

GASTOS TRIBUTÁRIOS RELACIONADOS AO CONSUMO DE ATENÇÃO PRIVADA À SAÚDE

contribuição ao debate sobre políticas de financiamento

MARIA DE FÁTIMA SILIANSKY DE ANDREAZZI
BERNARDO SICSÚ
TÁSSIA HOLGUIN

Resumo: O trabalho enfoca a renúncia fiscal com gastos privados em saúde por parte das pessoas físicas e jurídicas. Os objetivos foram os de levantar evidências acerca da relação desta renúncia com a demanda por seguros e serviços privados de saúde, quantificá-la, a partir de dados da Secretaria da Receita Federal, e relacioná-la com os gastos privados das famílias e gastos públicos em saúde. Problematisa-se seu papel na promoção da equidade do financiamento no país.

Palavras-chave: Financiamento da saúde. Gastos tributários. Política de saúde.

Abstract: The work focuses the tax expenditures originated from families private health expenses and fringe benefits to workers. The objectives are to raise evidences concerning the relation of this kind of public expenditures with the demand for private health insurance and health services. It uses official data from the federal Fiscal Authority and relates them with the private and public expenses in health. The promotion of the equity in health financing is debated.

Key words: Health financing. Tax expenditures. Health policy.

The driving forces that generate social inequities in health are, to a great extent, related to the macro-policy environment. This environment includes neoliberal economic growth strategies, which have widened income inequalities and increased poverty
WHITEHEAD AND DAHLGREN (2006b, p. 34)

Desde os anos 1980, as políticas de saúde no Brasil têm logrado se tornar tema de debates ampliados envolvendo atores externos ao âmbito da tecnocracia estatal e dos profissionais de saúde. Esse fato pode ser fortemente atribuído à nova institucionalização da participação popular em Conselhos e Conferências de Saúde, fruto de mudanças na legislação do sistema após a promulgação da Constituição de 1988 e das Leis Orgânicas de Saúde, em 1990. A conjuntura econômica do país, assentada em metas de ajuste fiscal e de contenção dos gastos públicos, vigentes especialmente após 1989 e que se mantém até então, impõe uma agenda ainda restritiva quanto aos gastos do setor público na área da saúde, a despeito de iniciativas de legislação que procuraram dar uma maior estabilidade às dotações orçamentárias direcionadas ao setor, como, por exemplo, a EC 29/2000. O trabalho enfoca notadamente a renúncia fiscal oriunda dos gastos privados das pessoas físicas e das jurídicas com serviços de atenção à saúde, tema de pesquisa-objeto

do Edital do CNPq/Ministério da Saúde, em 2004. Os objetivos da pesquisa contemplam:

- a busca de evidências na literatura especializada acerca da relação desta renúncia com a demanda por seguros e serviços privados de atenção à saúde;
- a quantificação dessa variável;
- a identificação dos atores que têm incluído a questão das deduções dos gastos privados com atenção à saúde do Imposto de Renda de Pessoas Físicas – IRPF e do Imposto de Renda de Pessoas Jurídicas – IRPJ na agenda do financiamento do campo da saúde.

Na eventualidade de mudanças nos marcos atuais da regulamentação da matéria sobre essas deduções, a equidade no financiamento, a despeito da existência de mais de uma interpretação acerca de seu significado, poderia orientar os atores a se posicionarem na arena dos debates de alternativas excludentes entre objetivos e resultados da renúncia fiscal.

O artigo está dividido em cinco partes. Após esta introdução, a primeira aborda a definição e a contextualização de gastos tributários. A seguir, na segunda parte, é apresentada uma discussão sobre equidade no financiamento do campo da saúde relacionada com a renúncia fiscal. A revisão da literatura sobre o tema é o foco da parte três. A quarta parte do artigo foi utilizada para fazer uma estimativa da magnitude da renúncia fiscal oriunda do setor saúde, no país. Encerrando o artigo, na quinta parte, são comentadas as alternativas excludentes relacionadas com a questão da renúncia fiscal.

GASTOS TRIBUTÁRIOS EM SAÚDE: CONTEXTUALIZAÇÃO

O entendimento do conceito de renúncia fiscal com gastos privados em saúde remete à parcela dos tributos devidos dos contribuintes, pessoas físicas e jurídicas, que o Estado declina arrecadar. De acordo com Salvi, De Paula e Loures (2003, p. 6, 13),

o termo utilizado internacionalmente para referir-se às despesas governamentais indiretas efetuadas por meio do sistema tributário é o de gasto tributário (tax expenditure) [...] gastos

tributários são gastos indiretos do governo realizados por intermédio do sistema tributário visando atender objetivos econômicos e sociais [...] No Brasil, a Secretaria de Receita Federal vem utilizando o termo benefícios tributários como sinônimo de gastos tributários [...] tem considerado, desde 1986, como sendo benefício tributário toda desoneração que cumulativamente satisfaça os seguintes requisitos: 1- reduza a arrecadação potencial; 2- aumente a disponibilidade econômica do contribuinte; 3- constitua, sob o aspecto jurídico, uma exceção à norma que referencia o tributo ou alcance, exclusivamente, determinado grupo de contribuintes.

As finalidades dos gastos tributários seriam:

- compensar gastos realizados pelos contribuintes com serviços de sua responsabilidade não atendidos pelo governo;
- compensar ações complementares às funções típicas de Estado desenvolvidas por entidades civis;
- promover a equalização de rendas entre as regiões;
- estimular determinadas áreas da economia ou localidades.

Um aspecto importante ressaltado por Beghin (2005) seria a possibilidade de o gasto tributário ser substituído por gastos orçamentários diretos. O caso das deduções com gastos referentes à atenção à saúde no IRPF e IRPJ está enquadrado no conceito de gasto tributário. O valor renunciado pelo setor público é sempre função direta de gastos que os contribuintes declaram ter com determinados itens de seus dispêndios globais com saúde. Estes itens têm variado, no Brasil, sendo que somente após 1990 (ano-base de 1989) foi permitida a inclusão de despesas com seguros de saúde. Despesas com assistência ambulatorial e hospitalar pagas diretamente aos prestadores de serviços já eram consideradas. Desde 1990, não existem limites para a dedução desses gastos da renda tributável das pessoas físicas, no que se refere às declarações de ajuste do imposto do tipo “não-simplificadas”. A exceção à regra são os gastos com o consumo de medicamentos, que não estão contemplados no rol de deduções das pessoas físicas. As despesas com saúde das pessoas jurídicas são consideradas gastos operacionais, reduzindo, assim, o lucro tributável (SAYD, 2003). Na atualidade, os procedimentos relativos a estas deduções estão contemplados no RIR/99 (Re-

gulamento do Imposto de Renda/99). Esse incentivo governamental permitiu que os gastos privados com serviços de atenção à saúde fossem deduzidos da renda tributável dos contribuintes pessoas físicas e do lucro tributável das pessoas jurídicas, diminuindo, dessa forma, o valor do imposto a recolher.

Cabe ressaltar que não é consensual a conceituação do abatimento com saúde do IRPF como gasto ou benefício tributário. De acordo com um documento elaborado pela assessoria técnica da Unafisco Sindical (Diretoria Executiva Nacional do Sindicato Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal), de 2003, o Ministério da Fazenda está classificando de forma equivocada as despesas com dependentes, com educação e com cuidados à saúde que são deduzidas da renda tributável das pessoas físicas. Para a Unafisco Sindical esses gastos são “despesas para um mínimo existencial”, portanto, não devem ser considerados como benefício tributário (renúncia fiscal). Não representam aumento da disponibilidade econômica do contribuinte, já que substituem gastos com serviços não garantidos, na prática, pelo Estado:

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 à aquisição e manutenção da renda e do patrimônio, assim como do mínimo indispensável a uma existência digna para o contribuinte e sua família (UNAFISCO SINDICAL, 2003, p. 7).

A inclusão dos gastos tributários – oriundos da arrecadação com o IRPF e IRPJ – com o setor saúde no debate acadêmico sobre financiamento da atenção à saúde no Brasil pode ser encontrada, nos anos 1990, em trabalhos da área de saúde coletiva (MÉDICI, 1990; ANDREAZZI, 1991). Esses trabalhos procuraram identificar o problema e quantificá-lo a partir das fontes disponíveis, chamando a atenção para um de seus papéis relevantes: o de subsídio à atenção privada. Ocké-Reis (1995) aponta as possíveis relações entre esses gastos tributários com a manutenção de um padrão de oferta privada de importante magnitude no Brasil e com o crescimento do mercado de seguros de saúde privados.

Fora do âmbito acadêmico, nos anos 2000, questionamentos sobre os gastos tributários aparecem em eventos como o Simpósio de Saúde Suplementar, realizado em 2001 pela Câmara dos Deputados (BRASIL, 2001). Segundo o relatório do simpósio, o financiamento público dos serviços privados de cuidados à saúde, mormente dos prêmios dos seguros-saúde, através da renúncia fiscal, é polêmico e questionável. São considerados gastos sociais, pois são compartilhados pela sociedade. Em contrapartida, essa renúncia fiscal pode constituir um elemento decisivo para a efetividade da ação tributária arrecadadora, na medida em que realça receitas auferidas, principalmente, pelos prestadores de serviços, que de outra forma podem efetuar sonegação no mercado de atenção direta à saúde.

À guisa de suporte, fora do campo da saúde, destaca-se a inclusão mais geral do tema dos subsídios ao consumo para famílias de maior renda no documento do Ministério da Fazenda, Política Econômica e Reformas Estruturais, que serviu de orientador para a política econômica do primeiro governo Lula (2003-2006). Esse documento tem como objetivo apresentar as prioridades da agenda econômica do Ministério da Fazenda e apontar como estas prioridades se inserem no contexto de mudança do país. O documento apresenta um diagnóstico resumido dos principais problemas econômicos da conjuntura e analisa os impactos sociais da estrutura tributária, assim como a compatibilização entre a eficácia dos gastos sociais da União e as limitações econômicas enfrentadas. De acordo com o texto:

Os impostos e transferências, no Brasil, não atenuariam as desigualdades de renda, pois seriam destinados aos não-pobres. No Brasil, o grupo dos 10% mais ricos se apropria de 44% da renda total do País, enquanto os 10% mais pobres ficam com 1% da renda total. Da população economicamente ativa, cerca de 85% recebe rendimentos inferiores a cinco salários mínimos, o que corresponderia, aproximadamente, ao limite de isenção do imposto de renda de pessoas físicas (IRPF). Como consequência, quase toda a receita do IRPF, cerca de 96%, é arrecadada de indivíduos que se encontram no grupo dos 10% de renda mais alta, sendo que os 1% mais ricos são responsáveis por mais de 40% de arrecadação (BRASIL, 2003a, p. 81).

O documento sistematiza a agenda inicial de reformas. O principal objetivo da política econômica, considerada de transição, seria a redução da relação dívida/PIB sem aumento da carga tributária, obtida com aumento do superávit primário por meio do controle das contas públicas. Os objetivos específicos da reforma tributária, contida em tal documento, seriam a eliminação dos tributos cumulativos, a redução das faixas de alíquota dos impostos indiretos e a *revisão de benefícios e renúncias fiscais de natureza regressiva*. Em outro documento, da mesma época e elaborado pela mesma equipe do Ministério da Fazenda – a Secretaria de Política Econômica –, a formulação é mais explícita:

A possibilidade de ampliação dos recursos destinados aos brasileiros mais pobres e de fornecer uma verdadeira rede de proteção social capaz de amparar a população mais vulnerável depende, de forma decisiva, da realização de reformas estruturais que reduzam os privilégios concedidos pelo atual sistema – tanto por meio de gastos diretos quanto através de renúncias fiscais – a grupos de renda mais alta (BRASIL, 2003b, p. 11).

E mais, ainda: “Na área da saúde, cabem, ainda, reflexões sobre as renúncias tributárias em saúde (pessoa física e jurídica), auferidas por segmentos sociais de maior renda” (BRASIL, 2003b, p. 31).

Propostas de eliminação explícita da renúncia fiscal com gastos privados em saúde já aparecem na conjuntura recente, como se vê no Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2003c). No seu ponto 27 do Eixo Temático IX – O Financiamento da Saúde ficou deliberado:

Suspender os subsídios oriundos da dedução de Imposto de Renda para gastos com planos e seguros de saúde, revertendo os valores correspondentes arrecadados para a constituição de um fundo nacional voltado para o financiamento de ações emergenciais em saúde e de atenção básica.

Isso poderia estar relacionado à inclusão do tema no Plano de Trabalho da Comissão de Saúde Suplementar do Conselho Nacional de Saúde de 2004,¹ em que se destaca a necessidade de aprofundamento de conhecimentos relativos às diferentes modalidades

de apoio público ao consumo privado com saúde. Foram identificadas as seguintes modalidades:

- a) estudo e diagnóstico sobre os recursos públicos envolvidos direta e indiretamente no mercado de planos de saúde;*
- b) deduções e renúncias fiscais;*
- c) pagamento de planos de saúde;*
- d) trânsito de clientes de planos de saúde nos serviços próprios e conveniados do SUS: o ressarcimento e a ‘fila dupla’.*

Cabe ainda destacar que, a despeito de propostas de eliminação das deduções em fevereiro de 2006, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde,² o assunto ainda é bastante contraditório a ponto de não haver consensos nesse sentido, postergando decisões com base na necessidade de mais informação.

A seguir, discute-se o polêmico assunto da equidade de no financiamento, como possível instrumento de respaldo para o posicionamento dos atores quanto à discussão sobre alternativas excludentes entre objetivos e resultados da renúncia fiscal.

EQÜIDADE NO FINANCIAMENTO E RENÚNCIA FISCAL EM SAÚDE

Cabe, inicialmente, apresentar o conceito de equidade a partir do qual os benefícios tributários com saúde no Brasil, na atualidade, podem ser avaliados. Para Whitehead (1990), que é considerada uma autora importante no debate europeu a partir dos anos 1980,

O termo “iniquidade” tem uma dimensão moral e ética. Ele se refere a diferenças que são desnecessárias e evitáveis, mas, em adição, também são consideradas injustas. Assim, a fim de descrever uma situação como não equitativa, a causa tem que ser examinada e julgada como injusta no contexto do que ocorre no resto da sociedade (WHITEHEAD, 1990, p. 5).

Para ela, “equidade é um conceito relacionado com a criação de oportunidades iguais em saúde, reduzindo os diferenciais a menor nível possível” (WHITEHEAD, 1990, p. 9).

Equidade no financiamento da saúde seria um conceito que remete aos juízos de valor existentes

acerca da relação entre as disponibilidades de renda ou riqueza e as contribuições para o sistema de saúde. De acordo com Ugá e Santos (2005, p. 4),

o desejável é que o financiamento setorial seja um sistema pautado pela progressividade, isto é, que penalize mais do que proporcionalmente aqueles que mais têm ou, em outras palavras, que o ônus do financiamento do setor saúde seja inversamente proporcional à renda das pessoas.

Em trabalho de revisão sobre equidade em saúde, Porto (1995) sintetiza o debate internacional dos anos 1990 sobre o tema, identificando tendências de reconhecer como

pilares principais do conceito de equidade a distribuição de recursos através de uma discriminação positiva em favor dos mais desfavorecidos e a diminuição das desigualdades que resultam de fatores que estão fora do controle individual (PORTO, 1995, p. 132-133).

No contexto do debate acerca da equidade do financiamento, é importante assinalar que o significado de equidade na saúde

depende, de forma crucial, da maneira como se define o conceito de justiça social, e que este, por sua vez, depende de juízos de valor ou pontos de vista da sociedade, tal como articulados por indivíduos, grupos ou governos (PEREIRA, 1990, p. 401).

Almeida (2002), nesse sentido, aponta ser necessário discutir o problema a partir da definição política tomada pela sociedade acerca da distribuição de benefícios e sacrifícios entre os indivíduos, decisão que não possui uma racionalidade técnica *a priori*.

Para Whitehead e Dahlgren (2006a), mais do que um conceito relacional, a equidade em saúde tem a ver com o alcance dos padrões mais elevados de saúde por todos, sem distinção de raça, religião, crença política, condições econômicas e sociais. O objetivo das ações de promoção da equidade seria nivelar por cima: “The ultimate vision is the elimination of such inequities, by levelling up to the health of the most advantaged.” (WHITEHEAD; DAHLGREN, 2006a, p. 5).

Com uma perspectiva mais normativa, o debate sobre equidade em saúde é identificado no interior de organismos internacionais, como o Banco Mundial, que tomam a equidade no financiamento como justificativa para a focalização dos gastos públicos em saúde nos grupos que não têm condições de acesso através do mercado.

A avaliação dos benefícios tributários em saúde por meio do imposto de renda, de modo geral, ressalta problemas de equidade. Desse modo, Ugá e Santos (2005) consideram a renúncia fiscal com gastos privados em saúde no Brasil regressiva, porque favoreceria mais os grupos com maior capacidade de gasto. Outras referências explícitas ao caráter regressivo e, portanto, não equitativo desses gastos, favorecendo famílias com renda suficiente para serem tributadas através dos impostos diretos, assim como parcelas de trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal, podem ser achadas em Sayd (2003). Pois, independentemente do gasto com saúde efetuado, apenas as famílias posicionadas em classes de rendimentos não isentas de contribuição para o fisco, conseguem deduzir esse gasto. Isso não é peculiar ao caso brasileiro (SHEILS; HOGAN, 1999), o que permite concluir que a iniquidade é um aspecto de ordem estrutural desse modelo de financiamento público indireto para a saúde, tomado isoladamente. Dain et al. (2001), ainda, ressaltam a concentração geográfica desse benefício tributário nas regiões mais ricas do país, onde está a maior rede de serviços de saúde, e a não convergência das agendas do gasto público direto e dos benefícios fiscais.

Para a literatura de finanças públicas, o tema da equidade é um dos objetivos relevantes do sistema tributário. Este deveria ser

imparcial ou justo no tratamento dos indivíduos. Todavia o conceito de justiça social não é uma questão tão trivial. [...] O critério de justiça social segundo a capacidade de pagamento abrange dois tipos de equidade: horizontal e a vertical. Na equidade horizontal, os contribuintes com mesma capacidade de pagamento pagam impostos de igual valor, enquanto na equidade vertical os contribuintes pagam com uma proporção maior da carga tributária individual (BARBOSA; BARBOSA, 2005, p. 295).

Piancastelli e Nascimento (2005) chamam a atenção, entretanto, para a necessidade de uma análise mais integral do sistema tributário e do gasto público para aferir seu grau de progressividade, e não o de um imposto apenas.

OS IMPACTOS DA RENÚNCIA FISCAL COM GASTOS PRIVADOS EM SAÚDE

Qual seria o papel da renúncia fiscal sobre a demanda de atenção privada com saúde, incluindo-se aí seguros e serviços de saúde? Respostas a esta questão não têm sido uniformemente encontradas na literatura. Na teoria microeconômica convencional, a pergunta costuma ser traduzida pelo conceito de elasticidade, que é a relação existente entre a oscilação de uma variável econômica (preço/renda) e a oscilação de outra variável em estudo (quantidade da demanda/oferta). No caso em tela, trata-se da elasticidade-preço da demanda, considerando que a renúncia reduza o preço final pago pelas famílias (pessoas físicas no *status* da tributação) ou pelas empresas (pessoas jurídicas). Podem-se encontrar na literatura norte-americana exemplos desses estudos.

Gruber (2001), em uma ampla revisão bibliográfica sobre renúncia fiscal em saúde, considera que os achados dos estudos comparativos dos custos e benefícios dessa renúncia são contraditórios em razão de uma série de pressupostos sobre o comportamento da demanda quando da utilização do benefício fiscal. Em alguns trabalhos realizados nos EUA, que compararam diferenças de cobertura de seguros de saúde financiados por empresas de tamanhos semelhantes e com diferentes prêmios pós-taxação de acordo com o Estado de origem das empresas contratantes, foram encontradas elasticidades que variaram de -0,8 a -2,9. Isso significa que para uma dada variação do preço pós-taxação, a demanda variou no sentido inverso. Gruber cita, ainda, resultados de estudos realizados em Quebec (Canadá), onde o subsídio para seguro suplementar dos empregadores foi retirado, apresentando elasticidades demanda-preço de -0,42 a -0,54, evidenciando, nesse caso, uma menor variação da demanda relativa à oscilação do preço. Outros trabalhos examinados por este autor mostraram uma

redução na participação do empregador no pagamento dos prêmios dos empregados, de acordo com as diferentes alíquotas de tributação que redundaram em renúncia fiscal. Uma conclusão interessante foi que as firmas empregadoras seriam mais sensíveis à variação dos preços do que os empregados.

Gruber e Mcknight (2003), procurando entender os motivos pelos quais teria diminuído a cobertura por seguro de saúde do empregador, nos EUA, entre 1982 e 1998, constataram que os fatores mais fortemente associados a essa cobertura foram os custos da assistência médica (negativamente) e, em seguida, a política fiscal favorável (positivamente). As conclusões a que chegaram favorecem a concessão do subsídio aos empregadores, pois isso não apenas aumentaria a cobertura, mas também reduziria a participação financeira dos empregados no custeio dos seguros.

Selden e Moeller (2000) estudaram a magnitude e a distribuição dos subsídios tributários oferecidos pelo governo norte-americano para o seguro de saúde. Os subsídios são reconhecidos como não equitativos, pois a sua incidência varia com a taxa marginal da tributação. Isso significa que quando existe uma variação no nível de renda desses usuários contribuintes há uma mudança no nível da faixa de contribuição tributária, favorecendo mais as famílias de alta renda. A conclusão dos autores foi que a eventual carga tributária, adicional imposta sobre a sociedade, advinda da redução ou eliminação dos subsídios, afetará essas classes de renda.

Dowd et al. (2001) analisaram os efeitos da isenção de impostos sobre os prêmios do seguro-saúde pago diretamente pelo segurado empregado na escolha de um determinado tipo de cobertura. Vale dizer, a pesquisa consistiu no estudo da elasticidade-prêmio da demanda do seguro-saúde em função de isenção fiscal proporcionada pelo imposto sobre a renda para os empregados. Os resultados indicaram que a demanda é sensível (elástica) ao prêmio, portanto a existência (ou não) da isenção de impostos, à guisa de uma variação no preço, altera a demanda (escolha do usuário). Os autores consideram que isso distorceria a competição no mercado, contribuindo para uma ineficiente alocação dos recursos na atenção à saúde.

Do ponto de vista dos empregadores e dos empregados, a isenção de tributos para os pagamentos diretos na aquisição de seguro-saúde constitui *fringe benefit* financiado pelos contribuintes em geral.

Em diversos países da Europa há renúncia fiscal com gastos privados de saúde das empresas e das pessoas físicas (COLOMBO; TAPAY, 2004), embora com tendências à redução ou à eliminação (MOSSIALOS; THOMSON, 2002). O Reino Unido é um caso peculiar de experimento natural. De acordo com estudo de Emmerson, Frayne e Goodman (2001), os possuidores de seguro privado de saúde maiores de 60 anos, até 1997, sob a forma de um subsídio existente desde os anos 1960, beneficiavam-se da renúncia fiscal do imposto de renda – pessoa física – quanto aos dispêndios com os prêmios pagos. O impacto da interrupção desse benefício foi avaliado por meio da redução da cobertura de seguros de saúde nessa faixa etária, comparada com a evolução da cobertura de seguros entre os mais jovens, a quem esse benefício não era concedido. Com a retirada do subsídio, o preço do seguro para o consumidor aumentou em 29,9%. Os resultados, a partir do universo dos maiores de 60 anos segurados, equivaleram a uma elasticidade do benefício fiscal em relação à demanda de 0,7, o equivalente, nos dados da pesquisa, a 4.000 pessoas num total de 500 mil. Ou seja, a retirada do benefício teve impacto pequeno sobre a demanda. Na Irlanda, a receita com seguros voluntários de saúde, de caráter suplementar ao sistema público, equivalia, em 1998, a 9,45% do gasto total com saúde. Os subsídios fiscais correspondiam, em 1997, a 2,5% do gasto público total. Estimativas da retirada do subsídio apontavam um aumento de 32% no preço final do prêmio ao consumidor (MOSSIALOS; THOMSON, 2002).

Do ponto de vista da relação entre a renda e os gastos com atenção privada à saúde, foram encontradas na literatura especializada elasticidades positivas como, por exemplo, em Yunes (1995). No estudo de Sayd (2003), realizado em 1999 a partir das deduções de pessoas físicas no Brasil, a participação percentual do gasto declarado com saúde no total dos rendimentos declarados cresceu positivamente com a renda até um determinado patamar, equivalente a 30 salários mínimos da época. A partir daí, verificou-se

a diminuição desse percentual. Além da relação positiva entre o crescimento da renda e o crescimento dos gastos em saúde, em consonância com outros estudos, supõe-se a existência de um patamar em que o aumento da renda implicaria num aumento menor do consumo de saúde.

Cabe registrar que, no Brasil, reduziu-se consideravelmente o rendimento médio das famílias nos anos 1990 (POCHMANN, 2001). Tomando-se a cobertura de seguros de saúde dos indivíduos ocupados em pesquisas de amostra populacional, no Brasil, observou-se uma relação direta dessa cobertura com a renda. O ramo de atividade das empresas pagadoras dos planos coletivos também constituiu um fator explicativo da diferenciação da cobertura de empregados (IBGE, 2000). Séries históricas de evolução da cobertura de beneficiários de seguro-saúde, embora eivadas de incertezas em razão da precariedade das fontes, evidenciaram uma redução da velocidade de crescimento a partir do final dos anos 1990 (ANDREAZZI; KORNIS, 2003). De acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar referentes a 2005, o número de beneficiários de todas as modalidades de seguros privados de saúde, entre dezembro de 2000 e maio de 2005, passou de 37,7 milhões para 40,7 milhões (BRASIL, 2005). Tal evolução positiva, centralmente, deveu-se aos planos odontológicos, modalidade mais recente no mercado do que os planos médico-hospitalares.

Interessante notar que os estudos realizados nos EUA, onde o sistema público de saúde não fornece cobertura para uma parcela importante da população, e as pesquisas na Europa, onde há cobertura maior do sistema público, mostram algumas tendências semelhantes. Na maioria dos estudos analisados, a redução das deduções tributárias com saúde no imposto de renda declarado pelas famílias e pelos empregadores não implicou uma diminuição proporcional da demanda por atenção privada. Isso significa *ceteris paribus* um maior peso do item saúde no gasto das famílias e dos empregadores. No caso brasileiro, há que se considerar, para a estimativa do impacto do benefício fiscal sobre a demanda de atenção privada à saúde, que as famílias estão numa curva decrescente de rendimentos, principalmente aquelas

situadas acima do limite de isenção para o imposto de renda. Quanto às empresas, poderia supor-se que o impacto do aumento do gasto de saúde com os empregados seja proporcionalmente maior para aquelas que atuam em mercados competitivos, sem lucros extraordinários. E também para aquelas mais intensivas em mão-de-obra, nas quais o peso da folha de pagamento é mais significativo. Do ponto de vista dos itens que compõem a cesta de consumo com saúde, é possível supor mudanças no sentido de uma focalização nos itens considerados de maior necessidade ou de uma migração para os prestadores com preços mais competitivos.

Importa considerar que a redução ou mesmo eliminação da renúncia fiscal não significaria uma automática elevação do gasto público com saúde que compensasse o maior encargo assumido por famílias e empresas. A despeito do princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde, o objetivo principal da política econômica atual é a manutenção de superávit primário, via controle dos gastos públicos. Talvez o setor público de saúde absorvesse uma parte da demanda atualmente usuária de serviços privados, especialmente famílias de renda mais baixa e trabalhadores de pequenas e médias empresas, que não poderiam mais suportar o padrão anterior de gasto privado com saúde.

Em contrapartida, pode-se constatar que os gastos públicos com saúde foram especialmente afetados na conjuntura pós-Constituição de 1988 até a primeira metade dos anos 1990, quando a universalização da cobertura assistencial aí estabelecida exigiu a sua expansão (OCKÉ-REIS; RIBEIRO; PIOLA, 2001). Mesmo nos anos que se seguiram à promulgação da EC 29/2000, a despeito da constatação da expansão do gasto, notou-se que ele ficou aquém do esperado por uma série de motivos. De acordo com Marques e Mendes (2005), vários Estados não cumpriram com o piso estabelecido pela EC 29. Além disso, quanto à União, foram incluídas despesas com uma série de itens anteriormente não considerados como ações de saúde, exemplificando, o Fundo da Pobreza. Se a fonte de dados pesquisada for a dotação orçamentária mostrada no Balanço Geral da União – BGU, em termos nominais, vê-se que a despesa com saúde têm

aumentado. Para 2000 o valor da dotação total foi de R\$ 20.997,82 milhões, crescendo 97,4% até 2006, quando alcançou a cifra de R\$ 41.446,72 milhões. A média do incremento no período 2000-2006 foi de 12% para cada ano. Se a análise focar o comportamento da despesa realizada com saúde, em termos reais, constata-se que entre 2000 e 2006 o crescimento foi de 19,6%, com uma média anual de 2,9%.

Cabe, finalmente, assinalar que a retirada das deduções implicaria, ainda, uma informação reduzida sobre o volume da base de receita tributável dos prestadores privados de saúde, cujos efeitos sobre o conjunto da arrecadação de tributos não são, até o momento, quantificáveis.

ESTIMATIVA DA MAGNITUDE DA RENÚNCIA FISCAL COM AS DEDUÇÕES DOS GASTOS DE ATENÇÃO PRIVADA À SAÚDE

Para a estimativa dos gastos tributários com saúde, a fonte de dados utilizada foi a Secretaria da Receita Federal, especificamente os estudos publicados pela Copat. A título de esclarecimento metodológico, utilizaram-se, neste artigo, os conceitos de gasto tributário e benefício tributário, oriundos do trabalho da equipe da Copat/Copan (BRASIL, 2003d). De acordo com essa fonte, entre 1998 e 2003, os benefícios tributários com assistência à saúde das pessoas físicas apresentaram uma tendência clara à redução, com valores de R\$ 1,4 bilhão e R\$ 1,2 bilhão (valores de 2003) no primeiro e no último ano do período, respectivamente, equivalente a um decréscimo de 11%.

Tais resultados são coerentes com os achados das Pesquisas de Orçamentos Familiares – POFs do IBGE realizadas nos anos 1990 e 2000. Entre 1987 e 1996, a diminuição dos gastos familiares com atenção à saúde foi de 30% (OCKÉ-REIS; SILVEIRA; ANDREAZZI, 2003). Entre 1996 e 2003, foi encontrada uma redução de 32% em valores reais.

Ocké-Reis, Silveira e Andreazzi (2003) verificaram, ainda, a partir das POFs de 1987 e 1996 queda de 34,45% na renda das famílias, percentual semelhante ao verificado por Pochmann (2001) nos anos 1990.

Tabela 1

**Benefícios Tributários das Despesas
com Assistência à Saúde
Brasil – 1998-2003**

Em milhões de reais de 2003 (1)

Anos	Classes		
	Pessoas físicas (1)	Pessoas jurídicas	Total
1998	1.421,21	695,79	2.117,00
1999	1.423,78	616,60	2.040,38
2000	1.547,76	582,98	2.130,74
2001	1.449,34	848,92	2.298,26
2002	1.396,83	722,77	2.119,60
2003	1.265,57	649,97	1.915,54

Fonte: Brasil (2003d). Elaboração dos autores.

(1) Valores estimados.

Nota: Valores corrigidos pelo IPCA.

Tabela 2

**Despesa Monetária Total Anual com Assistência à Saúde, segundo Classes de
Rendimento Monetário Mensal Familiar
Brasil – 1996-2003**

Classes de rendimento (Em salários mínimos)	Despesa monetária (Em milhões de reais de 2003)		Variação (%)
	1996 (1)	2003	
Total	34.426,57	23.317,13	-32,27
Até 2	928,85	776,98	-16,35
Mais de 2 a 3	845,29	783,81	-7,27
Mais de 3 a 5	1.903,80	1.851,75	-2,73
Mais de 5 a 6	1.117,29	675,84	-39,51
Mais de 6 a 8	2.186,61	1.837,46	-15,97
Mais de 8 a 10	1.968,80	1.623,06	-17,56
Mais de 10 a 15	4.384,72	2.855,94	-34,87
Mais de 15 a 20	3.852,81	2.530,61	-34,32
Mais de 20 a 30	4.627,49	3.695,98	-20,13
Mais de 30	12.609,75	6.687,14	-46,97

Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Índices de Preços, Pesquisa de Orçamentos Familiares 1995-1996/2002-2003. Elaboração dos autores.

(1) Corrigido pelo INPC (Fator 1,5875).

Vale registrar que a despesa total das famílias com atenção à saúde registrada na POF 2003 foi de R\$ 23,3 bilhões. Considerando apenas os gastos com seguros e planos de saúde e os gastos com atenção médico-hospitalar, itens dedutíveis do Imposto de Renda de Pessoa Física, os valores foram de R\$ 13 bilhões. O benefício fiscal com saúde representaria, portanto, em torno de 10% do gasto total familiar com esses itens do consumo de saúde.

Essa estimativa é coerente com trabalhos publicados anteriormente sobre o tema, como o de Sayd (2003), que, em 1999, apontou R\$ 1,014 bilhão referente aos benefícios tributários para as pessoas físicas, representando 11,39% sobre as deduções com despesas em saúde no IRPF. Em relação aos contribuintes que referiram gastos no Imposto de Renda de Pessoa Física, na faixa de alíquota de 15% (naquele ano, com renda entre R\$ 10.800,00 e R\$ 21.600,00, aproximadamente entre três e seis salários mínimos), a dedução média foi de R\$ 152,00. Para a faixa de renda acima de R\$ 21.600,00 (seis salários mínimos), a dedução média foi de R\$ 771,00.

Considerando uma família média composta de três pessoas, o valor *per capita* deduzido para a primeira faixa de renda estaria em torno de R\$ 50,00 anuais e, para a segunda faixa, R\$ 257,00.

No caso das pessoas jurídicas, a SRF/Copat registra uma tendência à redução das deduções com assistência à saúde do lucro tributável e dos benefícios tributários estimados, entre 1998 e 2003. O benefício tributário em 2003 representou 15% das deduções.

Somando-se os benefícios tributários de pessoas físicas e jurídicas, são estimados, em 2003, R\$ 1,9 bilhão, de acordo com a Tabela 1.

Para efeito de comparação dos benefícios tributários com saúde em relação aos gastos públicos com saúde, tomou-se o trabalho de Ugá e Santos (2005). As autoras estimaram o gasto

Tabela 3

Deduções com Assistência à Saúde do Lucro Tributável das Pessoas Jurídicas
Brasil – 1998-2003

Em milhões de reais

Anos	Valores	
	Correntes	2003 (1)
1998	2.921,94	4.467,42
1999	2.589,42	3.634,13
2000	2.448,17	3.242,19
2001	3.565,02	4.384,82
2002	3.035,26	3.317,54
2003	4.333,13	4.333,13

Fonte: Brasil (2003d). Elaboração dos autores.
(1) Corrigido pelo IPCA.

público total no setor, em 2002, em R\$ 50,5 bilhões, aproximadamente R\$ 320,00 *per capita*, o que remetaria os benefícios tributários em questão a 4,2% deste montante. Em termos do gasto tributário com saúde *per capita*, para as pessoas físicas, os recursos são da ordem de R\$ 7,25 anuais. Para as pessoas jurídicas, o valor é de R\$ 3,72 (SAYD, 2003).

TRADE-OFF RELACIONADOS À RENÚNCIA FISCAL EM SAÚDE

Neste segmento do artigo, com base nos pressupostos sobre o comportamento da demanda, associados à discussão sobre o papel das deduções no IRPF e IRPJ de dispêndios ligados à saúde, propõe-se avaliar as perdas e os ganhos com esse benefício tributário para os diferentes atores envolvidos com o tema. Essa discussão levará em consideração os marcos das políticas econômicas e das políticas de reprodução social do governo atual. Justifica-se esse exercício para aclarar os embates e acordos esperados em face da problemática da renúncia da arrecadação fiscal no atual marco regulatório.

Quem poderia estar interessado em rever essas deduções no Brasil, na atualidade? Em primeiro lu-

gar, o governo federal, opondo-se aos subsídios às classes de maior rendimento e interessado no alcance de metas de superávit primário das contas públicas visando os compromissos de pagamento de juros de dívida. Alguns de seus representantes nacionais – bancos, seguradoras, investidores institucionais como os fundos mútuos e fundos de pensão e as grandes empresas (CHESNAIS, 1998) –, contraditoriamente, beneficiam-se das deduções relativas a gastos com saúde em prol de seus empregados. Porém, dadas as estruturas concentradas dos mercados de bancos e seguros, é de se esperar que essas empresas estejam em melhores condições de repassar os gastos operacionais com a saúde de seus empregados aos preços. Como entre elas estão as maiores empresas de seguros de saúde brasileiras, em contrapartida, a eliminação dos benefícios tributários com saúde poderá acarretar perda de receitas em razão da retração de contratos coletivos e, também, individuais. O balanço de perdas e ganhos não seria possível quantificar, neste momento. Para o governo federal, há outras contradições que reforçam, entretanto, a manutenção das deduções com saúde. As políticas sociais focalizadas em segmentos pobres, de acordo, ainda, com o receituário dos organismos financeiros internacionais, a despeito dos marcos jurídicos universais do sistema de saúde, careceriam de mecanismos compensatórios para as classes médias de renda, pequenos e médios empresários e para os trabalhadores formais. Isso pode se dar por meio da manutenção das deduções fiscais oriundas de gastos privados com saúde. De acordo com os dados aqui apresentados, estima-se que esses gastos tributários com saúde não são de grande monta, podendo ser mais significativo o ganho político para o governo federal com a manutenção desses subsídios comparativamente aos custos econômicos para o Estado, relativos à renúncia fiscal.

Por motivos completamente diversos, os benefícios tributários com gastos privados com saúde estariam em contradição com o modelo de organização da produção e das políticas sociais contido na Constituição de 1988, *na medida em que esta preconiza um sistema de saúde universal com qualidade que cubra as necessidades básicas de todas as famílias*. De fato, após a

sua promulgação, foram estabelecidos tetos da renda bruta que limitavam as deduções com gastos privados com saúde do Imposto de Renda de Pessoa Física (ALMEIDA, 1998). As deduções com saúde voltam a ser permitidas sem limites após 1991, quando o país assume de forma prática o modelo econômico neoliberal (TAVARES, 1999), a despeito da manutenção formal de algumas políticas sociais de corte universalista, como foi o caso da saúde.

Quem se beneficia, atualmente, da renúncia através de deduções fiscais do IRPF e IRPJ? Todos os grupos sociais que, a despeito do direito universal à saúde, têm sido impelidos a utilizar o setor privado. Sua perda teria impacto inverso à renda das famílias, incidindo mais as das camadas média, média-baixa e os trabalhadores formais. Do mesmo modo, recairiam sobre as pequenas e médias empresas, que no Brasil são, em geral, de capital nacional. O grupo específico dos prestadores de serviços de saúde também seria afetado, dado o impacto da redução do gasto privado em saúde sobre suas receitas, em especial para aqueles prestadores cuja demanda corresponde a camadas médias de renda e empregados de empresas menores. Sem a renúncia fiscal, poucos poderiam se beneficiar de uma possível falta de informação por parte da Receita Federal sobre suas receitas como aqueles que trabalham para um mercado de pagamento direto, segmento hoje em contração. Pode-se pensar que a redução de receitas por parte de algumas empresas de seguro-saúde engendrem tendências por um controle ainda maior dos prestadores de serviços.

Finalmente, um último argumento a favor da manutenção das deduções tributárias com saúde seria de ordem especificamente fiscal – quanto à sua efetividade como estratégia de combate à evasão fiscal dos prestadores privados de saúde. É importante, entretanto, considerar em que segmento a fiscalização ativa desses prestadores é mais problemática. Certamente, os profissionais liberais e demais empresas prestadoras de serviços de saúde, numerosas e espalhadas por todo o território nacional, representam maiores dificuldades operacionais para a fiscalização tributária do que as empresas seguradoras e as operadoras de planos de saúde. Pois estas estão localizadas, essencialmente, nas Regiões Sudeste e Sul e com presen-

ça mais marcante nas regiões metropolitanas do país (ANDREAZZI; KORNIS, 2003).

Durante a XII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2003c), foi aprovada a retirada do benefício tributário com saúde e o redirecionamento do equivalente em gasto público para a atenção básica com saúde. Como se poderia verificar, então, o impacto de tal medida na melhoria das condições de acesso e utilização dos serviços de saúde por parte das camadas sociais que hoje não se integram ao mercado formal de trabalho, contando com rendas que não alcançam os limites da sobrevivência? De acordo com os dados da Receita Federal, aqui apresentados, caso se acrescentasse ao gasto público atual a soma estimada da renúncia fiscal com saúde de pessoas físicas e jurídicas, ainda assim não se alcançaria um gasto público suficiente para garantir a universalidade proposta na Constituição de 1988, pois o valor passaria de cerca de R\$ 50,5 bilhões para R\$ 53 bilhões. Tais deduções, que na média foram de R\$ 50,00 a R\$ 257,00 *per capita* anuais, não representam garantia financeira suficiente nem para as famílias que as utilizam, para enfrentarem riscos com atenção à saúde.

Conclui-se, desse modo, não serem esses benefícios tributários para atenção à saúde o principal responsável pelo “perfil regressivo que beneficia os grupos socioeconômicos mais favorecidos em detrimento dos mais carentes” (BRASIL, 2003a, p. 6). Dadas as características da política econômica atual, é plausível supor que, assim como foi visto em situações semelhantes, quando da criação de novas fontes de financiamento público para a saúde no país, como a CPMF (OCKÉ-REIS; RIBEIRO; PIOLA, 2001), nem todo aumento da arrecadação de impostos resultaria em aportes adicionais para a saúde. Poderia haver uma substituição de fontes de financiamento, mantendo-se o gasto total nos mesmos patamares.

Quanto à avaliação da progressividade da renúncia fiscal, sem equívocos, tomada de forma isolada, é uma medida que privilegia as camadas sociais de maior renda e as empresas com maiores receitas que pode ser substituída pelo gasto orçamentário direto de forma teoricamente mais eficiente. Existe, entretanto, a necessidade de problematizar a adoção de

políticas de redução ou eliminação desse subsídio quanto à promoção da equidade do sistema de saúde brasileiro, no momento atual, mesmo considerando que esses recursos revertam em benefício das parcelas mais pobres da população.

Justifica-se considerar que, no caso das pessoas físicas, a retirada desses benefícios fiscais significaria uma redistribuição de renda por meio da política fiscal que penalizaria tanto as camadas de renda média e os trabalhadores formais como famílias comprovadamente abastadas. É importante aqui questionar a aplicação única do critério da renda familiar para avaliar a desigualdade social no país, tanto em termos de salários como, principalmente, em percentis da distribuição da renda, embora seja uma forma freqüentemente encontrada nesse tipo de estudo, inclusive de desigualdades em saúde. Um dos problemas a ser enfrentado reside na heterogeneidade das famílias com rendas superiores a 30 salários mínimos, ou os últimos percentis da distribuição da renda, dada sua concentração no Brasil. Medeiros (2001), dentro dessa linha, coloca a pergunta do nível de riqueza que poderia ser considerado mínimo. Conclui que uma linha de riqueza seria um conceito relacional a partir de uma linha de pobreza, que embora não seja consensualmente adotada em estudos sobre desigualdade, poderia ser considerada como mínimo necessário à sobrevivência. Para esse autor, linha de riqueza é o ponto a que se chega quando, a partir de uma política redistributiva, aqueles situados abaixo da linha de pobreza são elevados ao limite da sobrevivência. No Brasil, em 1999, eram consideradas ricas as famílias com renda *per capita* acima de R\$ 2.816,47 correntes. Para uma família média de três pessoas significaria uma renda familiar mensal de R\$ 8.449,41 ou 62 salários mínimos por mês à época. Enquadravam-se nessa categoria 800 mil pessoas, 0,5% da população brasileira. No caso da imposição de um limite de renda para o usufruto do benefício fiscal com saúde, por exemplo, caso fosse usado um corte na classe das famílias com renda acima de 30 salários mínimos mensais – parcela considerada por Medeiros (2001) como muito distante da riqueza –, além de elas constituírem um porcentual pequeno da população, os valores correspondentes

à renúncia nessa faixa de renda representavam, em 1999, 9,1% da renúncia total com saúde, ou seja, R\$ 1,07 *per capita* anual (SAYD, 2003).

Quanto às pessoas jurídicas, os mesmos argumentos referentes aos impactos diferenciados da retirada dos benefícios fiscais do IRPJ são válidos, dada a concentração do capital existente no país, situação explícita pela desigualdade entre as empresas em termos de receita e lucro.

Não negando que a política fiscal tenha um papel importante na redistribuição da renda, a eliminação desse abatimento com gastos privados com saúde por parte de pessoas físicas e jurídicas, como medida isolada de promoção de equidade em saúde, torna-se passível, portanto, de questionamento. Tal decisão atingiria, especialmente, as camadas sociais de renda média e os trabalhadores assalariados formais, parcelas que vivem, principalmente, da renda do trabalho (MEDEIROS, 2004). Essas camadas sociais efetuam gastos privados com saúde menos por opção, mas impelidos pela insegurança quanto à oferta pública dos serviços, mesmo se tratando de um direito constitucional. Isso sem que sejam tocadas, anteriormente, desigualdades mais marcantes da sociedade brasileira, atingindo, em primeiro lugar, os grupos sociais mais privilegiados. Renúncias fiscais distintas daquelas aqui tratadas, dentro dos marcos normativos atuais de tributação, são mais iníquas, como ressalta o documento da Unafisco Sindical (2003), pois não punem os rendimentos do capital. Estas são a isenção de tributação sobre lucros e dividendos recebidos por pessoas físicas no IRPF e a não-tributação das remessas de lucros e dividendos para o exterior. Segundo esse mesmo documento, há um peso desproporcional dos tributos sobre os agentes econômicos cuja renda é oriunda apenas do trabalho.

A imposição de um limite para a utilização do benefício fiscal, de acordo com a renda das pessoas físicas ou de acordo com o faturamento e lucratividade das pessoas jurídicas, poderia ser uma política pública distributiva que alcançaria esses grupos sociais mais privilegiados. Para uma ampliação adequada do gasto público em saúde, contudo, julga-se tal medida bastante limitada.

Recursos mais vultosos adviriam do redirecionamento do orçamento público. É sabido que grande parte da renda gerada no país, e arrecadada como tributos, é destinada ao pagamento do estoque e do fluxo dos encargos da dívida pública cujo montante a título de juros sequer é definido por regras contratualmente claras, ou seja, cujas taxas têm se subordinado aos mecanismos da especulação financeira internacional (BRESSER-PEREIRA, 2003). Para tanto, o governo federal se vale inclusive do contingenciamento do Orçamento da Seguridade Social, por meio da rubrica orçamentária Desvinculação de Receitas da União. De acordo com documento elaborado pela prefeitura de São Paulo (2003) e equipe, existiria, de forma marcante após 1998, um esquema monstruoso de drenagem do setor privado e da renda do trabalho para uma acumulação essencialmente financeira:

a correlação entre carga tributária e aumento do superávit primário é por demais transparente para demonstrar que o arrocho fiscal tem significado uma transferência de recursos para o setor financeiro, tendo, aliás, parcela significativa sido subtraída da renda do trabalho (SÃO PAULO, 2003, p. 73).

Nota-se, na literatura brasileira consultada, inclusive em documentos de política de saúde oficiais como o Relatório da XI Conferência Nacional de Saúde, uma tendência de restringir ao interior do próprio setor o debate acerca das mudanças necessárias à promoção de uma maior equidade no financiamento. No entanto, assim como no que tange aos determinantes da saúde, as políticas de saúde, como aquelas aqui referidas, estão necessariamente inseridas no contexto mais amplo das opções do modelo de desenvolvimento do país. A discussão, portanto, de uma medida redistributiva que não atinja as camadas sociais detentoras da maior parte da renda e da riqueza, mesmo que tecnicamente equânime, pode ter um efeito de empobrecer o debate sobre a equidade em saúde. E, além disso, de incentivar uma pugna entre camadas sociais de renda média, trabalhadores formais e pequenas e médias empresas, por um lado, e as camadas mais desprotegidas, trabalhadores informais, desempregados, camponeses, por outro, pela distribuição dos ônus com o financiamento da saúde. O que deixaria de fora os principais beneficiários da manutenção da desigualdade e da pobreza, responsáveis pelos determinantes estruturais dos escassos recursos hoje destinados às políticas públicas.

Notas

Este trabalho foi realizado com apoio do CNPq, Edital 37/2004, Processo 403.458/2004-8 e Faperj E-26/150.914/2005.

1. Disponível em: <www.conselhosauade.br>. Acesso em: 1º set. 2004.

2. Verificado na Ata 162 do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <www.cns.gov.br>. Acesso em: 12 set. 2006.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, C. Health systems reform and equity in Latin America and the Caribbean: lessons from the 1980s and 1990s. *Cad. Saúde Pública*, v. 18, n. 4, p. 905-925, jul./ago. 2002.

_____. *O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: Panorama atual e tendências da assistência médica suplementar*. Brasília: Ipea, 1998. (Textos para discussão, n. 599).

ANDREAZZI, M.F.S. *O seguro saúde privado no Brasil*. Dissertação (Mestrado) – ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 1991.

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. *Cad. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 201-229, 2003.

BARBOSA, F.H.; BARBOSA, A.L.N. O sistema tributário no Brasil: Reformas e mudanças. In: BIDERMAN, C.; ARVATE, P. (Org.). *Economia do Setor Público no Brasil*. São Paulo: Elsevier Editora, 2005. p. 290-317.

BEGHIN, N. *Gastos tributários sociais de âmbito federal: uma proposta de dimensionamento*. Brasília: UnB, 2005. Mimeografado.

- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS. Apresentação de Ceres Albuquerque em oficina para prestadores a partir do Cadastro de Beneficiários. Rio de Janeiro, set. 2005.
- _____. Ministério da Fazenda. *Política Econômica e Reformas Estruturais*. Brasília: 2003a. Disponível em: <www.fazenda.gov.br>. Acesso em: 20 jun. 2005.
- _____. Ministério da Fazenda. Secretaria de Política Econômica. Gasto social do governo central: 2001 e 2002. *Econômica*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 9-69, 2003b.
- _____. Ministério da Saúde. *Relatório Final da XII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 2003c. Disponível em: <www.conselho.saude.br>. Acesso em: 15 jul. 2005.
- _____. Ministério da Fazenda. Secretaria da Receita Federal. Gastos governamentais indiretos, de natureza tributária (Gastos tributários – Conceituação). *Estudos tributários – 12*, Brasília, Secretaria da Receita Federal – Coordenação-Geral de Política Tributária, 2003d.
- _____. Ministério da Saúde. *Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde*. Brasília: 2001.
- BRESSER-PEREIRA, L.C. Economia política do gasto social no Brasil desde 1980/85. *Econômica*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 101-108, jun. 2003.
- CHESNAIS, F. (Coord.). *A mundialização financeira: gênese, custos e riscos*. Rio de Janeiro: Xamã, 1998.
- COLOMBO, F.; TAPAY, N. Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. *OECD Health Working Papers*, Paris, n. 15, 2004.
- DAIN, S. et al. Avaliação dos impactos da reforma tributária sobre o financiamento da saúde In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. *Brasil. Radiografia da saúde*. Campinas: Unicamp, 2001. p. 233-268.
- DOWD, B. et al. The effect of tax-exempt out-of-pocket premiums on health plan choice. *National Tax Journal*, Washington, DC, v. 54, n. 4, p. 741-756, Dec. 2001.
- EMMERSON, C.; FRAYNE, C.; GOODMAN, A. Should private medical insurance be subsidized? *Health Policy*, UK, 2001.
- GRUBER, J. Taxes and Health Insurance. *Working Paper 8657*. Cambridge, MA: National Bureau on Economic Research, 2001. Disponível em: <www.nber.org/papers/w8657>. Acesso em: 1 jun. 2006.
- GRUBER, J.; MCKNIGHT, R. Why did employee health insurance contributions rise? *J. Health Econ.*, v. 22, p. 1.085-1.104, 2003.
- IBGE. *Acesso e utilização de serviços de saúde 1998*. Rio de Janeiro: 2000.
- MARQUES, R.M.; MENDES, A. SUS e seguridade social: em busca do elo perdido. *Saúde e Sociedade*, v. 14, n. 2, p. 39-49, maio/ago. 2005.
- MEDEIROS, M. *As fontes de rendimentos dos ricos no Brasil*. Brasília: Ipea, 2004. (Textos para discussão, n. 1.014).
- _____. *A construção de uma linha de riqueza a partir da linha de pobreza*. Brasília: Ipea, 2001. (Textos para discussão, n. 812).
- MÉDICI, A.C. Incentivos governamentais ao setor privado no Brasil. *Relatórios Técnicos*. Rio de Janeiro, Ence/IBGE, n. 1, 1990.
- MOSSIALOS, E.; THOMSON, S.M.S. Voluntary Health Insurance in the European Union: a critical assessment. *Int. J. Health Service*, Baltimore, v. 32, n. 1, p. 19-88, 2002.
- OCKÉ-REIS, C.O. *O setor privado em saúde no Brasil: os limites da autonomia*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.
- OCKÉ-REIS, C.O.; RIBEIRO, J.A.C.; PIOLA, S.F. *Financiamento das políticas sociais nos anos 1990: o caso do Ministério da Saúde*. Brasília: Ipea, 2001. (Textos para discussão, n. 802).
- OCKÉ-REIS, C.O.; SILVEIRA, F.G.; ANDREAZZI, M.F.S. *Avaliação dos gastos das famílias com a assistência médica no Brasil: o caso dos planos de saúde*. Rio de Janeiro, Ipea, 2003. 34 p. (Textos para discussão, n. 921).
- PEREIRA, J. Justiça social no domínio da saúde. *Cad. Saúde pública*, v. 6, n. 4, p. 400-421, out./dez. 1990.
- PIANCASTELLI, M.; NASCIMENTO, E.N. Imposto de renda da pessoa física. In: BIDERMAN, C.; ARVATE, P. (Org.). *Economia do setor público no Brasil*. São Paulo: Elsevier Editora, 2005. p. 231-251.
- POCHMANN, M. *A década dos mitos*. São Paulo: Contexto, 2001.
- PORTO, S.M. Justiça social, equidade e necessidade em saúde. In: PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M. (Org.). *Economia da saúde*. Conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: Ipea, 1995. p. 123-140.
- SALVI, A.F.C.; DE PAULA, E.V.M.; LOURES, M.M.G. Gastos governamentais indiretos de natureza tributária – Conceituação. *Estudos Tributários 12*, Brasília, Secretaria da Receita Federal, Ministério da Fazenda, 2003.
- SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal do Desenvolvimento, Trabalho e Solidariedade. Desigualdade de renda e gastos sociais no Brasil: algumas evidências para debate. *Econômica*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 71-82, jun. 2003.
- SAYD, P.D. *Renúncia fiscal e equidade na distribuição de recursos para a saúde*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.

- SELDEN, T.M.; MOELLER, J.F. Estimates of the tax subsidy for employment-related health insurance. *National Tax Journal*, Washington, DC, v. 53, n. 4, p. 877-887, Dec. 2000.
- SHEILS, J.; HOGAN, P. Cost of Tax-Exempt Health Benefits in 1998. *Health Affairs*, v. 18, n. 2, p. 176-181, 1999.
- TAVARES, L.T.S.R. Políticas e ajuste e reformas da seguridade social na América Latina. In: ANDREAZZI, M.F.S.; TURA, L.F.R. *Financiamento e gestão do setor saúde: novos modelos*. Rio de Janeiro: Anna Néry, 1999. p. 25-44.
- THE WORLD BANK. *Financing Health Services in Developing Countries*. An Agenda for Reform. Washington, DC: 1987.
- UGÁ, M.A.D.; SANTOS, I.S. *Uma análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro*. Relatório de Pesquisa. Projeto Economia da Saúde. Cooperação Técnica Brasil – Reino Unido, 2005. Disponível em: <www.opas.org.br/observatorio/arquivos/Destaque99.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2005.
- UNAFISCO SINDICAL. *O imposto de renda na reforma tributária*. Fundamentos da campanha Imposto de Renda com Justiça. Brasília: 2003. Mimeografado.
- WHITEHEAD, M. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1990.
- WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G. *Levelling up* (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe, 2006a.
- _____. *Levelling up* (part 2): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe, 2006b.
- YUNES, R. Demanda e demanda em saúde. In: PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M. *Economia da saúde*. Conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: Ipea, 1995. p. 99-122.

MARIA DE FÁTIMA SILIANSKY DE ANDREAZZI

Doutora em Saúde Coletiva, Médica, Professora Adjunta do Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da UFRJ, Pesquisadora do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da UFRJ.
(siliansky@iesc.ufrj.br)

BERNARDO SICSÚ

Doutor em Saúde Coletiva, Economista, Pesquisador do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da UFRJ.
(bsicsu@iesc.ufrj.br)

TÁSSIA HOLGUIN

Economista.
(tassiagh@hotmail.com)

Artigo recebido em 19 de janeiro de 2007.
Aprovado em 2 de julho de 2008.

Como citar o artigo:

ANDREAZZI, M.F.S.; SICSÚ, B.; HOLGUIN, T. Gastos tributários relacionados ao consumo de atenção privada à saúde: contribuição ao debate sobre políticas de financiamento. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 1, p. 137-151, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>>; <<http://www.scielo.br>>.