



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

UMA ANÁLISE FINANCEIRA DO GASTO EM SAÚDE NO BRASIL

A FINANCIAL ANALYSIS OF HEALTH EXPENDITURE IN BRAZIL

| | |
|---------------------|------------|
| <i>Recebido em:</i> | 13/05/2018 |
| <i>Aprovado em:</i> | 28/06/2018 |

Denise Lucena Cavalcante¹

Fabírcia Helena Linhares Coelho da Silva Pereira²

Thanderson Pereira de Sousa³

RESUMO

O novo regime fiscal trouxe uma limitação para gastos públicos primários no Brasil, abrangendo o financiamento do Sistema Único de Saúde, a partir de 2018. Essa limitação orçamentária não atingiu, por outro lado, as deduções tributárias que findam por fortalecer o setor privado de saúde. Nesse contexto, analisa-se os impactos do novo regime fiscal em face do gasto em saúde. A metodologia utilizada é predominantemente qualitativa, servindo-se de técnicas bibliográfica e documental, contando também com a análise quantitativa dos orçamentos da União Federal. Constata-se que a restituição de valores do

¹ Pós-doutora pela Universidade de Lisboa. Doutora pela PUC/SP. Professora de Direito Tributário e Financeiro da Graduação e Pós-Graduação (UFC-FA7). Procuradora da Fazenda Nacional - Ministério da Fazenda/Brasil. Endereço eletrônico: deniluc@fortalnet.com.br

² Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Ceará. Servidora do Ministério Público Federal no Ceará. Endereço Eletrônico: fabriciahc@gmail.com

³ Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Ceará - UFC. Bolsista do CNPQ. Endereço Eletrônico: thandersonsousa@hotmail.com



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

Imposto de Renda – IR e os incentivos às instituições filantrópicas com base nos serviços de saúde aperfeiçoam o sistema privado de saúde e funciona como um gasto no que diz respeito à atividade financeira do Estado, embora não sejam restringidos pelo novo regime fiscal. O risco de redução no financiamento da saúde pública, diante da limitação de gastos primários, não seria concebível em um sistema de saúde universal, como o brasileiro, especialmente quando os gastos públicos com o setor privado de saúde representam recursos que seriam importantes para o estímulo ao SUS.

Palavras-chave: SUS; novo regime fiscal; constituição financeira.

ABSTRACT

The new fiscal regime brought a limitation on primary public spending in Brazil, covering the financing of the Unified Health System, starting in 2018. This budgetary limitation did not, on the other hand, reach tax deductions that ended up by strengthening the private health sector. In this context, the impact of the new tax regime on health spending is analyzed. The methodology used is predominantly qualitative, using bibliographical and documentary techniques, counting on the quantitative analysis of Federal Union budgets. It is noted that the restitution of income tax (IR) and incentives to health-care-based philanthropic institutions improve the private health system and function as an expenditure with respect to the state's financial activity, although they are not restricted by the new tax regime. The risk of reduction in the financing of public health, given the limitation of primary expenditures, would not be conceivable in a universal health system, such as the Brazilian one, especially when public spending with the private health sector represent resources that would be important for stimulus to SUS.

Keywords: SUS. New tax regime. Financial Constitution.

1 INTRODUÇÃO



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/88) estabeleceu que o acesso à saúde é direito de todos e dever do Estado, realizado em políticas públicas sociais e econômicas que visem a promoção, proteção e, notadamente, a prevenção de doenças e outros agravos. Para a realização dos comandos constitucionais traduzidos em direitos, o Poder Público deve realizar gastos, seja para manter o aparelhamento estatal destinado à garantia desses direitos, seja para viabilizar ações e serviços públicos que os assegurem.

Um panorama de recente modificação na forma como o Estado poderá realizar os gastos públicos, para a implementação de políticas que realizem os direitos definidos pela Constituição Federal, foi promovido pela Emenda Constitucional n. 95/2016, influenciando na realização de objetivos constitucionais, tendo em vista que o orçamento da União para os próximos 20 anos sofrerá sensíveis limitações, independente da análise das necessidades de gastos essenciais. Diante da referida alteração, inserta no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da CF/88, que autoriza o aumento de despesa de um ano para o outro apenas no percentual da inflação medida pelo IPCA.

Demonstra-se, com base nos números das peças orçamentárias, que retirar a importância dos gastos sociais em saúde decorre da desconsideração, quando da elaboração da programação financeira estatal, dos ditames da Constituição de 1988 que garantem acesso aos direitos sociais, especialmente quando se consideram os dados do IBGE que indicam o envelhecimento da população brasileira, que necessitará, assim, de mais ações e serviços de saúde fornecidos pelo Estado.

Por outro lado, enquanto a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE recomenda, desde 2015, que o Brasil aumente os investimentos na saúde pública, suspendendo a dedução fiscal de despesas com saúde privada, o novo regime fiscal atinge somente os gastos com saúde pública, não enfrentando o controle das deduções tributárias com despesas em saúde, que funcionam no mecanismo orçamentário como um



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

gasto, e, de toda sorte, equivale a um estímulo ao sistema privado de saúde em detrimento do SUS.

O presente trabalho aborda, portanto, como é realizado o gasto em saúde da União (seja por meio do Programa de Fortalecimento ou Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, ou ainda, pelo gasto tributário em saúde) desde 2014, e qual a mudança orçamentária que a Emenda Constitucional n. 95/2016 produzirá sobre os investimentos da União no Sistema Único de Saúde nos anos seguintes. Por fim, trata-se do modelo proposto pela EC nº 95/2016, no contexto do crescimento dos gastos tributários em saúde privada, que funciona como uma contribuição positiva à utilização do setor privado de saúde como alternativa ao SUS, sucateando o sistema público com o direcionamento de gastos para o serviço de saúde não prestado pelo Estado.

2 SUS: ENTRE O DISCURSO DA INEFETIVIDADE E AS CONQUISTAS DO SISTEMA

O modelo do sistema público de atenção à saúde na Constituição brasileira de 1988 merece diversos estudos, seja porque prevê ações ousadas de promoção, proteção e recuperação da saúde, seja porque a forma como muitas vezes é utilizado no Brasil acaba por disseminar um discurso que pode levar ao seu enfraquecimento, quando, na verdade, deve-se buscar a correção de suas falhas. Desse modo, propõem-se apontar as falhas no Sistema Único de Saúde, doravante SUS, sem que se esqueça que a solução para os problemas no sistema requer esforço e interesse, notadamente financeiro, da sociedade e do Estado, a fim de preservar e avançar no sistema que é símbolo e mecanismo de redução de desigualdades sociais, diante do seu caráter universal e igualitário.

2.1 O discurso da inefetividade



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

A Constituição de 1988 inaugura no Brasil a consolidação de um Estado Social, preocupado em dar aos cidadãos condições materiais suficientes para uma existência digna e ao exercício da cidadania. No artigo 6º, a Constituição traz um rol de direitos sociais, em outros termos, direitos que demandam uma intervenção estatal e que são indispensáveis à proteção da dignidade humana. A saúde é prevista no referido artigo e melhor delineada nos artigos 196 e seguintes, que conjuntamente formam a base constitucional fundadora do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Apesar da previsão constitucional, o direito fundamental social à saúde enfrenta grandes problemas em sua concretização. O SUS, principal política pública de consolidação do direito à saúde, sofre críticas no que se refere à sua organização e funcionamento, desde a dificuldade de acesso ao sistema público pelos usuários à falta de profissionais de saúde.

Pesquisa realizada pelo CNI – Ibope⁴ em 2012, constatou que maioria da população brasileira avaliava na época o sistema público de saúde como reprovável. Para 54% dos entrevistados, o SUS classificou-se enquanto “ruim” ou “péssimo”. A avaliação se tornou mais negativa na região nordeste, onde 62% dos participantes da pesquisa determinaram a qualidade do sistema público como “ruim” ou “péssima”.

Em 2014, o Instituto Datafolha⁵, por encomenda do Conselho Federal de Medicina, buscou captar o nível de aprovação da saúde pública brasileira. Constatou-se, que na ótica da população a maior prioridade do Estado deve ser a saúde, que ficou à frente de outras demandas, como educação, segurança e combate à corrupção, por exemplo. Somente 7% dos entrevistados em 2014 avaliaram a saúde pública com conceitos entre 8 e 10, e o SUS só alcançou conceitos entre 8 e 10 na perspectiva de 13% dos participantes.

⁴ CNI IBOPE. **Retratos da sociedade brasileira: saúde pública**. Brasília: CNI, 2012.

⁵ DATAFOLHA. **Opinião dos brasileiros sobre o atendimento na área de saúde**. São Paulo: Instituto Datafolha, 2014. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/PDF/apresentao-integra-datafolha203.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2018.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

A preocupação do brasileiro com a saúde é emergente. Em pesquisa mais recente, no ano de 2016, o Instituto Datafolha⁶ detectou que a saúde na percepção da população ainda constitui o principal problema do País. Por esta nova ocasião, 65% dos entrevistados consideraram os serviços públicos de saúde “ruins” ou “péssimos”. A maior parte dos participantes desse estudo (39%) utilizavam o SUS.

As pesquisas trazidas aqui realizaram indagações acerca de medidas que podem, em potencial, maximizar a efetividade das prestações no que tange a saúde pública brasileira. Em 2012, o CNI Ibope constatou que 95% dos entrevistados eram favoráveis ao aumento de recursos para a saúde, porém, sem o aumento de tributos. Em 2014, o Datafolha apurou que 59% da população não concordava com o posicionamento de que o SUS possui recursos suficientes para a prestação eficiente de ações e serviços de saúde, e, em 2016, os brasileiros sugeriram aumento do número de profissionais de saúde na rede pública, aumento de leitos para internação, e, conseqüentemente, o aumento dos recursos para o fortalecimento do SUS.

Notadamente o SUS, enquanto política pública que concretiza o direito fundamental à saúde, padece de problemas estruturais que, diretamente, estão ligados à questão orçamentária. Todavia, as conquistas do sistema público constituem aspectos que merecem destaque, a fim de reforçar a necessidade de maiores investimentos na saúde pública.

2.2 A importância do fortalecimento do SUS

Feitas essas considerações que poderiam apontar para uma direção de inefetividade do Sistema Único de Saúde, e que requerem maior atenção na busca de solução para seus problemas estruturais, é importante que se busque identificar acertos

⁶ DATAFOLHA. **Percepção dos brasileiros sobre a confiança e credibilidade em profissionais e instituições**. São Paulo: IPD, 2016.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

nesse sistema de prestação de saúde pública, e apontá-lo com uma evolução dos mecanismos de atenção à saúde anteriores à CF/88. Destaca Célia Lessa Kerstenetzky⁷ que, no período pós 1988, houve no Brasil uma expansão de políticas e gastos públicos que representaram uma mudança qualitativa em relação aos regimes de bem-estar precedentes. Isso porque, com a previsão de direitos sociais, a CF/88 optou que esses os serviços decorrentes desses direitos fossem prestados dentro de um modelo de universalização. O Estado de bem-estar social era mais social-democrata que de bem-estar corporativo, como nos períodos anteriores a 1988.

A Constituição de 1988, no art. 196, ao garantir que a saúde é direitos de todos e dever do Estado, bem expressou essa mudança de sistema de saúde caracterizado pela universalização e amplo acesso. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem papel relevante na ampliação do alcance das ações e serviços que realizam o direito à saúde. Desse modo, segundo a tônica dada pela CF/88, o serviço público de saúde concretiza direitos fundamentais, promovendo, inclusive, desenvolvimento social, como constitui o escopo dos serviços públicos em geral, voltados ao bem-estar social, à democratização econômica e à cidadania⁸. Esse modelo gratuito, universal, de acesso equitativo, dever do Estado e direito do cidadão constitui um meio de reduzir desigualdades sociais e combater a pobreza, objetivos da República Federativa do Brasil (art. 3º da CF/88).

Para Ricardo Lobo Torres⁹, o conteúdo da justiça social que os direitos devem promover é um desafio do gestor público, assim "como se fazem as decisões básicas? A que serviço público (saúde, educação, justiça) e a que pessoas (ricos, pobres, remediados) se

⁷ KERSTENETZKY, Célia Lessa. **O estado de bem-estar social na idade da razão**: a reinvenção do estado social no mundo contemporâneo. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, p. 212.

⁸ SCHIER, Adriana da Costa Ricardo. Serviço público como direito fundamental: mecanismo de desenvolvimento social. In: BARCELLAR FILHO, Romeu Felipe et al. **Globalização, direitos fundamentais e direito administrativo**: novas perspectivas para o desenvolvimento econômico e socioambiental. Belo Horizonte: Fórum, 2011, p. 285.

⁹ TORRES, Ricardo Lobo. **Curso de direito financeiro e tributário**. 7. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2000, p. 22.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

devem alocar os recursos orçamentários? Inexiste resposta científica apriorística." A percepção de valorização do Sistema Único de Saúde decorre da escolha pública feita na CF/88 que o identificou como um serviço público firmado em um sistema universal, com acesso equitativo e integral.

Exercendo essa importante função, chega o SUS a ser um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, uma vez que o seu alcance de assistência atinge milhões de pessoas, desde a assistência básica e preventiva até tratamentos que envolvem complexidade tecnológica média e alta, bem como serviços de emergência e programas avançados de combate a vírus e pesquisas em diversas áreas da ciência, inclusive com células-tronco¹⁰.

Mesmo diante de um panorama de desafios consistentes na solução dos problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde, a exemplo dos apontados no tópico anterior, as alternativas para que se expandam as ações positivas, indicadas acima, sobre os problemas sempre passarão pela atuação do Estado. Isso porque a mesma Constituição Federal de 1988, que estabelece esse sistema público de atenção à saúde, determina que, embora a assistência à saúde seja livre à iniciativa privada, as instituições privadas poderão participar somente de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (art. 199, caput e parágrafo 1º).

Para Dieter Grim¹¹, "o futuro depende muito de que a Constituição não seja levemente colocada em risco a favor de momentâneas vantagens políticas, mas seja eficazmente mantida." Não se pode ignorar que, ainda assim, o sistema público de saúde no Brasil tem avançado, o que não significa que suas falhas devam ser desconsideradas, mas sim corrigidas. Além disso, melhoras substanciais precisam ser implementadas, não

¹⁰ OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 25-26.

¹¹ GRIMM, Dieter. **Constituição e política**. Tradução Geraldo de Carvalho. Belo Horizonte: Del Rey, 2006, p. xi.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

podendo correr o risco de ser obstáculo ao seu financiamento, como um efeito possível da EC n. 95/2016.

A consequência de um regime que impõem uma redução agressiva do financiamento público da saúde que impactará os programas do SUS, em que pese a determinação constitucional de protagonismo do Estado na oferta das ações e serviços de saúde no Brasil, é abrir caminhos para o crescimento do sistema privado de saúde, que, por não ser universal e de amplo acesso, promove aumento das desigualdades e vai na contramão da justiça social, tendo em vista que, diante de um sistema público não prestigiado, somente as classes mais abastadas teriam condições de acesso a ações e programas de saúde.

Veja-se que, já antes das medidas da EC n. 95/2016, a concorrência paralela entre os subsistemas público e privado no Brasil permitia identificar a necessidade de valorização do sistema público. Como exemplo desse duplo uso de subsistemas paralelos - em que o usuário contribui com a saúde privada (suplementar) e se utiliza do sistema público, Ocké-Reis¹² cita que custos mais altos de tratamento acabam recaindo sobre o sistema público, que oferece transplantes, tratamento de câncer, cirurgia cardíaca, assistência a longo prazo e hemodiálise. Esses casos somados aos pacientes que descobrem doenças crônicas e que necessitam de tratamento sistêmico e que acabam recebendo negativas de cobertura dos planos de saúde são absorvidos pelo atendimento no sistema público, sem que haja transferência ou ressarcimentos financeiros adequados¹³.

Sobre o incentivo à saúde privada como forma de reduzir a importância e o uso do sistema público de saúde, a partir da redução do financiamento das ações deste último, ao passo da não alteração dos incentivos estatais ao primeiro, trataremos no último capítulo a

¹² OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 26.

¹³ CANCIAN, Natália. **3 em cada 10 planos de saúde não pagam nem 1% da dívida com SUS**. Folha de São Paulo. São Paulo, 23 ago. 2016. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/08/1805940-3-em-cada-10-planos-de-saude-nao-pagam-nem-1-da-divida-com-sus.shtml>>. Acesso em: 30 abr. 2018.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

fim de ilustrar a não observância da Constituição pelo novo regime fiscal fixado pela EC n. 95/2016, tratado a seguir.

3 EMENDA CONSTITUCIONAL N. 95 E FINANCIAMENTO DO SUS

O artigo 106 do ADCT dispõe que fica instalado o novo regime fiscal no orçamento da União e da seguridade social, vigendo para vinte exercícios financeiros a partir de 2017. O artigo 107, que inicia a regulamentação das novas orientações fiscais, determina:

Ficam estabelecidos, para cada exercício, limites individualizados para as despesas primárias:

I – Do Poder Executivo;

II – Do Supremo Tribunal Federal, do Superior Tribunal de Justiça, do Conselho Nacional de Justiça, da Justiça do Trabalho, da Justiça Federal, da Justiça Militar da União, da Justiça Eleitoral e da Justiça do Distrito Federal e Territórios, no âmbito do Poder Judiciário;

III – Do Senado Federal, da Câmara dos Deputados e do Tribunal de Contas da União, no âmbito do Poder Legislativo;

IV – Do Ministério Público da União e do Conselho Nacional do Ministério Público; e

V – Da Defensoria Pública da União.

§ 1º Cada um dos limites a que se refere o caput deste artigo equivalerá:

I – Para o exercício de 2017, à despesa primária paga no exercício de 2016, incluídos os restos a pagar pagos e demais operações que afetam o resultado primário, corrigida em 7,2% (sete inteiros e dois décimos por cento); e

II – Para os exercícios posteriores, ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou de outro índice que vier a substituí-lo, para o período de doze meses encerrado em junho do exercício anterior a que se refere a lei orçamentária.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

A partir do artigo supracitado, é possível extrair duas principais características da EC n. 95, quais sejam: (1) a limitação especificamente das despesas primárias, que são aquelas não-financeiras correspondentes aos gastos realizados com a prestação de serviços públicos; e (2) o limite das despesas primárias – correspondendo ao montante gasto no exercício financeiro anterior – atualizado com base no IPCA, que mede a variação dos preços ao consumidor final, excetuando-se para o ano de 2017.

No atual regime fiscal é vedado a abertura de qualquer tipo de crédito, seja ele suplementar ou especial, quando implicar em aumento no teto das despesas primárias. Restam ainda, como exceção às novas normas fiscais, as transferências constitucionais, créditos de caráter extraordinário, despesas da Justiça Eleitoral e os gastos resultantes da majoração no capital das empresas que não sejam dependentes.

A previsão para revisão do regime fiscal estabelecido pela EC n. 95 é a partir do décimo exercício financeiro regido pelas novas normas, podendo o Presidente da República, por intermédio de Lei Complementar, modificar os critérios de atualização do limite a qual se refere o artigo 107 do ADCT.

O artigo 109 do ADCT prevê medidas de natureza punitiva em relação ao Poder que não observar os limites estabelecidos e a forma de atualização das despesas. Existem ainda, disposições no sentido de que as aplicações mínimas em saúde e educação devem respeitar o artigo 107 do ADCT. A proposta legiferante criadora ou modificativa de despesas obrigatórias e/ou renúncias tributárias deve estar acompanhada da medida dos respectivos impactos, e por último, propostas legislativas – com exceção de Medidas Provisórias – que aumentem despesas ou conceda renúncias, poderão ser suspensas, nos termos do artigo 114 do ADCT, para a verificação da compatibilidade entre a proposta de lei e o regime fiscal.

3.1 Reflexos no financiamento do Sistema Único de Saúde



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

Com o novo regime fiscal, a limitação para os gastos com saúde fica restrito ao total das despesas do exercício anterior atualizadas pelo Índice de Preços ao Consumidor – IPCA, verificado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE, que calcula a variação dos preços de bens e serviços em determinado período de tempo.

Carrara e Correa¹⁴ pontuam:

O IPCA é um tipo de índice de Laspeyres que calcula a mudança dos preços de bens e serviços entre dois períodos [...] ponderando a participação das despesas com cada bem no consumo total. Os tipos de gastos que compõem a estrutura do IPCA são os seguintes: gastos com alimentação, transporte e comunicação, despesas pessoais, vestuário, habitação, saúde e cuidados pessoais, e artigos de residência.

Note-se que o IPCA mede a variação de preços no mercado, identificando se há aumento ou diminuição de preços, constitui o índice que mede oficialmente a inflação no Brasil. Quando o IPCA aumenta se identifica a inflação, quando os preços dos produtos que entram na logaritmização sobem, já a deflação, por contrário, ocorre quando o IPCA se aproxima de zero¹⁵.

Nesse contexto, os recursos a serem disponibilizados na Lei Orçamentária Anual – LOA estão restritos aos gastos anteriores corrigidos pelo IPCA, em outras palavras, não haverá – enquanto durar o novo regime fiscal – um crescimento real com relação a dotação orçamentária para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. A atualização da forma como prevista na EC n. 95 faz com que a previsão orçamentária da LOA apenas acompanhe

¹⁴ CARRARA, Aniella F.; CORREA, Andre Luiz. **O regime de metas de inflação no Brasil:** uma análise empírica do IPCA. Revista Economia Contemporânea, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 441-462, set-dez/2012, p. 448. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rec/v16n3/a04v16n3.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2018.

¹⁵ SARTORIS, Alexandre. **Estatística e introdução à econometria.** 2. Ed. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 57.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

os níveis de inflação ou deflação nos próximos anos, uma espécie de congelamento dos recursos para aperfeiçoamento do SUS, que abrange inclusive, conforme artigo 107 do ADCT, as transferências mínimas em saúde.

Importa destacar dentro desse cenário, que de acordo com os censos demográficos do IBGE, realizados entre 1991¹⁶, 2000¹⁷ e 2010¹⁸, a população idosa brasileira tende a aumentar. O topo da pirâmide etária tem se ampliado, em 1991 o grupo populacional com 65 anos ou mais era de 4,8%, em 2000 este número passou para 5,9% e em 2010 chegou ao total de 7,4%. O grupo de indivíduos com idade até 25 anos diminuiu. Outro grupo etário que aponta para o envelhecimento da população brasileira é o grupo de crianças de zero a quatro anos, que, considerando sexo feminino e masculino, em 1991 representava em média 5,6% da população e em 2010 só representaram 3,6%. A expectativa é de que no censo de 2020 o grupo etário de pessoas com 65 anos ou mais cresça.

Com maior parte da população na faixa etária de 65 anos ou mais, mais idosa, portanto, é clarividente que os gastos em saúde devem aumentar. A associação entre a baixa taxa de fecundidade, o aumento na expectativa de vida e doenças crônicas¹⁹, somada a população idosa, tem como externalidade o aumento nas despesas com saúde, uma vez que é preciso a promoção de ações e serviços de caráter hospitalar geriátrico continua e intensamente.

André Nunes²⁰, em pesquisa vinculada ao IPEA, assinala:

¹⁶ IBGE. **Censo demográfico 1991**: resultados do universo relativos as características da população e domicílios. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?id=782&view=detalhes>>. Acesso em: 3 maio 2018.

¹⁷ IBGE. **Censo 2000**. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/censo/>>. Acesso em: 03 mai. 2018.

¹⁸ IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>>. Acesso em: 3 maio 2018.

¹⁹ MELLO, A. F. **A saúde do idoso em 2030**: uma análise prospectiva do gasto público na saúde do Brasil. 2011, 70 p. Dissertação. Fundação Oswaldo Cruz: Recife, 2011.

²⁰ NUNES, André. **O envelhecimento e as despesas do sistema único de saúde**. [201-?], p. 428. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arq_21_Cap_13.pdf>. Acesso em: 3 maio 2018.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

É bem verdade que a saúde, entendida aqui como a prestação de cuidados médico-hospitalares, direcionada para atividades curativas, exigindo cada vez mais especialistas e incorporando tecnologias mais dispendiosas, tem-se tornado mais cara para todas as idades. Entretanto, as pessoas de maior idade possuem um perfil de morbidade mais dispendioso, por pelo menos três motivos: a) a morbidade prevalente nessas faixas etárias é mais cara (doenças crônico-degenerativas); b) as taxas de internação em faixas etárias mais avançadas são mais elevadas, ou seja, essas pessoas tendem a “consumir” mais serviços de saúde [...]; e c) o custo médio de internação de pessoas idosas é maior do que aquele observado em faixas etárias mais jovens [...].

Diante do exposto é, no mínimo, contraditório, o estabelecimento de um regime fiscal que não faz a presciência de crescimento real nas despesas primárias. Ora, se nas prestações em saúde a demanda tende ao crescimento real, há dificuldade em compatibilizar com uma previsão orçamentaria baseada nas despesas anteriores corrigidas pelo IPCA, que mede a variação de preços.

A Constituição de 1988 não determinava, até a EC n. 95/2016, um limite para os gastos públicos, agora, a limitação imposta pela emenda acaba repercutindo no planejamento orçamentário da União no sentido de que não é possível fazer uma planejamento dentro da Lei de Diretrizes Orçamentárias e da Lei Orçamentária Anual que defina recursos cuja montante ultrapasse a fórmula “despesas primárias + atualização pelo IPCA”, salvo na hipótese de haver corte em uma área para investimento em outra, cabendo ao Executivo Federal fazer esta escolha.

Ricardo Lobo Torres²¹ ensina que o princípio do planejamento essencialmente diz respeito ao Estado que faz a previsão de recursos e despesas. Nesse aspecto, o artigo 165,

²¹ TORRES, Ricardo Lobo. **Tratado de direito constitucional financeiro e tributário: o orçamento na Constituição**. Rio de Janeiro: Renovar, 2000, p. 155.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

§4 da Constituição de 1988 disciplina a tripartição do planejamento, regulando o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, de modo que haja respeito pelo planejamento no caminho inverso: a LOA observa as disposições da LDO, que finalmente guarda as definições do PPA – definidor de metas e programas em longo prazo.

Hodiernamente todo o planejamento do orçamento público deve respeitar então o novo regime fiscal, uma vez que o limite para os gastos primários se encontra definido no artigo 107 do ADCT, de outra forma, mesmo que haja previsão específica no Plano Plurianual, a LDO e a LOA devem seguir o regime inaugurado pela EC n. 95, que indiretamente também condiciona o PPA.

É possível contemplar a eficácia da EC n. 95 na LOA de 2017 e no Projeto de LOA para 2018. Analisa-se a partir de agora os recursos previstos entre os anos de 2014 e 2018 para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde – Programa com Referência 2015 na LOA.

TABELA 01 – Recursos para o Fortalecimento do SUS – 2014 a 2018

| RECURSOS PREVISTOS NA LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL | | | | | |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| Ano | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018* |
| Valor | 84.063.537. 774 | 97.828.636. 161 | 95.486.801. 590 | 100.481.843. 751 | 99.635.630. 285 |

Fonte: Dados disponibilizados no sítio eletrônico da Câmara dos Deputados.²²

Entre os anos de 2014 e 2017, o crescimento na provisão de recursos para o Programa 2015 – Fortalecimento do SUS foi de 19,53%, um valor acrescido de

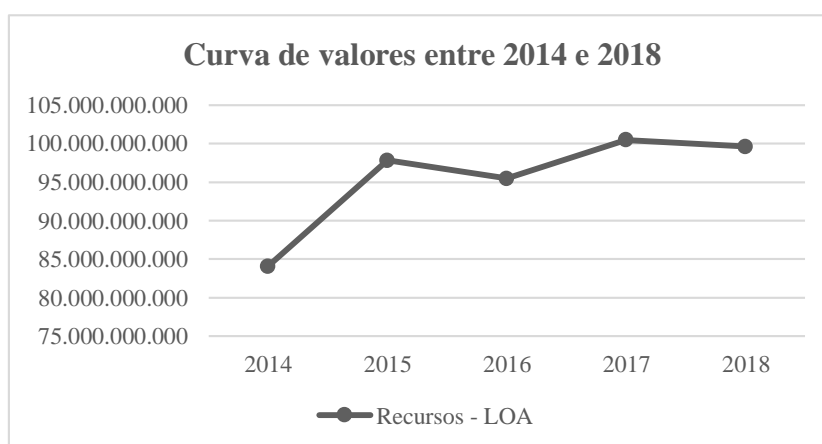
²² Tabela elaborada com base nos dados do orçamento público. CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Orçamento da União**. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/leis-orcamentarias/loa>. Acesso em: 05 maio 2018.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

16.418.305.977 bilhões em quatro anos. Fazendo a mesma análise em busca do crescimento na previsão orçamentária do Programa entre os anos de 2014 e 2018, com os valores constantes no PLOA, a taxa de crescimento é de 18,52%, montante majorado em cinco anos de 15.572.092.511 bilhões.

Gráfico 01 – Observatório de crescimento no volume de recursos do Programa 2015.



Fonte: Dados disponibilizados no sítio eletrônico da Câmara dos Deputados.²³

Observando o gráfico é visível que até 2017 a previsão orçamentária foi no sentido crescente. Em 2017 o crescimento foi positivo porque o art. 107, §1º, I, determinou que para o exercício de 2017 o índice de correção das despesas primárias fosse o percentual de 7,2%, superior ao IPCA do ano de 2016, correspondente a 6,28% no acumulado de doze meses. Essa diferença entre o IPCA e percentual previsto na EC n. 95 para atualização do orçamento de 2017 equivale ao crescimento real permitido nos recursos da saúde.

²³ Gráfico elaborado com base nos dados do orçamento público. CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Orçamento da União**. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/leis-orcamentarias/loa>. Acesso em: 5 maio 2018.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

De 2017 a 2018 já é perceptível uma queda na previsão orçamentária, que encontra limites definidos, ainda que não diretamente, pelo regime fiscal vigente. O valor previsto no orçamento de 2017 sofre uma variação negativa, da ordem de - 0,82, em relação ao vaticínio de 2018, implicando também na lógica conclusão de que os recursos previstos na LOA de 2017 potencialmente podem não serem aplicados na sua totalidade.

Insta destacar que, a previsão de diminuição orçamentária foi confirmada no PLOA, embora tenha sofrido aumento na LOA.. Indo na contramão do PLOA, a discussão política do orçamento da União sedimenta o aumento gradativo dos valores destinados ao Programa Ref. 2015 (Fortalecimento do SUS), todavia, é inegável que há, sem dúvidas, margem para o congelamento prejudicial do orçamento do SUS em decorrência da EC n. 95, “controle” que não se detecta com relação as deduções tributárias com despesas na saúde privada.

Estudos realizados pelo Ipea e OCDE, demonstram que há grave problema no que toca o financiamento da saúde pública no Brasil. Para Alexandre Marinho *et al*²⁴, o Brasil, em comparação a outros países que participam da OCDE, ocupa o primeiro lugar no ranking na ineficiência de gastos com saúde, inclusive com o menor gasto *per capita*.

Em 2015, a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE emitiu relatório²⁵ analisando alguns serviços públicos no Brasil, com relação a saúde fez recomendações no sentido de melhorar a eficiência nos gastos, eliminar gradualmente a dedutibilidade fiscal com despesas particulares de saúde e aumentar e fortalecer os investimentos no sistema público de saúde, além de outras medidas implicadoras no aumento das despesas em saúde.

É inquestionável a necessidade de existência de equilíbrio fiscal nas contas públicas e que as despesas correspondam as receitas, porém, na seara da saúde o regime fiscal

²⁴ MARINHO, Alexandre et al. **Avaliação comparativa de sistemas de saúde com a utilização de fronteiras estocásticas:** Brasil e OCDE. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rbe/article/viewFile/2748/2400>>. Acesso em: 5 maio 2018.

²⁵ OCDE. **Relatórios econômicos da OCDE – Brasil – 2015.** Disponível em: <<http://www.oecd.org/eco/surveys/Brasil-2015-resumo.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2018.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

instituído pela EC n. 95 pode, potencialmente, prejudicar a prestação dos serviços e ações hospitalares que a Constituição de 1988 garante, uma vez que poderá não haver crescimento real nos recursos destinados à área, exceto quando outras demandas sofrerem corte em seus orçamentos.

Outros países adotaram medidas no sentido de controlarem seus gastos²⁶, como por exemplo, EUA, Peru, Argentina e Dinamarca. A diferença da limitação entre o Brasil e outros países diz respeito as formas de restrição, uma vez que alguns adotaram períodos de tempo inferiores a vinte anos e espécies de mecanismos de fuga da limitação em caso de desastres naturais e grave recessão.

4 GASTO PÚBLICO NO SUS E O INCENTIVO À SAÚDE PRIVADA

Inegável que a escolha política expressa nas definições orçamentárias não pode ser desconsiderada quando se trata de ações do Estado que impliquem gastos. São nessas políticas públicas sociais e econômicas que as disposições constitucionais relativas ao direito à saúde são garantidas, representando custos para o Estado, os quais devem ser escolhidos de forma justa. Nesse sentido, na lição de Holmes e Sustain²⁷, “los derechos son costosos porque los remedios lo son. La imposición de las leyes es costosa, sobre todo si ha de ser uniforme y justa; y los derechos legales son vacíos si no existe una fuerza que los haga cumplir”.

²⁶ IMF. IMF Data Mapper. Disponível em: <http://www.imf.org/external/datamapper/NGDP_RPCH@WEO//OEMDC/ADVEC/WEOWORLD>. Acesso em: 10 maio 2018.

²⁷ HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass. **El costo de los derechos**: por qué la libertad depende de los impuestos. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2012, p. 64.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

Para Heleno Taveira Torres²⁸, os recursos fiscais e patrimoniais do Estado são escassos, mas as demandas são sempre crescentes ao mesmo tempo em que a sociedade amplia suas complexidades, o que é acompanhado pela Fazenda Pública. É necessário que a escolha política da despesa pública atente à sua dupla função, não somente política, mas também social, a fim de garantir as demandas do Estado Social²⁹, inclusive porque as funções estatais, quando protetoras de direitos fundamentais, funcionam ainda como fator de redução das desigualdades.

Nesse aspecto, em que medida as desigualdades podem ser reduzidas no Brasil quando, mesmo diante de um sistema de saúde universal, pode haver uma diminuição no investimento em serviços públicos de saúde, em face da escolha política realizada por meio da EC nº 95/2016 que impôs limitações orçamentárias independentes das necessidades do SUS e da capacidade financeira do País, mas, por outro lado, são concedidos incentivos fiscais à iniciativa privada, inclusive decorrentes da dedução do Imposto de Renda dos gastos em saúde privada, que não se submetem a qualquer limitação?

As previsões e as concessões de isenções em ações e serviços de saúde privados concedidos pelo Poder Público são, em última análise, verdadeiros gastos públicos, e, como tal, podem ser tidos como prestações positivas do Estado em favor daqueles que se utilizam dos serviços de saúde privados. Como apontado por Cass Sustein e Stephen Holmes³⁰, todos os direitos básicos são financiados pelos contribuintes (através dos ingressos derivados dos impostos) e administrados pelo Estado em prol do bem-estar coletivo e individual, e requerem ao menos o funcionamento de uma máquina estatal que possibilite que o Estado garanta a realização do objetivo estatal.

²⁸ TORRES, Heleno Taveira. **Direito constitucional financeiro**. São Paulo: Thompson Reuters; Revista dos Tribunais, 2014, p. 194.

²⁹ TORRES, Heleno Taveira. **Direito constitucional financeiro**. São Paulo: Thompson Reuters; Revista dos Tribunais, 2014, p. 139.

³⁰ HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass. **El costo de los derechos**: por qué la libertad depende de los impuestos. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2012, p. 69



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

Ademais, se considerarmos que qualquer saída de recursos do Estado, inclusive aqueles que se deixa de arrecadar, representa a realização de gastos, uma vez que inibem a receita (arrecadação), também chegaremos à conclusão que isenções realizadas pela União em matéria de saúde são gastos estatais em saúde, além daquilo que a União³¹ destina à manutenção do Sistema Único de Saúde. Aliomar Baleeiro³² divide, segundo os aspectos levantados por A. C. Pigou, a despesa pública em *despesa real ou exhaustiva*, que se caracteriza pela utilização de bens e serviços pelo governo; e em *despesa de transferência*, que compreende todos os gastos destinados apenas a criar rendimentos para os indivíduos, sem qualquer contraprestação, nada deslocando de concreto do setor privado da economia para o público. A título de exemplo, destaca o autor que se o Estado compra coisa ou serviço da iniciativa privada, a despesa vai ser real até o valor de mercado, e o que passar (excesso) será despesa de transferência.

Nesse aspecto, podemos identificar que as subvenções previstas na Lei nº 4.320/64, que estabelece normas gerais de direito financeiro, são despesas de transferência quando não há uma contraprestação concreta em bens e serviços ao Estado (art. 12, parágrafo 2º, e art. 19, da Lei 4.320/64). As **transferências correntes ou "ajuda financeira"** são classificadas no referido ato normativo em **subvenções sociais, subvenções econômicas e contribuições**.

Ricardo Lobo Torres³³ aponta que as características principais das subvenções são a natureza de incentivo financeiro, a necessidade de previsão em orçamento e em lei e, ainda, a discricionariedade de entrega pela Administração. Para o autor, no conceito de

³¹ Optou-se por analisar neste trabalho os gastos da União em saúde, tendo em vista que a Emenda Constitucional n. 95, objeto deste trabalho, afetou diretamente o orçamento da União - o que somente de forma indireta terá reflexos nos Estados e Municípios, tendo em vista ainda que a maioria dos recursos aplicados no Sistema Único de Saúde são provenientes da União, seja por meio de gastos diretos, seja por transferências.

³² BALEEIRO, Aliomar. **Uma introdução à ciência das finanças**. 15. ed. Forense: Rio de Janeiro, 1997, p. 101.

³³ TORRES, Ricardo Lobo. **Curso de direito financeiro e tributário**. 7. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2000, p. 334- 335.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

subvenção pode-se enquadrar a *restituição-incentivo*, a qual representa a devolução de tributo como mecanismo de estímulo fiscal, ou seja, é uma anulação de receita, que pode ainda ser vista como um tipo de subvenção, em face do conceito plurívoco desse instituto. Prossegue informando que pelo caráter de repasse do público para o privado, por meio da não arrecadação que, juntamente com os subsídios, as restituições-incentivo e as subvenções são chamadas de renúncia de receita, conceito suficientemente amplo para abarcar benefícios que são verdadeiras despesas virtuais ou gastos tributários, desviando a estrutura tributária normal, posto que não escritos na despesa pública, mas implicam redução de receitas.

Os valores que o Estado deixa de arrecadar em face dos gastos dos contribuintes com despesas no setor privado de saúde, no Brasil e no Exterior, são considerados despesas virtuais, uma vez que implicam redução nos valores arrecadados. Caso se procedesse com a arrecadação desses recursos, seria possível aplicar no setor público de saúde. Nesse sentido, defende Ocké-Reis³⁴ que o montante da renúncia de arrecadação fiscal do Imposto de Renda para os gastos em saúde declarados pelas famílias e pelos empregadores representa valor que reflexamente é subtraído do gasto público aplicado em saúde. Ocké-Reis³⁵ aponta ainda o caráter regressivo desse incentivo, que favorece grupos sociais com maior capacidade de realizar gastos.

A revisão da restituição-incentivo a partir da capacidade contributiva e do caráter regressivo dela poderia ser, neste momento de redução dos gastos na saúde pública, analisada à luz do "limite de razoabilidade", traçado por Ricardo Torres³⁶ ao comentar que direitos não são ilimitados, considerando que estão sujeitos a serem razoáveis. Como o financiamento da saúde é essencial para viabilizar a gratuidade, a universalidade e a

³⁴ OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 143-144.

³⁵ OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 144.

³⁶ TORRES, Ricardo Lobo. **O direito ao mínimo existencial**. Rio de Janeiro: Renovar, 2009, p. 93.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

igualdade no acesso ao sistema público de saúde, devem ser avaliadas sugestões³⁷ no sentido de uma política equitativa de retirada gradual do subsídio por item de gasto ou faixa de renda/alíquota ou faixa etária.

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE aponta, em Relatório Econômico para o Brasil³⁸, que o gasto com saúde representa 4,7% do PIB do Brasil, percentual que deve ser elevado, até 2060, para 12% do PIB. Nesse contexto, destaca a OCDE:

Tendo em conta a atual situação fiscal, as formas de encontrar novos recursos são limitadas. Uma maneira de liberar recursos e melhorar a alocação dos gastos com saúde seria **extinguir a dedutibilidade fiscal atual dos gastos com saúde privada**, que tem efeitos de distribuição regressivos. (...). Esta isenção tributária custa cerca de 0,3 % do PIB, o que equivale a 7% do gasto com saúde pública. Da mesma forma, a contribuição do empregador para os planos de saúde privados deve ser tributada como renda ordinária no âmbito do IRPF.

Reconhece a OCDE³⁹ que além de extinguir a dedutibilidade fiscal dos gastos com saúde privada e acrescentar esses recursos ao SUS, é importante melhorar a alocação de recursos no sistema, especialmente na atenção básica, e ainda preparar o Brasil para o envelhecimento da população.

O gasto tributário em saúde decorre de seis formas de desoneração fiscal, divididos nos estudos financeiros em⁴⁰:

³⁷ OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 144.

³⁸ OCDE. **Relatórios econômicos da OCDE - Brasil**. 2015, p. 32-3. Disponível em: <<http://www.oecd.org/eco/surveys/Brasil-2015-resumo.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2018.

³⁹ OCDE. **Relatórios econômicos da OCDE - Brasil**. 2015, p. 32-3. Disponível em: <<http://www.oecd.org/eco/surveys/Brasil-2015-resumo.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2018.

⁴⁰ IPEA. **Radiografia do gasto tributário em saúde 2000 - 2013**. Brasília: IPEA, 2017. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160530_nt_19_radiografia_gasto_tributario_saude_2003_2013.pdf>. Acesso em: 15 maio 2018.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

Dedução-incentivo do Imposto de Renda Pessoa Física - IRPF;
Despesa com assistência médica do Imposto de Renda das Pessoas Jurídicas - IRPJ;
Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica - Pronon / Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência - Pronas-PCD;
Desoneração da Contribuição dos Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público - PIS/Pasep e da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - Cofins para a produção de medicamentos;
Alíquota zero de PIS/Cofins para produtos farmacêuticos e produtos químicos intermediários de síntese;
Isenção de IRPJ / CSLL - Contribuição Social sobre o Lucro Líquido, Cofins e Contribuição Previdenciária Patronal (CPP) para os hospitais filantrópicos.

A modalidade que representa maior volume é a dedução-incentivo do Imposto de Renda Pessoa Física⁴¹. A partir das medidas de redução do financiamento da saúde implementadas após a vigência da EC n. 95/2016, esses valores do incentivo ao sistema privado de saúde tendem a ser elevados, uma vez que, com o enfraquecimento do sistema público, o apelo para migração ao sistema privado será ainda maior, frise-se, para quem ainda poderá pagar por esse sistema.

A fim de comparar as projeções orçamentárias do gasto tributário em saúde privada, efetivo (2014 - 2015) e estimado (2016 - 2018)⁴² pela Receita Federal, com os gastos do Programa de Fortalecimento/Aperfeiçoamento do SUS, efetivos (2014-2017) e

⁴¹ IPEA. **Radiografia do gasto tributário em saúde 2000 - 2013**. Brasília: IPEA, 2017. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160530_nt_19_radiografia_gasto_tributario_saude_2003_2013.pdf>. Acesso em: 15 maio 2018.

⁴² O último estudo divulgado com bases efetivas foi realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA e analisou a proporção dos gastos tributários em saúde até 2015. (vide BRASIL. Calos Octávio Ocké-Reis; Artur Monteiro Fernandes. IPEA. **Descrição do Gasto Tributário em Saúde - 2003 a 2015**: Nota Técnica 48. Brasília: Ipea, 2018. 18 p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/180326_NT_48_Disoc.pdf>. Acesso em: 15 maio 2018.)



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

estimados (2018)⁴³, identifica-se que o gasto em saúde privada representa mais de 35% do gasto com o SUS. Vejamos esses valores nas tabelas a seguir:

TABELA 02: Análise dos recursos gastos ou previstos para o Programa Ref. 2015 - Fortalecimento ou Aperfeiçoamento do SUS (realizados de 2014-2017 e previstos de 2018)

| Ano | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 (previsão na LOA) |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------------------|
| TOTAL de recursos gastos no Programa Fortalecimento do SUS (Gastos Direitos + Transferências) | 79.977.657.829,19 | 86.458.272.550,29 | 89.547.248.130,30 | 94.996.473.608,49 | 106.181.612.462 |

Fonte: Tabela elaborada pelos autores com base nos dados disponíveis no Portal da Transparência⁴⁴ e Lei Orçamentária Anual de 2018⁴⁵.

TABELA 03: Análise dos gastos tributários em saúde (com bases efetivas de 2014 - 2015 e projeções de 2016-2018) comparados com os gastos do Fortalecimento do SUS.

| Ano | 2014 | 2015 | 2016 (previsão PLOA) | 2017 (previsão PLOA) | 2018 (previsão na PLOA) |
|--|-------------------|-------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| TOTAL de recursos de gastos tributários em saúde | 29.083.359.531,00 | 31.377.047.571,00 | 31.437.903.007,00 | 36.011.453.726,00 | 39.024.430.643,00 |

⁴³ Com base na Lei Orçamentária Anual – LOA 2018.

⁴⁴ **Despesas - Gastos diretos do Governo por Programa. Anos de 2014-2016.** Disponível em: <<http://transparencia.gov.br/>>. Acesso em: 15 maio 2018.

⁴⁵ Com base nos orçamentos anuais disponíveis no sítio virtual da Câmara dos Deputados. Lei Orçamentária Anual de 2018.

DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

| | | | | | |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|
| Percentual do Gasto tributário X gastos do fortalecimento SUS | 36,36% | 36,29% | 35,10% | 37,90% | 36,25% |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|

Fonte: Tabela elaborada pelos autores com base nos dados disponíveis nos Demonstrativos de Gastos Tributários da Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros da Receita Federal, com bases efetivas de 2014⁴⁶ - 2015⁴⁷ e projeções de 2015-2018⁴⁸.

Entendendo ambas as rubricas como gastos em saúde realizados pela União, vemos que, na prática, o financiamento do setor privado de saúde representa para o Estado brasileiro parte considerável do que o mesmo Estado investe na saúde pública. Para 2018, estima-se que dos mais de R\$ 39 bilhões destinados para gasto tributário em saúde, mais de R\$ 13 bilhões são destinados ao gasto com despesas médicas privadas⁴⁹ (são aquelas deduzidas na renda tributável no Imposto de Renda) e mais de R\$ 10 bilhões para entidades filantrópicas⁵⁰ e sem fins lucrativos de assistência social e saúde⁵¹.

⁴⁶ BRASIL. **Gastos tributários por função orçamentária e por modalidade de gasto:** Estimativa bases efetivas de 2014. Mar. 2017. Disponível em: <<http://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/renunciafiscal/demonstrativos-dos-gastos-tributarios/arquivos-e-imagens/DGTEfetivo2014FINAL.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2018.

⁴⁷ BRASIL. **Demonstrativo dos gastos tributários:** Bases efetivas – 2015. Mar. 2018. Disponível em: <<https://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/renunciafiscal/demonstrativosdosgastostributarios/arquivos-e-imagens/ano-calendario-2015-serie-2013-a-2018.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2018.

⁴⁸ BRASIL. **Gastos tributários por função orçamentária e por modalidade de gasto:** projeções PLOA 2016-2018. Fonte: Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros da Receita Federal. Disponível em: <https://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/renunciafiscal/previsoesploa/arquioseimagens/DGT_PLOA2016FINAL.pdf>; <<https://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/renunciafiscal/previsoesploa/dgt-ploa-2017-versao-11.pdf>>; <<https://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/renunciafiscal/previsoesploa/arquivos-e-imagens/texto-dgt-ploa-2018-arquivo-final-para-publicacao.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2018.

⁴⁹ Dedução da base de cálculo do IRPF das despesas com médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, hospitais, e com exames laboratoriais e serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias. (Previsão na Lei n. 9.250/95, art. 8º, II, a).

⁵⁰ Isenção da Contribuição Previdenciária Patronal para as entidades beneficentes de assistência social. (Previsão na Constituição Federal 1988, art. 195, § 7º; Lei n. 12.101/09; Decreto n. 7.237/10).

⁵¹ Imunidade do Imposto de Renda, da CSLL, da COFINS da Contribuição Previdenciária Patronal para as entidades beneficentes de assistência social, sem fins lucrativos, que atendam às exigências estabelecidas em



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

Levantadas essas considerações, como poderemos então analisar o novo regime fiscal estatuído pela EC n. 95/2016, que vigorará até 2036, sendo, para os gastos em saúde, o teto fixado a partir de 2018 correspondente ao orçamento disponível para os gastos de 2017, acrescido da inflação daquele ano? Aponta-se que, embora para o ano de 2018 não tenha sido identificada uma redução no financiamento dos SUS, em bases orçamentárias, nos próximos exercícios financeiros, é possível que haja uma diminuição nos investimentos em saúde pública, o mesmo não ocorrendo, no panorama do novo regime fiscal, pelos gastos tributários em saúde privada.

Examina-se que os gastos em saúde privada poderiam, como destacamos, ser reduzidos ou extintos, em benefício dos investimentos no SUS. Em um sistema universal, uma limitação orçamentária tão duradoura pode trazer prejuízos que cheguem a pôr fim ao sistema público de saúde. Como destacado, inclusive pela OCDE, problemas orçamentários para custeio da saúde pública poderiam ser resolvidos com a diminuição de deduções-incentivo de gastos com saúde privada. O caminho do gasto público no mercado de planos e seguros privados de saúde favorece a migração das classes média e alta para o sistema privado, relegando o sistema público, já deficiente pela redução dos investimentos, para a camada mais pobre da população, em descompasso com a configuração do SUS como sistema que promove acesso universal e igualitário à saúde no Brasil.

Horácio Corti⁵² destaca que diante da relevância dos princípios constitucionais, eles serão o sustento básico do Estado de Direito, composto dos direitos fundamentais e das instituições democráticas, diante do maior alcance da supremacia constitucional e ainda da conformação em um sistema consistente, portanto, dotado de integração constitucional. Assim, a interdependência das questões de direito financeiro deve ter base, também, nos princípios constitucionais comuns a todas as atividades do Estado. No momento da

lei. (Previsão: Constituição Federal 1988, art. 150, VI, "c" e art. 195, § 7º; Lei 9.532/97, art. 12 e art. 15; MP 2.158-35/01, art. 14, X; Lei 12.101/09; Decreto 7.237/10.).

⁵² CORTI, Horacio Guillermo. **Derecho financiero**. Buenos Aires: Abeledo-Perrot. 1997, p. 188.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

definição da atividade financeira pública, é inevitável que a Constituição esteja respeitada. Embora a atividade financeira comporte explicações econômica, sociológica e política, todas elas devem considerar em suas análises a especificação jurídico-constitucional que a atividade financeira pública detém⁵³.

É importante que a análise da efetivação de direitos fundamentais seja realizada em conjunto as disposições orçamentárias, a fim de identificar se a intenção constitucional é reproduzida nas escolhas inseridas no orçamento. Segundo Ricardo Lobo Torres⁵⁴, o Estado Democrático de Direito da Constituição de 1988 tem bases na via orçamentária, pelo controle de gastos públicos e pelo redirecionamento das despesas vinculadas às políticas sociais e certa regulação do social e do econômico, sendo um Estado Democrático e Social Fiscal. Para o autor, o Estado Orçamentário é o guardião da moeda, o regulador e garantidor da concorrência e do consumo, mas é, sobretudo, o prestador de serviços nas áreas de educação, saúde e seguridade para a defesa de direitos.

Nesse sentido, não se pode, no atual cenário constitucional brasileiro, promover austeridade no orçamento da saúde pública, como se propõe a partir de 2018, e ao mesmo tempo continuar o Estado a promover outros gastos, sem limites, no estímulo à saúde privada, contrariando a lógica de construção de um sistema público de saúde universal.

CONCLUSÃO

As ações e serviços de saúde no Brasil, embora apresentem um delineamento constitucional ímpar, bem como regulamentação infraconstitucional detalhada, incluindo inclusive formas de financiamento das ações e prestações em matéria de saúde, enfrentam desafios no que se refere a forma como os serviços tem chegado à população, que por vez imprime uma perspectiva negativa do sistema público de saúde. Todavia, é importante

⁵³ CORTI, Horacio Guillermo. **Derecho financiero**. Buenos Aires: Abeledo-Perrot. 1997, p. 197.

⁵⁴ TORRES, Ricardo Lobo. **Tratado de direito constitucional financeiro e tributário**: o orçamento na Constituição. Rio de Janeiro: Renovar, 2000, p. 19-20.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

destacar que o Sistema Único de Saúde – SUS é um grande avanço na promoção, proteção e recuperação da saúde no Brasil, que, rompendo com modelos anteriores em que a prestação de saúde se dava por meio da relação de emprego, oferta serviço de acesso universal e igualitário.

O retorno a um modelo de prestação de saúde em que o Estado se vê desobrigado de investir no incremento da gestão do sistema público de saúde, além de não coadunar com as diretrizes que a CF/88 formulou, impõem a retomada de um modelo de atenção à saúde não universal, prejudicando a camada mais pobre da população, que não terá qualquer assistência à saúde não vinculada a programas meramente assistenciais, e ainda aqueles que diante das negativas dos planos e seguros de saúde, com restrições de atendimentos, socorrem-se do SUS.

Analisada a configuração de um novo regime fiscal no Brasil, inaugurado pela Emenda Constitucional n. 95, limitando os gastos primários da União até 2036, identifica-se a limitação dos gastos públicos primários como influência sobre a previsão orçamentária do Estado, que se planeja para gastar aquilo que arrecada. É nesse contexto que o financiamento da saúde pública finda por fragilizado, uma vez que o prenúncio de recursos na LOA, daqui por diante, deve observar o teto de gasto, inclusive para ações essenciais, como as de saúde.

Para além de dados numéricos que avaliam o investimento em saúde no Brasil, é importante observar que o gasto público para saúde está além dos valores destinados ao SUS. Os recursos gastos com redução de tributos, notadamente a dedução no Imposto de Renda Pessoa Física com despesas de saúde, são gastos em saúde de elevada representatividade quando se observa o montante do investido para esse fim, que não sofrerá qualquer limitação pelo novo regime fiscal.

Mesmo diante da recomendação da OCDE para o Brasil, em 2015, de extinção da dedução no Imposto de Renda Pessoa Física dos gastos em saúde, essa ainda é a principal



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

modalidade de gasto tributário em saúde. Os valores que o Estado deixa de arrecadar, em virtude de já terem sido gastos na rede privada de saúde, induzem a utilização de serviços de saúde de caráter privado (planos e seguros privados de saúde), e, conseqüentemente retiradas dos investimentos no sistema público.

Outro fator que provoca a perda de investimentos no SUS é a notória migração das famílias de classe média e alta para o sistema privado de saúde, produzindo uma diminuição na cobrança social pela melhora do SUS. Diante de uma possível diminuição do gasto no sistema público, em virtude do novo regime fiscal, para os próximos anos, a realização de gasto público com o setor privado de saúde merece reformulações.

Por todo o exposto, resta claro que o novo regime fiscal tende a prejudicar o financiamento da saúde pública brasileira, uma vez que o crescimento nos gastos com saúde será apenas aparente em decorrência da limitação determinada pelo regime fiscal vigente. De outro lado, a limitação imposta pela EC n. 95 não alcança as deduções tributárias com gastos na saúde privada, fortalecendo as modalidades particulares de proteção da saúde e induzindo sua utilização. Conclui-se dessa análise que o regime fiscal instituído pela EC n. 95/2016, buscando um equilíbrio financeiro das contas da União, ignorou a possibilidade de reflexos negativos sobre o gasto social em saúde pública, que não pode ser descontrolado, contudo, deve ser progressivo em investimentos, com um crescimento real, e fiscalizado a fim de garantir a melhora do serviço público de saúde e não sua extinção.

REFERÊNCIAS

BALEEIRO, Aliomar. **Uma introdução à ciência das finanças**. 15. ed. Forense: Rio de Janeiro, 1997.

BRASIL. **Despesas - gastos diretos do governo por programa**: Anos de 2014-2016. Disponível em: <<http://transparencia.gov.br/>>. Acesso em: 15 maio 2018.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

_____. **Demonstrativo dos gastos tributários:** bases efetivas – 2015. mar. 2018.

_____. **Gastos tributários por função orçamentária e por modalidade de gasto:** estimativa bases efetivas de 2014. Mar. 2017. Disponível em: <<http://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/renunciafiscal/demonstrativosdosgastostributarios/arquivos-e-imagens/DGTEfetivo2014FINAL.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2018.

_____. **Projeções PLOA 2016-2018.** Fonte: Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros da Receita Federal. Disponível em: <<https://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/renunciafiscal/previsoesploa/arquivos-e-imagens/DGTPLOA2016FINAL.pdf>>; <<https://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/renunciafiscal/previsoesploa/dgtploa2017versao11.pdf>>; <<https://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/renunciafiscal/previsoesploa/arquivos-e-imagens/texto-dgt-ploa-2018-arquivo-final-para-publicacao.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2018.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Orçamento da União.** Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/leis-orcamentarias/loa>>. Acesso em: 05 mai. 2018.

CANCIAN, Natália. **3 em cada 10 planos de saúde não pagam nem 1% da dívida com SUS.** Folha de São Paulo. São Paulo, 23 ago. 2016. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/08/1805940-3-em-cada-10-planos-de-saude-nao-pagam-nem-1-da-divida-com-sus.shtml>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

CARRARA, Aniella F.; CORREA, Andre Luiz. O regime de metas de inflação no Brasil: uma análise empírica do IPCA. **Revista Economia Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 441-462, set-dez/2012, p. 448. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rec/v16n3/a04v16n3.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2018.

CNI IBOPE. **Retratos da sociedade brasileira:** saúde pública. Brasília: CNI, 2012.

CORTI, Horacio Guillermo. **Derecho financiero.** Buenos Aires: Abeledo-Perrot. 1997.

DATAFOLHA. **Opinião dos brasileiros sobre o atendimento na área de saúde.** São Paulo: Instituto Datafolha, 2014. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/PDF/apresentao-integra-datafolha203.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2018.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

DATAFOLHA. **Percepção dos brasileiros sobre a confiança e credibilidade em profissionais e instituições.** São Paulo: IPD, 2016. Disponível em: <<https://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/renuncia-fiscal/demonstrativosdosgastos-tributarios/arquivos-e-imagens/ano-calendario-2015-serie-2013-a-2018.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2018.

GRIMM, Dieter. **Constituição e política.** Tradução Geraldo de Carvalho. Belo Horizonte: Del Rey, 2006, p. xiii.

HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass. **El costo de los derechos:** por qué la libertad depende de los impuestos. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2012.

IBGE. **Censo 2000.** Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/censo/>>. Acesso em: 03 maio 2018.

_____. **Censo 2010.** Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>>. Acesso em: 03 maio 2018.

_____. **Censo demográfico 1991:** resultados do universo relativos as características da população e domicílios. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?id=782&view=detalhes>>. Acesso em: 03 maio 2018.

IMF. **IMF Data Mapper.** Disponível em: <http://www.imf.org/external/datamapper/NGDP_RPCH@WEO//OEMDC/ADVEC/WEOWORLD>.. Acesso em: 10 maio 2018.

IPEA. **Radiografia do gasto tributário em saúde 2000 - 2013.** Brasília: IPEA, 2017. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160530_nt_19_radiografia_gasto_tributario_saude_2003_2013.pdf>. Acesso em: 14 maio 2018.

KERSTENETZKY, Célia Lessa. **O estado de bem-estar social na idade da razão:** a reinvenção do estado social no mundo contemporâneo. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MARINHO, Alexandre et al. **Avaliação comparativa de sistemas de saúde com a utilização de fronteiras estocásticas:** Brasil e OCDE. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rbe/article/viewFile/2748/2400>>. Acesso em: 05 maio 2018.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v6i1.427>

MELLO, A. F. **A saúde do idoso em 2030: uma análise prospectiva do gasto público na saúde do Brasil.** 2011, 70 p. Dissertação. Fundação Oswaldo Cruz: Recife, 2011.

NUNES, André. **O envelhecimento e as despesas do sistema único de saúde.** [201-?], p. 428. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arq_21_Cap_13.pdf>. Acesso em: 03 maio. 2018.

OCDE. **Relatórios econômicos da OCDE - Brasil - 2015.** Disponível em: <<http://www.oecd.org/eco/surveys/Brasil-2015-resumo.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2018.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; FERNANDES, Arthur M. **Descrição do gasto tributário em saúde - 2003 a 2015: nota técnica 48.** Brasília: Ipea, 2018. 18 p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/180326_NT_48_Disoc.pdf>. Acesso em: 15 maio 2018.

SARTORIS, Alexandre. **Estatística e introdução à econometria.** 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

SCHIER, Adriana da Costa Ricardo. Serviço público como direito fundamental: mecanismo de desenvolvimento social. *In:* BARCELLAR FILHO, Romeu Felipe et al. **Globalização, direitos fundamentais e direito administrativo: novas perspectivas para o desenvolvimento econômico e socioambiental.** Belo Horizonte: Fórum, 2011.

TORRES, Heleno Taveira. **Direito constitucional financeiro.** São Paulo: Thompson Reuters; Revista dos Tribunais, 2014.

TORRES, Ricardo Lobo. **Curso de direito financeiro e tributário.** 7. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.

TORRES, Ricardo Lobo. **O direito ao mínimo existencial.** Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

TORRES, Ricardo Lobo. **Tratado de direito constitucional financeiro e tributário: o orçamento na Constituição.** Rio de Janeiro: Renovar, 2000.