

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Rafael dos Santos

**IMPLICAÇÕES DOS GASTOS TRIBUTÁRIOS EM SAÚDE NA EQUIDADE DO
SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO**

Porto Alegre

2019

RAFAEL DOS SANTOS

**IMPLICAÇÕES DOS GASTOS TRIBUTÁRIOS EM SAÚDE NA EQUIDADE DO
SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.

Orientador: Eduardo Bazzanella

Porto Alegre

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann
Vice-reitora: Profa. Dra. Jane Fraga Tutikian

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato
Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA

Coordenador: Prof. Dr. Paulo Ricardo Zilio Abdala
Coordenador substituto: Prof. Dr. Rafael Kruter Flores

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

dos Santos, Rafael
IMPLICAÇÕES DOS GASTOS TRIBUTÁRIOS EM SAÚDE NA
EQUIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO / Rafael dos
Santos. -- 2019.
37 f.
Orientador: Eduardo Bazzanella.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de
Administração, Especialização em Gestão Pública
UFRGS/UAB, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Gastos tributários. 2. Equidade. 3. Sistemas de
Saúde. 4. Planos de saúde. I. Bazzanella, Eduardo,
orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico
CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS
Telefone: 3308-3801
E-mail: eadadm@ufrgs.br

Rafael dos Santos

IMPLICAÇÕES DOS GASTOS TRIBUTÁRIOS EM SAÚDE NA EQUIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.

Aprovado em ____ de _____ de 2019.

Banca Examinadora

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Orientador(a): Nome e Sobrenome

Coorientador(a): Nome e Sobrenome
Examinador(a): Nome e Sobrenome

AGRADECIMENTOS

À minha mulher Lucciani, pela compreensão nos momentos ausentes e, principalmente, pela inspiração de vida. Ao meu avô Sinval (in memoriam), meu primeiro e constante orientador, responsável por pavimentar o caminho para que eu chegasse até este momento.

RESUMO

Este estudo objetiva apurar o gasto tributário da União com pessoas físicas e jurídicas consumidoras de serviços de privados de assistência à saúde e a sua relação com equidade do sistema de saúde. A premissa deste trabalho concentra-se no imbricamento público-privado que historicamente permeia a saúde pública brasileira e justifica-se na crise de financiamento vivida pelo sistema de saúde público, o qual reflete na qualidade da assistência e limita o alcance de uma operação eficaz e efetiva. Logo, questiona-se se o gasto tributário não se insere como um componente de agravamento deste cenário, principalmente no que se refere à equidade do acesso, considerando que os usuários de planos privados têm a possibilidade de serem assistidos através de uma via dupla de acesso – sistema privado e público - e socializar os custos privados por meio da restituição no imposto de renda. O método adotado consiste em uma pesquisa documental, bibliográfica, de cunho quantitativo e baseada em dados secundários. Os resultados apontam um crescimento elevado dos gastos tributários ao longo da série histórica 2008-2017, também indicam um aumento substancial das receitas dos planos de saúde e um alto grau de correlação entre os gastos tributários em saúde com pessoas físicas e jurídicas. Ao fim sugere-se um olhar mais amplo sobre este expediente fiscal, considerando as perspectivas sociais e econômicas que o envolve.

Palavras-chave: Gastos tributários, equidade, sistemas de saúde, planos de saúde.

Implications of tax expenditure on health in the equity of the Brazilian health system

ABSTRACT

This study aims to determine the tax expenditures of the Union with individuals and legal entities consuming private health care services and their relationship with the health system. The premise of this study focuses on the public-private overlap that historically permeates Brazilian public health and is justified by the financing crisis experienced by the public health system, which reflects on the quality of care and limits the scope of an effective and effective. Therefore, it is questioned whether the tax expenditure is not included as a component of aggravation of this scenario, especially with regard to the equity of access, considering that users of private plans have the possibility of being assisted through a dual access path - private and public system - and socialize the private costs through the restitution in the income tax. The adopted method consists of a documental, bibliographical research, of quantitative nature and based on secondary data. The results point to a high growth of tax expenditures over the 2008-2017 historical series, also indicating a substantial increase in health insurance revenues and a high degree of correlation between health tax expenditures with individuals and legal entities. Finally, it is suggested a broader look at this fiscal file, considering the social and economic perspectives that surround it.

Keywords: tax expenditures, equity, health systems, private health plans

Sumário

1 INTRODUÇÃO	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
2.1 Conceitos de gastos tributários.....	11
2.1.2 Tipos de gastos tributários	12
2.1.3 Renúncias fiscais no ordenamento jurídico brasileiro	13
2.1.4 Gastos tributários em saúde.....	14
2.2 A saúde como direito	16
2.2.1 O Sistema de Saúde Brasileiro	17
2.2.2 O subsetor privado e o imbricamento público-privado	20
3 METODOLOGIA	23
4 RESULTADOS.....	24
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

Os gastos tributários são receitas abdicadas pelo Estado através de benefícios e incentivos que reduzem a carga tributária de determinados contribuintes. O termo gasto ratifica o fato de que os recursos que deixam de ser arrecadados poderiam ser utilizados para financiar programas de gastos públicos explícitos gerando benefícios para além daqueles que têm a carga tributária reduzida. Estas renúncias fiscais, conforme a Receita Federal do Brasil (RFB) (BRASIL, 2018) têm como objetivos: a) simplificar e ou diminuir os custos da administração, b) promover a equidade, c) corrigir desvios, d) compensar os contribuintes pelos gastos com serviços não atendidos pelo governo, e) compensar ações complementares para as ações complementares para ações típicas de Estado desenvolvidas por entes civis, f) promover o equilíbrio de renda entre as regiões e g) incentivar determinado setor da economia.

No âmbito da saúde são concedidas renúncias fiscais para pessoas físicas e jurídicas consumidoras de serviços e bens relacionados ao setor, bem como às empresas atuantes no mercado de planos de saúde privados, às entidades filantrópicas, às indústrias farmacêuticas e aos fabricantes de materiais e equipamentos médico-hospitalares. Em 2017, segundo o Demonstrativo dos Gastos Tributários da RFB (BRASIL, 2018), foram gastos com renúncias fiscais em saúde R\$ 37.191.841.849, correspondentes a aproximadamente 37% do total das despesas liquidadas nesta função orçamentária durante o mesmo período.

Com base no contexto de subfinanciamento em que vive o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual impacta na qualidade percebida de seus serviços e restringe a plena execução de suas ações no cumprimento dos princípios da universalidade, equidade e integralidade, estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), justifica-se legítimo analisar se o repasse público de receitas, por intermédio dos gastos tributários, não seria um componente de agravamento deste quadro, sobretudo no que tange à equidade, considerando que a maioria dos beneficiados deste dispositivo fiscal seriam os estratos mais abastados da sociedade. Para isto, o conceito de equidade em saúde explorado neste estudo é o divulgado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1986:

Equidade em saúde implica que idealmente todos devem ter uma oportunidade justa para atingir seu potencial pleno de saúde e, de forma

mais pragmática, que ninguém deve ser desfavorecido no alcance desse potencial, se isto puder ser evitado (WHITEHEAD apud NOGUEIRA, 2011, p. 27).

No entanto, devido aos recursos insuficientes que dificultam ao SUS a operacionalização de seus princípios, em especial da universalidade, o Estado intensifica a exploração da saúde como negócio de forma pragmática sob a ideia de que os planos e seguros de saúde desafogariam a fila do sistema público. Além disso, há um imaginário social de que o SUS deva ser evitado em razão de apresentar uma baixa qualidade, uma vez que as classes média e alta têm a concepção de que este seja um serviço a ser acessado pelos indivíduos mais pobres. Entretanto, estudos apontam que em países onde coexiste a oferta privada juntamente com a pública, há a tendência dos usuários recorrerem a ambos os serviços (MACHADO, MENDES e CARNUT, 2018).

Em face deste cenário, a proposta deste estudo é mensurar as renúncias fiscais em saúde das pessoas físicas e jurídicas na série histórica 2008-2017. Secundariamente, objetiva-se comparar estes valores com o montante de despesas liquidadas nesta função orçamentária e, por fim verificar as implicações dos gastos tributários em saúde para consecução da promoção do princípio da equidade. A fim de alcançar a esses objetivos, utiliza-se como método a pesquisa bibliográfica e documental, com base em livros e artigos de referência acerca do tema em questão e nos demonstrativos dos gastos tributários fornecidos no sítio eletrônico da Receita Federal do Brasil. Os dados respectivos às despesas executadas em saúde no período estudado foram coletados na base do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Em sua sequência, este trabalho dividir-se-á em referencial teórico: onde são apresentados os conceitos de renúncias fiscais adotados por diferentes autores, bem como as bases jurídicas deste dispositivo e os tipos de renúncias em saúde; sequencialmente serão abordadas a questão constitucional do direito à saúde e o imbricamento público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro; após apresentam-se os resultados e as considerações finais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo tratamos dos conceitos e fundamentos teóricos que orientam o presente estudo. São abordados os conceitos de gastos tributários sobre a perspectiva de diferentes autores e os diferentes tipos de renúncias fiscais adotadas na ordem jurídica brasileira. Posteriormente apresenta-se a forma como esse dispositivo fiscal é adotado no âmbito da saúde pública e, por fim, apresenta-se a fundamentação acerca do direito à saúde, da conformação do sistema de saúde brasileiro e a relação pública privada que transita no setor.

2.1 Conceitos de Gastos tributários

Denomina-se renúncia fiscal o gasto tributário, ou seja, a transferência implícita de recursos que ocorre quando o Estado deixa de arrecadar parte do imposto a ele devido, agindo como se estivesse efetuando um pagamento. Trata-se de um pagamento implícito, pois não há um desembolso do governo, porém constitui-se em um pagamento de fato (VILLELA, 1981). No entanto, não existe consenso acerca de a renúncia fiscal ser um gasto ou benefício tributário. Conforme a Associação Nacional de Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil (Unafisco) apud Ocké-Reis (2012) não é possível classificar os gastos com dependentes, educação e saúde do Imposto de Renda Pessoa Física como um benefício tributário, porque substituem despesas com serviços não garantidos pelo Estado, sob a alegação que o rendimento bruto não representa a capacidade contributiva do contribuinte, a qual se inicia após a dedução dos gastos necessários a uma existência digna ao contribuinte e sua família.

A Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) define gastos tributários como os custos estimados nas receitas tributárias oriundos do tratamento preferencial às atividades específicas. Kraan (2004) amplia este conceito e conceitua os gastos tributários como uma transferência de recursos públicos por meio da redução de obrigações tributárias referente a um tributo base, ao invés de gastos públicos diretos. O Manual de Boas Práticas para a Medição de Gastos Tributários (MMGT) recomenda a conceituação de gasto tributário como recursos não arrecadados pelo Estado em razão de incentivos ou benefícios que

diminuem a carga tributária de determinados contribuintes a fim de alcançar objetivos de ordem econômica ou social (CIAT, 2011).

Nacionalmente, a RFB (BRASIL, 2018, p.7) adota o seguinte conceito de gasto tributário: "[...] gastos indiretos do governo realizados por intermédio do sistema tributário, visando a atender objetivos econômicos e sociais e constituem-se em uma exceção ao sistema tributário de referência". Estes gastos têm caráter compensatório nas situações em que o governo não tem capacidade de atender a população de forma satisfatória nos serviços de sua responsabilidade, ou incentivador, quando o governo tem a intenção de desenvolver determinado setor ou região.

2.1.2 Tipos de gastos tributários

As renúncias fiscais originam-se em instrumentos como isenções, imunidades, redução de alíquotas, deduções, créditos, diferimentos, regimes simplificados, especiais ou promocionais e em restituições. Cada um destes dispositivos é conceituado pelo MMGT (CIAT, 2011) da seguinte forma:

- 1) Isenções: supressões de tributação com ou sem período de vigência definido;
- 2) Imunidades: fatos deixados fora do âmbito da aplicação dos tributos;
- 3) Alíquotas reduzidas: são desvios de alíquotas gerais estabelecidas para os impostos;
- 4) Deduções: quantias subtraídas da base tributável de um imposto;
- 5) Créditos: montantes que podem ser deduzidos do imposto devido;
- 6) Diferimentos: todas as disposições que postergam a obrigação tributária no tempo;
- 7) Regimes simplificados, promocionais ou especiais: disposições que compreendem um ou vários impostos. Operam sobre contribuintes com capacidade econômica reduzida, regiões geográficas em desvantagem, quando comparadas a outros locais do país e determinados setores econômicos e;
- 8) Restituições: mecanismos que compensam financeiramente os contribuintes.

2.1.3 Renúncias fiscais no ordenamento jurídico brasileiro

A Constituição Federal (CF) de 1988 foi o primeiro ordenamento legal a instituir expressamente controles orçamentários acerca dos benefícios fiscais, apresentando orientações básicas à política a ser adotada no estabelecimento destes institutos. Em que pese a não utilização do termo "gasto tributário", a Carta Magna, em seu artigo 70, dispõe sobre a responsabilidade do exercício da fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da administração direta e indireta da União em relação à legalidade, legitimidade e economicidade das subvenções e renúncias de receitas. Posteriormente, o artigo 165, § 6º, determina que:

§ 6º O projeto de lei orçamentária será acompanhado de demonstrativo regionalizado do efeito, sobre as receitas e despesas, decorrente de isenções, anistias, remissões, subsídios e benefícios de natureza financeira, tributária e creditícia. (BRASIL, 1988, p.104)

O objetivo deste dispositivo constitucional é estabelecer que o projeto de lei orçamentária esteja acompanhado de um demonstrativo regionalizado indicando os efeitos ocasionados pelos benefícios fiscais, financeiros e creditícios. Claramente, o que se busca com a instituição deste demonstrativo é dar visibilidade às despesas governamentais que não estão expressas nos orçamentos fiscais, da seguridade social e dos investimentos das estatais, buscando mensurar os gastos públicos indiretos.

No ano 2000 foi promulgada a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), a qual estabelece regras relativas à consecução de uma gestão fiscal, que pressupõe a ação planejada e transparente do Estado ao que tange a prevenção de riscos e a correção de desvios que afetem o equilíbrio das contas públicas (BRASIL, 2000). Especificamente em seu artigo 14, a LRF discorre sobre as condições pelas deverão se submeter as concessões ou ampliações dos benefícios tributários dos quais decorrem renúncia de receita. Entre outros condicionantes, o artigo 14 da lei em questão traz considerações pertinentes ao estabelecimento de renúncias de receitas. A primeira delas refere-se à necessidade de se demonstrar que renúncia foi considerada na estima de receita orçamentária e que está não afetará a metas de resultados fiscais previstas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), bem como ao

acompanhamento de medidas de compensação por meio de aumento de receita durante o exercício ao qual se refere a Lei Orçamentária Anual (LOA) e nos dois subsequentes. Outro importante elemento trazido pelo artigo 14 da LRF é a conceituação de renúncia de receitas adotada por este instituto legal:

§ 1o A renúncia compreende anistia, remissão, subsídio, crédito presumido, concessão de isenção em caráter não geral, alteração de alíquota ou modificação de base de cálculo que implique redução discriminada de tributos ou contribuições, e outros benefícios que correspondam a tratamento diferenciado. (BRASIL, 2000, p. 23)

Neste espectro de renúncias estão inseridas as deduções fiscais concedidas às pessoas físicas e jurídicas que têm despesas com saúde, assim como às indústrias químicas, farmacêuticas e de medicamentos e às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos de assistência social e saúde.

2.1.4 Gastos tributários em saúde

No âmbito da saúde, é possível que as pessoas físicas deduzam seus gastos com assistência médica e odontológica, bem como exames diagnósticos, próteses e aparelhos ortopédicos e dentários, além de despesas relativas à cirurgias plásticas, sejam elas reparadoras ou não. As pessoas jurídicas que custeiam seguros e planos de saúde e benefícios complementares assemelhados aos da previdência social, instituídos em favor de seus empregados e dirigentes têm a possibilidade de deduzir o valor gasto da base do imposto de renda e abater esses gastos no lucro tributável, pois estes custos são considerados como despesas operacionais. Além destes entes, beneficiam-se também as indústrias químicas, farmacêuticas e de medicamentos, que têm deduções dos tributos concernentes ao Programa de Integração Social (PIS) e à Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS), assim como as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos de assistência social e saúde (BRASIL, 2014; BAHIA, 2001).

A renúncia fiscal na área da saúde constitui uma importante forma de financiamento do desenvolvimento da saúde suplementar no Brasil, sobretudo aquelas concedidas às pessoas físicas e jurídicas consumidoras de planos de saúde privados (PIOLA et al, 2009). Em 2017, o gasto tributário em saúde (IRPF, IRPJ, medicamentos e filantropia) totalizou R\$ 36.875.770.305,00 - vide tabela 1 - ,

correspondentes a 18,67% das despesas liquidadas em saúde pela União durante o mesmo período.

Tabela 2.1: Gastos tributários realizados, Ano-calendário 2017.

MODALIDADE	TRIBUTO	VALOR (R\$)
Despesas com saúde Pessoa Física	IRPF	13.526.357.083
Assistência médica, odontológica e farmacêutica oferecida aos empregados	IRPJ	4.941.423.144
Entidades sem fins lucrativos e entidades filantrópicas	IRPJ, CSLL, COFINS	3.149.126.623
Indústria química, farmacêutica e de medicamentos	PIS, COFINS	9.295.960.909
TOTAL		30.912.867.759

Fonte: Elaborado pelo autor, baseado em Secretaria da Receita Federal (2018).

O montante desta renúncia seria capaz de diminuir o volume do gasto público em saúde, no entanto não há garantia que a sua diminuição ou eliminação resultaria em um sistema de saúde mais equânime. Esta incerteza, conforme, leva em consideração, primeiramente, a debilidade financeira do Estado, a desigualdade social e a pobreza absoluta. Em segundo lugar, reforça esta dúvida em relação à aplicação dos possíveis recursos oriundos da eliminação ou redução do gasto tributário em saúde o que ocorreu com a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), cujo aumento de arrecadação não propiciou aportes de recursos à saúde, pois, a partir de 1997, a contribuição acabou servindo como substituto das fontes de recursos que financiavam o setor (Ocké-Reis, 2012). Contudo, se não é possível afirmar que a redução destes gastos implicaria em um aumento no financiamento da saúde, pode-se inferir que tal dispositivo ao menos diminui uma das fontes de financiamento da Seguridade Social, que é a Contribuição Sobre o Lucro Líquido (CSLL). Neste caso, as empresas que oferecem aos seus funcionários assistência médica-odontológica sob a forma de salário indireto, além de ter a possibilidade de abatê-los do IRPJ, podem considerar estes custos como despesa operacional, reduzindo o lucro tributável e, conseqüentemente, a CSLL. Isto

culmina na socialização de parte do custeio da atenção à saúde ofertada a sua força de trabalho.

Resta claro que a renúncia fiscal limita o padrão de financiamento da Saúde Pública brasileira, fragilizando a sustentação da universalidade e da equidade do Sistema, pois favorece grupos sociais com maior capacidade de gasto, o que denota um caráter regressivo de tal dispositivo. Além disso, apresenta um tratamento ambíguo às políticas de saúde, pois de um lado a Constituição propõe um modelo de proteção social "welfariano" e de outro o liberalismo, cujas fontes de financiamento baseiam-se fortemente nos gastos tributários, permitindo a justaposição de dois modelos distintos de políticas (Ugá e Santos 2007; Ocké-Reis, 2012).

2.2 A Saúde como direito

A Constituição Federal (CF) de 1988 assevera que as ações e serviços de saúde de relevância pública e, assim, cabe ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. No tocante à execução dessas ações, o Estado deve prestá-la de forma direta ou por meio de terceiros e, também por pessoas físicas e jurídicas de direito privado. No entanto, a CF não retira dos particulares os deveres decorrentes da garantia da saúde, conforme torna explícito o artigo 2º da Lei 8080/90 ao mencionar que "o dever do Estado não exclui o das pessoas, das famílias, das empresas e da sociedade" (BRASIL, 1990).

A CF define que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, a qual pode atuar na efetivação do direito à saúde de forma complementar, mediante contrato de direito público ou convênio, ou por meio dos planos e seguros privados, denominados de saúde suplementar. Segundo Machado, Mendes e Carnut (2018, p. 355), essa mescla público-privada pode soar contraditória, pois, no tocante à responsabilidade, o artigo 196 da Carta Magna define a saúde como um dever do Estado, que, através de políticas sociais e econômicas, objetiva a redução de riscos de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação. Não obstante, no contexto de desigualdade social em que se estabelece a realidade brasileira, a qual exige constantemente o equilíbrio entre a necessidade da prestação desejada pelo usuário e a real

possibilidade do Estado em ofertá-la, é discutível se a universalidade possa ser interpretada como gratuidade de atendimento. Assim, o acesso igualitário e universal à saúde deve estar ligado com a perspectiva do princípio da isonomia, juntamente como os princípios da solidariedade, da proporcionalidade e da subsidiariedade (SARLET, 2006). Neste sentido, destaca-se que o emprego do princípio da igualdade pressupõe o tratamento desigual entre os desiguais de forma a equipará-los. Logo, um indivíduo com condições econômicas mais favorecidas pode utilizar qualquer serviço de saúde, desde que esteja em condições de igualdade. Oliveira et al (2007, p. 91-92), reúnem-se a esses argumentos ao salientar que a Lei 8080/90:

[...] dispõe sobre o dever do Estado em fornecer condições para ‘acesso universal e igualitário’ (artigo 2º) às ações e aos serviços. Porém, tendo em vista o disposto no artigo 3º, de que a ação do Estado não exclui as ações da pessoa e dos elementos constitutivos da sociedade, pode-se argumentar que esta lei propõe caminhos solidários para o alcance das metas de saúde. Estabelecer-se-ia aí o elo com a equidade. As disposições desta lei, determinando acesso universal, não implicariam, necessariamente, acesso gratuito. Tratando como iguais os desiguais, a gratuidade também não auxiliaria na formação da cidadania e na incorporação de mecanismos de solidariedade e responsabilidade na dinâmica social.

Contudo, Scheffer (2005, p. 232) questiona se os serviços particulares de uma operadora de planos de saúde teriam os mesmos deveres do Estado? Entende-se que não, pois, as ações e serviços de saúde, juntamente com a justiça, a educação, a assistência e a previdência social, são os serviços mais relevantes que o Estado executa, de forma que é sua vocação natural tal prestação.

Piola et al (2016), compreendem o dever da saúde como prerrogativa única do Estado, configurando-se em uma forma de resgate de um dívida social com a cidadania e, sendo o direito à saúde um dos pilares consagrados pelo movimento sanitarista.

2.2.1 O Sistema de Saúde Brasileiro

Até chegar à formatação atual, o sistema de saúde brasileiro passou por diferentes modelos de políticas de saúde. Este processo de desenvolvimento da política saúde brasileira transitou por diferentes conjunturas socioeconômicas, as quais Paim et al (2011) dividem entre os seguintes períodos:

1) República-velha (1889-1930): economia baseada em um modelo agroexportador, calcado em cenário político liberal oligárquico. Os principais agravos de saúde

consistiam em endemias rurais, e patologias relacionadas à atividade laboral. Neste período houve a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) e das Caixas de Aposentadorias e Pensões, instituída pela Lei Eloy Chaves (1923). Modelo de atenção à saúde dicotômico, baseado em campanhas de vacinação e prevenção de agravos, com ênfase no controle sanitário, e na medicina individual previdenciária.

2) Era Vargas (1930-1945): contexto socioeconômico definido pelo Estado Novo e pela industrialização com a preservação das oligarquias agrárias. Situação de saúde marcada por doenças relacionadas com a pobreza. Crescimento da medicina previdenciária devido ao estabelecimento de institutos de aposentadoria e pensões (IAP) de várias classes profissionais. Institucionalização da saúde pública pela criação do Ministério da Educação e Saúde Pública.

3) Instabilidade democrática (1945-1964): urbanização, substituição de importações, advento da indústria automobilística e penetração do capital estrangeiro marcaram o cenário socioeconômico da época. Insurgem doenças relacionadas à morbidade moderna (doenças crônicas degenerativas, neoplasias e acidentes). Neste período foi criado o Ministério da Saúde (1953), houve a expansão da assistência hospitalar e o surgimento das empresas de saúde.

4) Ditadura militar (1964-1985): sistema de saúde predominantemente privado e vinculado à contribuição previdenciária ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, posteriormente ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o qual financiava estados e municípios como forma de aumentar a cobertura. Entre 1970 e 1974 foram disponibilizados recursos do orçamento federal para construir e reformar hospitais privados. A responsabilidade pela oferta da atenção em saúde foi estendida aos sindicatos e instituições filantrópicas prestadoras de serviços de saúde. Contexto socioeconômico marcado pelo autoritarismo do regime militar, internacionalização da economia, início e fim do milagre econômico.

5) Transição democrática (1985-1988): contexto político e social e econômico definido pelo reconhecimento da dívida social do Estado, o início da "Nova República", cujo marco foi a Constituição Federal de 1988. No âmbito da saúde, a 8ª Conferência Nacional de Saúde discutira as bases pelas quais se sustentariam o SUS, como o conceito ampliado de saúde, a participação popular, o reconhecimento

da saúde como direito de todos e dever do Estado. A saúde passa a ser incluída na agenda política e são instituídos os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), embrionário do SUS.

6) Pós-constituente (a partir de 1988): no cenário socioeconômico destaca-se a estabilização da economia com o advento do plano real. Na saúde, o evento de maior importância nesse período foi a criação do SUS, em 1990. Diversas iniciativas no sentido de consolidar os princípios doutrinários estabelecidos pelo sistema público de saúde foram criadas, como a criação do Programa de Saúde da Família (1994), a Lei dos Medicamentos Genéricos, em 1999 e a Lei Arouca, que institui a saúde indígena como integrante do SUS. Neste período foram criadas a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável por regulamentar os planos privados de saúde privados.

Hoje, o Sistema de Saúde Brasileiro é diverso em termos institucionais, de fontes de financiamento e de modalidades de atenção à saúde. Segundo Piola (2012, p.11), esta pluralidade se expressa através de quatro vias de acesso da população aos serviços de saúde:

- 1) Sistema Único de Saúde - de acesso universal e gratuito, com financiamento exclusivamente público;
- 2) Planos e seguros privados de saúde, cuja vinculação é eletiva e é financiado com recursos privados;
- 3) O Segmento de atenção à saúde dos servidores públicos e seus dependentes, financiado com recursos públicos e dos beneficiários, com acesso exclusivo a essa clientela.
- 4) Provedores autônomos de serviços privados, de acesso direto mediante pagamento.

Todas essas quatro vias de acesso se comunicam através do financiamento público, o qual é estendido a todos os segmentos citados. Este financiamento ocorre de forma direta, no caso do sistema público de acesso universal e do sistema de acesso restrito aos servidores públicos e seus dependentes e, indiretamente por meio de isenções oferecidas às instituições sem fins lucrativos, das deduções no imposto de renda concedida às pessoas físicas e jurídicas que têm despesas de saúde (PIOLA, 2012). Paim et al (2011) dividem o sistema de saúde brasileiro em

três subsetores: o subsetor público, com financiamento e provimento dos serviços pelo Estado, incluindo os serviços de saúde militares; o subsetor privado (com fins lucrativos ou não), em que os serviços são financiados de diversas formas com recursos públicos ou privados; e, finalmente, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados e apólices de seguros de saúde. Embora distintos, os componentes público e privado se interconectam, de forma que os usuários têm a possibilidade de utilizar os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou da sua capacidade de pagamento.

2.2.2 O subsetor privado e o imbricamento público-privado

O seguro privado está inserido no sistema de saúde de quatro formas: suplementar, substitutivo, complementar ou primário (Colombo e Tapay, 2004). Nas situações em que o indivíduo tenha que optar pelo sistema público ou privado, o seguro será caracterizado como substitutivo. O seguro privado pode ter um caráter complementar ao sistema público quando os usuários o usam para acrescentar serviços que não são cobertos pelo sistema estatutário. Essa é uma prática comum em países com sistemas públicos bem estabelecidos, como a França e o Reino Unido. O sistema primário recebe esse nome quando o seguro privado é a principal forma de acesso ao sistema de saúde, como no caso dos Estados Unidos da América. Nos casos em que o seguro privado oferece serviços já cobertos pelo sistema público universal, o que caracteriza uma cobertura duplicada, embora possa se diferenciar em aspectos como tipo de hotelaria e livre escolha do prestador do serviço.

Historicamente as políticas de saúde fomentaram o setor privado no Brasil e promoveram a privatização da atenção à saúde. O funcionamento dos planos de saúde como conhecemos atualmente remetem à instalação das indústrias automobilísticas, durante o governo de Juscelino Kubitschek. A causa desse fenômeno deve-se à introdução de mecanismos de financiamento descolados da previdência social, em um cenário onde empregadores e funcionários custeavam a assistência médica através das empresas de medicina de grupo ou dos empregadores que mantinham serviços próprios de assistência à saúde (Cordeiro, 1984). Segundo Ocké-Reis, Andreazzi e Silveira (2005), as mudanças ocorridas na

medicina previdenciária, concomitantemente à criação do Sistema Nacional de Seguros Privados promoveram o crescimento do setor privado de assistência à saúde. Segundo os autores, a unificação dos institutos de aposentadorias e pensões no INPS aumentou a cobertura aos segurados, porém esta ampliação ocorreu privilegiando a demanda por serviços privados, haja vista que a rede pública não expandiu suficientemente de modo a acompanhar a inclusão de novos segurados, tampouco houve uma melhora da qualidade dos serviços médicos previdenciários. Outros dois aspectos importantes estão associados ao Decreto Lei 200/1967, que facilitou, no campo legislativo, a contratação de empresas privadas para executarem programas e projetos sob a responsabilidade do Estado. Um segundo ponto refere-se aos financiamentos subsidiados promovidos pela Caixa Econômica Federal (CEF) para a construção de hospitais privados e equipamentos através do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). Ambos denotam um favorecimento para o crescimento do setor privado. Em síntese, Ocké-Reis (2000, p.142-143) aponta os principais incentivos do governo, desde a década de 1960, aos planos de saúde privados da seguinte forma:

Diretos:

- a) financiamento a juro subsidiado para construção de instalações hospitalares e aquisição de equipamentos médicos, com longo prazo de carência, que beneficiaram, sobretudo, as empresas de medicina de grupo; e
- b) alguns planos, que desempenhavam atividades lucrativas, foram considerados estabelecimentos filantrópicos, implicando uma série de privilégios nos campos fiscal e previdenciário.

Indiretos:

- a) permissão às firmas para descontar ou devolver parte da contribuição previdenciária, principalmente a partir dos convênios INPS-Inamps/empresa, os quais definiam que os atendimentos mais caros deveriam ser prestados pelo Estado; e
- b) estabelecimento de normas, que abriram, no campo jurídico, um espaço favorável à sua expansão.

O sistema nacional de saúde foi construído sob um contexto baseado fortemente em uma lógica privada, que redundou no imbricamento entre o público e o privado nos elementos estruturantes do sistema (SANTOS, UGÁ e PORTO, 2008).

A primeira forma de relacionamento entre as duas esferas consiste na prestação e produção de serviços. O SUS presta serviços tanto em unidades de saúde públicas quanto em unidades privadas, estas últimas podem ser contratadas

ou conveniadas. Em decorrência deste último caso situa-se a segunda forma de relação público-privada, que é superposição de demandas existente nas instituições privadas, as quais vendem serviços às operadoras privadas e também ao poder público. Além desses aspectos, existe um terceiro ponto de imbricamento entre o público e o privado, que são os casos em que há a possibilidade da compra de serviços, por meio de pagamento direto ou através dos planos e seguros privados, junto às instituições públicas de saúde. Essa prática é comum em serviços considerados referência em virtude do seu quadro profissional como no caso dos hospitais universitários e de ensino. Isso se dá porque, ainda que o SUS proíba o financiamento privado de seus serviços, há uma lacuna na legislação que permite a venda de serviços através das instituições criadas para gerenciar esses hospitais (DE OLIVEIRA CARDOSO et al, 2017).

Em relação ao financiamento, Santos, Santos e Borges apontam (2013, p. 77) que a ligação público-privada ocorre de três formas:

1. Pelas desonerações fiscais a prestadores privados e consumidores dos seus serviços;
2. Pelo gasto de órgãos públicos com prestadores privados e operadoras de seguros de saúde para a assistência à saúde de seus trabalhadores e familiares, e;
3. Pelo uso de serviços do SUS por clientes de operadoras privadas, nos casos em que não ocorre o ressarcimento ao sistema público.

Todas essas formas de imbricamento compõem o mix público-privado, que resulta, de forma abrangente e complexa, de uma indução dos interesses mercadológicos sobre o desenvolvimento do sistema de saúde público brasileiro (SANTOS, SANTOS e BORGES, 2013).

3. METODOLOGIA

Este estudo configura-se em uma pesquisa exploratória de cunho bibliográfico e documental, baseada em dados secundários, que busca verificar as implicações do gasto tributário à consecução do princípio da equidade. Os dados utilizados para apurar os montantes gastos com renúncias fiscais em saúde são oriundos da base da RFB, os quais foram delimitados àquelas concedidas apenas às pessoas físicas e jurídicas. Esses dados referem-se ao período de 2008 a 2016. A justificativa para utilizar esta série histórica como referência se dá em razão de que neste período os dados correspondem à bases efetivas, ou seja, correspondem a gastos já executados pela União.

Como forma de comparar o orçamento público federal investido nas ações em saúde com o valor gasto em renúncias fiscais, apurou-se as despesas executadas pelo Ministério da Saúde (MS) durante o período analisado no trabalho. Estes dados foram buscados na base do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Os dados relacionados aos planos e seguros privados de saúde são originários da base da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e classificados nas seguintes categorias: número de beneficiários, cobertura e tipo de contratação, receitas de contraprestação e operadoras de planos privados de saúde. Tanto os dados referentes aos gastos tributários quanto aqueles relacionados às despesas do MS foram deflacionados a fim de trazê-los a valor presente com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) referente ao mês de dezembro de 2018. Todos os dados mencionados foram coletados entre novembro e janeiro de 2019.

Os dados foram analisados comparando as renúncias fiscais com as despesas executadas pelo MS e com os dados referentes à saúde suplementar, citados anteriormente. Os dados referentes às receitas dos planos privados de saúde foram correlacionados a fim de verificar a associação com os gastos tributários de saúde pelo método de Pearson, definido por Figueiredo Filho e Júnior (2009, p. 118) como "[...] uma medida de associação linear entre variáveis", que sintetiza o grau de relacionamento entre elas por meio de um fator que varia entre -1,00 e +1,00.

4. RESULTADOS

Entre 2008 e 2017, as renúncias fiscais em saúde de pessoas físicas e jurídicas tiveram um crescimento de 84,99% e 133%, respectivamente. Durante este mesmo período as despesas do MS subiram gradativamente, apresentando uma taxa de crescimento de 141%. Em termos percentuais, os gastos tributários somados (GT IRPJ + GT IRRF) representaram em média 16,38% das despesas executadas pelo Ministério da Saúde. Na tabela 2 são demonstrados os gastos tributários para as duas modalidades e sua representatividade em relação às despesas do Ministério da Saúde:

Tabela 4.1: Comparativo entre os gastos tributários em saúde IRPF e IRPJ com as despesas executadas pelo Ministério da Saúde 2008-2017

ANO	GT IRPJ	GT IRPF	DESPESAS
2008	2.137.100.412,88	7.368.692.494,45	47.840.580.619,77
2009	2.264.546.606,07	6.757.620.919,46	56.340.287.304,44
2010	2.602.360.778,81	6.674.169.148,04	58.924.632.391,75
2011	2.861.233.455,09	7.516.802.947,93	68.505.097.686,28
2012	3.061.112.180,95	8.582.354.330,09	76.441.316.700,22
2013	3.965.503.406,70	9.323.933.232,30	81.468.431.128,15
2014	4.217.824.389,71	10.363.662.422,11	89.507.713.840,64
2015	4.224.291.608,24	10.863.232.743,26	93.360.914.880,18
2016	4.617.150.226,91	12.850.033.450,00	103.140.468.385,95
2017	4.979.821.769,69	13.631.467.191,46	115.758.088.491,45

Fonte: elaborado pelo autor (2019), baseado em RFB e SIOPS.

O orçamento da seguridade social, o qual compreende o orçamento da saúde, juntamente com a previdência e a assistência social, é financiado, basicamente, por dois grupos de agentes econômicos: as famílias e as empresas (RIBEIRO, PIOLA e SERVO, 2007). Neste sentido, o crescente aumento das renúncias fiscais coloca-se como um adjuvante ao subfinanciamento do sistema público de saúde, pois se percebe que o aumento do gasto privado em saúde e, conseqüentemente, das renúncias fiscais, diminui a sustentabilidade do sistema e, acaba, conforme Ocké-Reis (2018, p. 2036), "[...] conduzindo a um círculo vicioso, caracterizado pela queda relativa do custeio e do investimento na saúde pública".

Mesmo assumindo que as renúncias fiscais diminuem a capacidade de custeio da saúde pública, é possível verificar um aumento das despesas da União nesta função orçamentária. Isso se deve ao fato do sistema de saúde público ter uma lista mais extensa de atribuições do que as dos planos de saúde. Cabe ao SUS a responsabilidade exclusiva pela vigilância sanitária e pelo controle imunológico epidemiológico. Afora isso, o custo dos planos acaba sendo socializado com toda população, pois segundo Bahia (2006), há o uso compartilhado da estrutura, dos insumos e recursos humanos que atendem concomitantemente ao sistema público e privado. Essa prática é comum em serviços considerados referência, em virtude do seu quadro profissional, como no caso dos hospitais universitários e de ensino. Isso ocorre porque, ainda que o SUS proíba o financiamento privado de seus serviços, há uma lacuna na legislação que permite a venda de serviços através das instituições criadas para gerenciar esses hospitais (DE OLIVEIRA CARDOSO et al, 2017).

No que tange ao acesso e à consecução dos princípios constitucionais da universalidade e da integralidade, pode se inferir que o déficit de financiamento, patrocinado em parte pelas renúncias fiscais, contribui para deterioração da qualidade percebida sistema público, pois para a população usuária do SUS, conforme manifesto apresentado no Fórum da Reforma Sanitária (2005), a degeneração do financiamento da saúde consiste em:

[...] intensa repressão de demanda, insuportável congestionamento nos prontos-socorros e consultórios de especialidades, impossibilidade da atenção básica no seu desafio de vir a ser a porta de entrada preferencial com alta resolutividade, e a permanência do predomínio de intervenções tardias: doenças preveníveis não prevenidas, doenças agravadas não atendidas precocemente e mortes evitáveis não evitadas. É um sofrimento humano e institucional que se avoluma e gira em torno de 1,5 bilhões de atendimentos ambulatoriais, 12 milhões de internações, 290 milhões de exames laboratoriais, 1 milhão de tomografias e 9 milhões de ultrassonografias em 2004. É também o reflexo da grande dificuldade da construção do novo modelo de atenção à saúde, com base nas necessidades e direitos da população, orientado pelos princípios e diretrizes constitucionais da Universalidade, Igualdade, Integralidade, Descentralização, Regionalização e Participação (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: manifesto, 2005, p. 2).

Se a ineficácia do SUS no cumprimento dos princípios da universalidade e integralidade é percebida mais facilmente por estarem atrelados indicadores quantitativos como a demanda de usuários por unidades de atendimento ou a resolutividade do sistema, seja em termos preventivos, diagnósticos ou curativos, a

iniquidade é percebida nos subsídios fiscais, que privilegiam os estratos sociais mais abastados (com renda tributável). Além do caráter regressivo deste expediente fiscal, a desigualdade se expressa no acesso privilegiado a assistência médica com a possibilidade de favorecer-se tanto do sistema privado quanto público (CORDILHA e LAVINAS, 2018). Além do aspecto financeiro e de acesso à saúde, o déficit de equidade reflete no desempenho da saúde. Paes (2014) apurou a correlação entre os gastos tributários totais em saúde com os indicadores sociais mortalidade infantil e expectativa de vida ao nascer. Os resultados da pesquisa sugerem que países que utilizam intensamente esse dispositivo fiscal apresentam sistematicamente piores indicadores sociais. Para o autor, as renúncias fiscais se justificam como incentivo à atividade produtiva do setor, contudo parece pouco efetivo nas demandas sociais. Neste sentido, identifica-se um estímulo velado à demanda por serviços privados, considerando que não há limite para dedução despesas em saúde, e consequentemente promove o crescimento financeiro do setor.

O Brasil apresenta gastos com saúde em relação produto interno bruto (PIB) equivalentes à média mundial, no entanto há um paradoxo, pois o peso do gasto público é inferior ao que se gasta com o setor privado, conforme mostra a tabela 2:

Tabela 4.2: Gastos em saúde, 2015

	Em % PIB			Em US\$ per capita			Participação no Gasto Total (%)	
	PÚBLICO	PRIVADO	TOTAL	PÚBLICO	PRIVADO	TOTAL	PÚBLICO	PRIVADO
Brasil	3,8	5,1	8,9	333,6	441	780,4	42,8	56,5
Média Mundial	3,6	N/D	6,8	658	N/D	1012	51,7	N/D

Fonte: Cordilha e Lavinas, (2018, p. 2152).

Isso reflete nas receitas do setor de planos e seguros de saúde, que cresceram aproximadamente 170% entre 2008 e 2017, assim como em sua lucratividade, a qual alcançou um percentual de crescimento de 79%.

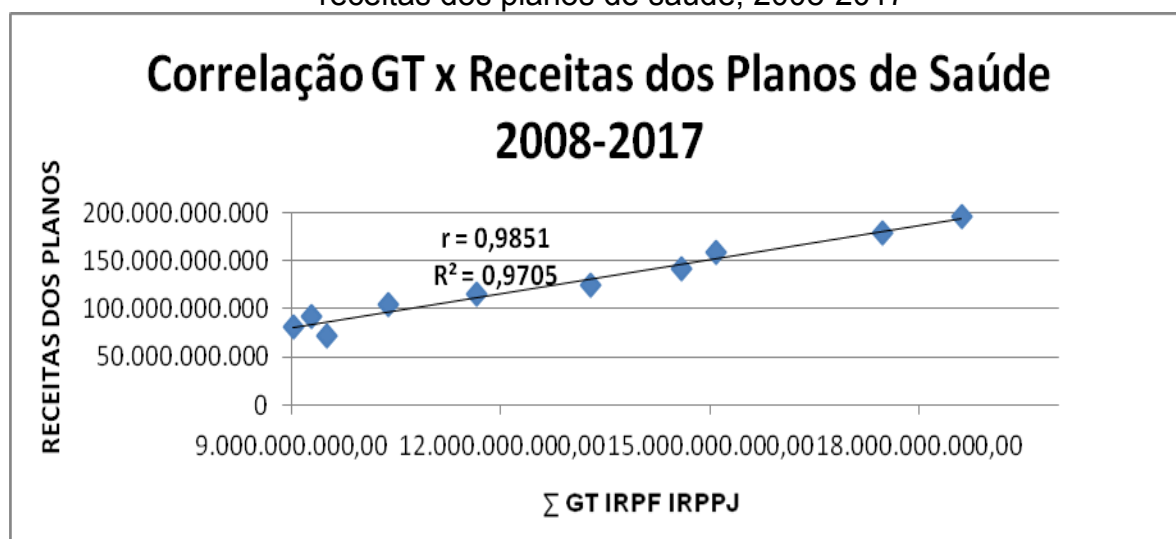
Tabela 4.3: Receitas e despesas do setor de saúde suplementar 2008-2017

Ano	Receita de contraprestações	Outras receitas operacionais	Despesas Totais	Lucro
2008	60.433.169.987	12.094.287.940	69.227.081.380	15.702.518.081
2009	65.729.181.803	15.421.697.489	77.493.342.075	17.000.679.880
2010	74.255.866.012	18.121.469.007	86.675.275.553	20.238.985.510
2011	84.367.198.778	19.694.708.442	98.629.576.164	21.177.381.018
2012	95.216.079.102	20.284.875.831	110.674.186.903	21.948.678.783
2013	109.033.713.525	14.900.542.583	122.875.953.194	19.216.986.120
2014	126.562.323.016	14.880.757.588	141.653.141.295	20.253.367.781
2015	143.316.979.247	15.297.250.264	157.863.305.085	22.743.552.767
2016	161.566.876.053	17.167.973.021	178.584.663.466	24.163.552.419
2017	179.303.994.674	16.964.687.834	193.144.646.438	28.106.998.228

Fonte: elaborado pelo autor, baseado em ANS (2019)

O coeficiente Pearson, $r = 0,985$, entre os gastos tributários das pessoas físicas e jurídicas e as receitas obtidas pelo setor privado de assistência à saúde, na série histórica 2008-2017, aponta uma correlação positiva de intensidade muito alta, indicando um relacionamento diretamente proporcional entre as duas variáveis. A regressão existente entre elas, $r^2 = 0,9751$, indica que 97,51% da variação das receitas podem ser explicadas pelas variações dos gastos tributários (STEVENSON, 2001).

Figura 4.1: Correlação entre os gastos tributários de pessoas físicas e jurídicas e as receitas dos planos de saúde, 2008-2017



Fonte: elaborado pelo autor, baseado em RFB (2018) e ANS (2019)

Em consonância com Mendes e Weiller (2015), os dados apresentados transparecem um direcionamento para a mercantilização da saúde pública, transformando um direito social em produto e distanciando-a do objetivo de uma política universal, integral e equânime. Cordilha e Lavinias (2018) contextualizam o sistema de saúde brasileiro em um mercado com potencial de grande expansão, onde há, de um lado, o desfinanciamento e o sucateamento do subsistema público e, de outro, meios de compensação seletiva pelo segmento privado, robustecido por um generoso sistema de isenções fiscais. Neste sentido, os gastos tributários se constituem em um componente importante de política pública, possibilitando ao Estado moldar ou estimular o mercado quando oferecem determinados incentivos, reduções e isenções fiscais (MACHADO, 2017). Além deste aspecto, outros elementos podem se configurar em formas de como as renúncias fiscais assumem a posição de política pública: i) benefício (representado pela redução do imposto de renda); ii) redução de imposto para os contribuintes que têm gastos com saúde; iii) salário indireto da população economicamente ativa; iv) controle de custos e diminuição das filas de espera no setor público e v) patrocínio do consumo de planos privados de saúde (OCKE-REIS, 2016). Desta forma, o gasto tributário toma corpo como um catalisador do crescimento e fortalecimento do setor privado de assistência à saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo não teve a pretensão de propor a erradicação dos gastos tributários, pois os considera um mecanismo catalisador à geração de riqueza e de equilíbrio entre as necessidades de saúde da população e a capacidade estatal em supri-las. No entanto, buscou-se questionar o caráter distributivo e regressivo das renúncias fiscais, que atuam como um meio de socialização dos custos privados em saúde, além de trazer à luz a relação intrínseca do Estado com a lógica de produção capitalista que permeia o setor. Assim sugere-se a adoção de um modelo que leve em consideração a renda dos beneficiários das renúncias fiscais, e estabelecer alíquotas, conforme a faixa de renda. Outra medida poderia ser uma regulamentação mais rigorosa dos planos, que prestam serviços duplicados em relação ao sistema público, em que pese a dificuldade de quebrar com a lógica de mercado que sempre pautou o sistema de saúde brasileiro.

Tendo em vista a historicidade da conformação do sistema público de saúde, compreende-se um revés ao que foi construído pelo movimento sanitarista, no que se refere ao caminho percorrido até a consolidação de um sistema público pautado na universalidade, integralidade e na equidade. Conquanto, na contemporaneidade, percebe-se uma expectativa contrária à dos atores sociais que integraram a reforma sanitarista. Pois o que outrora representou a busca pela troca de um modelo excludente e bismarkiano de saúde pública por um sistema que se pautasse pela inclusão de toda a sociedade e pela universalidade do cuidado médico, hoje, o que se persegue é o bem estar individual, ainda que a saúde seja uma condição coletiva, altamente influenciada pelo meio ambiente.

Logicamente existe um componente de naturalidade na busca pelo bem estar individual em detrimento do coletivo, contudo percebe-se uma construção cultural bem estabelecida pelo mercado e amparada pelo Estado, o qual atua na criação de leis, regras ou normas que são deduzidas fundamentalmente no trânsito de mercadorias e conseqüentemente no incentivo à atividade produtiva deste setor. Além disso, há a anuência da sociedade que, sob a égide do imaginário da incapacidade estatal de resolver eficazmente e de maneira efetiva as demandas de saúde da população, vê na privatização, acompanhada da desregulamentação e de alguns subsídios, a forma legítima de alcançar seu estado de bem-estar físico, social e mental.

Certamente a pesquisa deixa algumas portas para serem abertas em outro estudo. Nos bastidores deste trabalho ficaram questões pertinentes sem respostas, como qual a contribuição dos gastos tributários para o aumento da demanda de serviços privados de saúde, ou de que forma o consumidor destes serviços percebem este dispositivo? Será que ele consiste em um aspecto de valor para esses clientes? E os usuários exclusivos do sistema público consideram justa esta relação público-privada, na qual todos contribuem, mas com garantia de acesso a poucos que têm a possibilidade de usufruir ambos os sistemas?

REFERÊNCIAS

BAHIA, Ligia. Avanços e percalços do SUS: a regulação das relações entre o público e o privado. **Trabalho, educação e saúde**, v. 4, n. 1, p. 159-169, 2006

BAHIA, Ligia. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & saúde coletiva**, v. 6, p. 329-339, 2001

BRASIL Lei Nº. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm Acesso em: 05 de novembro de. 2018.

BRASIL. Congresso Nacional (2000). Lei complementar nº 101 de 4 de maio de 2000. **Lei de Responsabilidade Fiscal**, Brasília, 24 p., maio 2000.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 104 p.

BRASIL. **Instrução normativa RFB nº 1500**, de 29 de outubro de 2014. Dispõe sobre normas gerais de tributação relativas ao Imposto sobre a Renda das Pessoas Físicas. Brasília, 29 out. 2014. Seção 1, p.57.

BRASIL. SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL. **Demonstrativo dos Gastos Tributários** — Estimativas Bases Efetivas — 2015 — Serie 2013 a 2018. Brasília, 2018. Disponível em <http://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/renuncia-fiscal/demonstrativos-dos-gastos-tributarios/arquivos-e-imagens/ano-calendario-2015-serie-2013-a-2018.pdf>> Acesso em agosto de 2018

COLOMBO, Francesca; TAPAY, Nicole. Private health insurance in OECD countries. 2004. Disponível em <https://doi.org/10.1787/527211067757>. Acesso em: 13 de janeiro de 2019.

CORDEIRO, Hésio. As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica. In: **As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica**. 1984.

CORDILHA, Ana Carolina; LAVINAS, Lena. Transformações dos sistemas de saúde na era da financeirização. Lições da França e do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2147-2158, 2018.

DE ADMINISTRAÇÕES TRIBUTÁRIAS, Centro Interamericano. Manual de Boas Práticas na Medição de Gastos Tributários-Uma Experiência Ibero-Americana. **Panamá: CIAT**, 2011.

DE OLIVEIRA CARDOSO, Márcia Roberta et al. O MIX PÚBLICO E PRIVADO NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: COEXISTÊNCIA EM EVIDÊNCIA. **Saúde em Redes**, v. 3, n. 2, p. 107-118, 2017

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, maio/jun. 2009.

FORUM DA REFORMA SANITARIA BRASILEIRA: manifesto. Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20060713121020.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2019. Instituto de pesquisa econômica aplicada.

KRAAN, Dirk-Jan. Off-budget and tax expenditures. **OECD Journal on Budgeting**, v. 4, n. 1, p. 121-142, 2004.

MACHADO, Felipe Galvão. **Renúncia de arrecadação fiscal em saúde no estado brasileiro: forma política-jurídica no capitalismo contemporâneo**. 2017. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

MACHADO, Felipe Galvão; MENDES, Áquilas Nogueira; CARNUT, Leonardo. As formas político-jurídicas do Estado no capitalismo contemporâneo e as renúncias fiscais em saúde. **Saúde em Debate**, v.42, p. 354-363, 2018.

MENDES, Áquilas; WEILLER, José Alexandre Buso. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 491-505, 2015.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Critérios de justiça distributiva em saúde**. Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2011.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Renúncia de arrecadação fiscal em saúde: o caso australiano. 2016.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2035-2042, 2018

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; SILVEIRA, Fernando Gaiger. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado?. 2005. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/1953>. Acesso em 02 de dezembro de 2018

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora et al. **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

PAES, Nelson Leitão. Os gastos tributários e seus impactos sobre o desempenho da saúde e da educação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1245-1253, 2014.

PAIM, Jairnilson et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PIOLA, Sergio Francisco et al. FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-TRAJETÓRIA RECENTE E CENÁRIOS PARA O FUTURO. **Análise Econômica**, v. 30, 2012.

PIOLA, Sérgio Francisco et al. Gasto tributário e conflito distributivo na saúde. **CASTRO, JA; SANTOS, CH; RIBEIRO, JAC Tributação e equidade no Brasil: um registro da reflexão do Ipea no biênio**, v. 2009, p. 351-374, 2008

PIOLA, Sérgio Francisco et al. Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira?. 2009. Disponível em <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/4349>. Acesso em 18 de dezembro de 2018.

RIBEIRO, José Aparecido; PIOLA, Sérgio Francisco; SERVO, Luciana Mendes. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 37, p. 21-43, 2007.

SANTOS, I. S.; SANTOS, M. A. B.; BORGES, D. C. L. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. **Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em**, v. 2030, p. 73-131, 2013.

SANTOS, Isabela Soares; UGÁ, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1431-1440, 2008.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição. **PANOPTICA (em reformulação)**, v. 1, n. 4, p. 01-22, 2006

SCHEFFER, Mário. A exclusão de coberturas assistenciais nos planos de saúde privados. **Saúde em Debate**, v. 29, n. 71, 2005.

UGÁ, Maria Alicia Domínguez; SANTOS, Isabela Soares. An analysis of equity in Brazilian health system financing. **Health Affairs**, v. 26, n. 4, p. 1017-1028, 2007

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