar o sistema do seu princípio constitucional fundamental – o da universalidade -, na medida em que se torna complicado prover assistência médica e hospitalar para a população brasileira. Dessa forma, é de grande importância refletir se os recursos que deixam de ser arrecadados pelo governo por meio das renúncias fiscais, não poderiam estar sendo utilizados para atenuar o problema de subfinanciamento crônico do sistema público.

Essa contradição, representada pelo repasse de recursos do governo federal ao setor de saúde privada, enquanto o SUS carece desses recursos, colabora para aumentar a discrepância entre a qualidade da saúde privada e a da rede pública no país. Sendo assim, fazem-se urgentemente necessárias uma melhor alocação dos recursos destinados à saúde e uma regulação mais eficaz por parte do governo sobre o mercado de saúde privada. Os incentivos fiscais não deveriam impulsionar a saúde privada em detrimento da saúde pública – o que justifica a importância desse estudo.

### 1.3 OBJETIVOS

Os objetivos específicos deste trabalho consistem em:

- a) apresentar quais são os principais grupos beneficiados com as renúncias fiscais na área da saúde;
- b) demonstrar quais são as desonerações fiscais concedidas a cada grupo beneficiado;
- c) analisar qual o montante de desonerações fiscais por grupo beneficiado, no período compreendido entre os anos de 2009 a 2013; e
- d) discutir se os subsídios em favor da saúde privada no Brasil, via renúncia de arrecadação fiscal, poderiam ser destinados ao SUS como forma de incremento no montante destinado ao financiamento do sistema.

Dessa forma, a hipótese central desta pesquisa seria que a eliminação dos incentivos fiscais (na forma de desonerações) aos serviços de saúde privados poderia contribuir para minimizar os problemas crônicos de financiamento do SUS. Isso se parte dos valores que deixam de ser arrecadados por renúncias fiscais fossem destinados ao sistema público.

## 2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a análise da relevância do montante de desonerações fiscais na área da saúde promovidas pelo governo federal nos últimos anos, foram utilizados dados do Demonstrativo dos Gastos Tributários da Receita Federal do Brasil, de 2009 a 2013, cuja base efetiva é o ano de 2011 (BRASIL, 2013). Para o estudo do montante de recursos destinados pelas três esferas de governo (União, Estados e Municípios) ao Sistema Público de Saúde, foram utilizados dados extraídos do Ministério da Saúde, especificamente do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Os dados extraídos do Demonstrativo dos Gastos Tributários da Receita Federal do Brasil (BRASIL, 2013) foram compilados por meio do software Excel, gerando planilhas que demonstram os valores correspondentes ao montante de desonerações fiscais na área da saúde por grupo beneficiado. Com base nas tabelas originadas das planilhas, foram feitas as análises a respeito das renúncias fiscais.

Primeiramente, descreve-se como funciona atualmente o financiamento do SUS, desde os valores mínimos que cada ente federativo deve destinar a despesas com ações e serviços de saúde anualmente, até a maneira como o repasse ocorre entre os entes. Expõe-se, então, a estrutura atual do sistema de saúde brasileiro, representado por instituições públicas e privadas. Na sequência, discute-se a aparente falta de recursos financeiros que aflige o sistema público no Brasil.

No próximo capítulo comparar-se-á os montantes de gastos tributários com desonerações fiscais nos anos entre 2009 e 2013, com a receita total administrada pela Receita Federal. Também se demonstrará a representatividade desses gastos tributários perante o Produto Interno Bruto (PIB) do país. Serão expostas quais as formas de incentivo fiscal que o governo federal oferece aos serviços de saúde privados – demonstrando-se como funcionam as desonerações fiscais, por grupo beneficiado e por tributo desonerado.

Posteriormente, serão analisadas as desonerações fiscais específicas na área da saúde no período compreendido entre 2009 e 2013, demonstrando, separadamente, a relevância dessas desonerações às pessoas físicas, jurídicas, entidades filantrópicas, produtos químicos e farmacêuticos e medicamentos. A partir



desse ponto, toma-se como ponto central da análise as desonerações fiscais com saúde das pessoas físicas e jurídicas. Após as estimativas das renúncias fiscais com saúde, demonstrar-se-á o montante destinado ao financiamento do SUS por parte da União.

Por fim, esse montante será comparado com o total de desonerações fiscais na área da saúde, assim como as desonerações das pessoas físicas e jurídicas. Verificar-se-á que o montante das renúncias fiscais na área da saúde representa um percentual significativo do total de gastos com saúde do governo. Além disso, com base no volume total de recursos destinados ao sistema público, demonstrar-se-á demonstrado que o percentual representado pelas renúncias fiscais seria, de fato, um acréscimo relevante ao financiamento do SUS.

### 3 FINANCIAMENTO DO SUS

No ano de 1988, a atual Constituição Federal foi promulgada - os artigos 196 a 200<sup>2</sup> determinaram ser dever do Estado brasileiro prover assistência à saúde de todos os brasileiros. É implementado, nesse contexto, o SUS.

O financiamento do SUS é feito pelas três esferas de governo: federal, estadual e municipal. A Lei Complementar nº 141 (BRASIL, 2012), que regulamentou o art. 198 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), trata das bases de cálculo e aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde. Os recursos dos Estados e dos municípios destinados a essas ações e serviços públicos, e aqueles transferidos pela União para a mesma finalidade, são aplicados por meio de um fundo de saúde. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde se dividem entre despesas de custeio do Ministério da Saúde, investimentos previstos na lei orçamentária e repasses aos estados, municípios e Distrito Federal, para despesas relacionadas à saúde (BRASIL, 2003).

Desde o ano de 2007, segundo a Portaria nº 204 (BRASIL, 2007), o financiamento e as transferências de recursos federais para as ações e os serviços de saúde ocorrem por meio de cinco grandes blocos: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS. As transferências ocorrem em conta específica para cada bloco de financiamento de fundo a fundo (MORAZ, 2011, p.112).

É de responsabilidade da União a coordenação dos sistemas de saúde de alta complexidade e de laboratórios públicos, além do planejamento e da fiscalização do SUS em todo o Brasil, por meio do Ministério da Saúde (PORTAL BRASIL, 2014). Para a União, o mínimo de recursos destinados à saúde deve ser correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do PIB ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. Conforme Piola et al. (2012, p.18), ao vincular-se os recursos da União destinados à saúde ao PIB, “o financiamento público da saúde é diretamente afetado por decisões políticas e macroeconômicas, pelo contexto de inserção internacional do país, pelos arranjos institucionais e pelas

---

<sup>2</sup> Artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/constituicaoafederal.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2014.

decisões sobre o modelo de proteção social brasileiro”. De maneira a resguardar o montante destinado ao financiamento da saúde pela União, ano após ano, a Lei Complementar nº 141 (BRASIL, 2012) estabelece que, em caso de variação negativa do PIB, o valor destinado à saúde não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

Aos governos estaduais compete definir, junto à União:

[...] suas próprias políticas de saúde e ajudar na execução das políticas nacionais aplicando recursos próprios (mínimo de 12% de sua receita com tributos), além dos repassados pela União. Os Estados também repassam verbas aos municípios. Além disso, os estados coordenam sua rede de laboratórios e hemocentros, definem os hospitais de referência e gerenciam os locais de atendimentos complexos da região (BRASIL, 2014, p. 01).

Aos municípios, cabe garantir:

[...] os serviços de atenção básica à saúde [em alguns casos são responsáveis também pela atenção secundária e terciária] e prestar serviços em sua localidade, com a parceria dos governos estadual e federal. As prefeituras também criam políticas de saúde e colaboram com a aplicação das políticas nacionais e estaduais, aplicando recursos próprios (mínimo de 15% de sua receita com tributos) e os repassados pela União e pelo estado. Igualmente os municípios devem organizar e controlar os laboratórios e hemocentros. Os serviços de saúde da cidade também são administrados pelos municípios, mesmo aqueles mais complexos. Em relação ao Distrito Federal, acumulam-se as competências estaduais e municipais, aplicando o mínimo de 12% de sua receita, além dos repasses feitos pela União (BRASIL, 2014, p. 01).

Apesar de o SUS ter sido criado como um sistema único e universal, ao longo das últimas décadas pode-se observar no Brasil um mercado, cada vez mais consolidado, de planos e seguros de saúde privados. De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no ano de 2013 os beneficiários de planos privados de assistência à saúde no Brasil chegaram a quase 50 milhões de pessoas, ou seja, quase um quarto da população total do país naquele ano (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS, 2014).

Além disso, como foi prevista na Constituição Federal de 1988 a participação de instituições privadas de forma complementar ao SUS mediante contrato de direito público ou convênio, a oferta de serviços de saúde no país resulta de uma combinação de serviços oferecidos pelo sistema público – que podem ser prestados em estabelecimentos públicos, filantrópicos ou em espaços privados credenciados –

e de serviços inteiramente privados (BRASIL, 2011a). Para Piola et al. (2009), o sistema de saúde no Brasil é pluralista tanto em termos institucionais (sua estrutura é composta por entes públicos e privados) quanto de fontes de financiamento e modalidades de atenção à saúde.

### 3.1 ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) estabeleceu que, como complemento ao sistema público de saúde existiriam as instituições privadas, preferencialmente entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. “[...] e diante do baixo financiamento da saúde, impeditivo do aumento das atividades, essa complementaridade se expandiu além daquilo que se previa inicialmente” (SANTOS; AMARANTE, 2010, p. 80).

Nesse contexto, quase três décadas após a criação do SUS, pode-se verificar no Brasil quatro formas de organização do sistema de saúde. De acordo com Piola et al. (2012), a primeira consiste no sistema público – aquele totalmente gratuito e de livre acesso a toda população -, financiado exclusivamente com recursos públicos (impostos e contribuições sociais). A segunda forma de organização é a chamada saúde suplementar: planos e seguros privados de saúde, contratados por pessoas físicas e jurídicas como uma garantia contra eventuais problemas de saúde, financiados com recursos próprios das famílias e/ou dos empregados.

Os seguros públicos, destinados aos servidores públicos, civis e militares e seus dependentes, financiados com recursos públicos e dos próprios beneficiários, em geral atendidos na rede privada, consistem na terceira forma de organização do sistema de saúde no Brasil. Por fim, tem-se o setor exclusivamente privado, onde as pessoas arcam com todos os custos dos serviços médicos utilizados – o acesso é direto mediante pagamento no ato. O quadro 1 sintetiza a estrutura da saúde no Brasil:

**Quadro 1-** Formas de organização da saúde no Brasil

<b>Forma de organização</b>	<b>Exemplo</b>	<b>Fontes de financiamento</b>
<b>Sistema público</b>	Hospitais públicos	Recursos públicos
<b>Sistema privado</b>	Hospitais privados	Recursos privados
<b>Sistema suplementar</b>	Planos e seguros privados de saúde	Recursos privados
<b>Sistema de seguros públicos</b>	Seguro de saúde dos funcionários públicos	Recursos públicos e privados

Fonte: Elaborado pela autora com base em Piola (2012)

O sistema público brasileiro herdou do sistema médico previdenciário do passado, longa tradição de parceria com prestadores privados:

Parte deles tem origem na forma de remuneração dos serviços contratados (por procedimento) e nos próprios valores pagos que podem induzir à utilização de procedimentos de maior densidade tecnológica e a discriminação (atendimento preferencial a pacientes privados em detrimento daqueles cujo tratamento é custeado pelo sistema público) (PIOLA et al., 2009, p. 18).

Ainda segundo Piola et al. (2012, p. 12):

Os segmentos que compõem as quatro vias básicas de acesso da população aos serviços de saúde – SUS, planos e seguros privados, assistência a servidores públicos e privados autônomos - comunicam-se de diversas formas. Uma delas é o financiamento público que, de algum modo, estende-se a todos os segmentos referidos acima: em alguns, de forma mais direta, preponderantemente; em outros, de forma indireta e parcial, por meio de renúncias fiscais, que incluem as isenções concedidas às instituições sem fins lucrativos; as deduções do Imposto de Renda concedidas às pessoas físicas e jurídicas devido a gastos com médicos, dentistas, laboratórios, hospitais e planos de saúde e a desoneração tributária de determinados medicamentos.

A predominância de prestadores de serviços privados não é necessariamente um problema para o usuário. Geralmente, é irrelevante a personalidade jurídica do provedor – desde que lhe seja garantido um serviço com qualidade e presteza.

Entretanto, a utilização da rede privada, de certa forma, libera o poder público, não só da realização de investimentos diretos para ampliar a própria capacidade instalada, como, principalmente, da gerência de estabelecimentos, sobretudo os de maior porte e complexidade. Tarefa essa que persiste como uma das maiores, se não a maior, das vulnerabilidades e atribulações do sistema público de saúde. O motivo original da participação privada no SUS encontra-se na complexidade de o poder público oferecer, diante da vastidão e diversidade do território nacional, uma

cobertura assistencial completa, sem a participação da iniciativa privada, historicamente hegemônica na oferta de serviços médico-hospitalares (PIOLA et al., 2009).

### 3.2 FALTAM RECURSOS PARA FINANCIAR O SUS?

Diante das quatro formas de organização da saúde no país, verifica-se que os sistemas público e privado caminham lado a lado. De todo o dinheiro que sustenta a saúde brasileira, a fatia grande do bolo (54%) está no sistema privado (participação das famílias no financiamento de bens e serviços de saúde). A parcela menor (46%), que corresponde ao aporte do governo, mantém o sistema público (EM DISCUSSÃO, 2014). O sistema é, na verdade, misto, pois os setores público e privado coexistem no provimento, na demanda e na utilização dos serviços.

Entretanto, concomitantemente ao desenvolvimento contínuo da saúde privada, o SUS parece carecer de recursos financeiros, pois o montante destinado pelas três esferas de governo (União, Estados e Municípios) ao financiamento do sistema não demonstra ser suficiente para assegurar a toda a população assistência médica e hospitalar de qualidade. Segundo Piola et al. (2012), o percentual de gasto total (público e privado) com saúde no Brasil, com relação ao PIB, é baixo (equivalente a 8,4% em 2007) quando comparado com o observado nos Estados Unidos (15,7%), mas é bastante próximo ao de outros países como o Reino Unido (8,4%), a Espanha (8,5%), o Canadá (10,1%) e a Austrália (8,9%), que também possuem sistemas de saúde universais. Contudo, nesses países o setor público apresenta participação significativa no financiamento total da saúde – acima de 60% – situação essa que não se reflete no Brasil.

De acordo com a Revista de Audiências Públicas do Senado Federal (EM DISCUSSÃO, 2014), em alguns casos, o SUS consegue apresentar um trabalho exemplar: no tratamento dos doentes com AIDS, nas campanhas de vacinação em massa e nos transplantes de órgãos, por exemplo. Nessas três ações, o Brasil é referência internacional. No entanto, em muitos outros serviços a saúde pública funciona de forma precária. Os gargalos do sistema podem ser facilmente verificados em hospitais e estabelecimentos prestadores de serviços de saúde pública ao redor de todo o país. Contudo, as mazelas da saúde no Brasil não têm

uma única explicação. As falhas iniciam na gestão (a rede é extremamente complexa) onde há corrupção e falta de recursos do sistema. Para atender tudo aquilo a que se propõe, o SUS simplesmente não tem dinheiro suficiente.

Nesse contexto, cada vez mais as pessoas têm optado por incluir no orçamento familiar o gasto com planos e seguros de saúde privados. Entretanto, verifica-se que aqueles pacientes que demandam tratamentos de maior complexidade – e, por conseguinte mais onerosos -, bem como os grupos considerados de maior risco (crianças e idosos), continuam utilizando o SUS na medida em que as operadoras de saúde (planos e seguros privados) se mostram resistentes a pagar por esses tratamentos:

Apesar de a Constituição do Brasil designar que a assistência à saúde é direito social e que os recursos devem ser alocados com base na necessidade de utilização e não pela capacidade de pagamento parte dos cidadãos pode ser coberta por planos privados de saúde e, ao mesmo tempo, utilizar os serviços do SUS resultando na dupla cobertura para aqueles que podem pagar ou podem ser financiados pelos empregadores: trabalhadores de média e alta renda, executivos e funcionários públicos (SANTOS; AMARANTE, 2010, p. 103).

Para Ocké-Reis (2006), o SUS acaba socializando parte do custo das operadoras de planos de saúde, ou seja, o sistema público atende os procedimentos mais caros, mesmo dos beneficiários de planos e seguros de saúde privados. A rede pública, além de tudo, tem uma lista de tarefas muito mais extensa do que a dos planos de saúde. Cabe ao SUS o controle de epidemias e a vigilância sanitária de remédios e alimentos, por exemplo. A relação entre os sistemas público e privado não se restringe ao atendimento de usuários de planos de saúde pelo SUS, quando necessitam de procedimentos de alta complexidade. Há, concomitantemente, o uso compartilhado da estrutura, dos insumos e dos profissionais de saúde – que atendem pacientes de convênios, pacientes particulares e usuários do SUS (BAHIA, 2006).

A ANS tem procurado fiscalizar com vigor as negativas de cobertura e tempo de espera. Contudo, o problema está longe de ser resolvido. Apesar de privado, o financiamento desse setor da saúde (planos e seguros) conta com recursos públicos de diversas formas: financiamento para a construção de hospitais e compra de equipamentos médicos às empresas do grupo, com longo prazo de carência e juros baixos; concessão da classificação de estabelecimentos filantrópicos a alguns

planos que desempenhavam atividades lucrativas, resultando em diversos privilégios no campo fiscal e previdenciário; e permissão às firmas para descontar ou devolver parte da contribuição previdenciária (SANTOS; AMARANTE, 2010, p. 109).

Diante dessa situação, onde o SUS é o encarregado de prestar assistência aos grupos de maior risco, os quais exigem tratamentos de maior complexidade (e, portanto, mais caros), ao mesmo tempo em que as operadoras de saúde se encarregam principalmente de atendimentos secundários (menos onerosos), abre-se ainda mais espaço para discutir a insuficiência de recursos destinados ao financiamento do SUS, na medida em que planos e seguros privados de saúde contam com recursos públicos e não parecem “retornar” esse benefício ao sistema público.

### 3.2.1 Recursos destinados à saúde pública por ente federativo

O financiamento do SUS é, majoritariamente, realizado com recursos arrecadados pela União. Contudo, percebe-se uma nítida tendência de redução da participação do governo federal nos gastos com saúde. Desde os anos 2000, os recursos aplicados pelos estados e municípios nas ações e serviços públicos de saúde apresentaram taxas de crescimento maiores que os do governo federal (BRASIL, 2013). A tabela 1 demonstra o total das despesas com Ações e Serviços Públicos com Saúde de cada ente federativo:

**Tabela 1** - Despesas por ente federativo com Ações e Serviços Públicos de Saúde de 2000 a 2011

<b>Ano</b>	<b>União</b>	<b>Estados</b>	<b>Municípios</b>	<b>TOTAL</b>
<b>2000</b>	41.313	14.214	14.961	70.487
<b>2001</b>	42.700	17.896	17.652	78.248
<b>2002</b>	43.338	18.846	21.075	83.259
<b>2003</b>	41.512	20.340	21.023	82.875
<b>2004</b>	46.851	24.747	23.510	95.108
<b>2005</b>	48.920	26.362	27.197	102.480
<b>2006</b>	52.431	29.568	30.322	112.321
<b>2007</b>	54.998	32.243	32.816	120.057
<b>2008</b>	57.180	36.393	38.261	131.834
<b>2009</b>	65.268	36.133	38.690	140.091
<b>2010</b>	66.078	39.737	41.882	147.697
<b>2011</b>	72.332	40.948	45.925	159.205
<b>Variação</b>	75%	188%	207%	126%

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2013a)

Notas: Valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011, em R\$ milhão.



No tocante ao total de recursos aplicados entre 2000 e 2011, o crescimento real, descontada a inflação, foi de 75% para a União, contra 188% dos estados e 207% dos municípios.

Em 2011, estados e municípios sustentaram 55% do SUS; a União, 45%. A tabela 2 demonstra, em percentual, a progressiva diminuição da participação da União no montante total das despesas com ações e serviços públicos de saúde, ao mesmo tempo em que os estados e municípios aumentam sua participação:

**Tabela 2 – Participação (em %) por ente federativo com Ações e Serviços Públicos de Saúde de 2000 a 2011**

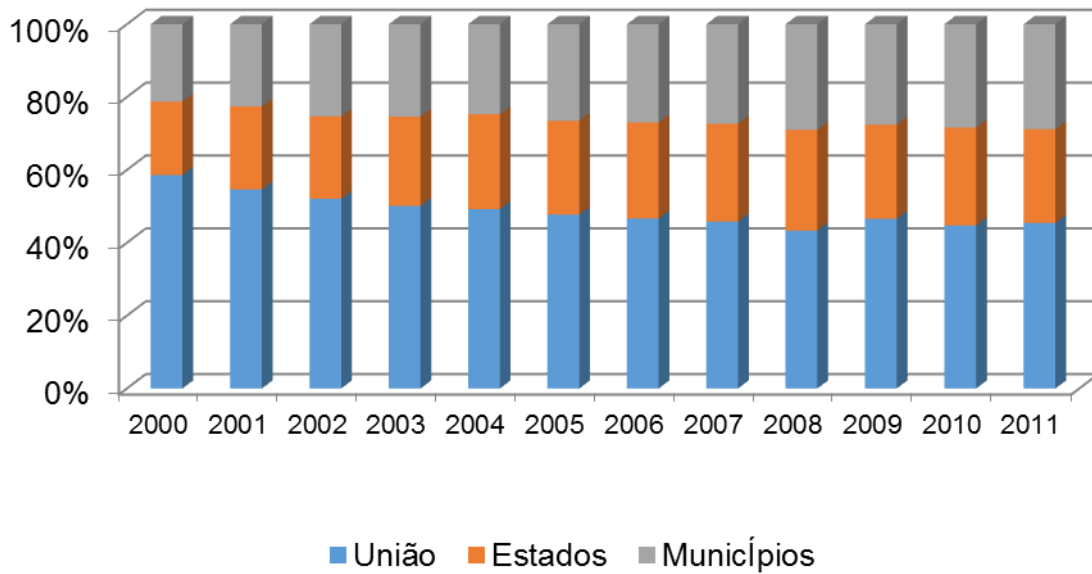
<b>Ano</b>	<b>União</b>	<b>Estados</b>	<b>Municípios</b>
<b>2000</b>	58,6	20,2	21,2
<b>2001</b>	54,6	22,9	22,6
<b>2002</b>	52,1	22,6	25,3
<b>2003</b>	50,1	24,5	25,4
<b>2004</b>	49,3	26,0	24,7
<b>2005</b>	47,7	25,7	26,5
<b>2006</b>	46,7	26,3	27,0
<b>2007</b>	45,8	26,9	27,3
<b>2008</b>	43,4	27,6	29,0
<b>2009</b>	46,6	25,8	27,6
<b>2010</b>	44,7	26,9	28,4
<b>2011</b>	45,4	25,7	28,8

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2013a)

Notas: Valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011, em R\$ milhão.

Segundo dados do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2006), entre 1980 e 1990 a União era responsável por mais de 70% do gasto público com saúde. Conforme a tabela 2, em 2000, estava em torno de 58,6%; em 2011, essa participação caiu para 45,4%. Já a fatia financiada pelos municípios saltou de 21,2% para 28,8%, ou seja, a participação dos estados e dos municípios no financiamento da saúde cresceu, consideravelmente, nos últimos anos.

No gráfico 1 demonstra-se a progressiva diminuição da participação da União ano após ano:



**Gráfico 1** – Participação de cada ente federativo no total das despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde de 2000 a 2011 (em %)

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2013a)

Conforme a Constituição Federal (BRASIL, 1988), cabe à União aplicar na saúde, anualmente, o mesmo valor aplicado no ano anterior acrescido da variação nominal do PIB. Ano após ano, a União tem investido exatamente o mínimo constitucional. Os estados, que devem destinar à saúde 12% de suas receitas próprias, em 2013 destinaram em média 13%. Os municípios, que devem investir 15% de suas receitas em saúde, aplicaram em média 21,5% em 2013 — sem dúvida é um índice bastante superior ao piso constitucional (EM DISCUSSÃO, 2014). Dessa forma, o SUS carece de recursos especialmente do governo federal.

### 3.2.2 Competência tributária por ente federativo

A União representa o ente federativo que arrecada a maior parte dos impostos do país, mas aplica no SUS uma parte muito pequena deles. O quadro 2 demonstra os tributos que competem a cada ente federativo, sem considerar ainda as taxas e contribuições de melhoria:

**Quadro 2 – Estrutura Tributária Brasileira**

Ente Federativo	Tributos
União	Imposto sobre Exportação – IE
	Imposto sobre Importação – II
	Imposto sobre Território Rural – ITR
	Imposto sobre Operações Financeiras – IOF
	Imposto de Renda – IR
	Imposto sobre Produtos Industrializados – IPI
	Imposto Extraordinário - IE
Estados	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS
	Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores – IPVA
	Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação – ITCMD
Municípios	Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana – IPTU
	Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis – ITBI
	Imposto sobre Serviços - ISS

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Reis, Costa e Silveira (2013)

Notas: compete à União também o Imposto Sobre Grandes Fortunas, previsto na Constituição, mas nunca aplicado.

A Constituição Federal concede somente à União a possibilidade de instituir impostos, taxas (em razão do poder de polícia ou pela utilização de serviços públicos) e contribuições de melhoria (decorrentes de obras públicas). Alguns exemplos de contribuições sociais de competência da União são: a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), o Programa de Integração Social (PIS), e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor (PASEP).

É importante ressaltar que não necessariamente a totalidade do tributo arrecadado é utilizada pelo ente federativo de sua competência. A Constituição federal prevê a existência de um sistema de transferências diretas ou indiretas (mediante a formação de fundos especiais). As transferências sempre ocorrem do maior nível de governo aos menores – da União para os Estados e Municípios, ou dos Estados para os Municípios; ainda, elas devem promover o equilíbrio socioeconômico entre os entes federativos (BRASIL, 2002).

Da totalidade dos tributos descritos no quadro 2, apenas 6 competem aos Estados e Municípios; os 7 restantes são de competência da União. Contudo, analisar a competência tributária por ente federativo não é suficiente para afirmar que a União arrecada a maior parte dos tributos. A tabela 3 demonstra a distribuição da arrecadação por entidade federativa, para os anos de 2012 e 2013.

**Tabela 3 – Distribuição da arrecadação por entidade federativa em 2012 e 2013**

Entidade Federativa	2012			2013		
	R\$ bilhões	% do PIB	% da Arrecad.	R\$ bilhões	% do PIB	% da Arrecad.
União	1.088	24,8	69,1	1.200	24,8	68,9
Estados	396	9,0	25,2	440	9,1	25,3
Municípios	91	2,1	5,8	101	2,1	5,8
Total	1.575	35,9	100	1.741	36,0	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2014)

Pode-se observar que do total arrecadado pela Receita Federal do Brasil em 2012, 69,1% corresponde à arrecadação da União – contra 25,2% dos Estados e apenas 5,8% dos Municípios. Ainda, comparando o montante arrecadado por entidade federativa com o PIB, tem-se, em 2012, 24,8% para União, 9% para os Estados e 2,1% para os Municípios. Dessa forma, é possível concluir que a União arrecada a maior parte dos tributos existentes no país.

## 4 INCENTIVOS FISCAIS DO GOVERNO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PRIVADOS

O governo federal colabora para o contínuo crescimento dos serviços de saúde privados no Brasil por meio de incentivos, na forma de financiamento (concessão de linhas de crédito) ou subsídio de impostos (BAHIA, 2008).

A “renúncia fiscal” consiste em uma das formas mais expressivas de incentivo fiscal provida pelo governo federal à saúde privada no Brasil. O governo concede benefícios tributários ao setor de saúde privado por meio das renúncias fiscais que incluem: isenções concedidas às instituições sem fins lucrativos; as deduções do IR concedidas às pessoas físicas e jurídicas devido a gastos com médicos, dentistas, laboratórios, hospitais e planos de saúde; e a desoneração tributária de produtos químicos e farmacêuticos e determinados medicamentos.

### 4.1 DESONERAÇÕES TRIBUTÁRIAS NA FORMA DE RENÚNCIAS FISCAIS

De acordo com a Receita Federal do Brasil são consideradas desonerações tributárias todas e quaisquer situações que promovam: presunções creditícias, isenções, anistias, reduções de alíquotas, deduções, abatimentos e deferimentos de obrigações de natureza tributária.

Tais desonerações, em sentido amplo, podem servir para diversos fins. Por exemplo: simplificar e/ou diminuir os custos da administração; promover a equidade; corrigir desvios; compensar gastos realizados pelos contribuintes com serviços não atendidos pelo governo; compensar ações complementares às funções típicas de Estado desenvolvidas por entidades civis; promover a equalização das rendas entre regiões; e incentivar determinado setor da economia (BRASIL, 2013, p. 9).

A Receita Federal caracteriza os gastos tributários como gastos indiretos do governo realizados por intermédio do sistema tributário, visando a atender objetivos econômicos e sociais:

Os gastos tributários constituem uma exceção ao sistema tributário, pois reduzem a arrecadação potencial e, conseqüentemente, aumentam a disponibilidade econômica do contribuinte. Têm caráter compensatório, quando o governo não atende adequadamente a população quanto aos serviços de sua responsabilidade, ou têm caráter incentivador, quando o governo tem a intenção de desenvolver determinado setor ou região (BRASIL, 2013, p. 13).

Dessa forma, justifica-se a existência dos gastos tributários, na forma de desonerações – ou renúncias – fiscais.

A tabela 4 evidencia a evolução dos gastos tributários (renúncias fiscais) no período de 2009 a 2013 (BRASIL, 2013) e sua representatividade em relação ao PIB do Brasil nos anos em questão. Estão inclusos nos valores dos gastos tributários as desonerações de todos os tipos (não somente as da área da saúde), dos seguintes tributos e contribuições: Imposto de Importação, Imposto sobre a Renda Pessoa Física (IRPF), Imposto sobre a Renda Pessoa Jurídica (IRPJ), Imposto sobre a Renda Retido na Fonte, Imposto sobre Produtos Industrializados, Imposto sobre Operações Financeiras, Imposto sobre Propriedade Territorial Rural, Contribuição social para o PIS/PASEP, Contribuição Social sobre o Lucro Líquido, Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social, Adicional ao Frete para a Renovação da Marinha Mercante, Contribuição para o Desenvolvimento da Indústria Cinematográfica Nacional e Contribuição para a Previdência Social.

**Tabela 4** – Evolução dos gastos tributários de 2009 a 2013 e sua representatividade em relação ao PIB (em R\$ bilhão – dados reais)

Ano	Gastos tributários	Receita Administrada	GT / Receita (%)	PIB	GT / PIB (%)
2009	116.098	671.614	17,29	3.185.125	3,65
2010	135.907	775.603	17,52	3.770.085	3,60
2011	152.450	938.929	16,24	4.143.013	3,68
2012	181.523	992.089	18,30	4.402.537	4,12
2013	218.229	1.100.178	19,84	4.837.950	4,51
<b>Total</b>	<b>804.207</b>	<b>4.478.413</b>	-	<b>20.338.710</b>	-

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2013)

Com base nos dados apresentados na tabela 4, é possível observar que a relação Gastos Tributários/ Receita Administrada tem crescido ano após ano. Ou seja, do total arrecadado com tributos e contribuições sociais pela Receita Federal do Brasil, um percentual cada vez maior equivale a gastos tributários – quase 20% do total da receita deixaram de ser arrecadados em 2013, na forma de renúncias fiscais. Pode-se observar também que a representatividade dos gastos tributários com relação ao PIB do país tem aumentado progressivamente, chegando a 4,5% em 2013.

O imposto que o Estado deixa de recolher ao conceder deduções para famílias e empregadores declarantes de gastos com planos e serviços privados de saúde constitui a renúncia de arrecadação fiscal. “Ao deixar de arrecadar parte do

imposto, o Estado age como se estivesse realizando um pagamento. Trata-se de um pagamento implícito, pois não há desembolso” (ANDREAZZI; OCKÉ-REIS, 2007, p. 523). No Brasil, ao contrário do que ocorre no caso da educação, por exemplo, a dedução dos gastos com saúde no IR não possui limite, o que torna as renúncias fiscais na área de saúde crescentes com o passar dos anos. Para Ocké-Reis (2009), seria mais produtivo recolher o dinheiro do imposto e aplicá-lo diretamente no SUS.

As grandes indústrias farmacêuticas contam com incentivos do governo para a realização de pesquisas de novos medicamentos, que, muitas vezes, demandam equipamentos de alta tecnologia e custo elevado (VEIGA, 2012). Da mesma forma, os seguros de saúde privados contam com benefícios como linhas de crédito e financiamento para construção de hospitais e expansão de leitos.

Os subsídios do governo ao setor de saúde privado aumentam os desafios da universalização da saúde no país, de forma direta e indireta. A contradição, representada pelo repasse de recursos do governo federal ao setor de saúde privado, enquanto o SUS necessita de recursos, contribui para aumentar a discrepância entre a qualidade da saúde privada e pública no país. O SUS tem se tornado sinônimo de grandes filas de espera e poucos resultados – a insatisfação aumenta na medida em que mais pessoas deixam de ser atendidas a tempo de tratar e curar suas doenças. Uma vez em que não há estrutura suficiente para atender toda a população, o sistema é, na prática, excludente. Nesse contexto, abre-se espaço para questionar se os incentivos fiscais que o estado provém à saúde privada representam um entrave ao desenvolvimento do SUS (SILVA, 2012).

A principal questão que deve ser discutida é se esses recursos que deixam de ser arrecadados por meio da renúncia fiscal poderiam ser utilizados como forma de incremento ao financiamento do SUS.

## 4.2 COMO FUNCIONAM AS DESONERAÇÕES

A legislação básica acerca dos benefícios tributários com saúde para pessoas físicas está contida na Lei nº 9.250 (BRASIL, 1995a). Anualmente, a pessoa física deve apurar o saldo em reais do imposto a pagar ou o valor a ser restituído. Este consiste na diferença entre todos os rendimentos percebidos durante o ano-

calendário (exceto os isentos, os não tributáveis, os tributáveis exclusivamente na fonte e os sujeitos à tributação definitiva) e as devidas deduções.

Portanto, todo pagamento efetuado, no ano-calendário, a médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e hospitais, bem como as despesas com exames laboratoriais, serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias, pode ser deduzido do IR. Pagamentos de despesas com instrução do contribuinte e de seus dependentes, efetuados a estabelecimentos de ensino também podem ser deduzidos. Porém, diferentemente do que ocorre com as despesas na área da saúde, existe um “teto”, ou seja, um valor limítrofe para essas deduções (ANDREAZZI; OCKÉ-REIS, 2007).

A Lei nº 9.249 (BRASIL, 1995) estabelece os benefícios tributários para o IRPJ: são dedutíveis do IR, como despesa operacional, gastos realizados com serviços de assistência médica, odontológica, farmacêutica e social, destinados indistintamente a todos os seus empregados e dirigentes. As entidades sem fins lucrativos (filantrópicas) contam com os seguintes benefícios tributários: isenção do IR, da CSLL, da COFINS e da Contribuição Previdenciária Patronal (CPP).

Segundo a Confederação das Santas Casas no Brasil, as Instituições Filantrópicas hospitalares utilizam-se de concessão de Certificado de Entidades de Fins Filantrópicos, que as beneficia com a imunidade tributária sobre seus respectivos patrimônios, rendas ou serviços. Todavia, as obrigam a destinar 60% de sua capacidade operacional para atendimento ao SUS, ou 20% dos atendimentos totais em serviços gratuitos à população. Evidencia-se, assim, a grande dependência do SUS com relação às entidades filantrópicas. A carga tributária incidente sobre as atividades das instituições hospitalares filantrópicas hospitalares resume-se ao IPI, ICMS, ISS, fornecimento de água energia elétrica, etc., referentes aos produtos, materiais e serviços por ela utilizados (ANDREAZZI e OCKÉ-REIS, 2007).

São isentos de contribuição social para o PIS-PASEP e da COFINS os medicamentos e produtos químicos e farmacêuticos. A tabela 5 demonstra o total de renúncias fiscais na área da saúde para pessoas físicas, jurídicas, entidades filantrópicas, produtos químicos e farmacêuticos e medicamentos, por tributo/contribuição, no ano de 2011.



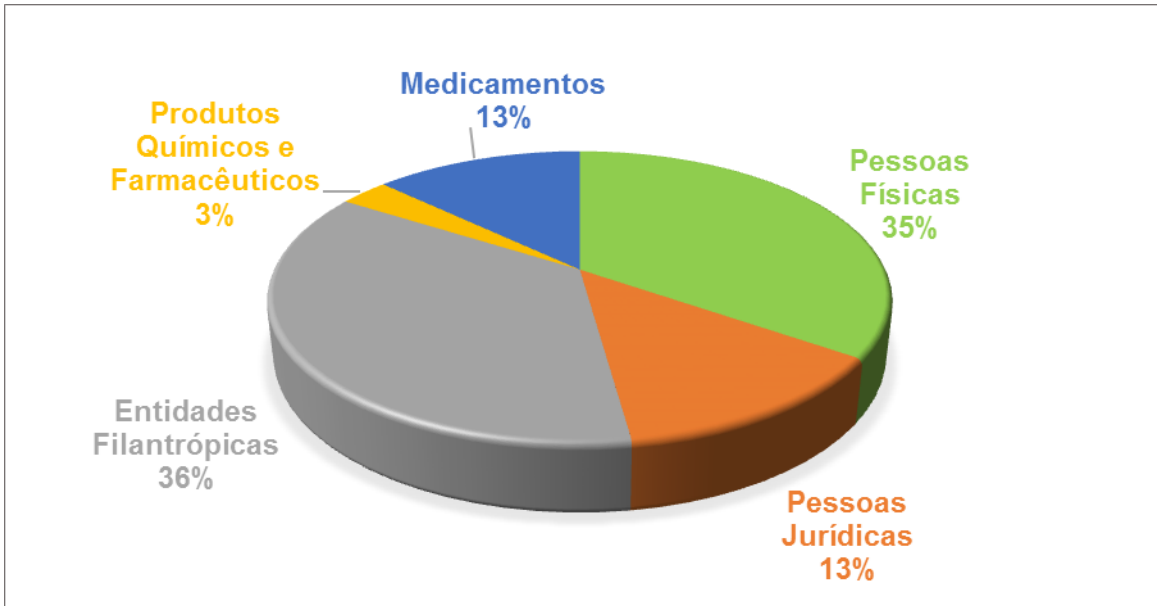
**Tabela 5** – Gastos tributários com saúde por tributo no ano de 2011 (em R\$ milhão – dados reais).

<b>Tributo/ Contribuição</b>	<b>Pessoas Físicas</b>	<b>Pessoas Jurídicas</b>	<b>Entidades Filantrópicas</b>	<b>Produtos Químicos e Farmacêuticos</b>	<b>Medicamentos</b>	<b>Total</b>
<b>IRPF</b>	7.716.044	-	-	-	-	7.716.044
<b>IRPJ</b>	-	2.937.073	314.961	-	-	3.252.034
<b>PIS-PASEP</b>	-	-	-	120.756	506.718	627.474
<b>COFINS</b>	-	-	472.442	560.158	2.388.815	3.421.415
<b>CSLL</b>	-	-	170.079	-	-	170.079
<b>CPP</b>	-	-	7.109.095	-	-	7.109.095
<b>Total</b>	7.716.044	2.937.073	8.066.577	680.914	2.895.533	

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2013)

Com base nos dados expostos na tabela 5, pode-se observar que os benefícios tributários às entidades sem fins lucrativos, como hospitais filantrópicos, representam mais de 8 bilhões do total das renúncias fiscais na área da saúde. As deduções a pessoas físicas no IR ficam logo atrás, representando pouco mais de 7 bilhões e 700 milhões de reais, do total das renúncias fiscais com saúde. Após, tem-se quase 3 bilhões de reais correspondentes às renúncias fiscais destinadas às pessoas jurídicas. As relativas aos medicamentos vêm logo atrás, equivalendo a quase 2 bilhões e 900 milhões de reais. Por último, tem-se pouco mais de 680 milhões de reais a produtos químicos e farmacêuticos. Se analisarmos a tabela 5, considerando as renúncias fiscais por tributo, o maior valor corresponderia ao IRPF.

O gráfico 2 ajuda a visualizar de maneira mais clara a divisão dos benefícios tributários por área:



**Gráfico 2** – Benefícios tributários à área da saúde no ano de 2011, por grupo beneficiado (em %)

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2013)

Conclui-se que mais da metade do montante total de renúncias fiscais na área da saúde provém das desonerações concedidas a entidades filantrópicas (IRPJ, COFINS, CSLL, CPP) e às pessoas físicas (IRPF). As Santas Casas são responsáveis, atualmente, por 73% do total de atendimentos do SUS – o que representa, de certa forma, um retorno à sociedade pelos benefícios tributários que a elas são concedidos<sup>3</sup>. Ou seja, as desonerações às entidades filantrópicas beneficiam a população, haja vista que esses estabelecimentos atendem tanto as camadas de maior renda, quanto às camadas mais pobres da população. O mesmo parece não ocorrer no caso das desonerações a pessoas físicas que efetuam pagamentos por serviços de saúde.

Para Andreazzi e Ocké-Reis (2007, p. 525), o subsídio destinado às famílias para o pagamento dos planos e serviços privados de saúde possui natureza inequitativa: “na qualidade de gasto social, tal renúncia permitiria uma alocação diferenciada de recursos públicos, favorecendo os estratos de renda superior”. Segundo os autores, em um quadro de pobreza absoluta e desigualdade social tal qual o do Brasil, precisa-se refletir e distinguir quais seriam os setores sociais

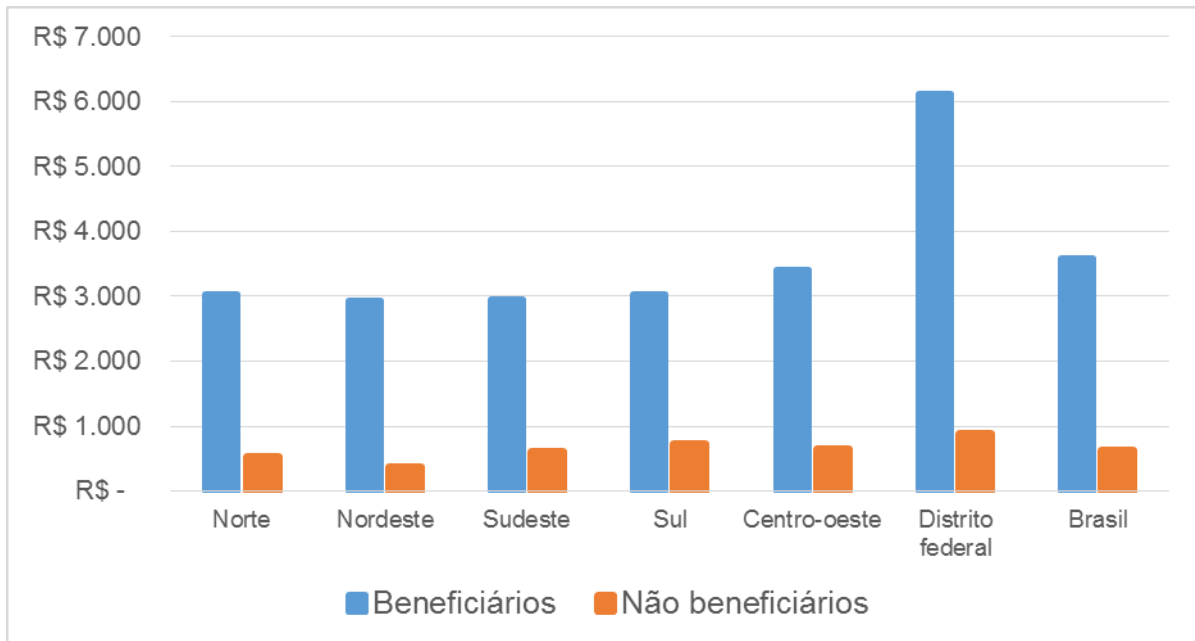
<sup>3</sup> Fonte: Site da Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos no Brasil. Disponível em: <<http://www.federacaors.org.br/news/detail/2977>>. Acesso em: 18 mar. 2015.

beneficiados e prejudicados nessa relação, estabelecida por meio da renúncia de arrecadação fiscal, entre o padrão de financiamento público e o mercado de planos de saúde.

A iniquidade das renúncias fiscais às pessoas físicas reside no fato de que os benefícios fiscais com planos de saúde e despesas médicas são utilizados por “contribuintes de classe média que declaram renda e por empresas que podem arcar com plano de saúde para seus funcionários, sem que haja redistribuição desse investimento em saúde para a parcela da população desassistida”. (SANTOS; AMARANTE, 2010, p. 231).

Metade das famílias mais pobres do país destina entre 60 a 90% de suas despesas na compra de medicamentos. Os 30% das famílias de maior renda, que respondem por 70% do gasto total, destinam parcelas crescentes de suas despesas com tratamento odontológico e com planos e seguros de saúde. No decil de maior renda, o gasto com planos e seguros supera o gasto com medicamentos. Além da concentração do gasto privado nas faixas de renda mais elevadas, observa-se a concentração geográfica nas regiões sudeste e sul do país, e especialmente nas suas regiões metropolitanas. Vale destacar que a alta proporção da população coberta por planos privados tem impacto direto sobre a rede pública de serviços de saúde, principalmente na demanda por procedimentos de média e alta complexidade, uma vez que há a tendência à restrição ao acesso aos procedimentos de média e alta complexidade em seus próprios serviços em função dos custos (SANTOS; AMARANTE, 2010, p. 212).

Dessa forma, pode-se inferir que as camadas de maior renda da população brasileira são as que mais gastam com planos e seguros de saúde e atendimento médico e odontológico particular. O gráfico 3 demonstra a diferença de renda entre os beneficiários de planos de saúde individuais (não foram consideradas as rendas dos beneficiários de planos familiares e coletivos) e os não beneficiários, por região e no Brasil. Percebe-se que o rendimento dos beneficiários de planos individuais é superior ao dos não beneficiários em todas as regiões.



**Gráfico 3** – Rendimento real dos beneficiários de planos individuais e não beneficiários por região – 2008

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Reis (2009)

Pode-se perceber que o rendimento real dos beneficiários de planos de saúde individuais se mantém, em média, em R\$ 3.000,00 – com exceção do Distrito Federal, onde esse valor equivale a mais de R\$ 6.000,00. Cabe ressaltar que no gráfico 3 estão sendo analisadas somente as diferenças de renda entre os beneficiários de planos de saúde individuais e os não beneficiários – não estão sendo considerados os planos de saúde familiares e coletivos.

Os planos que as empresas oferecem como assistência médica a seus empregados são os planos coletivos. Usualmente, as mensalidades dos planos individuais/familiares são as mais onerosas, pois o contrato é assinado entre um indivíduo (pessoa física) e a operadora de planos de saúde, para prestação de serviços de saúde do titular e de seus dependentes. Os planos coletivos, por reunirem um grande número de pessoas, tendem a ser mais em conta.

Outra diferença entre os planos é que os individuais têm seu reajuste máximo regulado pela ANS, o que não ocorre com os planos coletivos. É importante ressaltar que o tipo do plano (individual, familiar ou coletivo) diz respeito à contratação e não

à cobertura oferecida. As especificações com relação à cobertura do plano devem constar no contrato entre as partes<sup>4</sup>.

A possibilidade de ampliação dos recursos destinados aos brasileiros mais pobres por meio do SUS depende, de forma decisiva, da realização de reformas estruturais que reduzam os privilégios concedidos pelo atual sistema a grupos de renda mais alta (SILVA, 2003). Para Andreazi e Ocké-Reis (2007), considerando que os gastos tributários (renúncias fiscais) com saúde fossem inteiramente alocados ao SUS, sem redução dos níveis de gasto público, eventuais pressões imediatas sobre o acesso e utilização do SUS, cujas fontes de financiamento permanecem instáveis, poderiam ser acomodadas.

---

<sup>4</sup> Fonte: Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-para-escolher-um-plano>>. Acesso em: 18 mar. 2015.

## 5 RELEVÂNCIA DAS RENÚNCIAS FISCAIS PERANTE O TOTAL DE GASTOS FEDERAIS COM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

De forma a discutir a possibilidade de destinar ao financiamento do SUS o montante que a União deixa de arrecadar por meio das renúncias fiscais em saúde, este capítulo demonstrará o volume e quais são os tributos desonerados por grupo beneficiado: entidades filantrópicas, produtos químicos e farmacêuticos, medicamentos, pessoas físicas e jurídicas.

### 5.1 RENÚNCIAS FISCAIS COM SAÚDE DE 2009 A 2013

Nesta seção serão expostos os valores correspondentes aos gastos tributários (renúncias fiscais) na área da saúde no período compreendido entre os anos de 2009 e 2013. Os dados foram todos extraídos do Demonstrativo dos Gastos Tributários da Receita Federal do Brasil (BRASIL, 2013). De acordo com o demonstrativo, os valores para o ano de 2013 são apenas projeções. Conforme evidenciado anteriormente, os cinco grandes grupos beneficiados com as desonerações na área da saúde são: pessoas físicas, pessoas jurídicas, entidades filantrópicas, produtos químicos e farmacêuticos e medicamentos.

A tabela 6 expõe o total de desonerações das quais as entidades filantrópicas - ou seja, as Santas Casas - se beneficiaram entre 2009 e 2013.

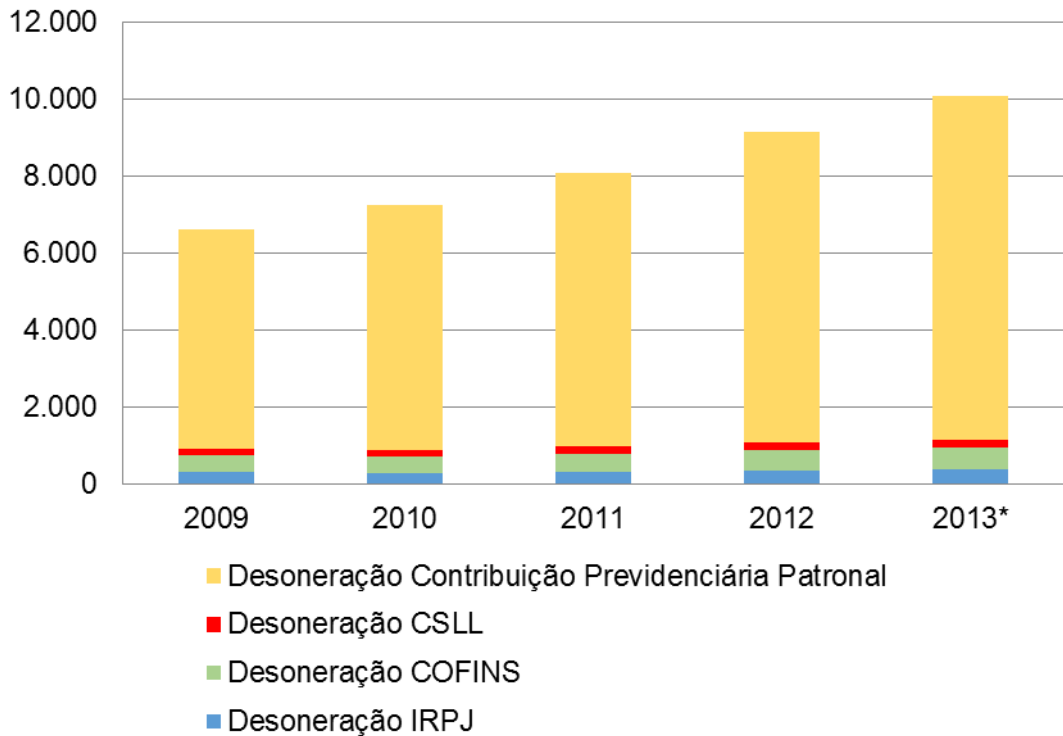
**Tabela 6** – Gastos tributários com saúde das Entidades Filantrópicas de 2009 -2013 (em R\$ milhão – dados reais).

<b>Entidades Filantrópicas</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Desoneração IRPJ	294.963	283.345	314.961	347.570	377.567
Desoneração COFINS	442.444	425.018	472.442	521.355	566.350
Desoneração CSLL	159.280	153.006	170.079	187.688	203.886
Desoneração CPP	5.703.302	6.368.266	7.109.095	8.098.901	8.933.714
<b>Total</b>	<b>6.599.989</b>	<b>7.229.635</b>	<b>8.066.577</b>	<b>9.155.514</b>	<b>10.081.517</b>

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2013)

É possível perceber que o montante total de desonerações tem aumentado progressivamente com o passar dos anos. Em 2009, as entidades filantrópicas desoneraram o equivalente a mais de 6 bilhões e meio de reais. Em 2013, projetou-se que esse valor foi equivalente a mais de 10 bilhões de reais. Das desonerações,

a CPP é a de maior relevância, correspondendo a mais de 80% do total desonerado. O gráfico 4 ajuda a visualizar a importância da desoneração da CPP.



**Gráfico 4** - Gastos tributários com saúde das Entidades Filantrópicas de 2009 – 2013, por tributo desonerado (em R\$ milhão).

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2013) e de Brasil (2013)

Na tabela 7, demonstra-se o montante de desonerações em benefício dos produtos químicos e farmacêuticos, juntamente com os dos medicamentos, dentro do mesmo período.

**Tabela 7** – Gastos tributários com saúde dos Produtos Químicos e Farmacêuticos e Medicamentos de 2009 -2013 (em R\$ milhão – dados reais).

<b>Produtos Químicos e Farmacêuticos</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Desoneração PIS-PASEP	139.893	136.285	120.756	115.622	133.227
Desoneração COFINS	642.702	633.581	560.158	561.990	711.873
<b>Medicamentos</b>					
Desoneração PIS-PASEP	467.779	497.672	506.718	614.304	667.321
Desoneração COFINS	2.205.241	2.346.166	2.388.815	2.896.004	3.145.942
<b>Total</b>	<b>3.455.615</b>	<b>3.613.704</b>	<b>3.576.447</b>	<b>4.187.920</b>	<b>4.658.363</b>

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2013)

Entre os anos de 2009 e 2013 o total desonerado pelos produtos químicos e farmacêuticos e medicamentos aumentou de 3 bilhões e meio para mais de 4 bilhões e meio de reais, significando um incremento de 35%. Das desonerações concedidas, a de maior relevância corresponde ao COFINS.

Percebe-se que, mesmo somando os benefícios desses dois grupos, o total desonerado corresponde a menos da metade das desonerações às entidades filantrópicas. Em 2011, o total de desonerações para produtos químicos e farmacêuticos e medicamentos foi um pouco mais de 3 bilhões e meio de reais; ao mesmo tempo, as desonerações das entidades filantrópicas totalizaram mais de 8 bilhões de reais. Verifica-se na tabela 8 o montante de desonerações concedidas, entre os anos de 2009 e 2013, a pessoas físicas (IRPF) e jurídicas (IRPJ):

**Tabela 8 –** Gastos tributários com saúde de pessoas físicas e jurídicas de 2009 - 2013 (em R\$ milhão – dados reais).

<b>Pessoas Físicas e Jurídicas</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Desoneração IRPF	6.794.096	6.813.121	7.716.044	8.755.657	9.658.166
Desoneração IRPJ	2.276.770	2.656.540	2.937.073	3.344.957	3.633.642
<b>Total</b>	<b>9.070.866</b>	<b>9.469.661</b>	<b>10.653.117</b>	<b>12.100.614</b>	<b>13.291.808</b>

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2013)

As desonerações referentes ao IRPF e IRPJ também têm aumentado progressivamente ano após ano, ultrapassando os 10 bilhões de reais em 2011. Do total desonerado, a desoneração do IRPF tem maior peso, representando 72% em 2011. A tabela 9 sintetiza os dados expostos nas tabelas 6, 7 e 8.

**Tabela 9 –** Gastos tributários com saúde por grupo beneficiado de 2009 -2013 (em R\$ milhão – dados reais).

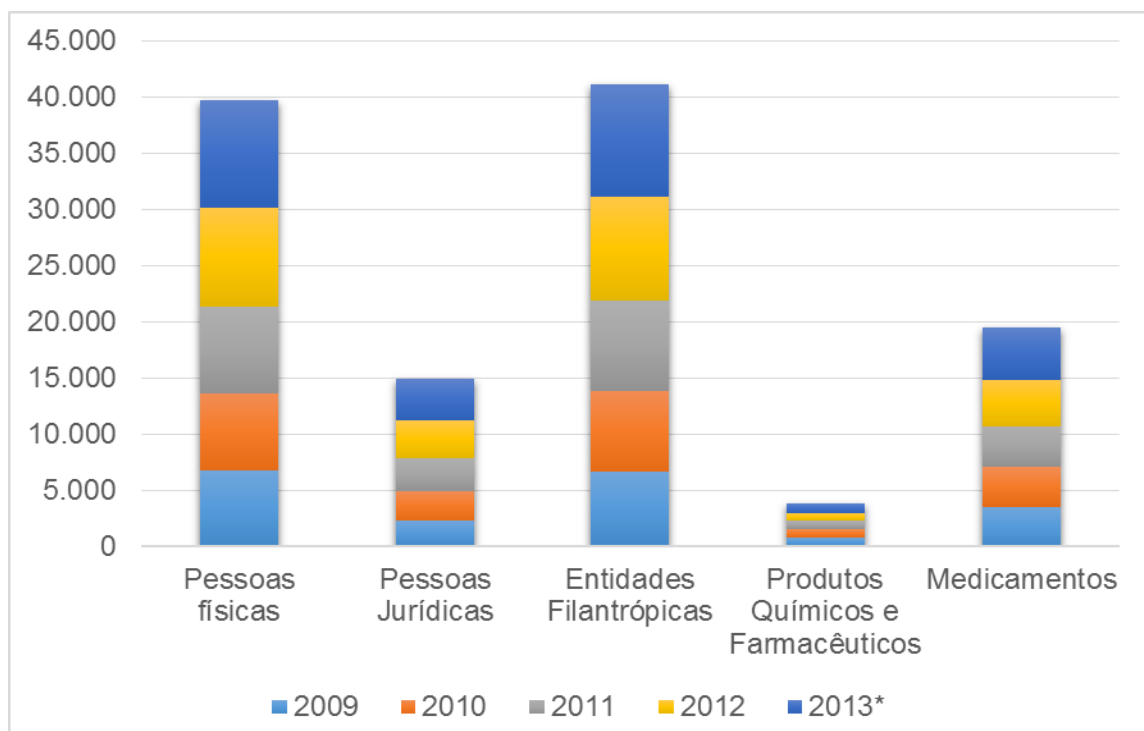
<b>Beneficiários das Desonerações</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Pessoas físicas</b>	6.794.096	6.813.121	7.716.044	8.755.657	9.658.166
<b>Pessoas Jurídicas</b>	2.276.770	2.656.540	2.937.073	3.344.957	3.633.642
<b>Entidades Filantrópicas</b>	6.599.989	7.229.635	8.066.577	9.155.514	10.081.517
<b>Produtos Químicos e Farmacêuticos</b>	782.595	769.866	680.914	677.612	845.100
<b>Medicamentos</b>	3.455.615	3.613.704	3.576.447	4.187.920	4.658.363
<b>Total</b>	<b>19.909.065</b>	<b>21.082.866</b>	<b>22.977.055</b>	<b>26.121.660</b>	<b>25.243.146</b>

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2013)



Do total das desonerações destinadas à saúde, aquelas que beneficiam as entidades filantrópicas e as pessoas físicas correspondem, juntamente, a dois terços. Em 2011, por exemplo, concedeu-se quase 23 bilhões de reais em forma de desonerações fiscais à saúde privada. Desses, quase 16 correspondem as renúncias fiscais providas às pessoas físicas pelo IRPF e às entidades filantrópicas pelo IRPJ, COFINS, CSLL e CPP. Em outras palavras, as desonerações destinadas às pessoas jurídicas, a produtos químicos e farmacêuticos, e a medicamentos, não possuem tanta representatividade perante ao montante total de gastos tributários com saúde.

O gráfico 5 demonstra a relevância de cada grupo beneficiado com relação ao total de desonerações na área da saúde de 2009 a 2011. Observa-se que as colunas que representam as pessoas físicas e as entidades filantrópicas são significativamente maiores que as outras três:



**Gráfico 5** – Gastos tributários por grupo beneficiado de 2009 – 2013 (em R\$ milhão – dados reais).

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2013)

Dessa forma, infere-se que as entidades filantrópicas e as pessoas físicas recebem o maior percentual de benefícios fiscais na área da saúde. Entretanto, conforme apresentado anteriormente hospitais filantrópicos prestam atendimentos

não somente ao sistema privado, pois pacientes do sistema público também usufruem desses estabelecimentos. Garantir atendimento médico e acesso a serviços de saúde de forma igualitária a toda a população depende, em última instância, da disponibilidade de serviços, como hospitais, médicos, enfermeiros, medicamentos.

Eliminar ou reduzir os benefícios tributários destinados aos hospitais filantrópicos poderia resultar em uma redução na oferta de serviços médicos disponíveis à população – a demanda, porém, permaneceria a mesma, uma vez que as pessoas não possuem total controle sobre sua saúde. Essa diminuição na oferta de serviços médicos por parte dos hospitais filantrópicos, caso os benefícios tributários fossem reduzidos e/ou eliminados, embasar-se-ia na redução proporcional da receita desses estabelecimentos: sem as desonerações, as Santas Casas passariam a pagar o devido IR, COFINS, CSLL e CPP. Com menos recursos, esses estabelecimentos seriam incapazes de manter o número de atendimentos ao sistema público. Possivelmente dar-se-ia prioridade àqueles pacientes que fossem capazes de arcar com os custos de seus tratamentos.

No caso das desonerações destinadas às pessoas físicas, que representam o segundo grupo (junto às entidades filantrópicas) mais beneficiado em termos monetários com os gastos tributários em saúde, a possibilidade de redução ou eliminação da desoneração no IRPF não resultaria em diminuição na disponibilidade de serviços – o efeito seria na demanda, e não na oferta. Isso porque, sem abater suas despesas médicas do IR, a demanda por serviços de saúde tornar-se-ia mais seletiva, e os gastos com saúde privada continuariam ocorrendo, mas, prioritariamente, em situações de maior necessidade.

Quanto aos planos e seguros, provavelmente a demanda por serviços de saúde dos usuários também diminuiria com a redução ou eliminação das desonerações fiscais – sem poder desonerar do IR os pagamentos às seguradoras, muitas pessoas deixariam de ser beneficiárias dos planos e seguros de saúde privados. Para as pessoas jurídicas, o efeito de uma possível redução ou eliminação no benefício fiscal para gastos com saúde não seria tão grande, conforme demonstrado na tabela 10.

**Tabela 10 –** Gastos tributários com saúde por grupo beneficiado de 2009 -2013 (em R\$ milhão – dados reais).

	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Pessoas Físicas (IRPF)</b>	20.803.529	22.216.072	25.134.265	27.881.903	30.755.895
<b>Despesas Médicas</b>	6.794.096	6.813.121	7.716.044	8.755.657	9.658.166
<b>% Despesas médicas/IRPF</b>	32,66	30,67	30,70	31,40	31,40
<b>Pessoas Jurídicas (IRPJ)</b>	21.085.050	27.080.304	28.375.845	32.256.217	35.156.181
<b>Assistência Médica/ Odontológica/ Farmacêutica/ a Empregados</b>	2.276.770	2.656.540	2.937.073	3.344.957	3.633.642
<b>% Despesas médicas/IRPJ</b>	10,80	9,81	10,35	10,37	10,34

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2013)

Do total de desonerações (considerando todas as áreas; e não somente a área da saúde) concedidas ao IRPF, mais de 30% correspondem a despesas médicas. No caso das pessoas jurídicas, as deduções dos gastos da assistência médica, odontológica, e farmacêutica a empregados, representam 10% do total de desonerações no IR. Em termos monetários, as pessoas físicas desoneram seus gastos com saúde quase três vezes mais do que as pessoas jurídicas. Em 2010, por exemplo, as pessoas físicas deixaram de pagar quase 7 bilhões de reais de IR por despesas médicas; já para as pessoas jurídicas, no mesmo ano, esse valor foi um pouco mais de 2 bilhões e meio de reais de IR por assistência a empregados.

## 5.2 GASTOS FEDERAIS COM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E AS RENÚNCIAS FISCAIS

Demonstrou-se anteriormente que, do total de recursos destinados pelas três esferas de governo ao SUS, aqueles provenientes da União são os que, proporcionalmente, menos têm aumentado com o passar dos anos. Isso porque a União tem reduzido sua participação nos gastos com saúde.

A tabela 11 sintetiza os dados expostos no terceiro capítulo deste trabalho:

**Tabela 11** – Gastos com ações e serviços de saúde, por esfera de governo, nos anos de 2000 e 2011 (em R\$ milhão – dados reais)

	<b>2000</b>	<b>Part. %</b>	<b>2011</b>	<b>Part. %</b>	<b>%</b>
<b>Gastos Federais</b>	41.313	59	72.332	45	75
<b>Gastos Estaduais</b>	14.214	20	40.948	26	188
<b>Gastos Municipais</b>	14.961	21	45.925	29	207
<b>Total</b>	<b>70.487</b>	<b>100</b>	<b>159.205</b>	<b>100</b>	<b>126</b>

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2013a)

Notas: Valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011, em R\$ milhão.

Em 2000 a União era responsável por 59% do total de gastos com saúde, contra 20% dos Estados e 21% dos Municípios. No ano seguinte, a participação da União no financiamento da saúde caiu para 45%, enquanto que a dos Estados aumentou para 26% e a dos Municípios para 29%. Em 11 anos, os gastos federais com saúde cresceram 75%, ao mesmo tempo em que os gastos estaduais quase triplicaram (188%) e os gastos municipais mais do que triplicaram (207% de crescimento).

Considerando os gastos totais com saúde, o incremento entre os anos de 2000 e 2011 foi de 126%. Percebe-se que o crescimento no montante total destinado pela União ao custeio de ações e serviços de saúde ficou abaixo dos 126%, os quais representam o aumento dos gastos somando as contribuições de todos os entes federativos. Verifica-se que a redução na participação federal no financiamento do SUS, ao mesmo tempo em que se aumenta a participação dos entes subnacionais. É importante ressaltar que a União tem aumentado o total de recursos destinados ao financiamento da saúde pública com o passar dos anos, contudo, proporcionalmente aos estados e municípios esse aumento tem sido menor.

A tabela 12 demonstra a representatividade dos gastos tributários com saúde (desonerações fiscais destinadas a pessoas físicas, pessoas jurídicas, entidades filantrópicas, produtos químicos e farmacêuticos e medicamentos) perante o montante de recursos que a União destinou para o financiamento do SUS, nos anos de 2009, 2010 e 2011.

**Tabela 12** – Gastos tributários com saúde como percentual do gasto federal em saúde (em R\$ milhão – dados reais)

	2009	2010	2011
<b>Gasto Federal Saúde</b>	65.268	66.078	72.332
<b>Gasto Tributário Saúde (renúncias fiscais)</b>	19.909	21.083	22.977
<b>% Gasto Federal Saúde/ Gasto Tributário Saúde</b>	30,5	31,9	31,8

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2013 e 2013a)

Notas: Valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011, em R\$ milhão.

Percebe-se que o valor (em milhões de reais) das desonerações fiscais destinadas à saúde comparado ao valor gasto pela União em saúde, representa mais de 30% nos três anos em questão. Assim, caso os gastos tributários com saúde não existissem e os recursos arrecadados fossem utilizados para financiar o SUS, poder-se-ia incrementar em 30% o montante dos gastos federais com saúde. Cabe ressaltar que esse incremento de 30% nos recursos repassados pela União ao SUS seria possível somente com a eliminação total das desonerações fiscais à saúde privada. Todos os grupos beneficiados (entidades filantrópicas, medicamentos, produtos químicos e farmacêuticos, pessoas físicas e jurídicas) passariam a pagar todos os impostos devidos.

A tabela 13 evidencia a representatividade das desonerações exclusivamente do IRPF e do IRPJ junto ao total de gastos federais com saúde, considerando que as desonerações concedidas aos outros três grupos beneficiados não fossem eliminadas ou reduzidas:

**Tabela 13** – Gastos tributários com saúde de pessoas físicas e jurídicas como percentual do gasto federal em saúde (em R\$ milhão – dados reais)

	2009	2010	2011
<b>Gasto Federal Saúde</b>	65.268	66.078	72.332
<b>Gasto tributário Saúde (renúncias fiscais) - IRPF e IRPJ</b>	9.071	9.470	10.653
<b>% Gasto Federal Saúde IRPF e IRPJ/ Gasto tributário Saúde</b>	13,9	14,3	14,7

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2013 e 2013a)

Notas: Valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011, em R\$ milhão.

Com base na tabela 13 pode-se inferir que, caso as desonerações das despesas médicas de pessoas físicas e assistência médica a empregados não ocorressem, e o imposto fosse de fato arrecadado e utilizado para financiar o sistema público, poder-se-ia obter um incremento de mais de 14,7% nos gastos da União com saúde em 2011, por exemplo. Pode-se perceber, dessa forma, que as

renúncias fiscais no IRPF e no IRPJ representam praticamente metade do total de renúncias fiscais na área da saúde.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os gastos tributários (renúncias fiscais) com saúde têm aumentado progressivamente ao longo dos últimos anos - especificamente no período de 2009 a 2013. Concomitantemente, o SUS no Brasil enfrenta desafios no cumprimento de seus três princípios fundamentais: universalidade, equidade e integralidade. Nesse contexto, é importante demonstrar a representatividade das renúncias fiscais, diante do montante total destinado ao financiamento do sistema público. Ao mesmo tempo, faz-se necessário discutir se essas renúncias representam, ou não, uma forma de incentivo à saúde privada, na medida em que beneficiam, geralmente, as camadas de maior renda da população brasileira.

Este trabalho demonstrou que, atualmente, os grupos beneficiados com as desonerações fiscais na área da saúde consistem em: pessoas físicas, pessoas jurídicas, entidades filantrópicas, produtos químicos e farmacêuticos e, por fim, medicamentos. A diminuição ou a eliminação desses benefícios fiscais poderiam representar um incremento aos recursos totais repassados pela União ao SUS – considerando que a União é o ente federativo que mais arrecada tributos e, proporcionalmente, tem diminuído ano após ano sua participação no financiamento do sistema público. Caso as desonerações providas aos serviços de saúde privadas fossem eliminadas em sua totalidade, poder-se-ia incrementar o montante que a União destina ao SUS em aproximadamente 30%.

Cabe ressaltar, entretanto, que as desonerações tributárias destinadas às entidades filantrópicas, aos produtos químicos e farmacêuticos e aos medicamentos, beneficiam fortemente os usuários do sistema público. Eliminar tais incentivos fiscais com o objetivo de incrementar os recursos que financiam o SUS poderia não ser uma boa política, na medida em que seriam necessários ainda mais recursos para sustentar maiores custos com medicamentos e hospitais. Quanto às pessoas físicas e jurídicas, considerando que as desonerações devem-se, principalmente, a gastos com planos e seguros de saúde privados e consultas médicas particulares, elas representam, indiretamente, uma transferência de recurso público para o sistema de saúde privado.

Portanto, de maneira a aumentar o volume total de recursos destinados ao financiamento do sistema público pela União, poder-se-ia estabelecer um limite às

desonerações na área da saúde nos IRPF e IRPJ. Atualmente isso ocorre com as desonerações fiscais sobre gastos com educação. Caso as desonerações providas às pessoas físicas e jurídicas fossem eliminadas, poder-se-ia incrementar o montante que a União destina ao SUS em cerca de 15%. Todavia, para que o estabelecimento desse limite surtisse efeito sobre o total de recursos destinados ao SUS, seria preciso garantir que esse valor (antes não arrecadado devido às renúncias fiscais) fosse, de fato, aplicado no financiamento do SUS. Contudo, não se pode garantir que esses recursos serão com certeza aplicados na área da saúde.

Além disso, antes da tomada de quaisquer medidas, seria necessário um estudo mais aprofundado dos possíveis impactos do estabelecimento desse limite às desonerações, sobre o comportamento e sobre a renda das pessoas físicas e jurídicas. A diminuição desse subsídio poderia resultar em uma redução no número de usuários dos planos e seguros de saúde, por exemplo. Essas pessoas, antes atendidas na rede privada, provavelmente buscariam atendimento médico no sistema público, quando necessário. Assim, seria interessante analisar a possível relação entre a diminuição das renúncias fiscais e o aumento na demanda pelo SUS.

Enfim, diante da relevância do montante de desonerações fiscais providas à área da saúde por parte do governo federal, é importante reafirmar os fundamentos constitucionais do SUS por meio da formulação de políticas públicas, de forma a tornar as renúncias fiscais mais equitativas, para que elas não representem, mesmo que indiretamente, uma transferência de recurso público ao sistema privado de saúde.



## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Dados gerais** - beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil - 2003-2014). 2014. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 11 nov. 2014.

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

BAHIA, L. **Avanços e percalços do SUS**: a regulação das relações entre o público e o privado. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4 n. 1, p. 159-169, 2006. Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r131.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 1385-1397, outubro, 2008.

BRASIL. Câmara Dos Deputados. **Consultoria de orçamento e fiscalização financeira. Financiamento da saúde**: Brasil e outros países com cobertura universal. Brasília, 2013a. (Nota Técnica, nº 12). Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividadelegislativa/orcamentobrasil/estudos/2013/NTn12de2013FinanciamentodaSadeBrasileOutrosPasesV.Prel.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. **SUS**: avanços e desafios. 1. ed. Brasília: CONASS, 2006. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/include/arquivos/foa/pos/files/sus-avancos-desafios.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

\_\_\_\_\_. Governo Federal. **Lei complementar número 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União, seção 1, p. 1, de 16 de janeiro de 2012. Brasília.

\_\_\_\_\_. Governo Federal. **Lei número 9.249, de 26 de dezembro de 1995**. Altera a legislação do imposto de renda das pessoas jurídicas, bem como da contribuição

social sobre o lucro líquido, e dá outras providências. Diário Oficial da União, seção 1, 1995. Brasília.

\_\_\_\_\_. Governo Federal. **Lei número 9.250, de 26 de dezembro de 1995**. Altera a legislação do imposto de renda das pessoas físicas e dá outras providências. Diário Oficial da União, seção 1, 1995a. Brasília.

\_\_\_\_\_. Ministério da Fazenda. **Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária – (Gastos Tributários) – Estimativas Bases Efetivas Ano Calendário 2011 – Série 2009 a 2013**. Brasília, 2013. Disponível em: <[www.receita.fazenda.gov.br/publico/estudotributario/BensTributarios/2011/DGTEfeti vo2011Serie2009a2013.pdf](http://www.receita.fazenda.gov.br/publico/estudotributario/BensTributarios/2011/DGTEfeti vo2011Serie2009a2013.pdf)>. Acesso em: 25 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Fazenda. **Carga Tributária no Brasil – Análise por Tributos e Bases de Incidência**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/estudos-e-tributarios-e-aduaneiros/estudos-e-estatisticas/carga-tributaria-no-brasil/carga-tributaria-2013.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Fazenda. **Estudo tributário nº 8**. Sistema e administração tributária – uma visão geral, agosto. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.receita.fazenda.gov.br/Publico/estudotributarios/estatisticas/20SistemaAdministracaoTributaria.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Seminário – democracia, direito e gestão pública**, novembro, Brasília, 2011a. Disponível em: <<http://www.gespublica.gov.br/projetos-aco/es/pasta.2009-07-15.5584002076/pasta.2011-12-05.4922726565/tema%203%20finalizado.PDF>>. Acesso em: 13 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3. ed. Série Legislação de Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/17/AF-Carta-Usuarios-Saude-site.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico / Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <[http://www.fns2.saude.gov.br/documentos/Publicacoes/Manual\\_Gestao\\_Fin\\_SUS.pdf](http://www.fns2.saude.gov.br/documentos/Publicacoes/Manual_Gestao_Fin_SUS.pdf)>. Acesso em: 13 maio 2015.

\_\_\_\_\_. **O Financiamento da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 124 p. Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, n. 2. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/colecao2011/livro\\_2.pdf](http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_2.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília: Diário Oficial da União, 2007. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007\\_comp.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html)>. Acesso em: 10 nov. 2014.

EM DISCUSSÃO. Financiamento da Saúde a espera de um resgate. **Revista de audiências públicas do Senado Federal**, ano 5, n. 19, fevereiro, 2014. Disponível em: <[http://www.senado.gov.br/noticias/jornal/emdiscussao/Upload/201401%20-%20fevereiro/pdf/em%20discuss%C3%A3o!\\_fevereiro\\_2014\\_internet.pdf](http://www.senado.gov.br/noticias/jornal/emdiscussao/Upload/201401%20-%20fevereiro/pdf/em%20discuss%C3%A3o!_fevereiro_2014_internet.pdf)>. Acesso em: 03 mar. 2015.

MORAZ, G. **O Sistema Único de Saúde no Brasil**: uma avaliação de seu funcionamento. 2011. Dissertação (Pós-graduação em Economia) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

OCKÉ-REIS, C. Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento? **Trabalho Educação & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6 n. 3, p. 613-622, 2009.

\_\_\_\_\_.; et al. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado? **Revista de Economia Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 157-185, janeiro, 2006.

PIOLA, S.; et al. **Saúde no Brasil**: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) Brasília; IPEA, 2009.

\_\_\_\_\_. **Financiamento do Sistema Único de Saúde**: trajetória recente e cenários para o futuro. 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/AnaliseEconomica/article/viewFile/25261/21530>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

PORTAL BRASIL. Governo Federal. **União, estados e municípios têm papéis diferentes na gestão do SUS**, outubro, Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2014/10/o-papel-de-cada-ente-da-federacao-na-gestao-da-saude-publica>>. Acesso em: 21 out. 2014.

REIS, A. **Comparativo entre o rendimento médio dos beneficiários de planos de saúde individuais e da população não coberta por planos de saúde** – regional e por faixa etária. IESS, 2009. Disponível em: <<http://iess.org.br/TDIESS00452013ComparaoRenda.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2015.

REIS, P.; COSTA, T.; SILVEIRA, S. Receita pública e bem-estar social nos municípios mineiros emancipados no período de 1988 a 1997. **Revista Eletrônica de Administração**. Porto Alegre, v. 19, n. 1, janeiro/abril, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-23112013000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-23112013000100003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 8 maio 2015.

SANTOS, N.; AMARANTE, P. **Gestão Pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. 324 p. Disponível em: <

<http://www.idisa.org.br/img/File/GC-2010-RL-LIVRO%20CEBES-2011.pdf>>. Acesso em: 13 de abril de 2015.

SILVA, A.; et al. Ministério da Fazenda. Secretaria de Política Econômica. **Gasto social do governo central**: 2001 e 2002. Brasília, novembro, 2003. Disponível em: <[http://www.fedesp.org.br/superior/gasto\\_social\\_01\\_02.pdf](http://www.fedesp.org.br/superior/gasto_social_01_02.pdf)>. Acesso em: 16 abr. 2015.

SILVA, C. O dilema da universalidade e financiamento público do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 333-345, agosto, 2012.

VEIGA, C.; et al. A dinâmica da inovação tecnológica: papel da demanda puxada, da tecnologia empurrada e dos incentivos governamentais na indústria farmacêutica brasileira. **Rege**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 515-534, outubro/dezembro, 2012. Disponível em: <<http://www.regeusp.com.br/arquivos/1464.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.