

## A RENÚNCIA FISCAL NA FUNÇÃO SAÚDE: UMA AVALIAÇÃO EMPÍRICA

Lúcio Antônio Portilho<sup>1</sup>

Nilton Cesar Lima<sup>2</sup>

### RESUMO

Este estudo avaliou a efetividade da ação de transposição de recursos oriundos dos benefícios tributários na função saúde contido na PLOA-2014 para o serviço público de saúde, sob a ótica da proporcionalidade, visando a equidade no financiamento público e privado. Para isso comparou, por meio dos custos de atendimentos e da população atendida, se os valores destinados para a iniciativa privada eram proporcionais ao volume de recursos para atendimento na rede pública. Constatou-se que esses valores em 2014 foram proporcionalmente próximos tanto com relação aos custos quanto ao volume de recursos repassados para atendimento das populações.

**Palavras-chave:** Renúncia Fiscal, SUS.

### ABSTRACT

This study evaluated the effectiveness of resources for implementation of action arising of tax benefits in the health function contained in PLOA-2014 for the public health service from the perspective of proportionality, aimed at equity in public and private funding. For this compared by means of care costs and population served, if the amounts allocated to the private sector were proportional to the volume of resources to serve the public. It was found that these values in 2014 were proportionally close both with respect to costs as the volume of funds transferred to serve the people.

**Keywords:** Tax Waiver, SUS.

### 1. Introdução

A crise na saúde pública, traduzida na desassistência da população brasileira por falta de leitos, suspensão de cirurgias por desabastecimento dos estoques de medicamentos e materiais hospitalares, produzem nos gestores a reação imediata de cortes indiscriminados que afetam diretamente o cidadão na interrupção do seu atendimento. Mas, por outro lado, força a busca por novas soluções de financiamento que podem ocorrer tanto no âmbito interno com as mudanças nos processos que visam melhor aplicação dos recursos existentes, quanto externamente com a procura por novas fontes de financiamento.

---

<sup>1</sup> Mestre em Ciências Contábeis, Universidade Federal de Uberlândia.

<sup>2</sup> Professor Doutor, Universidade Federal de Uberlândia.

Este artigo pretende discutir formas alternativas de financiamentos com novos recursos externos para a saúde pública. Essa nova forma, trata da possibilidade de injeção de mais recursos para compor equitativamente as fontes orçamentárias do SUS. A ideia é dar ao sistema público de assistência, valores proporcionais àqueles destinados à iniciativa privada em saúde para recompor o financiamento do SUS. Tais recursos são oriundos da renúncia tributária. A renúncia fiscal ou tributária é o elemento carreador de recursos públicos, na forma de subsídios, aos planos de saúde privados. Essa recomposição equitativa é vista em estudos que defendem maiores aportes de recursos para o SUS. Baseando-se nesse princípio (da equidade): recursos proporcionais à quantidade da população assistida. Justificam, ainda, os seus trabalhos, alegando a perversidade que esse *viés* econômico traz para o financiamento da saúde, pois os pacientes possuidores de planos privados em saúde utilizam também dos recursos dos SUS nos procedimentos em alta complexidade.

Embora alegado que se trata de um *viés* político e econômico, a renúncia fiscal tem sua base legal fundamentada na Constituição Federal do Brasil em 1988. Essa fundamentação parte do pressuposto que o Estado deve fomentar as ações da iniciativa privada para o desenvolvimento econômico de determinadas regiões e, também, onde o governo não consegue atender plenamente por meio das políticas públicas.

## **2. Renúncia Fiscal: caracterizações político-econômica-social**

O Sistema Tributário Nacional, atualmente em vigor, foi estabelecido a partir da promulgação da Constituição Federal. Dentro do texto constitucional está localizado no Título VI – Da Tributação e Do Orçamento, Capítulo I – do Sistema Tributário Nacional. E mais precisamente, entre os Artigos 145 a 162-A - da Carta Magna brasileira (BRASIL, 1988).

Esse texto constitucional já recebeu inúmeras emendas com o objetivo de adequar o que determina a constituição em linhas gerais, mas não recebeu no texto a adequada previsão da operacionalização orçamentária e financeira. Nesse sentido, os estados e municípios foram beneficiados com o aumento na participação do total dos recursos disponíveis. O governo federal na tentativa de equacionar as perdas sofridas adotou sucessivas medidas que pioraram a qualidade da tributação e dos serviços prestados (VARSAÑO et al., 1998).

O sistema tributário nacional é composto por normas legais, arrecada de forma compulsória e tem o fim precípua de obter recursos para que os governos façam frente às suas obrigações constitucionais de promoção do bem-estar público. Para isso, utiliza o tributo

como instrumento que promove a transferência de poder do uso dos recursos do setor privado para o público (VARSANO et al., 1998).

Por outro lado, baseado legalmente no poder de arrecadar, também a União, pode renunciar à receita vinculada a tributos e contribuições federais. Essa renúncia é caracterizada como renúncia fiscal e tem por objetivo dar suporte financeiro aos programas de relevante interesse social, bem como de desenvolvimento econômico de determinada região e beneficiar determinados grupos de contribuintes (ALMEIDA, 2001). Mas, somente por meio de dispositivos constitucionais ou legais. É vedada a renúncia por meio de normas infra legais.

A renúncia fiscal pode ser caracterizada como despesas decorrentes de isenções, anistias, remissões, subsídios e benefícios de natureza financeira, tributária e creditícia (BRASIL, 1988). As despesas decorrentes da renúncia tributária têm como objetivo atingir vários fins, como por exemplo: *i*) compensar os gastos dos contribuintes com os serviços não oferecidos adequadamente pelo governo; *ii*) incentivar o desenvolvimento econômico de determinada região; *iii*) promover a equidade; *iv*) diminuir os custos da administração; e, *v*) compensar as entidades civis que desenvolvem ações típicas do estado (PLOA, 2014).

Por ser uma ação governamental que envolve vultosas quantias de recursos a Constituição Federal determina expressamente que, ela seja operacionalizada minuciosamente sob projeto de lei orçamentária. Essa determinação está contida no parágrafo sexto do artigo 165 da Constituição que trata do orçamento (BRASIL, 1988). Esse artigo constitucional determina que todo projeto de lei orçamentária deverá ser seguido de uma clara demonstração dos impactos nas receitas e despesas em decorrência dos benefícios fiscais. Cabe à Receita Federal do Brasil (RFB), elaborar, todos os anos, esses demonstrativos que tratam de benefícios fiscais (FRANCO, 2014).

Cumprindo a determinação constitucional, a RFB elabora o demonstrativo dos gastos tributários (DGT) que acompanha o projeto de lei orçamentária que é enviado ao congresso nacional (PLOA, 2014).

De acordo com o relatório da RFB (PLOA, 2014), as desonerações são formas alternativas de políticas sociais e econômicas que não são suportadas diretamente pelo governo via orçamento, mas são conseguidas por via indireta pelo Sistema Tributário Nacional, e são considerados como gastos tributários. Assim, o termo gasto tributário apesar de não ter uma definição completa e inquestionável sobre a sua determinação, foi considerado

na proposta do orçamento brasileiro para 2014 como aqueles destinados à consecução dos objetivos sociais e desenvolvimento econômico de determinada região (PLOA, 2014).

Não obstante, o que preceitua o parágrafo 6º do artigo 165 da CF/88 e demais dispositivos que tratam desta matéria, para Almeida (2001) o DGT da RFB é falho, porque é uma estimativa e não existe mecanismo de controle para avaliar se os valores dos gastos foram efetivados e se atingiram aos objetivos de satisfação da sociedade.

Dessa forma, a figura da renúncia fiscal no Brasil possui arcabouço jurídico legal e se apoia nas decisões da política econômica e nas reformas e planos que visam à contenção de gastos. Nesse caminho, as principais leis que estabelecem a renúncia fiscal (gasto tributário), além da Constituição Federal são aquelas baseadas principalmente na Lei de Responsabilidade Fiscal – Lei Complementar nº 101/2000 – e aquelas que regulamentam o Imposto de Renda das pessoas físicas e jurídicas – Lei nº 9.250/1995 – e a Lei 9.249/1995 que modificou a legislação sobre Imposto de Renda das Pessoas Jurídicas (MENDES E WEILLER, 2015).

Assim, no Brasil, a renúncia fiscal está estabelecida constitucionalmente e recebe anualmente atenção quando da elaboração dos Demonstrativos dos Gastos Tributários (DGT), documento elaborado pela Receita Federal do Brasil e tem a finalidade de compor o projeto orçamentário que será submetido à apreciação do Congresso Nacional por ocasião da votação da Lei Orçamentária do ano seguinte. Estando estabelecida legalmente, essa característica atualmente é imutável, e, só poderá ser mudada por uma alteração constitucional por meio de emenda à Constituição.

Na academia são poucos trabalhos que tratam da renúncia fiscal sob a ótica econômica em saúde. Dentre eles, o trabalho de Sayd (2003), que é referenciado por outros trabalhos nos órgãos governamentais. Nesse estudo, a renúncia é caracterizada como sendo a perda de arrecadação com o fim de conceder um benefício tributário. Pode ser ainda denominado de renúncia tributária ou renúncia de receita.

Na literatura internacional foi possível observar formas de abordagem diferentes em relação ao conceito de isenção fiscal para o financiamento de políticas públicas em saúde.

Nos países europeus, sob a ótica do *Welfare State* – Estado do bem-estar social – caracterizado pela forte intervenção no campo das políticas sociais de redistribuição de

rendas, principalmente como fiador do controle tributário sobre o capital, tanto de forma direta pelo orçamento quanto de forma indireta pela via da renúncia fiscal, sofreu forte reestruturação (ALMEIDA, 2001; ABRAMIDES, CABRAL, 2003).

A Inglaterra, no governo da primeira ministra Margaret Thatcher (1979-1990), em virtude de uma profunda crise econômica mundial, iniciou um processo para preparar as bases para o liberalismo econômico inglês, que consistia em deixar o estado menor e maximizar o mercado. Aliado à reforma administrativa cunhada de gerencialismo, o governo britânico em 1980, introduziu reformas econômicas estruturais que visavam enfrentar a crise fiscal do Estado, reduzindo gastos públicos (PEREIRA, 2001), e, conseqüentemente minimizando os gastos tributários.

Assim, o governo Thatcher reformulou completamente o Serviço Nacional de Saúde (NHS) inglês, baseado nas premissas de restrições orçamentárias, aumento da produtividade médica e satisfação nos serviços públicos prestados (DAY e KLEIN, 1991).

Nos Estados Unidos, a crítica sobre a forma de financiar gastos sociais por meio de gastos tributários advém da fórmula encontrada pelo congresso americano para fazer frente aos problemas sociais graves como o ataque terrorista de 11 de setembro e a catástrofe ambiental provocada pelo furacão Katrina.

Naquele país, a solução encontrada para minimizar as perdas socioeconômicas do dia 11 de setembro, foi a inserção de benefícios tributários no código fiscal, ou seja, diminui-se a arrecadação potencial dos contribuintes a fim de aumentar a disponibilidade financeira destes, para fazerem soluções de frente, à catástrofe. Porém, a mesma solução visando à disponibilidade financeira foi também utilizada em outros eventos (catástrofes), como o de Louisiana, Mississipi e Alabama. Nesse estudo a maior crítica é a utilização do mesmo critério para situações tão díspares, ou seja, enquanto o atentado de 11 de setembro atingiu fortemente uma população branca e de renda superior em região rica e próspera, o furacão Katrina atingiu fortemente a região de *New Orleans* no estado americano da Louisiana, formada predominantemente por negros e pobres. Não se levou em conta o tipo de acidente, a extensão e a condição socioeconômica da população atingida. Embora houve disposições financeiras na recuperação desses locais, a crítica encontrada no estudo é que houve ações sem um planejamento prévio, e que levaram a resultados ineficazes e não atingiram o principal objetivo proposto de ajuda às pessoas que realmente foram prejudicadas (STEAD, 2006).

Ainda, segundo Stead (2006, p. 2162) é um erro financiar ações sociais pelo código fiscal. A alteração do código é inócua e beneficia somente aquela que estão em melhores condições financeiras, desvirtuando o sentido do benefício fiscal, pois as despesas fiscais são desvantajosas para: “os contribuintes das classes sociais mais baixas, aqueles com menos renda, com pouca ou nenhuma riqueza, ou com pouca ou nenhuma educação superior”. Essa solução causou um desvio perverso, pois não conseguiu atingir os mais necessitados, especialmente, porque o nível socioeconômico da população atingida não ultrapassa o mínimo necessário para pagar imposto de renda.

Também no Brasil, os estudos que tratam da renúncia fiscal em saúde concluem que esses gastos beneficiam uma população de pessoas brancas, de melhor poder aquisitivo e de nível educacional elevado. Essa afirmação é comprovada por Pinto e Sorans (2004), ao destacarem em seus estudos que 63,6% das pessoas que tinham plano privado de saúde ganhavam entre dez e vinte salários mínimos, e eram pessoas de cor branca, moravam nas regiões metropolitanas e detinham 45,5% dos planos privados. Ademais, eles ainda revelaram que 52% tinham oito ou mais anos de estudos.

De uma maneira geral, Brasil e Estados Unidos têm enfrentado críticas referentes aos gastos tributários. Na questão financeira, quanto ao suporte à saúde do brasileiro, as críticas são no sentido de que a política existente dificulta o financiamento da estrutura pública e beneficia o setor privado (SANTOS, 2012; OCKÉ-REIS, 2007; MENDES, WEILLER, 2015). Nos Estados Unidos a crítica é com relação à utilização do código (financeiro/fiscal) para estruturar o socorro às vítimas de terrorismo ou de desastres ambientais.

Também na questão da saúde privada, os dois países (EUA e Brasil) se assemelham. Segundo Pedroso e Malik (2012, p. 2761), o setor de saúde privado tanto nos EUA como no Brasil possuem semelhanças quanto: “(...) a maior parte dos serviços de saúde é de propriedade privada (no Brasil, 62% dos estabelecimentos com internação, 68% dos leitos hospitalares e 92% das unidades prestadoras de serviços de medicina diagnósticas são privados)”. Por essa razão, o governo brasileiro tem sofrido críticas por financiar a saúde privada de parte da população. Caso análogo aos EUA, no que se refere à utilização do código fiscal para financiar programas sociais e da saúde.

Diferentemente da solução inglesa, americana e brasileira, a Austrália – país ligado ao Reino Unido (UK) – enfrentou o problema do financiamento da saúde de seus cidadãos com a

implementação do programa chamado – Saúde -, em todas as políticas da Austrália (KICKBUSCH, WILLIAMS, LOWLESS, 2014).

Percebe-se que problemas de saúde são perversos e por isso não podem ser tratados sob a ótica da “... tradicional abordagem na qual os problemas são definidos, analisados e resolvidos em passos sequenciais como em muitos modelos de ciclos do planejamento estratégicos” (KIEKBUSCH, WILLIAMS, LOWLESS, 2014, p. 185-186). A quantidade e a diversidade de problemas e os seus reflexos sobre as áreas da sociedade, justificam a inserção da saúde como um elemento importante em qualquer projeto social e econômico de governança na Austrália, e não apenas, como um elemento isolado do gasto tributário.

A Comunidade Econômica Europeia (CEU), reconheceu em 2006 o programa, com base nas recomendações de Adelaide (AUS) de políticas públicas saudáveis, Saúde em Todas as Políticas (HIAP, sigla em inglês). O HIAP tem como princípio de que todos os ambientes sociais, econômicos e físicos comportam o fator saúde, seja influenciando-o ou sendo influenciado. Assim, todas as áreas devem inserir em seus projetos a variável saúde, a fim de impactar a determinante saúde das populações de forma proativa.

A forma encontrada para a implantação do HIAP foi a governança compartilhada para a saúde, em que todos são chamados a apoiar os objetivos e políticas traçados para melhorar os determinantes sociais da saúde (KICKBUSCH, WILLIAMS, LAWLESS, 2014). Ainda para os autores, a corrente política deve seguir independentemente do clima político ou das mudanças gerencias ou de pessoal chave. Já no Brasil, o estudo de Santos (2013) demonstrou que a reforma administrativa e gerencial estatal deve incluir a saúde como uma atividade legítima do atendimento das demandas sociais, permitindo a sua autonomia gerencial, orçamentária e financeira a fim de aumentar a eficiência do controle público e social.

No Brasil, a renúncia fiscal foi uma decisão econômica do Governo como alternativa para financiar parte dos gastos em saúde (PLOA, 2014). Essa alternativa recebe críticas de alguns dos estudiosos (OCKÉ-REIS, 2007; MENDES, WEILLER, 2015) e defensores do SUS como um instrumento que impede o atendimento das “diretrizes constitucionais da Universalidade, da Descentralização e da Regionalização” (SANTOS, 2012, p. 274).

Essa defesa tem origem nas bases das discussões dos movimentos sociais e simpósios em defesa do SUS como instrumento único da política de saúde pública. No entanto, essa resistência tem ecoado como uma voz de poucos, conforme explica Mendes e Weiller (2015, p. 492) onde dizem que: “o tema da renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde não tem sido

tratado de forma considerada no âmbito da discussão sobre a problemática do financiamento do SUS. São poucos os estudos que se referem a esse tema”.

Por outro lado, além da legalizada atitude do Governo Federal de patrocinar os planos de saúde complementar, para Ocké-Reis (2013) essa política estabelecida nos princípios do Estado visam, em tese, atender os seguintes objetivos do governo: *i*) a promoção do benefício fiscal; *ii*) readequar o padrão de competitividade do mercado (questão regulatória); *iii*) incentivar o consumo de planos privados de saúde; *iv*) retirar usuários das filas de espera do setor público; e, *v*) diminuir carga tributária para os contribuintes que enfrentam tratamentos custosos em saúde.

Essa política de participação do Estado como fomentador da iniciativa privada na área da saúde vem de longa data, conforme demonstra os estudos de Médici (1990, p. 27), que: “os incentivos à produção de serviços privados de saúde no Brasil, ( ... ) ainda nos anos cinquenta, receberam forte impulso com a unificação da Previdência no INPS, em 1967.”

Desse modo, embora controversa, a renúncia fiscal apresenta-se como mecanismo financiador de políticas sociais, e tem sido apresentada como solução em vários países. Para o governo brasileiro os gastos tributários não se tratam de um fenômeno distorcido, mas sim uma obrigação de fomentar outras formas mais viáveis e econômicas de atingir o princípio constitucional de atendimento da população no requisito saúde e na geração de empregos e renda (PLOA, 2014).

Tendo em vista a dificuldade na alteração da atual constituição, a fim de rever as formas de financiamento da saúde pública brasileira, o que se pode então discutir e propor é uma melhor repartição do bolo orçamentário. Nesse sentido, nota-se que não há equidade na distribuição dos recursos, entre o financiamento direto do SUS e os valores da renúncia fiscal na função saúde, a qual subsidia de maneira indireta os planos de saúde privados. Para tanto, o objetivo deste estudo é avaliar, empiricamente, a real diferença entre esses orçamentos e qual a efetividade da aplicação dos recursos obtidos da renúncia fiscal na função saúde para o SUS na construção de hospitais públicos.

### **3. Metodologia**

O estudo caracteriza-se por ser exploratório, descritivo e de abordagem quantitativa e qualitativa, de prevalência empírica em sua base de investigação. Para Bunge (1976, *apud*

MARCONI, LAKATOS, 2010) o método é a teoria da investigação e alcança seus objetivos científicos quando resolve, por etapas, o problema proposto.

Com base nisso, observando os propósitos do estudo, o método baseou-se numa avaliação comparativa relacionando as variáveis populacionais e o quantitativo de pessoas beneficiadas pelos dois sistemas (público e privado) em confronto com a variável quantitativo de recursos repassados ao sistema de saúde, de tal modo que possibilitasse a verificação do volume de recursos disponível para o SUS no ano de 2014, levando-se em conta a equidade. Desse modo, foram levantadas as informações necessárias por meio da pesquisa documental (GIL, 2004) e fontes primárias de dados obtidos juntamente ao SUS, resultando nas informações básicas para análise do estudo.

#### 4. Resultado e Discussão

Considerando os propósitos do estudo e o enfoque empírico de investigação adotado, bem como a hipótese da falta de recursos para o SUS, em virtude dos subsídios aos planos privados por meio da renúncia fiscal, constatou-se que: por meio da construção modelar da Tabela 1, resultado das informações obtidas nas consultas bibliográficas e documentais, bem como da aplicação das fórmulas matemáticas para se conseguir novos elementos exatos e lógicos, foi possível observar os seguintes elementos necessários de análises dos resultados e posteriormente fornecer o valor que responde ao propósito desta pesquisa.

**Tabela 1 - População, repasses SUS e Renúncia Fiscal no ano de 2014**

Descrição	Quant.	Índice	Descrição	Valor	Índice
População Total Brasil/2014	202.768.562	100,00	Vr. Saúde (SUS + Renúncia. Fiscal)	93.246.038.426,63	100
População Assist. SUS (Teórica)	152.070.827	75%	Valor. Repasses ao SUS em 2014	69.524.035.673,63	74,5%
População Assist. Plano Saúde	50.697.735	25%	Valor. estimado Ren. Fiscal em 2014	23.722.002.753,00	25,4%
Custo Total do atendimento	459,8643769		<b>Valor. proporcional de repasse ao SUS</b>	<b>543.913.922,64</b>	
Custos de atendimento SUS	457,1819398				
Custos de atendimento Privado	467,9105043				

**Fonte:** PLOA, FNS, IBGE, 2014. Elaborado pelos autores.

Os dados comparados demonstram que, a população assistida somente pelo SUS perfaz um total de 75%, estando, também, de acordo com os achados de Santos (2013). Porém, diverge dos achados de Mendes e Weiller (2015) que constataram, em 2012, um patamar de 34,2% de pessoas assistidas por planos de saúde. Essa divergência pode encontrar explicação

RAGC, v.8, n.35, p.101-113/2020

no trabalho de Pinto e Soranz (2004) que encontraram na subnotificação, por parte das operadoras, como sendo um fator que provoca divergência dos números na literatura.

O total de recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde (FNS), somados à renúncia fiscal da função saúde totalizaram 93,2 bilhões de reais em 2014, dos quais 75% foi destinado ao sistema público de saúde e 25% destinado à iniciativa privada. Dessa maneira para se obter uma distribuição equitativa, os valores do SUS deveriam crescer na ordem de 543,9 milhões de reais. Este número calculado empiricamente, à primeira vista, não representa uma melhora significativa de recursos, reforçando a ideia de que não só a renúncia fiscal na função saúde é a responsável pelo baixo financiamento e que o assunto carece de mais estudos, conforme Santos (2013).

Reforçando essa análise, com base nas fórmulas construídas de custos, verifica-se que os custos totais de atendimento no valor de 459,86 ficam muito próximos dos valores de 457,18 do custo de atendimento do SUS e de 467,91 para o custo de atendimento nos planos privados. A proximidade desses valores, explicam a pouca margem contributiva que a renúncia fiscal deveria aportar nos SUS para satisfazer a condição de equidade no financiamento.

Os resultados apresentados sugerem que o benefício fiscal correspondeu, em 2014, ao propósito de incentivo à iniciativa privada em atender de forma complementar parte da população brasileira na saúde, conforme a política estabelecida nos princípios do Estado (OCKÉ-REIS, 2013).

## **5. Considerações Finais e Limites da pesquisa**

Os resultados apresentados pelo modelo idealizado comprovam o desequilíbrio na proporcionalidade de recursos do SUS (proporcionalmente menor) em relação aos destinados indiretamente para os planos de saúde privados pela renúncia fiscal orçamentária na função saúde. No entanto, apresenta-se como sendo uma pequena parcela que deveria ser acrescida ao montante destinado ao SUS. Essa parcela representou 0,0058% do valor destinado à iniciativa privada no ano de 2014. Esse pequeno índice sugere que já exista a equidade entre os dois financiamentos da saúde pública e da iniciativa privada.

Apesar de parecer equitativo por apresentar uma pequena diferença entre um sistema e outro, esse valor, se disponibilizado ao SUS, suportaria uma média de 84.000 internações anuais a mais no sistema SUS, e representaria a oportunidade de 9.100 novos empregos na área de saúde.

Desse modo, com base nessas novas informações o argumento utilizado nos estudos de Ocké-Reis (2007) e Mendes e Weiller (2015), foi possível notar a correspondência parcial na investigação empírica. Entende-se que, não deve ser utilizado, não obstante, como o principal argumento do não financiamento do SUS, tratado como desvio de verbas públicas para o financiamento da saúde na iniciativa privada. Pois, comprova-se, por outro lado, os argumentos de Santos (2013) de que a renúncia fiscal não seria o único fator provocador, embora baixo, no financiamento do SUS. Portanto, novas formas de financiamento devem ser buscadas.

Não se pode, ainda, dado que os resultados apresentaram valores aparentemente pequenos, afirmar que essa ideia deve ser abandonada ou relegada. Ela carece de maiores estudos e discussões, e se apresenta como uma grande oportunidade de aprofundar a discussão sobre a questão da renúncia fiscal como benefício fiscal, bem como do financiamento da saúde pública e privada no Brasil.

Os resultados desta pesquisa permitem vislumbrar oportunidade de novos estudos de forma empírica em um período mais amplo, pois são escassos ou inexistentes os trabalhos com essa abordagem. Sugere-se o estudo do aumento da população atendida, *vis a vis*, a diminuição do custo de atendimento da iniciativa privada. Ainda como fronteira para estudos futuros, pode-se verificar qual o sistema tem melhor resolubilidade e melhor atendimento à população. Ou ainda, replicar esse modelo nos anos onde o financiamento da saúde pública é baixo e com uma população atendida em patamares estáveis.

Esse modelo não sugere a transposição dos recursos retirando-os da iniciativa privada, mas sim verificando a diferença entre os dois financiamentos e sugerindo que a mesma quantidade de recursos destinada à iniciativa privada fosse aplicada proporcionalmente no SUS. Porém, essa forma tem limitação, o modelo sugere uma forma hipotética de financiamento complementar ao SUS sem que ele esteja previsto na legislação brasileira.

### **Referências**

ALMEIDA, F. C. R. A Renúncia de Receita como fonte alternativa de recursos orçamentários. **Revista Tribunal de Contas da União**, v. 32, n. 88, p. 54-65, abr./jun., 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Número de Leitos Hospitalares por Habitantes – CNS/MS: Período 2012**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/e03b.def>>. Acesso em: 08 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Receita Federal do Brasil, 2014. **Demonstrativos dos Gastos Tributários PLOA 2014 (DGT 2014)**. Disponível em: <<https://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/gastos-tributarios/previsoes-ploa/arquivos-e-imagens/dgt-2014.>>. Acesso em: 08 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF. Disponível em: <<https://conlegis.planejamento.gov.br/conlegis/pesquisaTextual/atoNormativoDetalhesPub.htm?id=2078>>. Acesso em: 08 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.249, de 26 de dezembro de 1995. Altera a legislação do imposto de renda das pessoas jurídicas, bem como da contribuição social sobre o lucro líquido, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 1995a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/leis/L9249.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L9249.htm)>. Acesso em: 08 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995. Altera a legislação do imposto de renda das pessoas físicas e dá outras providências *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 1995b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9250.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9250.htm)>. Acesso em: 08 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <<https://conlegis.planejamento.gov.br/conlegis/pesquisaTextual/atoNormativoDetalhesPub.htm?id=2788>>. Acesso em: 08 out. 2015.

BUNGE, M. **La investigación científica**: su estrategia y su filosofía. 5. ed. Barcelona: Ariel, 1976.

DAY, P.; KEIN, P. Britain's health care experiment. **Journal Health Affairs**, v. 10, n. 3, p. 39-59, 1991.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2008.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2008-2009. **Despesa, Rendimentos e Condição de Vida**. Disponível em: <[http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008\\_2009/defaulttabzip.shtm](http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009/defaulttabzip.shtm)>. Acesso em: 08 out. 2015.

KICKBUSCH, I.; WILLIAMS, C.; LAWLESS, A. Making the most of open windows: establishing health in all policies in south Australia. **International Journal of Health Services**, v. 44, n. 1, p. 185-194, 2014.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2010.

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

MÉDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 47, n. 2, p. 149-156, 2001.

MENDES, A.; WEILLER, J. A. B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Revista Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 491-505, abr./jun., 2015.

OCKÉ-REIS, C. O. **Mensuração dos gastos tributáveis: o caso dos planos de saúde – 2003 – 2011**. Brasília, DF: Ipea, 2013. (Nota Técnica, 5).

OCKÉ-REIS, C. O. Os desafios da ANS frente à concentração dos Planos de Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 1041-1050, 2007.

PEDROSO, M.C.; MALIK, A. M. Cadeia de valor da saúde: um modelo para o sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2757-2772, out./2012.

PEREIRA, L. C. B. A administração pública gerencial: estratégia e estrutura para um novo Estado. **ENAP – Texto para discussão**, n. 9, Brasília, 2001.

PINTO, F. P.; SORANZ, D. R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 85-98, 2004.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013.

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

STEAD, M. M. Implementing disaster relief through tax expenditures: an assessment of the Katrina emergency tax relief measures. **New York University Law Review**, v. 81, p. 2158-2191, dez., 2006.

VARSANO, R. et al. Uma análise da carga tributária no Brasil. IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Texto para discussão, nº 583**. Rio de Janeiro, ago./1998.

Disponível em: <

[http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3859](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=3859)

>. Acesso em: 08 out. 2015.