

## **Relatório de Avaliação**

# **Dedução das Despesas Médicas do IRPF**

**Ciclo 2020**

# CONSELHO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

## COMITÊ DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE SUBSÍDIOS DA UNIÃO

Ciclo CMAP  
2020

**Política avaliada**  
Dedução das Despesas Médicas do IRPF

**Coordenador da avaliação**  
Secretaria de Política Econômica/Ministério da Economia

**Executores da avaliação**  
Secretaria de Política Econômica/Ministério da Economia

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/Ministério da Economia  
Secretaria de Avaliação, Planejamento, Energia e Loteria/Ministério  
da Economia

**Supervisor da avaliação**  
Secretaria de Avaliação, Planejamento, Energia e Loteria/  
Ministério da Economia

**Informações:**  
Secretaria de Avaliação, Planejamento, Energia e Loteria  
Tel: (61) 3412-2358/2360

**Home Page:**  
<https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/>

É permitida a reprodução total ou parcial do conteúdo deste relatório desde que mencionada a fonte.

## Lista de siglas e abreviaturas

ANS – Agência Nacional de Saúde

CMAP – Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas

CMAG – Comitê de Monitoramento e Avaliação de Gastos Diretos

CMAS – Comitê de Monitoramento e Avaliação de Subsídios da União

DIRPF – Declaração do Imposto de Renda Pessoa Física

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IRPF – Imposto de Renda Pessoa Física

PLOA – Projeto de Lei Orçamentária Anual

PIB – Produto Interno Bruto

POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares

RFB – Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil

SPE – Secretaria de Política Econômica

## Lista de tabelas

Tabela 1: distribuição por faixa etária dos indivíduos abrangidos pelo modelo completo da DIRPF - 2018 .....	12
Tabela 2: distribuição dos beneficiários de planos de saúde por faixa etária - 2020 .....	13
Tabela 3: estimativa da dedução per capita, por faixa etária .....	13
Tabela 4: Estatística descritiva dos subgrupos para o setor de saúde.....	31
Tabela 5: elasticidade-preço da demanda para os oito grupos de produtos .....	33
Tabela 6: Elasticidade-renda da demanda para os oito grupos de produtos .....	33
Tabela 7: Elasticidade-renda e elasticidade-preço para os cinco subgrupos de produtos .....	34
Tabela 8: <i>Quantum</i> de novos usuários do SUS.....	36
Tabela 9: Estimativa do total de pessoas que acessam o SUS anualmente.....	37
Tabela 10: Valor das despesas médicas informadas na DIRPF.....	38
Tabela 11: Valor das despesas médicas abatido na DIRPF.....	38
Tabela 12: Valor das despesas médicas abatido na DIRPF (média <i>per capita</i> ) .....	39
Tabela 13: Valor das despesas médicas abatido na DIRPF (impacto orçamentário) .....	39
Tabela 14: Elasticidade-preço da demanda para os oito grupos de produtos.....	45
Tabela 15: Elasticidade-renda da demanda para os oito grupos de produtos .....	45
Tabela 16: Elasticidade-renda e elasticidade-preço para os cinco subgrupos de produtos .....	46

## Lista de figuras

Figura 1: Percentual de pessoas que tiveram gasto com planos de saúde, segundo grupo de renda. ....	32
---	----

## Lista de Gráficos

Gráfico 1: projeção da renúncia com dedução de despesas médicas até o ano de 2030, valores de 2018.....	14
Gráfico 2: distribuição acumulada do rendimento domiciliar per capita e da renúncia com dedução de despesas médicas, por centil.....	17
Gráfico 3: Gasto Tributário em Saúde, segundo fontes <sup>1</sup> – 2003-2018 (em R\$ bilhões de 2018)	20
Gráfico 4: IRPF – Gasto Tributário em Saúde, segundo tipo de gasto – 2003-2018 (em R\$ bilhões de 2018) .....	21
Gráfico 5: Gasto Tributário em Saúde, % Gasto Tributário Total e do Gasto do Ministério da Saúde– 2003-2018.....	23

## Sumário

1	Prefácio .....	7
2	Sumário Executivo.....	10
3	Projeções de Renúncia Tributária e Efeitos sobre a Distributividade.....	11
3.1	Projeção do Valor de Renúncia Tributária .....	11
3.1.1	Quantitativo de Beneficiários das Deduções .....	11
3.1.2	Valor <i>per capita</i> das Deduções.....	13
3.1.3	Dedução e Renúncia Tributária.....	14
3.2	Efeito sobre a Distributividade.....	15
3.2.1	Alocação da Renúncia Tributária na POF .....	15
3.2.2	Efeito sobre a Distributividade de Renda.....	16
4	Avaliação do Gasto Tributário em Saúde.....	18
4.1	Introdução.....	18
4.2	Características da Renúncia da Arrecadação Federal Decorrente das Despesas Médicas 19	
4.3	Os Impactos do Subsídio .....	22
4.4	Conflito Distributivo e Limites da Intervenção Governamental .....	24
4.5	Considerações Finais .....	25
5	Estimação de Demanda por Serviços Públicos e Privados de Saúde .....	27
5.1	Introdução.....	27
5.2	Referencial Teórico .....	28
5.2.1	Elasticidade-Preço da Demanda e Elasticidade-Renda da Demanda.....	28
5.2.2	Literatura Nacional sobre Elasticidade-Preço da Demanda e Elasticidade-Renda da Demanda de Serviços de Saúde .....	29
5.3	Especificação Econométrica .....	30
5.4	Descrição dos Dados e Tratamento das Variáveis .....	31
5.5	Análise dos Resultados.....	32
5.6	Estimativa de novos usuários no SUS.....	35
5.7	Cálculo do Impacto Orçamentário .....	38
5.8	Considerações Finais e Implicações de Políticas.....	40
	Referências bibliográficas .....	41
	Apêndice A – Proposta de Teto.....	43
	Apêndice B – Elasticidade-Renda da Demanda e Elasticidade-Preço da Demanda usando o <i>Software Stata</i> .....	45

# 1 Prefácio

O contribuinte pode deduzir na declaração do Imposto de Renda Pessoa Física as despesas médicas, com planos de saúde ou de hospitalização, bem como os pagamentos efetuados a médicos de qualquer especialidade, odontólogos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, hospitais, assim como as despesas provenientes de exames laboratoriais, serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias. A dedução restringe-se aos pagamentos efetuados pelo contribuinte, relativos ao próprio tratamento e ao tratamento de seus dependentes. Portanto, o mecanismo de dedução das despesas médicas no Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) permite que o contribuinte diminua o valor do imposto devido à Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil (RFB), ou aumente o montante a ser recebido no momento da restituição, quando a RFB entende que o contribuinte pagou mais impostos do que deveria.

Sob o aspecto da equidade, esperava-se que o objetivo dessa política pública fosse garantir a progressividade do IRPF. No entanto, diversos estudos mostraram que a renúncia fiscal relativa às despesas com saúde no IRPF não apresentou perfil progressivo. Sayd (2003) *apud* Piola *et al.* (2010) argumenta que essa situação ocorre porque o valor da renúncia fiscal é influenciado por dois fatores, que estão diretamente relacionados com o rendimento tributável: a alíquota aplicada ao rendimento tributável líquido para definir o valor do imposto devido e a capacidade de gasto em saúde. Quanto maior for o rendimento, maior será o percentual de desconto na tributação da parte que foi destinada a cobrir despesas com saúde.

Além de apontar a necessidade de melhorar a eficiência do gasto na área de saúde, relatório da OCDE (2015) indicou a redução das deduções fiscais de despesas médicas. Segundo o relatório:

No entanto, 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, já que apenas as famílias com maior renda (cerca de 10% da população em idade ativa) pagam imposto de renda (Castro, 2014). Esta isenção tributária custa cerca de 0,3 % do PIB, o que equivale a 7% do gasto com saúde pública.

Recente estudo da SECAP (2019) mostra que os subsídios (gastos) tributários da União associados às deduções das despesas com saúde, no âmbito do IRPF, apresentaram trajetória crescente nos últimos anos, alcançando R\$ 15 bilhões, em 2017, equivalentes a 32,8% do total dos gastos tributários em saúde e a 8,9% da arrecadação do IRPF. Esses subsídios se mostraram regressivos tanto do ponto de vista da distribuição de renda (1% dos indivíduos mais ricos da população apropria 18% do total desses subsídios) quanto da alocação espacial, considerando-se sua concentração nas regiões mais ricas. Assim, o perfil regressivo desse subsídio contribui para aumentar a desigualdade social no país, pois quem ganha menos paga mais, proporcionalmente, do que quem tem renda maior e que, em geral, usa o sistema privado de saúde.

Exercício de simulação feito pela SECAP (2019) mostra que, se houvesse eliminação das deduções com despesas médicas no IRPF, haveria ganhos de equidade em termos individuais e espaciais, sobretudo nas regiões com menor capacidade de financiamento dos serviços de saúde pública. Outro exercício realizado pela SECAP (2019) sugere que, se a eliminação das deduções com despesas médicas no IRPF for compensada com diminuição das alíquotas do IRPF, haverá ganhos de eficiência econômica, em decorrência da diminuição da distorção na oferta de trabalho. Projeções de médio prazo realizadas para cenários até 2030, incorporando as três seguintes premissas: a) o envelhecimento da população brasileira; b) os preços dos planos de saúde (acima da inflação); e c) a trajetória crescente dos gastos tributários em saúde no IRPF, demonstraram que os subsídios (gastos) tributários podem atingir, em termos reais, um



patamar de R\$ 26,3 bilhões, com sua participação na arrecadação do IRPF se elevando dos atuais 8,9% para 15,5%, em 2030.

O presente relatório, o qual se insere no atual debate sobre gastos tributários e uso eficiente dos recursos públicos na área de saúde, propõe um novo redesenho dessa política pública, por meio da adoção de um teto (valor limite) para essa renúncia fiscal, com base nas evidências obtidas por meio de análises estatísticas/econômicas e da análise de efeitos distributivos.

Por fim, este relatório foi beneficiado pela contribuição valiosa, diretas e indiretas, dos seguintes profissionais no âmbito do Ministério da Economia:

Alexandre Loures

*Assessor (Secretaria de Política Econômica)*

Alex Felipe Rodrigues Lima

*Pesquisador (Instituto Mauro Borges)*

Bernardo Borba de Andrade

*Coordenador-Geral de Política Fiscal (Secretaria de Política Econômica)*

Carlos Ocké

*Técnico de Pesquisa e Planejamento (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada)*

Démerson André Polli

*Assessor (Secretaria de Política Econômica)*

Erik Alencar de Figueiredo

*Subsecretário de Política Fiscal (Secretaria de Política Econômica)*

Giovani Silva Machado

*Assistente Técnico (Secretaria de Avaliação, Planejamento, Energia e Loteria)*

Liane Ferreira Pinto

*Coordenadora de Política Fiscal (Secretaria de Política Econômica)*

Marco Antonio Freitas de Hollanda Cavalcanti

*Diretor-Adjunto (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada)*

Rodrigo Leandro de Moura

*Coordenador-Geral (Secretaria de Avaliação, Planejamento, Energia e Loteria)*

Por fim, eu gostaria de agradecer ao Secretário de Política Econômica, Adolfo Sachsida, pelo imenso apoio para a elaboração deste relatório. Espera-se que este documento possa contribuir para o debate acerca da avaliação das políticas públicas.

Sérgio Ricardo de Brito Gadelha  
*Coordenador-Geral de Modelos e Projeções Econômico-Fiscais*  
*(Secretaria de Política Econômica)*

## 2 Sumário Executivo

O primeiro capítulo desse relatório aborda dois aspectos importantes. Primeiro, são apresentados a metodologia e os resultados da projeção de renúncia tributária com dedução de despesas médicas do IRPF até o ano de 2030, tomando-se por base a projeção demográfica brasileira. Segundo, busca-se inferir o efeito das deduções de despesas médicas do IRPF sobre a distributividade de renda.

No segundo capítulo, tem-se por objetivo contribuir, preliminarmente, para a realização da avaliação da dedução das despesas médico-hospitalares do IRPF, aproveitando a oportunidade para debater algumas ideias com o propósito de eliminar, reduzir ou focalizar esse subsídio no longo prazo.

O terceiro capítulo reporta a estimação da função demanda por serviços públicos e privados de saúde, visando a obtenção de estimativas de elasticidade-preço da demanda, e de elasticidade-renda da demanda. Complementarmente, com base nas estimativas de elasticidades que foram obtidas, realiza-se um cálculo do impacto orçamentário de alterações na política de dedução das despesas médicas no imposto de renda pessoa física, bem como uma estimativa de *quantum* de novos usuários no Sistema Único de Saúde ao se considerar mudanças nessa renúncia fiscal.

## 3 Projeções de Renúncia Tributária e Efeitos sobre a Distributividade

### 3.1 Projeção do Valor de Renúncia Tributária

Nesta seção, são apresentados a metodologia e os resultados da projeção de renúncia tributária com dedução de despesas médicas do IRPF até o ano de 2030, tomando-se por base a projeção demográfica brasileira.

A metodologia é exatamente a mesma apresentada no “Boletim - Mensal sobre os Subsídios da União – Dedução do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) de Despesas Médicas – Edição 9, de julho/2019”<sup>1</sup>. Trata-se, de fato, de uma atualização da projeção, com o uso de dados mais recentes.

Os dados utilizados na projeção foram:

- i) Projeção da População do Brasil<sup>2</sup>, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, (2010 a 2060);
- ii) Beneficiários de Planos Privados de Saúde<sup>3</sup> (2018 e 2019) e Painel de Precificação: Planos de Saúde (2018)<sup>4</sup>, da Agência Nacional de Saúde - ANS; e
- iii) Grandes Números das Declarações do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física – DIRPF<sup>5</sup>, da Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil – SERFB, (Anos-Calendário 2007 a 2018).

A projeção do valor da dedução com despesas médicas se divide em dois componentes:

- Projeção do quantitativo de beneficiários das deduções, por faixa etária;
- Projeção do valor *per capita* das deduções, por faixa etária;

O valor da dedução por faixa etária é o resultado da multiplicação entre os dois componentes acima. A renúncia tributária, por sua vez, é calculada pela multiplicação do valor total de deduções pela proporção média do valor da renúncia em relação ao valor declarado com despesas médicas, de 2007 a 2018.

A seguir, são apresentadas as projeções para o quantitativo de beneficiários, para o valor *per capita* dos benefícios e, por fim, para o valor das deduções e da renúncia tributária.

#### 3.1.1 Quantitativo de Beneficiários das Deduções

As deduções de pagamentos com despesas médicas do declarante e seus dependentes é permitida somente àqueles que optam pelo modelo completo de declaração do IRPF. Desta forma, a

<sup>1</sup> Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/publicacoes/subsidios-da-uniao/boletim/09-boletim-mensal-sobre-os-subsidios-da-uniao-deducoes-do-imposto-de-renda-pessoa-fisica-de-despesas-medicadas/view> . Acesso em 12/11/2020.

<sup>2</sup> Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em 12/11/2020.

<sup>3</sup> Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor> . Acesso em 13/11/2020.

<sup>4</sup> Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/5097-ans-atualiza-informacoes-sobre-precos-de-planos-de-saude> . Acesso em 12/11/2020.

<sup>5</sup> Disponível em: <http://receita.economia.gov.br/dados/receitadata/estudos-e-tributarios-e-aduaneiros/estudos-e-estatisticas/11-08-2014-grandes-numeros-dirpf/grandes-numeros-dirpf-capa/> . Acesso em 13/11/2020.

informação ideal que serviria como base para a projeção seria o quantitativo mais atual de declarantes e dependentes que se utilizam do benefício, por faixa etária.

A informação com esta abertura não se encontra disponível na publicação grandes números das DIRPF - 2018, que disponibiliza os dados mais recentes. Para 2018, por outro lado, existem dados do quantitativo de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares, disponibilizados pela ANS.

A partir dos dados da Agência Nacional de Saúde (ANS), abertos por faixa etária, e do quantitativo total de indivíduos abrangidos pelo modelo completo de DIRPF (28.030.258), foram estimados o quantitativo de indivíduos abrangidos pelo modelo completo, por faixa etária, para o ano de 2018. Supõe-se, por simplificação e por não existência de dado mais preciso, que todos os declarantes do modelo completo são também beneficiários das deduções de despesas médicas. A Tabela 1 apresenta o resultado da distribuição de indivíduos por faixa etária no modelo completo, para o ano de 2018.

**Tabela 1: distribuição por faixa etária dos indivíduos abrangidos pelo modelo completo da DIRPF - 2018**

Faixa etária	Beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares		Distribuição etária projetada para o público da DIRPF - modelo completo	
	Abs.	%	Abs.	%
00 a 18 anos	11.282.630	24,0%	6.713.836	24,0%
19 a 23 anos	3.079.190	6,5%	1.832.301	6,5%
24 a 28 anos	3.660.967	7,8%	2.178.493	7,8%
29 a 33 anos	4.617.126	9,8%	2.747.465	9,8%
34 a 38 anos	4.924.056	10,5%	2.930.106	10,5%
39 a 43 anos	4.089.307	8,7%	2.433.381	8,7%
44 a 48 anos	3.216.314	6,8%	1.913.898	6,8%
49 a 53 anos	2.815.064	6,0%	1.675.130	6,0%
54 a 58 anos	2.500.797	5,3%	1.488.123	5,3%
59 anos ou mais	6.919.519	14,7%	4.117.525	14,7%
<b>Total</b>	<b>47.104.970</b>	<b>100,0%</b>	<b>28.030.258</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: beneficiários de planos privados de saúde, da ANS e grandes números das DIRPF. Elaboração própria.

Justifica-se esta extrapolação pelo fato de que cerca de 72% das despesas declaradas em saúde na DIRPF referem-se a gastos com planos de saúde. Além disso, em 2018, a população de beneficiários de planos de saúde era de 47.104.970 de indivíduos, enquanto a população abrangida pelas DIRPF, somando modelo simplificado e completo, declarantes e dependentes, foi de 49.199.511 indivíduos, o que corrobora a ideia de que boa parte dos beneficiários de planos de saúde coincide com os declarantes da DIRPF.

Para o ano de 2019, o quantitativo de beneficiários de planos de saúde foi retirado da ANS e a distribuição etária do público da DIRPF foi projetada da mesma forma como foi feito para o ano de 2018 e ilustrado na Tabela 1, assumindo-se que a razão entre o total de pessoas abrangidas pelo modelo completo e o número de beneficiários de planos de saúde permanece constante aos níveis de 2018.

Para os anos subsequentes (2020 até 2030), o quantitativo de beneficiários de planos de saúde em cada ano foi projetado pela multiplicação do número observado em cada faixa etária no ano anterior pelo crescimento populacional projetado para a faixa etária, de acordo com as estimativas demográficas do IBGE. A distribuição etária do público da DIRPF foi projetada da mesma maneira como foi feita para os anos anteriores e ilustrado na Tabela 1.

A Tabela 2 mostra a projeção dos beneficiários de planos de saúde e do público abrangido pelo modelo completo da DIRPF para o ano de 2020, por faixa etária.

**Tabela 2: distribuição dos beneficiários de planos de saúde por faixa etária - 2020**

Faixa etária	Beneficiários Planos 2019 (A)	Projeção IBGE 2019 (B)	Projeção IBGE 2020 C	Beneficiários Planos 2020 A*(C/B)	Público DIRPF 2020
00 a 18 anos	11.251.352	57.063.591	56.675.914	11.174.913	6.649.738
19 a 23 anos	3.031.296	17.255.017	17.079.375	3.000.440	1.785.440
24 a 28 anos	3.588.590	17.007.427	17.033.215	3.594.031	2.138.662
29 a 33 anos	4.473.603	17.230.579	17.160.777	4.455.480	2.651.276
34 a 38 anos	4.896.129	17.057.929	17.155.097	4.924.019	2.930.084
39 a 43 anos	4.238.288	15.642.713	15.964.496	4.325.473	2.573.914
44 a 48 anos	3.258.087	13.703.538	13.981.772	3.324.239	1.978.120
49 a 53 anos	2.765.570	12.687.212	12.820.628	2.794.652	1.662.984
54 a 58 anos	2.510.964	11.346.590	11.573.092	2.561.088	1.524.000
59 anos ou mais	7.029.054	31.152.529	32.311.326	7.290.517	4.338.291
<b>Total</b>	<b>47.042.933</b>	<b>210.147.125</b>	<b>211.755.692</b>	<b>47.444.853</b>	<b>28.232.508</b>

Fonte: beneficiários de planos privados de saúde, da ANS, grandes números das DIRPF e projeção da população do Brasil, do IBGE. Elaboração própria.

### 3.1.2 Valor *per capita* das Deduções

Para o cálculo do valor *per capita* das deduções para o ano de 2018, foram utilizados o público estimado abrangido pelo modelo completo da DIRPF, conforme a Tabela 1, e as Estatísticas dos Reajustes por Mudança de Faixa Etária, da ANS.

A soma das multiplicações da dedução *per capita* pela população abrangida em cada faixa etária deveria resultar no valor de dedução declarado para o ano de 2018, de R\$ 88,05 bilhões. A partir desta constatação, estimou-se a dedução *per capita* para a primeira faixa etária e, com o uso dos valores de reajustes por mudança de faixa etária, a dedução para as demais faixas etárias.

A Tabela 3 ilustra os valores de dedução per capita calculados para o ano de 2018.

**Tabela 3: estimativa da dedução per capita, por faixa etária**

Faixa etária	Estatísticas dos reajustes por mudança de faixa	Estimativa de dedução média mensal <i>per capita</i> (R\$) (A)	Distribuição etária projetada para o público da DIRPF - modelo completo (B)	Distribuição projetada das despesas médicas da DIRPF (bilhões de R\$) (A*B*12)
00 a 18 anos	-	110,94	6.713.836	8,94
19 a 23 anos	20,2%	133,35	1.832.301	2,93
24 a 28 anos	16,2%	154,95	2.178.493	4,05
29 a 33 anos	13,1%	175,25	2.747.465	5,78
34 a 38 anos	11,0%	194,52	2.930.106	6,84
39 a 43 anos	14,7%	223,12	2.433.381	6,52
44 a 48 anos	25,3%	279,57	1.913.898	6,42
49 a 53 anos	23,8%	346,11	1.675.130	6,96
54 a 58 anos	28,1%	443,36	1.488.123	7,92
59 anos ou mais	44,7%	641,54	4.117.525	31,70
<b>Total</b>			<b>28.030.258</b>	<b>88,05</b>

Fonte: painel de precificação: planos de saúde, da ANS, grandes números das DIRPF e projeção da população do Brasil, do IBGE. Elaboração própria.

Na projeção para os anos seguintes (de 2019 a 2030), a estimativa de dedução mensal *per capita* para cada faixa etária foi corrigida pela diferença (2,75%) entre o crescimento médio anual dos preços dos planos de saúde de 2000 a 2018 (8,71%) e o IPCA médio (5,96%) do mesmo período (OCKÉ-REIS, 2019).

Na projeção, esse índice foi utilizado para a faixa etária de 44 a 48 anos, que segundo o painel de precificação da ANS, apresenta a melhor referência para o valor comercial dos planos de saúde.

Os índices utilizados para as demais faixas etárias se relacionam com a de 44 a 48 anos de forma crescente da primeira até a última faixa, com controle, para que a razão entre a última e a primeira não ultrapasse o valor de 6, respeitando o que define o Inciso I do Art. 3º da RN nº 63/2003 da ANS. Nas simulações, a razão entre a última e primeira faixa parte de 5,78, em 2018, e chega a 5,99 em 2030.

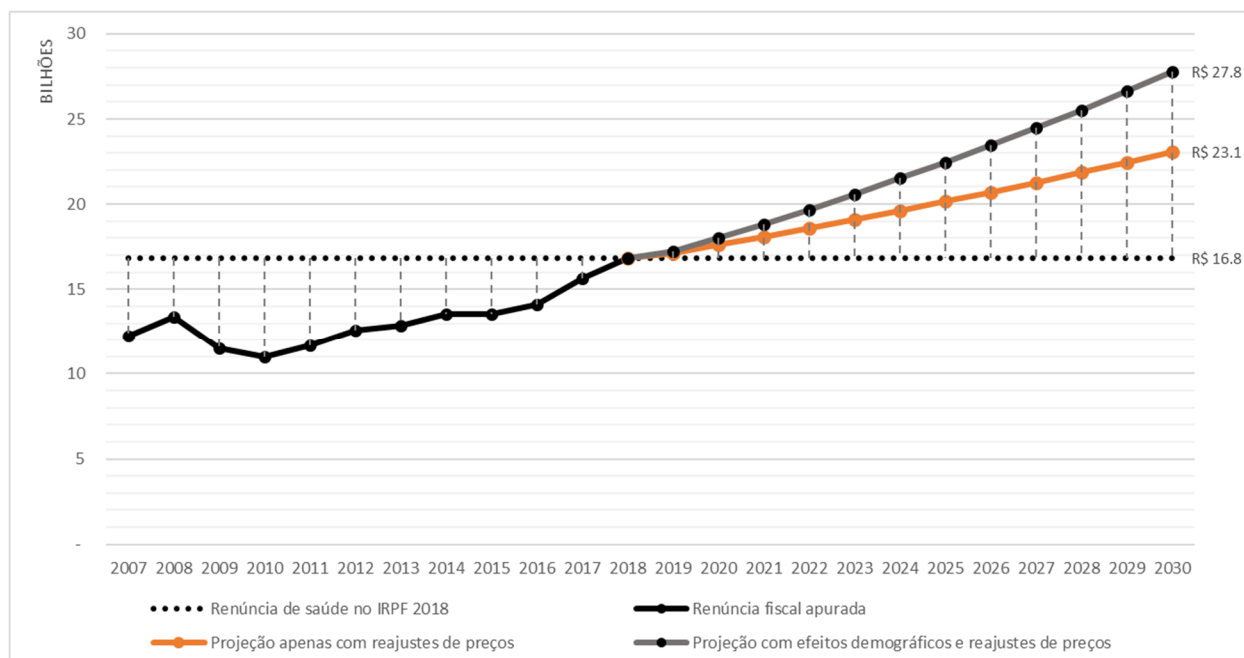
### 3.1.3 Dedução e Renúncia Tributária

O total de deduções com despesas médicas é obtido conforme a Tabela 3, pela multiplicação da projeção do quantitativo de indivíduos pela projeção do valor médio *per capita*. A metodologia das projeções do quantitativo e valor *per capita* foram apresentadas nas subseções anteriores.

A previsão de renúncia tributária é obtida pela multiplicação do total previsto de deduções com despesas médicas em cada ano pela proporção média de renúncia em relação às despesas médicas de 2007 a 2018, que foi de cerca de 19%.

O resultado da previsão de renúncia com despesas médicas é apresentado no **Erro! Fonte de referência não encontrada.** A linha laranja mostra o resultado considerando apenas o efeito do aumento dos preços, enquanto a linha cinza adiciona o efeito da demografia.

**Gráfico 1: projeção da renúncia com dedução de despesas médicas até o ano de 2030, valores de 2018**



**Fonte:** beneficiários de planos privados de saúde e painel de precificação: planos de saúde, da ANS, grandes números das DIRPF e projeção da população do Brasil, do IBGE. Elaboração própria.

Estima-se que em 10 anos os efeitos preço e demográfico combinados elevem o gasto tributário com dedução de despesas médicas dos R\$ 16,8 bilhões atuais para R\$ 27,8 bilhões, a valores de 2018, um aumento esperado de 65%.

Deste total, R\$ 6,3 bilhões, ou 37% de aumento deve-se à expectativa de aumento dos preços e R\$ 4,7 bilhões, ou 28%, deve-se à expectativa de envelhecimento da população brasileira.

## 3.2 Efeito sobre a Distributividade

Nesta seção, busca-se inferir o efeito das deduções de despesas médicas do IRPF sobre a distributividade de renda.

Para executar esta tarefa, as famílias são inicialmente ordenadas de acordo com o rendimento domiciliar *per capita*, de acordo com Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2017-2018.

Calcula-se, sobre esta distribuição inicial, o Índice de Gini, que é utilizado comumente para calcular a desigualdade de renda de uma população. O índice varia entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo de 1, mais desigual é a renda desta população.

Sobre estes rendimentos, são adicionados os ganhos *per capita* auferidos pelos beneficiários da política. Novamente calcula-se o índice, sendo que uma elevação (mais próximo de 1), significa que a medida atua no sentido de intensificar a desigualdade de renda e, uma redução (mais próximo de 0) significa que a política atua no sentido de reduzir a desigualdade de renda.

A distribuição dos benefícios da dedução entre as famílias é estimada com base na mesma POF 2017-2018. A pesquisa foi utilizada como fonte pois apresenta dados detalhados das despesas das famílias, inclusas aquelas com saúde.

### 3.2.1 Alocação da Renúncia Tributária na POF

A metodologia é exatamente a mesma empregada no “Boletim Mensal sobre os Subsídios da União – Dedução de Despesas com Educação do Imposto de Renda Pessoa Física– Edição 18, de junho/2019”<sup>6</sup>, sendo a única diferença que, no caso do boletim, a estimativa foi feita para as deduções das despesas com educação e, aqui, para as deduções de despesas com saúde.

O primeiro passo consistiu em identificar os declarantes de IRPF, dentro da base da POF. Para isso, baseou-se na legislação vigente nos anos da pesquisa<sup>7</sup>(2017-2018), que determinava que apresentassem a Declaração do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física os indivíduos com rendimentos tributáveis superiores a R\$ 28.559,70, e as que receberam rendimentos isentos, não tributáveis ou tributados exclusivamente na fonte superiores a R\$ 40.000,00.

A metodologia considera, para efeito de rendimentos tributáveis, e para cada indivíduo, a remuneração monetária bruta proveniente do trabalho (público, privado ou doméstico), de empregador e de conta-própria, transferências de aposentadoria, pensão e pensão alimentícia e rendimentos de aluguel. As demais categorias de rendimentos foram tratadas como isentas, não tributáveis ou tributados exclusivamente na fonte.

O procedimento estimado por meio da POF indicou 29,9 milhões de declarantes do IRPF, número próximo ao de indivíduos declarantes da DIRPF 2019 (ano-base 2018), que foi de 30,3 milhões de contribuintes.

---

<sup>6</sup> Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/noticias/2020/agosto/boletim-mensal-sobre-os-subsidios-da-uniao-avalia-deducoes-de-despesas-com-educacao-no-irpf> . Acesso em 18/11/2020.

<sup>7</sup> Os valores a partir dos quais o cidadão é obrigado a declarar o IRPF se mantêm até a data atual, em 2020.



Para os considerados declarantes de acordo com a metodologia proposta, foram calculadas as despesas passíveis de dedução com base na POF (educação, médicas, pensão alimentícia, previdência e dependentes).

Para famílias com dois ou mais indivíduos classificados como declarantes, considerou-se que as declarações foram entregues separadamente, que é o caso geralmente favorável à família, em comparação com a declaração conjunta. Para os gastos contabilizados na POF no âmbito familiar, as despesas foram alocadas ao declarante de maior rendimento dentro da família, o que também em geral é a situação mais favorável aos declarantes.

A soma destas deduções foi comparada ao montante de redução da base de cálculo a que teria direito o indivíduo optante pela declaração simplificada, que tem como regra um desconto padrão de 20% sobre a base de cálculo, limitado a R\$ 16.754,34. A opção mais vantajosa para o contribuinte foi considerada como sua escolha.

Por meio destes procedimentos, foram estimados 11,1 milhões de declarantes do modelo completo, com rendimentos tributáveis de R\$ 995 bilhões, enquanto a DIRPF apresentou 12,9 milhões de declarantes e rendimentos tributáveis de R\$ 1.063 bilhões.

Por fim, foi realizada a estimativa da renúncia tributária propiciada pela política, aplicando-se as alíquotas do IRPF previstas para cada faixa de renda sobre o valor das deduções de gastos com saúde reportados pelos declarantes do modelo completo da DIRPF. A estimativa da renúncia com dedução de despesas médicas alcançou R\$ 13,1 bilhões, de acordo com a POF, equivalente a 78% do valor projetado pela RFB para 2018 (R\$ 16,8 bilhões)<sup>8</sup>.

### 3.2.2 Efeito sobre a Distributividade de Renda

O Gráfico 2, também conhecido por Curva de Lorenz, mostra a distribuição acumulada do rendimento domiciliar *per capita* e dos benefícios relacionados às deduções de despesas em saúde do IRPF, por centil de renda. A linha tracejada representa um cenário de distribuição totalmente igualitária da variável observada (dos recursos, neste caso).

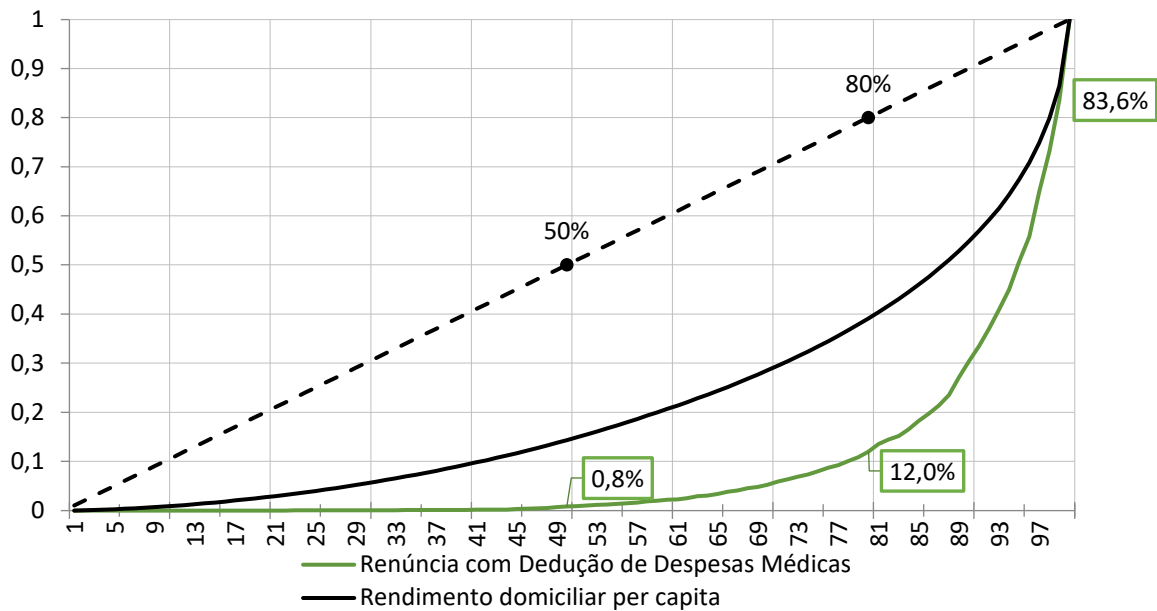
Pelo gráfico, pode-se perceber visualmente que a distribuição dos recursos da política de dedução de despesas médicas do IRPF é mais concentrada nas maiores faixas de renda do que a distribuição do rendimento domiciliar *per capita*. Logo, age no sentido de acentuar a iniquidade de renda.

De fato, de acordo com a estimativa realizada, apenas 0,8% dos benefícios são direcionados aos 50% mais pobres da população, enquanto 88% do benefício concentra-se no quintil (20%) correspondente às famílias de maiores rendas e 16,4% no centil (1%) de maior rendimento.

---

<sup>8</sup> Demonstrativo dos Gastos Tributários – Bases efetivas 2017, Quadro XXVI. Disponível em: <https://receita.economia.gov.br/dados/receitadata/renuncia-fiscal/demonstrativos-dos-gastos-tributarios/dgt-bases-efetivas> . Acesso em: 18/11/2020.

Gráfico 2: distribuição acumulada do rendimento domiciliar per capita e da renúncia com dedução de despesas médicas, por centil



Fonte: Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017 – 2018. Elaboração Própria.

O efeito é observado numericamente através do índice de Gini: seu valor é de 0,567 quando calculado sobre o rendimento monetário domiciliar *per capita*. Adicionando como rendimento às famílias beneficiadas o valor da renúncia tributária, de acordo com a metodologia proposta na subseção anterior, o índice de Gini passa a 0,568, indicando maior concentração de renda após a medida.

## 4 Avaliação do Gasto Tributário em Saúde

### 4.1 Introdução

No contexto do “desfinanciamento” do Sistema Único de Saúde (SUS), da ótica da justiça distributiva, o gasto tributário em saúde parece indesejável no campo das políticas públicas e, portanto, deve ser avaliado e fiscalizado pelo Poder Executivo Federal e seus órgãos de controle.

Tal incentivo governamental representa um imposto não recolhido ou um gasto público não aplicado diretamente nas políticas de saúde, promovendo, entre outros, a rentabilidade do setor privado. Tal mecanismo pode, ademais, prejudicar o SUS, porque, de um lado, os prestadores não têm incentivos para reduzir os tempos de espera nos serviços públicos, a fim de aumentar a demanda por serviços privados, e de outro, o patrocínio ao mercado acaba desorganizando a capacidade de planejamento do SUS, dada a demanda indireta originada pela utilização inadequada dos serviços privados.

Em contexto de restrição fiscal, considerando sua magnitude e sua iniquidade, ao beneficiar os estratos superiores de renda no lugar de converter gasto indireto em ações e serviços públicos de saúde, cabe as autoridades governamentais refletir como esse problema poderá ser enfrentado e resolvido.

Essa renúncia representa hoje um montante significativo de recursos não recolhidos pelo Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF), tributo que é, em parte, repassado aos estados e municípios por meio dos Fundos de Participação Estadual e Municipal, que têm um papel significativo no financiamento do SUS nas regiões mais pobres.

Desse modo, esse relatório também tem por objetivo contribuir, preliminarmente, para a realização da avaliação da dedução das despesas médico-hospitalares do IRPF, aproveitando a oportunidade para debater algumas ideias com o propósito de eliminar, reduzir ou focalizar esse subsídio no longo prazo.

A partir de tal avaliação, dependendo dos resultados e dos critérios empregados para se modificar o *modus operandi* da renúncia, o público-alvo beneficiado pode ser completamente distinto. Por exemplo, caso se queira destinar esse montante para a atenção primária do SUS, os beneficiários serão em boa medida os usuários dos serviços públicos de saúde. Em sentido diverso, caso se queira calibrar as alíquotas do IRPF, os beneficiários, à primeira vista, serão os contribuintes ou potenciais contribuintes deste imposto, mais bem situados na distribuição de renda em relação à primeira hipótese. E, finalmente, considerando o conjunto das desonerações fiscais do governo federal, caso se elimine a renúncia fiscal para melhorar o resultado primário das contas públicas, os beneficiários dessa última operação serão difusos.

Fica claro que eventuais modificações no desenho e na magnitude da renúncia fiscal podem atender diferentes finalidades. Entretanto, além de sua trajetória crescente ao longo do tempo, o tamanho de tais subsídios é tão expressivo, que, uma vez alocados para outros fins, poderiam servir de base para criar programas sociais ou para impulsionar programas já existentes, ou ainda, para compensar efeitos negativos da carga tributária, diminuindo a pobreza e a desigualdade estruturais da sociedade brasileira. Constitui-se, portanto, em um mecanismo orçamentário que poderia contribuir especialmente para atacar certas iniquidades do sistema de saúde brasileiro.

Nesse sentido, na segunda seção deste relatório, apresentaremos as principais características da renúncia de arrecadação fiscal decorrente das despesas médico-hospitalares dos contribuintes (IRPF), comparando, pontualmente, o caso brasileiro com algumas experiências internacionais. Na terceira, abordaremos os impactos desse subsídio no financiamento das políticas de saúde, na regulação dos planos de saúde e na incidência da carga tributária. Serão debatidos na quarta seção os limites para o enfrentamento da renúncia, bem com os obstáculos para viabilizar eventuais ajustes ou mudanças, dadas

as condições conjunturais desfavoráveis em razão do conflito distributivo. Nas considerações finais, chamaremos atenção para lacunas não preenchidas neste balanço preliminar, além de sugerir a definição de um teto, cuja implantação deve ser precedida de medidas para garantir maior justiça distributiva no setor saúde.

## 4.2 Características da Renúncia da Arrecadação Federal Decorrente das Despesas Médicas

Seja dos titulares ou dependentes, a despesa médico-hospitalar declarada no IRPF, isto é, os gastos com saúde (médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, exames laboratoriais, hospitais, clínicas e planos de saúde no Brasil e no exterior) podem ser deduzidos da base de cálculo do imposto de renda. Nesse caso, a base de cálculo é reduzida e o indivíduo apura um imposto a pagar menor (Lei 9.250/95, art. 8º).

Paralelamente, o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas-PCD) permitiram também às pessoas físicas, a partir de 2012, e, as pessoas jurídicas, a partir de 2013, a deduzir do Imposto de Renda Devido (IRD) as doações e os patrocínios em favor de projetos de atenção oncológica e de atenção aos deficientes até o limite de 1% do seu imposto devido. Esses projetos devem ser, previamente, aprovados pelo Ministério da Saúde (MS) e desenvolvidos por pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, quer sejam certificadas como entidades beneficentes de assistência social, quer sejam qualificadas enquanto organizações sociais (Lei 12.715/12, art. 1º ao 14º; Lei 12.844/13, art. 28º).

Vale dizer, em particular, que o gasto relacionado *stricto sensu* às despesas médico-hospitalares é mensurado a partir da base de dados da Receita Federal do Brasil (RFB). A fonte de informação é a Declaração do Imposto de Renda das Pessoas Físicas (DIRPF), onde os contribuintes informam os gastos no código 'Despesa Médica', registrando o tipo de gasto com saúde (médico, dentista, psicólogo, hospital ou plano de saúde etc.) e qual foi o montante pago, discriminando se possui alguma parcela desse total que não pode ser deduzida ou reembolsada, uma vez que a legislação não permite, entre outros, a dedução de gastos com remédios, próteses, óculos e órteses. No resumo da declaração, faz-se a soma de todas as despesas médico-hospitalares, depois diminuem-se os eventuais gastos não dedutíveis e o resultado é declarado nos 'Rendimentos Tributáveis e Deduções'. A partir daí, gera-se o montante do que efetivamente foi deduzido da base de cálculo do Imposto de Renda (IR) com o apoio de dados efetivos.

Cabe destacar, a dedução por item de despesa é apurada de acordo com as suas características específicas (fato gerador, base de cálculo do imposto a pagar e suas respectivas faixas de alíquota). Entretanto, embora não exista um teto como aquele imposto aos gastos das famílias com educação, deve-se observar a seguinte advertência: o montante da dedução da base de cálculo do imposto a pagar a partir da declaração dos gastos em saúde não pode ser superior ao valor do rendimento tributável, pois não há previsão legal para gerar imposto negativo no Brasil.

Conforme as regras vigentes relacionadas ao IRPF,<sup>9</sup> o cálculo da renúncia de arrecadação fiscal é realizado, agrupando os contribuintes segundo a base de cálculo e as correspondentes faixas de alíquotas. Desse modo, a partir do somatório de cada estrato, estima-se a renúncia de arrecadação associada à despesa médico-hospitalar. Por sua vez, como a despesa do contribuinte é registrada de acordo com o tipo de gasto, considerando seu percentual de participação, calcula-se o valor da renúncia para cada tipo de gasto. Essa metodologia, baseada na classificação individual dos contribuintes por faixas de alíquota, reproduz com fidelidade a apuração do imposto de renda e produz um resultado próximo à renúncia provocada pela dedução da despesa médico-hospitalar.

---

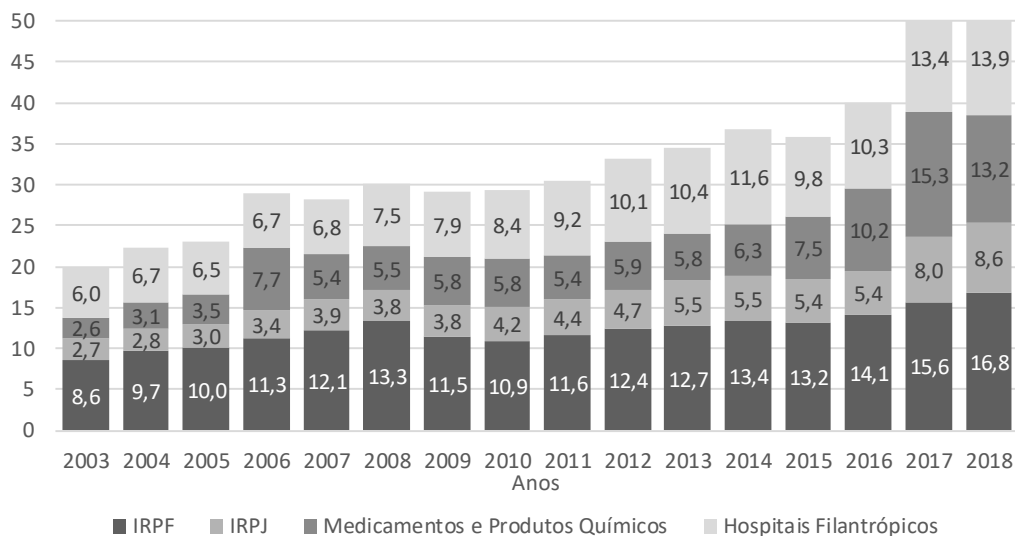
<sup>9</sup> De 2003 a 2008, a tabela do IRPF apresentava apenas três faixas alíquotas (0%, 15% e 27,5%) e, a partir de 2009, a tabela passou a apresentar cinco (0; 7,5%; 15%; 22,5%; 27,5%).

Agrega-se a isso, a renúncia relativa às despesas médicas é usufruída pelos contribuintes que entregaram a declaração do IRPF no modelo completo. Outra opção seria preencher a declaração no modelo simplificado, que faculta um desconto relativo a todas as deduções da base de cálculo (despesas médicas, dependentes, gastos com educação, contribuição para previdência etc.). Esse benefício tem base legal, permitindo a dedução da base de cálculo de 20% do rendimento tributável até o limite definido pelas normas vigentes no ano-calendário. A partir do modelo simplificado, no entanto, não é possível mensurar a perda de arrecadação decorrente da dedução das despesas médico-hospitalares sobre a base de cálculo do IRPF.

Posto isto, no contexto do ‘desfinanciamento’ do SUS, quais seriam os principais problemas da renúncia fiscal associada às despesas médico-hospitalares?

De um lado, reside em beneficiar os estratos superiores de renda, uma vez que 1% dos indivíduos mais bem posicionados na pirâmide da distribuição se apropria de 16,4% do total de tais subsídios (Gráfico 2). Vale assinalar, esse benefício se dá em detrimento de recursos financeiros na ordem de R\$ 17 bilhões em 2018 (Gráfico 3 e 4), que poderiam ser alocados para dobrar os recursos da Estratégia de Saúde da Família<sup>10</sup> ou para qualificar os serviços especializados (consultas médicas, cirurgias eletivas e exames de média complexidade tecnológica) – fundamentais para consolidar a proposta de universalização e integralidade da cobertura das ações e serviços prestados pelo SUS.

**Gráfico 3: Gasto Tributário em Saúde, segundo fontes<sup>1</sup> – 2003-2018 (em R\$ bilhões de 2018)**



Fonte: RFB

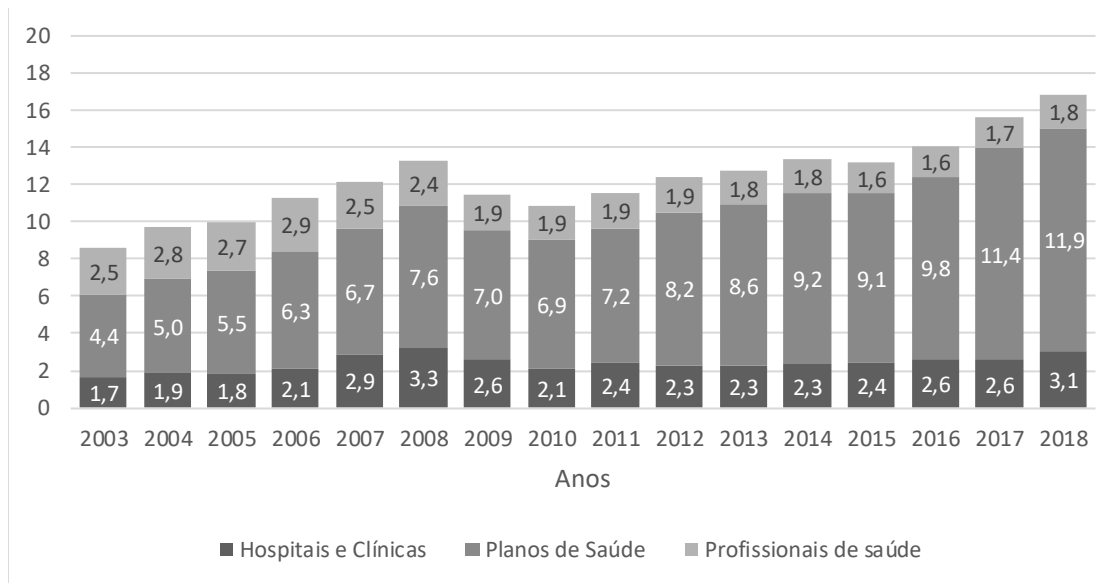
Elaboração do autor.

Nota:

1 – corrigido pelo IPCA médio de 2018

<sup>10</sup> Segundo o Relatório Anual de Gestão do MS do ano de 2019, a despesa empenhada com o programa de saúde da família atingiu aproximadamente R\$ 16 bilhões.

**Gráfico 4: IRPF – Gasto Tributário em Saúde, segundo tipo de gasto – 2003-2018 (em R\$ bilhões de 2018)**



Fonte: RFB

Elaboração do autor.

Nota:

1 – os dados relativos aos “hospitais e clínicas” e “profissionais de saúde” agregam tanto os nacionais quanto os internacionais;

2 – corrigido pelo IPCA médio de 2018.

Sem entrar no mérito dos subsídios destinados à oferta (indústria farmacêutica e hospitais filantrópicos), o Brasil segue uma tendência mundial, uma vez que não apenas os gastos com planos de saúde, mas também com profissionais de saúde, clínicas e hospitais, podem ser abatidos da base de cálculo do imposto a pagar para a pessoa física, o que diminui a capacidade de arrecadação do governo federal (não nos aprofundaremos na análise dos incentivos governamentais destinados à pessoa jurídica).

Uma vez que os mecanismos privados de financiamento tendem a afetar o orçamento público aplicado na saúde, como dissemos acima, pode-se questionar, de um lado, se a renúncia subtrai recursos do SUS que poderiam incrementar sua qualidade, e de outro, se ela restringe o acesso das classes populares a esse sistema, à medida que sua aplicação piora a distribuição do gasto público *per capita* para certos grupos da população.

Austrália, Canadá e Estados Unidos oferecem, ao seu modo, incentivos governamentais aos contribuintes, mediante a redução de impostos, para o consumo de planos de saúde.

Considerando a força do poder econômico, a renúncia fiscal operada nesses casos – menos transparente do que o gasto social direto – nos parece especialmente relevante, porque acabou ajudando o governo desses países a obter apoio dos estratos de renda mais altos (em alguns casos inclusive dos estratos intermediários, como na experiência do ObamaCare), dos prestadores privados e do mercado de planos de saúde, sem enfrentar frontalmente a resistência política dos cidadãos que defendem o sistema universal de saúde.

Em países onde o mercado de planos é inexpressivo, sem força para pressionar o governo, a renúncia fiscal foi ou é residual, como no caso da Inglaterra, Alemanha e França, que possuem sistemas organizados de acordo com os modelos de seguridade e seguro social. Na Inglaterra, a renúncia foi extinta para os idosos em 1997. Desde então não houve nenhum incentivo, dado que o mercado de serviços de saúde é demandado pelos empregadores e pelos indivíduos localizados nos estratos superiores de renda. Na Alemanha, não existem subsídios fiscais para a compra de planos, uma vez que as pessoas podem escolher se participam do sistema público ou privado, mas não podem utilizá-los simultaneamente (os gastos com seguro social, incluindo pensões, são dedutíveis da base de cálculo do imposto a pagar, porém é um montante limitado). Na França, no início dos anos 2000, o governo introduziu um mecanismo de

financiamento público para complementar a cobertura de planos de saúde, restrito tão somente aos indivíduos de baixa renda.

Dessa maneira, tirar eventuais lições a partir da análise das experiências internacionais pode contribuir para refletir sobre os desafios do caso brasileiro, sendo razoável que o Estado rediscuta as regras de aplicação desse subsídio, bem como avalie seus impactos, para torná-lo mais transparente diante da sociedade.

### 4.3 Os Impactos do Subsídio

Do ponto de vista das políticas públicas em saúde, os subsídios tendem a onerar o orçamento público e são inequitativos, mas existem restrições orçamentárias para o financiamento do SUS, visto que o Estado não pode fechar os olhos em face da tendência de custos e preços crescentes na assistência médica. Nesse quadro, qual seria a racionalidade da renúncia de arrecadação fiscal na área da saúde para o governo brasileiro?

Esse tipo de gasto indireto poderia atender os seguintes objetivos, de forma combinada ou não: patrocinar o consumo de planos de saúde; endurecer a regulação dos preços do mercado de planos; reduzir a fila e o tempo de espera nos serviços especializados do setor público; diminuir a carga tributária dos contribuintes que enfrentam gastos catastróficos em saúde; reduzir os gastos com bens e serviços privados de saúde da força de trabalho inserida no polo dinâmico da economia; e promover benefícios fiscais para certos grupos populacionais.

No entanto, é possível destacar dois impactos provocados com a introdução desse subsídio:

- (i) dado que o gasto público em saúde é baixo e boa parte dos problemas de gestão decorre exatamente dos problemas de financiamento do SUS, a renúncia subtrai recursos significativos do sistema, que poderiam incrementar seu acesso e melhorar sua qualidade. Além do mais, tais subsídios não desafogam absolutamente os serviços médico-hospitalares do SUS,<sup>11</sup> posto que os usuários de planos de saúde utilizam seus serviços (vacinação, vigilância em saúde, urgência e emergência, banco de sangue, transplante, hemodiálise, medicamentos de alto custo e serviços de alta complexidade tecnológica em particular na área cardiológica e oncológica). Dessa maneira, paradoxalmente, o sistema acaba socializando parte dos custos das operadoras – a exemplo do contencioso em torno do ressarcimento;
- (ii) a renúncia amplia a iniquidade do sistema de saúde, uma vez que piora a distribuição do gasto público per capita para os estratos inferiores e intermediários de renda: os 40% mais pobres se apropriam de cerca da metade dos gastos com internações hospitalares e de 45% das despesas com procedimentos ambulatoriais frente a uma participação da ordem de 10% para os 20% mais ricos. Na composição do total das despesas, cabe a metade mais pobre pouco mais de 55% frente a uma participação de 1/5 para os 30% mais ricos.

---

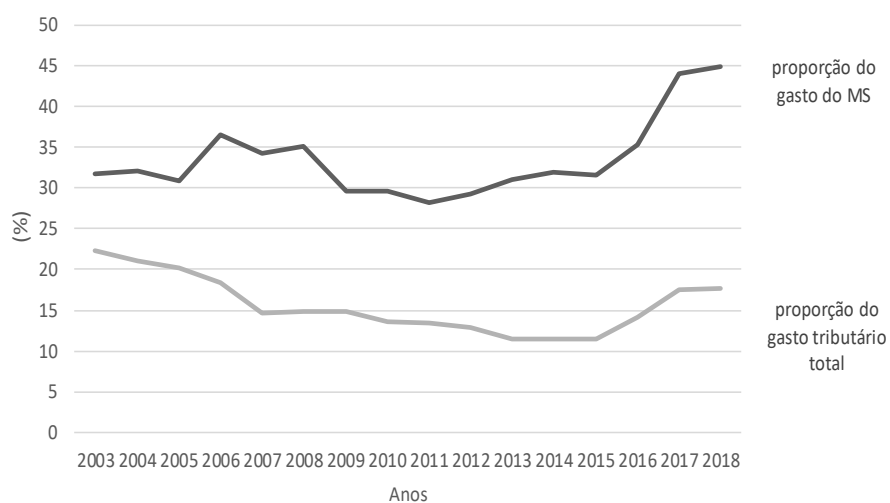
<sup>11</sup> À primeira vista, estudos internacionais constataam que a ‘cobertura duplicada’ pode contribuir para a iniquidade no perfil de oferta, acesso e utilização dos serviços de saúde, mostrando que os incentivos governamentais aplicados no mercado de planos de saúde enquanto estratégia para controlar gastos e melhorar o acesso no sistema público pode não ter efeitos positivos. Ademais, essa duplicação acaba patrocinando o setor privado naqueles serviços onde a população tem dificuldade de acesso no sistema público, geralmente consultas a especialistas, cirurgias eletivas, serviços de apoio e diagnóstico e medicamentos, não contribuindo com a missão dos sistemas universais de saúde, uma vez que é provável que o mercado prejudique mais do que contribua com o Estado, embora os efeitos variem dependendo da forma de financiamento privado.

Secundariamente, vejamos os possíveis impactos indiretos desse subsídio na regulação dos planos de saúde e na incidência da carga tributária do IRPF:

- (iii) no tocante à regulação, o subsídio associado ao consumo de planos de saúde poderia calibrar a política de reajustes de preços dos planos individuais praticada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Entretanto, constata-se que a taxa de inflação acumulada dos planos foi superior à taxa média de inflação da economia e do próprio setor saúde nos últimos vinte anos, evidenciado que o Estado não atuou no sentido de promover o bem-estar social, por meio da regulamentação substantiva dos preços, liberando o orçamento das famílias para o consumo de massa de bens duráveis e não-duráveis. Nada garante que a nova metodologia para o cálculo do reajuste anual dos planos de saúde individuais e familiares mudará esse cenário. Essa lacuna tende a se agravar, quando verificamos que os indicadores econômico-financeiros desse mercado apresentaram um desempenho satisfatório no período recente, reforçando a ideia de que, do ponto de vista das operadoras, esse subsídio tornou-se injustificável.

Uma vez que a Emenda Constitucional – EC 95 (teto da despesa primária) não restringiu o crescimento do gasto tributário (tampouco o pagamento das despesas financeiras), o valor total do gasto tributário em saúde vem subindo nos últimos anos como proporção dos gastos diretos do MS e das desonerações fiscais (Gráfico 5)

**Gráfico 5: Gasto Tributário em Saúde, % Gasto Tributário Total e do Gasto do Ministério da Saúde– 2003-2018**



**Fonte:** Ministério da Saúde (MS) e Receita Federal do Brasil (RFB)/Centro de Estudos Tributários e Aduaneiro (CETAD)  
Elaboração do autor.

Vê-se em especial que o montante da renúncia associada à despesa médico-hospitalar do IRPF não é limitado pelo MS, tampouco pelo Ministério da Economia (ME): condicionada pela renda, essa depende, exclusivamente, do nível de gastos em saúde dos contribuintes. Nesse sentido, não foi à toa que o ME propôs alterações na estrutura de tributação do IRPF, que poderiam aprimorar o sistema tributário, à luz dos impactos distributivos. Visando compensar uma eventual supressão das deduções de despesas médicas, estudo do ME simulou reduzir a carga tributária do IRPF em torno de 8% para cada alíquota vigente, calculando uma estimativa de renúncia cujo valor seria ligeiramente inferior ao total de gastos tributários com a dedução de despesas médicas. Assim, a fim de não haver aumento de carga tributária, a eliminação do subsídio seria compensada com a redução das alíquotas de IRPF vigentes, suavizando a projeção do montante da renúncia no longo prazo e mitigando distorções alocativas decorrentes da renúncia fiscal em saúde no curto prazo.



Em suma, tendo em mente esses impactos provocados pela renúncia, o poder executivo não pode desistir do seu papel de regular o gasto tributário em saúde, cujo desenho dependerá do projeto institucional do governo para o setor, bem como do seu poder de barganha para superar os conflitos distributivos na arena setorial e para resistir à sua captura pelo mercado de planos de saúde.

#### 4.4 Conflito Distributivo e Limites da Intervenção Governamental

Considerando as relações contraditórias entre o sistema público e o ‘subsistema’ privado de saúde no Brasil, parece aceitável que o Estado atenuar o conflito distributivo decorrente dos impactos desse subsídio – que favorece os estratos superiores de renda – em especial sobre o financiamento do SUS e o primado da equidade.

Vale dizer, no Brasil, esse tipo de incentivo governamental não é novidade nas relações econômicas estabelecidas entre o Estado e o mercado de serviços de saúde, e, portanto, seria natural esperar que esse gasto tributário fosse ao menos justificado nas diretrizes do MS.

Contudo, para além das restrições oriundas da política de austeridade, o ponto a ser destacado repousa na seguinte constatação: dado que os atores institucionais e sociais envolvidos nesse processo têm uma expectativa difusa em relação a determinadas alterações na renúncia associada às despesas médico-hospitalares, esse conflito não encoraja a adoção de medidas governamentais no curto prazo, por diversas razões:

(i) no plano teórico, a renúncia não é vista como peça-chave para a reprodução do sistema de saúde duplicado e paralelo. Afinal de contas, não se trata de desoneração fiscal qualquer; pelo contrário, essa foi historicamente essencial para o nascimento e a dinâmica do mercado de planos de saúde;

(ii) no plano econômico, os efeitos da crise econômica do período entre 2015 e 2016, que expulsou mais de 3 milhões de usuários de planos de saúde, devido ao aumento do desemprego e queda da renda, continuaram pressionando o SUS no período seguinte, em especial com o surgimento da covid-19 em 2020.

(iii) no plano político, contrariar determinados interesses enraizados na relação Estado/sociedade pode gerar realinhamentos imprevisíveis no ciclo político-eleitoral. No primeiro momento, a legitimidade de redução, eliminação ou focalização do subsídio poderia ser contestada pelas ‘classes médias’, que tem certa influência na opinião pública;<sup>12</sup> pelos trabalhadores do setor público, privado e das empresas de economia mista, que perderiam todo ou parte do subsídio; pelas operadoras de planos de saúde, por clínicas e hospitais privados e pelos profissionais de saúde, que perderiam também parte da sua receita, uma vez que o gasto tributário funciona como patrocínio para o consumo de bens e serviços privados;<sup>13</sup>

(iv) no plano institucional, não se pode deixar de registrar que os poderes executivo, legislativo e judiciário – isto é, o núcleo do poder decisório do Estado brasileiro – é coberto por planos privados de saúde ou por formas híbridas como os planos de autogestão, e contam com benefícios da renúncia de arrecadação fiscal. Além disso, seus membros recebem incentivos da União, sob a forma de salário indireto, para o consumo de bens e serviços privados de saúde.

---

<sup>12</sup> Analisando os gastos médico-hospitalares das famílias no IRPF, segundo faixas do salário-mínimo mensal, verifica-se que os contribuintes com renda mensal entre três e trinta salários-mínimos correspondem a maior parcela das deduções com tais gastos, girando em torno de 80%.

<sup>13</sup> Caso as autoridades governamentais decidissem alterar a renúncia fiscal associada ao Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ), os empregadores poderiam sofrer um aumento do custo da mão de obra com o fim do abatimento desse salário indireto, embora com a possibilidade de proteger-se via remarcação de preços.

Em que pese o realismo desse cenário, para reverter esse quadro, uma alternativa seria aumentar os recursos financeiros e melhorar a qualidade do SUS, bem como ampliar a capacidade regulatória do Estado sobre os planos empresariais de saúde. O setor público passaria a atrair segmentos da clientela da medicina privada, tendo-se como resultado a redução dos gastos das famílias e dos empregadores.

Se, de um lado, isto poderia permitir o apoio político para reduzir, eliminar ou focalizar a renúncia, de outro, exigiria que o próprio gasto tributário fosse alocado de forma equitativa na atenção primária (prevenção) e na atenção secundária (exames, consultas especializadas e cirurgias ambulatoriais) para melhorar, substancialmente, as condições de acesso e utilização do SUS. Entretanto, se este caminho parece crível, sua extensão e sua profundidade dependem do crescimento da economia e da produtividade do SUS e do caráter anticíclico da política fiscal.

De qualquer maneira, não é recomendável naturalizar a renúncia – aceitá-la como natural, uma vez que resultou da ação humana, condicionada por interesses econômicos e políticos, em certo período histórico –, tampouco manter desregulada sua aplicação, afastada de valores, normas e práticas que possibilitem o exercício do controle governamental, sob o marco constitucional do SUS.

O que precisa ser verificado é um conjunto de evidências que, neste momento, estão indicando a seguinte constatação: a renúncia da arrecadação fiscal induz o crescimento do mercado de planos de saúde – em detrimento do fortalecimento do SUS – e, também, gera situação de injustiça distributiva, ao favorecer os estratos superiores de renda e determinadas atividades econômicas lucrativas.

#### 4.5 Considerações Finais

Para dar sequência a essa avaliação preliminar, seria interessante, além de organizar uma metanálise dos resultados produzidos nesta fase preliminar, preparar oficinas temáticas e elaborar questionários dirigidos às autoridades governamentais, bem como aos atores atingidos direta ou indiretamente por esse benefício.

Essas ações permitiriam uma percepção mais clara dos limites e possibilidades para se alcançar os objetivos esperados a partir de eventuais alterações no *modus operandi* da renúncia, assegurando o comprometimento da burocracia governamental com a viabilidade da proposta. Fora de dúvida, implementar mudanças ou ajustes na lógica de funcionamento da renúncia fiscal das despesas médico-hospitalares exige a identificação de indicadores de metas e desempenho para se examinar *a posteriori* seus impactos fiscais e sociais.

De maneira diversa da área da educação, cujo limite de dedução permaneceu em R\$ 3.561,50 por dependente na DIRPF de 2020, não existe um teto na saúde – a não ser o próprio rendimento tributável do titular do modelo de declaração completo. Em primeiro exame, a ideia de definir um teto para limitar o crescimento exponencial da renúncia no longo prazo pode ser medida fiscal e socialmente responsável, desde que se respeitem determinadas pré-condições, que poderiam ser adotadas desde já pelo governo federal:

(i) ampliação dos recursos destinados ao SUS, que hoje se encontra “desfinanciado”, a partir do espaço fiscal aberto com a redução do abatimento;

(ii) regular preço, cobertura e qualidade dos planos empresariais de saúde, que são a maioria do mercado, objetivando garantir o bem-estar e reduzir os gastos das famílias e dos empregadores em geral com bens e serviços privados de saúde;

(iii) uma vez que essa forma de renúncia se aplica de igual modo ao empregador, quando paga planos de saúde a seus empregados, reduzir esse subsídio não pode ser descartado *a priori* pelas autoridades governamentais. Essas despesas operacionais podem ser abatidas do lucro tributável<sup>14</sup> e sua mitigação deve ter um impacto positivo sobre a arrecadação (a renúncia fiscal da saúde associada ao IRPJ atingiu R\$ 8,3 bilhões em 2018);

(iv) diminuir deduções concentradas na cauda superior da distribuição de renda, visando desonerar o peso da redução do abatimento das despesas médico-hospitalares sobre as ‘classes médias’, as quais, em geral, estão submetidas a uma alíquota média efetiva progressiva dentro do IR.<sup>15</sup> Um exemplo de dedução com esse perfil é aquela concedida aos contribuintes decorrentes de acidentes de trabalho e a presença de moléstias graves (Lei 7.713/88, art. 6º, XIV), cujo 1% situado no topo detém 49% do total da isenção, que totalizou algo em torno de R\$ 15 bilhões em 2019.

Posto isto, tudo mais constante, tendo em mente estimular o debate entre as instituições participantes do CMAP, gostaríamos de propor a adoção de um valor-teto, que seja aplicado à dedução de despesas médicas do IRPF, da mesma forma como ocorre para a dedução de despesas com educação.

Posto isto, tudo mais constante, embora isso represente, em primeiro exame, um aumento da carga tributária para quem ganha acima de 30 salários-mínimos por mês, tendo em mente estimular o debate entre as instituições participantes do CMAP, gostaríamos de propor a adoção de um teto, que se fosse aplicado na DIRPF de 2021 (ano-calendário 2020) seria de **R\$ 9.491,34**, valor em que se buscou representar a média em despesas com saúde pelos indivíduos com rendimento total bruto entre 20 e 30 salários mínimos (ver Apêndice A), com uma estimativa de arrecadação marginal entre **R\$ 4,2** e **R\$ 4,5 bilhões** (ver Apêndice A).

Afinal de contas, a renúncia pode gerar situação tão regressiva da ótica das finanças públicas – ao favorecer os estratos superiores de renda e o mercado de planos de saúde –, que alguns países impuseram tetos ou desenharam políticas para reduzir ou focalizar sua incidência.

---

<sup>14</sup> A fonte de informação utilizada para o cálculo da renúncia da despesa com assistência médica, odontológica e farmacêutica da pessoa jurídica é a Declaração de Informações Econômico-Fiscais da Pessoa Jurídica (DIPJ). Nessa declaração, o contribuinte apura a base de cálculo do IRPJ e preenche o valor dessa despesa operacional em um campo específico, equivalendo, na prática, a uma dedução da base de cálculo do IR. A rigor, o cálculo consiste em subtrair a parcela não dedutível do total da despesa operacional com assistência e sobre esse resultado aplicar a alíquota específica do IRPJ. Ressalta-se que esse benefício fiscal somente pode ser utilizado por empresas que apuram o IRPJ pela sistemática do lucro real (por definição, a apuração da base de cálculo pela sistemática do lucro presumido não permite deduções).

<sup>15</sup> De acordo com Unafisco (2020), a alíquota de IRPF é progressiva até o rendimento total bruto de 30 salários-mínimos mensais.

## 5 Estimação de Demanda por Serviços Públicos e Privados de Saúde

### 5.1 Introdução

Conforme Menezes *et al.* (2006) pode-se dizer que o sistema de saúde é financiado por duas fontes distintas: pública e privada. Na América Latina, por exemplo, a participação de recursos públicos é inferior a 50%. Por sua vez, nos países da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), esse percentual é de aproximadamente 70%. Ainda segundo esses autores, no caso do Brasil, aproximadamente 7,6% do PIB são alocados no setor da saúde, sendo que a parcela de gastos privados representaria 58,4%, i.e., 4,44% do PIB.

Maia (2012) argumenta que a partir da Constituição Federal de 1988, a Saúde e a Assistência à Saúde tornaram-se uma área prioritária no Brasil, sendo o setor público o financiador de um sistema de saúde nacional, com o setor privado atuando de forma complementar. Importante destacar que o mercado de assistência se caracteriza pela forte incerteza, a qual se dá pelo lado da demanda, uma vez que os consumidores falham em uma autoavaliação do seu estado de saúde, bem como são incapazes de quantificar a assistência necessária para restabelecer seu estado de saúde e, dessa forma, acabam estabelecendo uma demanda individual irregular ao longo do tempo. Segundo Arrow (1963), pode-se dizer que essa incerteza existe uma vez que há assimetria de informação entre os agentes desse mercado.

Nesse sentido, Grossman (1972) propõe uma abordagem em que se considera a assistência à saúde como uma demanda derivada, i.e., os consumidores demandariam bens e serviços de saúde, uma vez que esses caracterizam-se como sendo um insumo para a saúde. Dito isso, percebe-se a importância de uma análise empírica do comportamento do consumidor quanto à demanda por bens e serviços de saúde, i.e., uma análise da demanda individual por assistência à saúde. Dessa forma, uma vez que Menezes *et al.* (2018) destacaram que a parcela de gastos privados representaria 58,4% dos gastos com saúde no Brasil, então, pode-se dizer que, para uma análise mais robusta sobre o sistema de saúde brasileiro, se faz necessário estudar o comportamento das famílias por insumos para a saúde, i.e., a parcela privada da demanda das famílias por bens e serviços de saúde.

Este estudo tem por objetivo geral a estimação da função demanda por serviços públicos e privados de saúde, visando a obtenção de estimativas de elasticidade-preço da demanda, e de elasticidade-renda da demanda. Por meio da estimação de uma função demanda por bens e serviços de assistência à saúde (planos e seguros de saúde, tratamento dentário, consultas médicas e exames) torna-se possível recuperar as elasticidades (preço e renda) da demanda para esses produtos. A elasticidade caracteriza-se como sendo a mudança percentual na quantidade demandada dada uma mudança percentual no preço dos bens e serviços ou na renda das famílias. Complementarmente, com base nas estimativas de elasticidades a serem obtidas, realiza-se um cálculo do impacto orçamentário de alterações na política de dedução das despesas médicas no Imposto de Renda Pessoa Física.

A elasticidade da demanda é uma medida da capacidade de resposta da demanda do produto às mudanças em um de seus determinantes. Os determinantes da demanda para os quais as medidas de elasticidade são normalmente calculadas são o preço do bem ou serviço, a renda do consumidor e os preços dos bens ou serviços relacionados. As medidas de elasticidade são particularmente úteis porque se concentram nas magnitudes relativas das mudanças, e não às magnitudes absolutas. Como tal, as medidas de elasticidade não têm unidades de medida. Essa característica as torna particularmente úteis para comparar as respostas da demanda entre produtos, países e indivíduos.

## 5.2 Referencial Teórico

Antes de se detalhar a estratégia empírica utilizada, é necessário rever alguns conceitos de teoria microeconômica para melhor interpretação dos resultados econométricos a serem obtidos. E, na sequência, realizar um breve referencial teórico sobre elasticidade-preço e elasticidade-renda da demanda para serviços de saúde.

### 5.2.1 Elasticidade-Preço da Demanda e Elasticidade-Renda da Demanda

Segundo Varian (2016, p. 273-283) e Góes (2002, p. 57-65), a elasticidade-preço da demanda mede a sensibilidade na quantidade demandada ( $Q_d$ ) quando se faz uma variação no preço ( $P$ ) de um bem. A demanda de um bem pode ser elástica, inelástica ou de elasticidade unitária. A **demanda é elástica** quando uma pequena variação no preço causa proporcionalmente uma grande variação na quantidade demandada. A **demanda é inelástica** quando é insensível à variação de preço, isto é, uma grande variação de preço causa proporcionalmente uma pequena variação na quantidade demandada. A **demanda é de elasticidade unitária** quando uma variação no preço causa uma variação na quantidade demandada na mesma proporção. O coeficiente de elasticidade-preço da demanda ( $\varepsilon_d$ ) é definido como a razão entre a variação percentual na quantidade demandada e a variação percentual no preço, isto é:  $\varepsilon_d = \% \Delta Q_d / \% \Delta P$ . Há três situações possíveis de serem analisadas:<sup>16</sup> (i) **Demanda Elástica** ( $|\varepsilon_d| > 1$ ): as variações na quantidade demandada são proporcionalmente maiores que as variações de preço ( $\% \Delta Q_d > \% \Delta P$ ); (ii) **Demanda Inelástica** ( $|\varepsilon_d| < 1$ ): as variações na quantidade demandada são proporcionalmente menores que as variações de preço ( $\% \Delta Q_d < \% \Delta P$ ); (iii) **Demanda de Elasticidade Unitária** ( $|\varepsilon_d| = 1$ ): as variações na quantidade demandada são proporcionalmente iguais às variações de preço ( $\% \Delta Q_d = \% \Delta P$ ). É importante lembrar que a elasticidade-preço da demanda, exceto para os bens de Giffen e os bens de Veblen,<sup>17</sup> será sempre negativa, pois preço e quantidade demandada apresentam uma relação inversa. Por essa razão, para se evitar ambiguidades, considera-se o valor em módulo.

Além disso, Varian (2016, p. 283-284) e Góes (2002, p. 75-82) ensinam que a elasticidade-renda da demanda mede a sensibilidade na quantidade demandada ( $Q_d$ ) quando se varia a renda do consumidor ( $R$ ). A elasticidade-renda é utilizada para classificar um bem como superior, normal ou inferior. O coeficiente de elasticidade-renda da demanda é definido como a razão entre uma variação percentual na quantidade demandada e a variação percentual na renda, isto é:  $\varepsilon_R = \% \Delta Q_d / \% \Delta R$ . Há quatro situações possíveis de serem analisadas: (i) **Bem Superior, Bem de Luxo ou Bem Supérfluo** ( $\varepsilon_R > 1$ ): a quantidade demandada da mercadoria sobe proporcionalmente mais do que a renda, isto é, a demanda é elástica em

<sup>16</sup> Quando a **demanda é inelástica**, então as variações na quantidade demandada são proporcionalmente menores que as variações de preço ( $\% \Delta Q_d < \% \Delta P$ ). Quando a demanda é inelástica, a receita marginal é negativa. O aumento de preço provoca aumento de receita total e no dispêndio total (gasto do consumidor), ao passo que redução de preço causa diminuição da receita total e do dispêndio total. Ou seja, a receita total e o preço, bem como os gastos do consumidor (dispêndio) e o preço são grandezas diretamente proporcionais. Além disso, a receita total é uma função decrescente da quantidade.

Quando a **demanda possui elasticidade unitária**, então as variações na quantidade demandada são proporcionalmente iguais às variações de preço ( $\% \Delta Q_d = \% \Delta P$ ). Variações (aumento ou redução) no preço não afetam a receita total, já que o percentual de variação no preço corresponde a igual percentual de variação na quantidade. Além disso, o dispêndio total (gasto do consumidor) não se altera quando se faz variações no preço. A receita total é máxima. A receita marginal é nula.

Quando a **demanda é elástica**, as variações na quantidade demandada são proporcionalmente maiores que as variações de preço ( $\% \Delta Q_d > \% \Delta P$ ). A receita marginal é positiva. Além disso, a receita total e o preço, bem como o dispêndio total (gastos dos consumidores) e o preço são grandezas inversamente proporcionais, isto é, um aumento no preço causa uma redução da receita total e do dispêndio total, e vice-versa. A receita total é uma função crescente da quantidade.

<sup>17</sup> Apenas os bens que não se ajustam à lei geral da demanda, como os bens de Veblen e os Bens de Giffen, têm elasticidade-preço da demanda positiva.

relação à variação da renda; (ii) **Bem Normal** ( $0 < \varepsilon_R \leq 1$ ): um aumento na renda leva a um aumento na quantidade consumida em uma proporção menor ou igual à do aumento na renda, isto é, esse bem pode ter demanda inelástica (pouco sensível) ou unitária em relação à renda; (iii) **Bem Inferior** ( $\varepsilon_R < 0$ ): com um aumento da renda, a quantidade demandada da mercadoria diminui, ou seja, a elasticidade-renda é negativa; (iv) **Bem de Consumo Saciado** ( $\varepsilon_R = 0$ ).

Por um lado, espera-se que a demanda por serviços de saúde seja relativamente inelástica ao preço, em grande parte porque há poucos substitutos próximos para os serviços médicos. Por outro lado, as características de um produto podem ajudar a prever a magnitude das elasticidades-renda. Espera-se que os produtos de primeira necessidade (isto é, bens normais) sejam relativamente inelásticos ou de elasticidade unitária em termos de renda, ao passo que se espera que a demanda por bens discricionários (isto é, bens superiores) seja relativamente sensível às mudanças na renda, em outras palavras, bens elásticos. Classificar os serviços de saúde em geral na categoria de primeira necessidade ou discricionária é bastante difícil. Há uma grande variação entre os serviços médicos: tratamento médico para prevenir problemas cardíacos pode ser classificado como bem de primeira necessidade, ao passo que cirurgia estética pode ser considerada bem de luxo.

### 5.2.2 Literatura Nacional sobre Elasticidade-Preço da Demanda e Elasticidade-Renda da Demanda de Serviços de Saúde

Estudos sobre elasticidade-preço da demanda e elasticidade-renda da demanda de serviços de saúde ainda são bastante escassos para o Brasil, mas destacam-se os estudos de Asano e Fiuza (2003), Menezes *et al.* (2006) e de Hoffmann (2010).

Asano e Fiuza (2003) estimaram um sistema de demanda de consumo brasileiro através de dados de dispêndios das famílias, que cobrem todas as categorias de consumo, e de um novo conjunto de índices regionais de custo de vida. As fontes de dados de dispêndios foram as duas Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF) do IBGE, realizadas em 1986/87 e 1995/96, que coletaram dados das nove áreas metropolitanas, Distrito Federal e município de Goiânia, e que serviram de base para as atualizações do Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor. Os índices de preços correspondentes foram construídos a partir de preços detalhados de bens e serviços, tornados públicos pelo IBGE para cada uma das regiões pesquisadas. Em termos de elasticidade-preço da demanda, a saúde foi considerada inelástica.

Menezes *et al.* (2006) buscaram analisar o gasto das famílias, com um foco especial nos gastos com saúde, a partir da estimação de uma função demanda por bens e serviços da área de saúde (por exemplo, planos de saúde, medicamentos etc.), visando calcular as elasticidades preço e renda desses produtos. Utilizando-se os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2002-2003, reproduz-se a estratégia empírica utilizada por Asano e Fiuza (2003), mas com a modificação de se utilizar um índice de preços de Stone no modelo AIDS, e a estimação da demanda em dois estágios resultou, em linhas gerais, em uma elasticidade-renda da saúde maior que a unidade, ao passo que a saúde é considerada um bem inelástico pelas estimativas de elasticidade preço. Esse resultado é válido para todos os subgrupos de saúde.

Utilizando-se os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-2009, Hoffmann (2010) apresenta estimativas das elasticidades-renda de várias categorias de despesa (alimentação no domicílio, alimentação fora do domicílio, despesas com habitação, educação, transporte, cuidados com a saúde etc.) e para grande número de alimentos. O método econométrico consiste em calcular a despesa média em dez classes de renda familiar *per capita* e estimar uma função poligonal com três segmentos mostrando como o logaritmo da despesa *per capita* média por classe varia em função do logaritmo da renda *per capita*. Também são estimadas as elasticidades-renda do consumo físico de alimentos. Quanto às despesas com assistência à saúde, a elasticidade-renda da demanda obtida foi 0,91.

### 5.3 Especificação Econométrica

Neste estudo, estima-se a forma funcional da função demanda apresentada por Deaton e Muellbauer (1980) e aplicada no caso brasileiro por Asano e Fiuza (2003), conhecida por método de dois estágios do sistema de demanda quase ideal (*Almost Ideal Demand System - AIDS*), com as modificações propostas por Menezes *et al.* (2006).

Proposto por Deaton e Muellbauer (1980), o modelo AIDS ganhou bastante popularidade devido a sua flexibilidade em representar sistemas de demanda por produtos diferenciados. O modelo funciona a partir da ideia de níveis: o consumidor escolhe alocar seus recursos primeiro em um produto agregado (refrigerante, por exemplo) e outros bens substitutos, e depois escolhendo um produto dentre os bens que compõe o agregado (uma marca de refrigerante em particular, por exemplo). Contudo, o índice de preços utilizado no modelo AIDS é um componente não linear, o que pode resultar em problemas de falta de convergência decorrente de sua não linearidade. Visando superar esses problemas, utiliza-se um índice de Preços de Stone, de modo que essa aproximação linear do modelo AIDS é conhecida na literatura como LAIDS - *Linear Almost Ideal Demand System* (HUSE; SALVO, 2006; MENEZES *et al.*, 2006).

A estratégia empírica adotada primeiramente estima quanto o consumidor escolhe gastar entre oito grupos de produtos, a saber: alimentação; habitação; vestuário; transporte; saúde; higiene e despesas pessoais; recreação e fumo; e educação. Posteriormente, dentro do grupo saúde estima-se quanto o consumidor gastaria em cinco subgrupos: remédios; planos e seguros de saúde; tratamento dentário; consultas médicas e exames. A especificação empregada para os grupos é a seguinte:

$$y_{rmk} = \beta_0 + \sum \alpha_{rs} \ln p_{rm} + \theta_r \ln [x_{mk} / P^*] + \varepsilon_{rmk} \quad (1)$$

em que  $y_{rmk}$  é a participação do grupo  $r$  na faixa de renda  $k$  da unidade federativa  $m$ ; por sua vez,  $\ln p_{rm}$  é o logaritmo natural do preço dos produtos por grupo  $r$  no estado  $m$ ; enquanto  $x_{mk}$  caracteriza-se como sendo a renda média das famílias da faixa de renda  $k$  do estado  $m$  e  $\varepsilon_{rmk}$  é o termo estocástico de erro. Por fim,  $P^*$  corresponde ao *Stone price index* sendo dado por:

$$\ln P^* = \sum y_{rmk} \ln p_{rm}$$

Já para estimar quanto o consumidor irá gastar em cada um dos cinco subgrupos, empregou-se uma especificação semelhante à anterior:

$$y_{i(r)mk} = \beta_0 + \sum \alpha_{i(r)s} \ln p_{i(r)m} + \theta_{i(r)} \ln [x_{mk} / P^*] + \varepsilon_{i(r)mk} \quad (2)$$

Contudo, a diferença entre essa última especificação e a anterior se concentra na estimação da participação do produto  $i$  nos gastos totais com o grupo  $r$ . Após estimar esse sistema de demandas, é possível recuperar as elasticidades renda e preço, sendo que essas elasticidades são dadas por:

$$\gamma_r = 1 + \frac{\theta_r}{y_r} \quad e \quad \vartheta_{rs} = \frac{\alpha_{rs} - \theta_r y_s}{y_r} - \delta_{rs}$$

em que a participação para cada grupo de produtos no orçamento familiar é dada por:

$$\gamma_r = (P_r, Q_r) / x$$

Ademais, tem-se que  $\gamma_r$  é definido como a elasticidade-renda da demanda,  $\vartheta_{rs}$  caracteriza-se como sendo a elasticidade-preço da demanda, enquanto  $\delta_{rs}$  é o delta de Kronecker, isto é:

$$\delta_{rs} = \begin{cases} 1, & \text{se } r = s \\ 0, & \text{se } r \neq s \end{cases}$$

Já os vetores de índices de preço e quantidade são respectivamente,  $P_r$  e  $Q_r$ . Como destacado em Menezes *et al.* (2006), para estimar o sistema de equações deve-se adotar o procedimento de excluir uma das equações.<sup>18</sup> Ademais, chama-se atenção para que os preços das demais equações devem ser normalizados pelo preço da equação excluída da estimação. Esse procedimento se justifica para que a propriedade de homogeneidade seja mantida. Sendo assim, nesse estudo optou-se por excluir a equação de educação para os grupos bem como a equação de exames para os subgrupos. Chama-se a atenção para o fato de que o presente estudo se diferencia com relação ao trabalho de Menezes *et al.* (2006), uma vez que esse último utilizou nove regiões metropolitanas<sup>19</sup> enquanto neste estudo foram consideradas as 27 unidades federativas brasileiras.

## 5.4 Descrição dos Dados e Tratamento das Variáveis

Os dados utilizados para calcular as elasticidades da área da Saúde foram os microdados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano 2017-2018.<sup>20</sup>

**Tabela 4: Estatística descritiva dos subgrupos para o setor de saúde.**

Variáveis	P25	Mediana	Média	P75
Remédios	R\$ 10,36	R\$ 22,18	R\$ 49,02	R\$ 50,19
Planos e seguros de saúde	R\$ 129,15	R\$ 354,85	R\$ 739,56	R\$ 874,07
Tratamento dentário	R\$ 99,75	R\$ 210,78	R\$ 536,70	R\$ 492,95
Consultas médicas	R\$ 89,89	R\$ 152,38	R\$ 197,97	R\$ 251,49
Exames	R\$ 60,31	R\$ 117,95	R\$ 173,93	R\$ 201,06

**Nota:** Elaboração da SPE com base na POF 2017-2018.

Os dados foram agregados em dez faixas de rendas por cada unidade federativa do Brasil. Sendo assim, trabalhou-se com 296 observações por grupos de produtos. Assim como em Menezes *et al.* (2006), os grupos de produtos seguem a agregação do IBGE: alimentação; habitação; vestuário; transporte; saúde; higiene e despesas pessoais; recreação e fumo; e educação assim como os subgrupos também seguem a agregação do IBGE: remédios; planos e seguros de saúde; tratamento dentário; consultas médicas e exames. As regiões estudadas foram as 27 unidades federativas do Brasil.

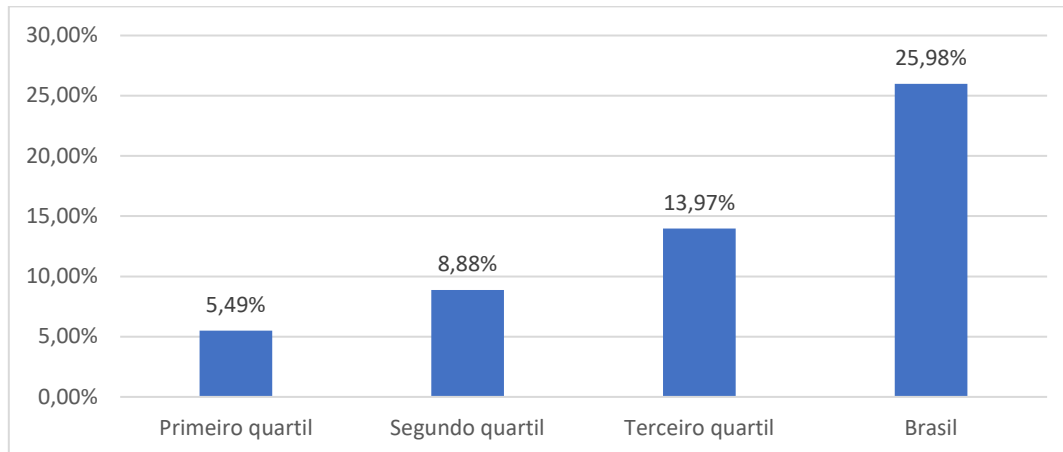
<sup>18</sup> “Qualquer que seja a equação retirada, o resultado não se altera” (Menezes *et al.*, 2006).

<sup>19</sup> Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, Porto Alegre, Goiânia e Distrito Federal.

<sup>20</sup> De modo geral, a POF avalia as estruturas de consumo, de gastos, de rendimentos e parte da variação patrimonial das famílias, oferecendo um perfil das condições de vida da população a partir da análise dos orçamentos domésticos. Além das informações diretamente associadas à estrutura orçamentária, várias características dos domicílios e das famílias são também investigadas, incluindo a autoavaliação subjetiva sobre qualidade de vida. Os resultados da pesquisa possibilitam, ainda, estudar a composição dos gastos das famílias segundo as classes de rendimentos, as disparidades regionais, as situações urbana e rural, a difusão e o volume das transferências entre as diferentes classes de renda, bem como a dimensão do mercado consumidor para grupos de produtos e serviços. A pesquisa tem como unidade de investigação o domicílio e é realizada por amostragem.



**Figura 1: Percentual de pessoas que tiveram gasto com planos de saúde, segundo grupo de renda.**



**Nota:** Elaboração da SPE com base na POF 2017-2018.

Assim como em Garcia *et al.* (2015) percebe-se da Figura 1 que, à medida que a renda das famílias cresce, a proporção de pessoas com planos e seguros de saúde também se eleva. Ademais, nota-se que o total de pessoas com plano e seguro de saúde na POF 2017-2018 totalizou 53,7 milhões de pessoas, aproximadamente 26% da população da população brasileira. Já da Tabela 4, percebe-se que a amplitude entre o percentil 25 e 75 é significativa para todos os subgrupos do setor de saúde. Por exemplo, para o subgrupo planos e seguros de saúde, o gasto das famílias do percentil 25 representa apenas 14,78% do gasto das famílias no percentil 75, cuja amplitude desse subgrupo é de R\$ 744,92. Por outro lado, as despesas com exames foi o subgrupo que apresentou a maior proporção entre o percentil 25 e 75,  $\left(\frac{60,31}{201,06}\right) \times 100 \sim 30\%$ ; e cuja amplitude totalizou R\$ 140,75.

## 5.5 Análise dos Resultados

Na abordagem metodológica utilizada para estimar as equações (1) e (2), usou-se o estimador *Seemingly Unrelated Regression* (SUR). As estimações econométricas foram realizadas usando o *software* estatístico R.

A Tabela 5 apresenta os resultados para os sete grupos de produtos usando-se a POF 2017-2018, comparando-os com os resultados obtidos por Asano e Fiuza (2003), bem como Menezes *et al.* (2006), os quais usaram a POF 2002-2003. Apesar de uma ampla variedade de métodos empíricos e fontes de dados existentes em estudos anteriores, os resultados aqui obtidos são consistentes ao indicar que a elasticidade-preço da demanda por serviços de saúde é inelástica ( $|0,73|$ ), corroborando as evidências empíricas obtidas na literatura.

**Tabela 5: elasticidade-preço da demanda para os oito grupos de produtos**

Grupo de produtos	Elasticidade-preço da demanda			
	SPE (2021)	Menezes <i>et al.</i> (2006) <sup>(1)</sup>	Asano e Fiuza (2003)	
			1995/1996 <sup>(2)</sup>	1987/1988 <sup>(3)</sup>
Alimentação	0,45	0,46	0,39	0,38
Habitação	0,28	0,81	0,77	0,77
Vestuário	0,91	1,00	0,68	0,67
Transporte	0,54	1,50	0,91	0,92
Saúde	0,73	0,82	0,66	0,71
Higiene e despesas pessoais	0,94	1,96	0,88	0,96
Recreação, cultura e fumo	0,70	1,34	-	-

**Nota:** Elaboração da SPE com base na POF 2017-2018.

1 – Menezes *et al.* (2006), Tabela 10 – Elasticidade-Renda, Preço e Preço-Cruzada Compensada para os grupos de produtos não duráveis na POF de 2002-2003, p. 338.

2 – Asano e Fiuza (2003), “Table 5 – Total consumption expenditure and price elasticities – restricted model – 1995/96”, p. 277. Usa-se dados da POF 1995/1996.

3 – Asano e Fiuza (2003), “Table 4 – Total consumption expenditure and price elasticities – restricted model – 1987/99”, p. 276. Usa-se dados da POF 1987/1988.

Conforme descrito na Tabela 6 a seguir, em termos de elasticidade-renda da demanda, os resultados aqui obtidos indicam tratar-se de bens superiores, com exceção de alimentação e transporte. Ou seja, para esses grupos de produtos, a quantidade demandada aumenta mais que proporcionalmente com o crescimento da renda. Isso ocorre uma vez que estes bens são considerados bens de luxo, sendo que as maiores elasticidades-renda foram apresentadas para os grupos de produtos saúde e recreação, cultura e fumo. Por exemplo, um aumento de 1% na renda do consumidor causa um aumento de 1,27% e 1,17%, respectivamente, na quantidade demandada por esses dois produtos, ou seja, mais que proporcionalmente ao aumento dado na renda. Em particular, o resultado da elasticidade-renda da demanda por saúde aqui obtido corroborou as evidências obtidas por Menezes *et al.* (2006), cujos resultados inferem que a saúde se trata de um bem superior. Hoffmann (2010), por sua vez, considera a saúde como um bem normal, mas com demanda inelástica. Por que a divergência desses resultados obtidos para o caso brasileiro? Uma das respostas encontra-se sumariada no estudo apresentado por De la Maisonneuve e Martins (2013) sobre gastos em saúde no Brasil, em que esses autores argumentam que a elasticidade-renda tende a ser próxima ou levemente superior a 1 quando são considerados gastos de saúde agregados (CHERNEW e NEWHOUSE, 2011; HALL e JONES, 2007, *apud* DE LA MAISONNEUE e MARTINS, 2013). Considerando-se gastos com saúde ao nível do indivíduo, contudo, a elasticidade-renda estimada empiricamente é, em geral, menor que 1 (ACEMOGLU *et al.*, 2013, *apud* DE LA MAISONNEUE e MARTINS, 2013).

**Tabela 6: Elasticidade-renda da demanda para os oito grupos de produtos**

Grupo de produtos	Elasticidade-renda da demanda		
	SPE (2021)	Menezes <i>et al.</i> (2006) <sup>(1)</sup>	Hoffmann (2010) <sup>(2)</sup>
Alimentação	1,02	0,67	0,54
Habitação	1,12	1,01	0,78
Vestuário	1,14	0,91	0,68
Transporte	1,07	1,33	0,98
Saúde	1,27	1,27	0,91
Higiene e despesas pessoais	1,12	1,05	0,57
Recreação, cultura e fumo	1,17	1,07	0,94 <sup>(3)</sup>

**Nota:** Elaboração da SPE com base na POF 2017-2018.

1 – Menezes *et al.* (2006), Tabela 10 – Elasticidade-Renda, Preço e Preço-Cruzada Compensada para os grupos de produtos não duráveis na POF de 2002-2003, p. 338.

2 – Hoffmann (2010), Tabela 3 – Elasticidade-renda de diversos tipos de despesa, estimada por meio do ajustamento de uma poligonal às médias de dez classes de renda familiar *per capita*, com dados da POF 2008-2009, Brasil, p. 54.

3 – Considera-se o valor de recreação e cultura.

Já a Tabela 7 apresenta os valores reportados para a elasticidade-renda da demanda e elasticidade-preço da demanda para os cinco subgrupos pertencentes ao grupo de assistência à saúde. Assim como para o cálculo realizado para a elasticidade-renda e elasticidade-preço para os oito grupos, para alguns subgrupos os consumidores apresentaram uma sensibilidade de magnitude significativa<sup>21</sup>, tanto com relação à elasticidade-renda quanto para a elasticidade-preço.

Literatura recente tem dado particular importância quando se considera a demanda por serviços de saúde prestados por um determinado plano de saúde ou demanda por tratamento dentário. Por exemplo, qualquer alteração nos custos diretos dos serviços dos planos de saúde ou custos do prêmio terá um efeito no número de inscritos no plano e, portanto, na demanda por serviços de saúde pagos por esse plano.

Os resultados obtidos neste estudo mostram que a demanda para planos e seguros de saúde ( $|0,82|$ ), bem como para tratamento dentário ( $|0,79|$ ), são inelásticas com relação ao preço. Por exemplo, um aumento de 10% nos preços desses dois subgrupos de produtos resultará em uma queda de, aproximadamente, 8% na demanda por esses subgrupos de produtos. Por outro lado, em relação aos subgrupos remédios e consultas médicas, a elasticidade-preço da demanda é, aproximadamente, unitária.

Conforme reportado na Tabela 7, no que se refere à **elasticidade-renda da demanda**, os resultados aqui obtidos aproximam-se dos resultados reportados por Menezes *et al.* (2006) para todos os subgrupos, exceto Planos e Seguros de Saúde.

Para a elasticidade-renda, tem-se que os subgrupos “tratamento dentário” e “planos e seguros de saúde” apresentaram elasticidade-renda de magnitude maior que um. A variação na quantidade demandada nesses subgrupos é, aproximadamente, 1,2 maior do que a variação na renda. Portanto, esses dois subgrupos são considerados bens superiores, pois aumentos de renda do consumidor geram aumentos mais que proporcionais na demanda por esse subgrupo de produtos. Assim como observado para a elasticidade-preço da demanda, os subgrupos remédios e consultas médicas apresentaram elasticidade-renda aproximadamente unitária.

**Tabela 7: Elasticidade-renda e elasticidade-preço para os cinco subgrupos de produtos**

Subgrupos de produtos	SPE (2021)		Menezes <i>et al</i> (2006) <sup>(1)</sup>	
	Elasticidade-renda da demanda	Elasticidade-preço da demanda	Elasticidade-renda da demanda	Elasticidade-preço da demanda
Remédios	0,94	$ 1,06 $	0,86	$ 0,09 $
Planos e seguros de saúde	1,18	$ 0,82 $	2,21	$ 0,44 $
Tratamento dentário	1,21	$ 0,79 $	1,53	$ 0,05 $
Consultas médicas	0,92	$ 1,08 $	1,06	$ 0,01 $

**Nota:** Elaboração da SPE com base na POF 2017-2018.

1 – Menezes *et al.* (2006), Tabela 12 – Elasticidade-Renda, Preço e Preço-Cruzada Compensada do grupo saúde na POF de 2002-2003, p. 340.

Esses resultados podem estar refletindo as mudanças ocorridas nos últimos anos não apenas na renda das famílias, como também no mercado de insumos para saúde no Brasil.<sup>22</sup> Por exemplo, Garcia *et al.* (2015) realizaram um estudo empírico em que observaram que a proporção das famílias que apresentaram gastos com planos de saúde permaneceu estável entre o período intertemporal das POF 2002-2003 e 2008-2009. Contudo, Garcia *et al.* (2015) chamam a atenção que, para esse mesmo período,

<sup>21</sup> Em relação aos grupos que apresentaram uma elasticidade unitária.

<sup>22</sup> Ademais, como já supracitado, talvez essa diferença se alicerce no fato de que este estudo analisou os 27 estados brasileiros enquanto Menezes *et al.* (2006) trabalhou nove regiões metropolitanas.

a despesa das famílias com planos de saúde, bem como a proporção do orçamento das famílias despendido com esse insumo para a saúde, foi crescente. Ademais, esses autores destacam ainda que as famílias de renda maior apresentam uma proporção maior do orçamento gasta com o insumo plano de saúde em relação às famílias de renda mais baixa.

Sá (2018) destaca que, para a economia norte-americana, as estimativas mais robustas da elasticidade-preço da demanda por planos e seguros de saúde privado não são inferiores a -0,3, e nem superiores a -0,8. Ou seja, as estimativas de elasticidade-preço obtidas neste presente estudo, no que se refere a planos e seguros de saúde, encontram-se dentro desse intervalo.

Por fim, conforme mencionado anteriormente, os resultados das estimações econométricas foram obtidos usando-se o *software* estatístico R. No Apêndice B deste relatório, são reportados os resultados obtidos para esse exercício empírico, porém utilizando-se o *software* econométrico Stata, para fins de comparação.

## 5.6 Estimativa de novos usuários no SUS

A Tabela 8 apresenta uma estimativa do quantitativo de indivíduos (declarantes e dependentes) abarcados pelo modelo completo de declaração de imposto de renda que procuram estabelecimentos privados, quando precisam de atendimento de saúde, e as alíquotas marginais e variações de preço esperadas por uma eventual reversão da dedução, para cada faixa de renda.

**Tabela 8: Estimativa dos indivíduos que declaram o modelo completo e buscam saúde privada e alíquotas marginais/variações nos preços, por faixa de rendimento tributável líquido**

	Declarantes (A)	Dependentes (B)	Indivíduos (C)	Saúde Privada (%) (D)	Saúde Privada (E=C*D)	Alíquota Marginal (%) (F)	Variação no preço (%) (G)
Até R\$ 1.903,98	4.155.571	3.063.676	7.219.247	21,1	1.521.854	0,0	0,0
De R\$ 1.903,99 a R\$ 2.826,65	2.604.704	3.807.142	6.411.846	50,5	3.239.494	7,5	8,1
De R\$ 2.826,66 a R\$ 3.751,05	1.470.880	2.164.853	3.635.733	64,7	2.351.174	15,0	17,6
De R\$ 3.751,06 a R\$ 4.664,68	890.417	1.327.675	2.218.092	73,4	1.628.884	22,5	29,0
Acima de R\$ 4.664,68	3.786.932	4.758.408	8.545.340	86,9	7.426.644	27,5	37,9
<b>Total</b>	12.908.504	15.121.754	28.030.258	-	16.168.049	-	-

**Nota:** Elaboração da SPE com base nos Grandes Números da DIRPF 2019 e na PNS 2019.

As colunas A e B apresentam o total de declarantes e de dependentes<sup>23</sup> do modelo completo de declaração do IRPF, por faixa de rendimento tributável líquido. Seus dados foram extraídos do relatório

<sup>23</sup> O número de dependentes foi calculado pela divisão do valor total de dedução com dependentes em cada faixa pelo valor de dedução por dependente (R\$ 2.275,08).

Grandes Números DIRPF 2019 – Ano Calendário 2018. A coluna C mostra o valor total de declarantes e dependentes, por faixa.

A coluna D mostra, por faixa de rendimento tributável líquido<sup>24</sup>, o percentual de indivíduos que procuram estabelecimentos privados, ao precisarem de atendimento de saúde.<sup>25</sup> Essas informações foram extraídas dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019. A coluna E fornece a estimativa para o quantitativo de indivíduos abarcados pelo modelo completo de declaração de imposto de renda que acessam a saúde privada. Seus valores são obtidos pela multiplicação das colunas C e D.

A coluna F informa a alíquota marginal para cada uma das faixas de rendimento tributável líquido e a coluna G apresenta a variação no preço de despesas privadas com saúde relacionada à reversão do benefício de dedução de despesas médicas do IRPF<sup>26</sup>.

A Tabela 9, abaixo, apresenta uma estimativa do provável *quantum* de usuários que passarão a utilizar o Sistema Único de Saúde (SUS), resultante do fim das deduções de despesas médicas do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF).

**Tabela 9: *Quantum* de novos usuários do SUS**

Faixa de renda	Elasticidade-preço da demanda				
	A	B	C		
	0,8	0,7	0,4	0,2	0,1
<b>Até R\$ 1.903,98</b>	0	0	0	0	0
<b>De R\$ 1.903,99 a R\$ 2.826,65</b>	210.129	183.863	105.065	52.532	26.266
<b>De R\$ 2.826,66 a R\$ 3.751,05</b>	331.930	290.439	165.965	82.983	41.491
<b>De R\$ 3.751,06 a R\$ 4.664,68</b>	378.321	331.031	189.161	94.580	47.290
<b>Acima de R\$ 4.664,68</b>	2.253.602	1.971.902	1.126.801	563.401	281.700
<b>Total</b>	<b>3.173.983</b>	<b>2.777.235</b>	<b>1.586.992</b>	<b>793.496</b>	<b>396.748</b>

**Nota:** Elaboração da SPE com base na POF 2017-2018, nos Grandes Números da DIRPF 2019 e na PNS 2019.

(A) Menezes *et al.* (2006)

(B) Asano e Fiuza (2003) e SPE (2021)

Para computar essa projeção, as elasticidades-preço da demanda empregadas foram extraídas da literatura (colunas A e B), estimadas diretamente pela SPE (no caso da elasticidade de -0,7, na coluna B) ou foram inseridas como análise de robustez (elasticidades de -0,4, -0,2 e -0,1, nas colunas C).

<sup>24</sup> Na ausência de informações sobre as deduções, na base da PNS 2019, o rendimento tributável líquido foi calculado supondo-se a incidência do desconto simplificado de 20% sobre o rendimento tributável bruto. Para a obtenção do rendimento tributável bruto, foram considerados todos os rendimentos, exceto os rendimentos não monetários, que são os recebidos em produtos ou mercadorias, e o rendimento em “juro de caderneta de poupança e de outras aplicações financeiras, dividendos, programas sociais, seguro-desemprego, seguro defeso ou outros rendimentos”. Os valores de rendimentos da PNS 2019 foram ainda deflacionados a valores de 2018 (ano calendário das informações relativas ao IRPF), pelo IPCA.

<sup>25</sup> Respostas 06 até 09, à questão “Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde, costuma procurar...”.

<sup>26</sup> O preço efetivo atual pago pelo consumidor é  $P_0 = P*(1-Alíquota)$  e a variação em nível esperada no preço é  $\Delta P = P*Alíquota$ . Logo, a variação percentual esperada é  $Var = \Delta P / P_0 = (1-Alíquota) / Alíquota$ . Assume-se que a variação no preço será inteiramente suportada pelo consumidor final.

Como explicado na subseção 5.2.1, a elasticidade-preço da demanda caracteriza-se como sendo uma variação percentual na quantidade demandada dada uma variação percentual no preço do produto.<sup>27</sup> A partir desta definição, estimou-se o *quantum* de novos usuários no SUS pela multiplicação entre as colunas E e G da Tabela 8 e o valor de elasticidade de cada uma das colunas da Tabela 9. Ou seja, considerando o fim das deduções de despesas médicas no IRPF e a consequente variação percentual de preço (elevação do preço) enfrentada pelos contribuintes e seus dependentes naquela faixa, conjectura-se qual o percentual de queda no consumo de insumos para a saúde, extrapolando esse quantitativo para o SUS.

Nota-se pela Tabela 9 que, no cenário em que os agentes econômicos apresentam uma pequena sensibilidade em relação a variações nos preços dos itens de saúde (elasticidade igual -0,1), haveria uma pequena queda no consumo de planos e seguros de saúde e, conseqüentemente, o quantitativo de usuários que migrariam para o SUS totalizaria cerca de 400 mil novos usuários.

No outro extremo, tem-se uma estimativa em que as famílias seriam mais sensíveis a alterações nos preços dos insumos de saúde (elasticidade igual a -0,8) e, portanto, aproximadamente 3,2 milhões de pessoas migrariam para o Sistema Único de Saúde. Por sua vez, empregando-se a elasticidade encontrada em Asano e Fiuza (2003), bem como pelo estudo empírico da SPE (elasticidade igual a -0,7), tem-se que os novos usuários do SUS após o fim das deduções de despesas médicas do IRPF seriam de um público de aproximadamente 2,8 milhões de novos usuários.

A partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (PNS 2019), estima-se um total de 111,4 milhões de pessoas que acessam anualmente o SUS (Tabela 10).

**Tabela 10: Estimativa do total de pessoas que acessam o SUS anualmente**

Total de pessoas que consultaram médico em um ano (milhões) (A)	159,6
Proporção de pessoas que, ao buscarem atendimento de saúde, procuram estabelecimentos públicos (%) (B)	69,8
Total de pessoas que acessam o SUS (milhões) ( C ) = (A)*(B)	111,4

**Nota:** Elaboração da SPE com base na PNS 2019.

Desta forma, o aumento da demanda do SUS (em pessoas) variaria entre 0,25% e 2,0% do total atualmente atendido, percentuais correspondentes, respectivamente, à variação de demanda nos dois cenários extremos estimados, de aumento de 400 mil ou 3,2 milhões de usuários.

Considerando a variação entre 0,25% e 2,0% sobre o total de gastos com Ações e Serviços Públicos de Saúde, da União, estados e municípios em 2019, no valor de R\$ 290,8 bilhões<sup>28</sup>, teríamos uma despesa adicional entre R\$ 720 milhões e R\$ 5,78 bilhões para atender ao aumento da demanda estimada de novos usuários no SUS, valor inferior ao gasto tributário estimado pela Receita Federal para a dedução de despesas médicas do IRPF para o ano de 2019, igual a R\$ 17,46 bilhões.<sup>29</sup>

<sup>27</sup>  $\varepsilon_d = \% \Delta Q_d / \% \Delta P$

<sup>28</sup> De acordo com dados do Sistema de Informações Orçamentárias em Saúde (SIOPS). Disponível em: <http://antigo.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/demonstrativos-dados-informados>.

<sup>29</sup> De acordo com o Demonstrativo dos Gastos Tributários – Bases Efetivas – Ano Calendário 2017. Disponível em: <https://receita.economia.gov.br/dados/receitadata/renuncia-fiscal/demonstrativos-dos-gastos-tributarios/dgt-bases-efetivas>.

## 5.7 Cálculo do Impacto Orçamentário

O PLOA 2021 previu um valor de gasto tributário com despesas médicas do IRPF de cerca de R\$ 18,1 bilhões, que representa 0,24% do PIB, 1,22% da arrecadação administrada pela RFB e 10,49% da arrecadação do IRPF.

Esse gasto está previsto na alínea “a”, inciso II, do art. 8º da Lei nº 9.250/1995, que diz que podem ser deduzidas da base de cálculo do IRPF as despesas com médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, hospitais, e com exames laboratoriais e serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias.

Não há um limite para essas deduções, como no caso das deduções de despesas com educação, que são limitadas a R\$ 3.561,50 por pessoa.

De acordo com a Tabela 11 abaixo, que apresenta o valor das despesas médicas informadas na ficha de pagamentos da Declaração de Ajuste Anual do IRPF, por titular e dependentes, por faixa de base de cálculo para o ano-calendário de 2019, observa-se que os valores para despesas médicas com titulares representam bem mais que os gastos com dependentes/alimentandos:

**Tabela 11: Valor das despesas médicas informadas na DIRPF**

Faixa de Renda Tributável Líquida	Declarantes	Despesas Médicas – Titular (R\$ milhão)	Média anual Despesas Médicas Titular (R\$)	Despesas Médicas – Dep./Alim. (R\$ milhão)	Total Dep./Alim.	Média anual Despesas Médicas Dep./Alim. (R\$)
Até R\$ 22.847,76	520.975	3.996,47	7.671,14	713,71	290.915	2.453
De R\$ 22.847,77 até R\$ 33.919,80	912.212	4.090,49	4.484,14	892,94	950.610	939
De R\$ 33.919,81 até R\$ 45.012,60	1.569.547	7.223,51	4.602,29	1.943,26	2.087.639	931
De R\$ 45.012,61 até R\$ 55.976,16	1.166.556	6.221,74	5.333,43	1.948,68	1.712.985	1.138
Acima de R\$ 55.976,16	5.487.721	50.048,64	9.120,11	18.700,55	7.911.827	2.364
<b>Total</b>	<b>9.657.011</b>	<b>71.580,85</b>	<b>7.412,32</b>	<b>24.199,14</b>	<b>12.953.976</b>	<b>1.868</b>

Como o valor das despesas médicas efetivamente abatido do imposto de renda é um pouco menor que a soma do valor informado na ficha de pagamento para titular e dependentes/alimentandos, calculou-se a proporção de despesas médicas referentes aos titulares sobre o total e aplicou-se sobre a coluna de valores abatidos para estimar o valor abatido referente somente aos titulares:

**Tabela 12: Valor das despesas médicas abatido na DIRPF**

Faixa de Renda Tributável Líquida	DM Abat. IR (R\$ milhão) (A)	DM – Titular (R\$ milhão) (B)	DM – Dep./Alim. (R\$ milhão) (C)	Total DM (R\$ milhão) (D)=(B)+(C)	% Tit./Tot. (E)=(B)/(D)
Até R\$ 22.847,76	1.712,44	3.996,47	713,71	4.710,19	85%
De R\$ 22.847,77 até R\$ 33.919,80	4.629,50	4.090,49	892,94	4.983,42	82%
De R\$ 33.919,81 até R\$ 45.012,60	8.816,88	7.223,51	1.943,26	9.166,77	79%
De R\$ 45.012,61 até R\$ 55.976,16	8.014,35	6.221,74	1.948,68	8.170,42	76%
Acima de R\$ 55.976,16	68.398,77	50.048,64	18.700,55	68.749,19	73%
<b>Total</b>	<b>91.571,95</b>	<b>71.580,85</b>	<b>24.199,14</b>	<b>95.779,99</b>	<b>75%</b>

Com base nisso, calculou-se o valor provável de despesas médicas do titular abatidas do IRPF e calculou-se a média *per capita* (Tabela 13). Assim, pode-se observar que essa média aumenta à medida do aumento da faixa de renda, como era de se esperar. A partir desse cálculo, então, pode-se definir um limite de valor, com base na média apurada, que continue beneficiando os contribuintes de menor faixa de renda (embora, eventualmente, alguns desses contribuintes possam ter informado um valor maior de dedução de despesas médicas, pois não se tem o dado individualizado dessas despesas para auferir o quantitativo de contribuintes que ficariam fora desse valor limite):

**Tabela 13: Valor das despesas médicas abatido na DIRPF (média *per capita*)**

Faixa de Renda Tributável Líquida (Base de Cálculo) Anual <sup>(2)</sup>	Quantidade de Declarantes <sup>(3)</sup>	valor despesas médicas titular abatidas do IR, com base no % de participação destes (R\$)	Média <i>per capita</i> anual (R\$)	Média <i>per capita</i> mensal (R\$)
Até R\$ 22.847,76	520.975	1.452.962.975,93	2.788,93	232,41
De R\$ 22.847,77 até R\$ 33.919,80	912.212	3.799.982.441,68	4.165,68	347,14
De R\$ 33.919,81 até R\$ 45.012,60	1.569.547	6.947.794.032,71	4.426,62	368,89
De R\$ 45.012,61 até R\$ 55.976,16	1.166.556	6.102.900.107,39	5.231,55	435,96
Acima de R\$ 55.976,16	5.487.721	49.793.533.819,17	9.073,63	756,14

Assim, estipulando um valor arbitrário igual ao dobro do valor limite para dedução de despesas com educação (R\$ 7.123,00 anuais por pessoa), seriam atingidos potencialmente contribuintes com renda anual tributável líquida acima de R\$ 55.976,16 (ressalta-se novamente que alguns dos contribuintes de renda inferior a R\$ 55.976,16 anuais podem informar um valor maior de dedução de despesas médicas, porém o dado individualizado não está disponível para estas simulações). Considerando, ainda, os dados do ano-calendário 2019, haveria um aumento na arrecadação de cerca de R\$ 2,9 bilhões:

**Tabela 14: Valor das despesas médicas abatido na DIRPF (impacto orçamentário)**

Faixa de Renda Tributável Líquida (Base de Cálculo) Anual <sup>(2)</sup>	Quantidade de Declarantes <sup>(3)</sup> (A)	Média <i>per capita</i> anual (R\$)	Média <i>per capita</i> mensal (R\$)	Limite <i>per capita</i> anual (R\$)	Limite <i>per capita</i> mensal (R\$)	Diferença no limite <i>per capita</i> (R\$)	IRPF adicional <i>per capita</i> (R\$) (B)	IRPF adicional total (R\$) (C) = (A)*(B)
Até R\$ 22.847,76	520.975	2.788,93	232,41	2.788,93	232,41	0,00	0,00	0,00
De R\$ 22.847,77 até R\$ 33.919,80	912.212	4.165,68	347,14	4.165,68	347,14	0,00	0,00	0,00
De R\$ 33.919,81 até R\$ 45.012,60	1.569.547	4.426,62	368,89	4.426,62	368,89	0,00	0,00	0,00
De R\$ 45.012,61 até R\$ 55.976,16	1.166.556	5.231,55	435,96	5.231,55	435,96	0,00	0,00	0,00
Acima de R\$ 55.976,16	5.487.721	9.073,63	756,14	7.122,96	593,58	1.950,67	536,43	2.943.797.077,38

Esse limite também poderia ser a média de despesas médicas do contribuinte da penúltima faixa de renda (R\$ 5.231,55), ampliando a arrecadação para R\$ 5,8 bilhões (desconsiderando os contribuintes que poderiam ir para a última faixa de renda).

Dessa forma, pode-se fazer vários exercícios de simulação do valor limite para dedução dessas despesas. Para um cálculo mais preciso, entretanto, seria necessária uma base de dados mais detalhada, com base na qual poder-se-ia detectar o quantitativo exato de pessoas a serem afetadas por essa medida e sua respectiva renda.



## 5.8 Considerações Finais e Implicações de Políticas

A demanda por insumos de assistência de saúde depende da renda das famílias e dos preços dos insumos de saúde. Esta seção teve por objetivo calcular as elasticidades-renda e elasticidades-preço para o grupo saúde e os subgrupos: remédios, planos e seguros de saúde, tratamento dentário, consultas médicas e exames. Essas elasticidades foram estimadas a partir do método *Seemingly Unrelated Regression* (SUR).

Para os oito grupos analisados (alimentação; habitação; vestuário; transporte; saúde; higiene e despesas pessoais; recreação, cultura e fumo), em termos de elasticidade-renda da demanda, os resultados aqui obtidos indicam tratar-se de bens superiores, com exceção de alimentação e transporte. Ou seja, para esses grupos de produtos, a quantidade demandada aumenta mais que proporcionalmente com o crescimento da renda. Isso ocorre uma vez que estes bens são considerados bens de luxo, sendo que as maiores elasticidades-renda foram apresentadas para os grupos de produtos saúde e recreação, cultura e fumo, ou seja, um aumento da renda das famílias irá resultar em um maior consumo de itens de saúde, assim como recreação, cultura e fumo. Além disso, os resultados aqui obtidos são consistentes ao indicar que a elasticidade-preço da demanda por serviços de saúde é inelástica ( $|0,73|$ ), corroborando as evidências empíricas obtidas na literatura.

Quanto aos quatro subgrupos da área de saúde (remédios, planos e seguros de saúde, tratamento dentário e consultas médicas), os resultados obtidos neste estudo mostram que a demanda para planos e seguros de saúde, bem como para tratamento dentário, são inelásticas com relação ao preço. Por outro lado, em relação aos subgrupos remédios e consultas médicas, a elasticidade-preço da demanda é, aproximadamente, unitária.

No que se refere à elasticidade-renda da demanda, tem-se que os subgrupos “tratamento dentário” e “planos e seguros de saúde” apresentaram elasticidade-renda de magnitude maior que um quando comparado aos demais subgrupos. A variação na quantidade demandada nesses subgrupos é, aproximadamente, 1,2 maior do que a variação na renda. Portanto, esses dois subgrupos são considerados bens superiores, pois aumentos de renda do consumidor geram aumentos mais que proporcionais na demanda por esse subgrupo de produtos.

Quanto ao *quantum* de novos usuários do Sistema Único de Saúde, no cenário em que os agentes econômicos apresentam uma pequena sensibilidade em relação a variações nos preços dos itens de saúde, haveria uma pequena queda no consumo de planos e seguros de saúde e, conseqüentemente, o quantitativo de usuários que migrariam para o SUS totalizaria 400 mil novos usuários. No outro extremo, tem-se uma estimativa em que as famílias seriam mais sensíveis a alterações nos preços dos insumos de saúde e, portanto, aproximadamente 3,2 milhões de pessoas migrariam para o Sistema Único de Saúde. Por sua vez, empregando-se a elasticidade encontrada em Asano e Fiuza (2003), bem como pelo estudo empírico da SPE, tem-se que os novos usuários do SUS após o fim das deduções de despesas médicas do IRPF seria de um público de aproximadamente 2,8 milhões de novos usuários. O aumento da demanda do SUS (em pessoas) variaria entre 0,25% e 2,0% do total atualmente atendido, percentuais correspondentes, respectivamente, à variação de demanda nos dois cenários extremos estimados.

Por fim, em termos de impacto orçamentário, ao se estipular um valor arbitrário igual ao dobro do valor limite para dedução de despesas com educação (R\$ 7.123,00 anuais por pessoa), só seriam atingidos contribuintes com renda anual tributável líquida acima de R\$ 55.976,16. Considerando, ainda, os dados do ano-calendário 2019, teria um aumento na arrecadação de cerca de R\$ 2,9 bilhões. Esse limite também poderia ser a média de despesas médicas do contribuinte da penúltima faixa de renda (R\$ 5.231,55), ampliando a arrecadação para R\$ 5,8 bilhões (desconsiderando os contribuintes que poderiam ir para a última faixa de renda).

## Referências bibliográficas

- ARROW, K. J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. **The American Economic Review**. v. 53, n. 53, Issue 5, p. 941-973, 1963.
- ASANO, S.; FIUZA, E. P. S. Estimation of the Brazilian Consumer Demand System. **Brazilian Review of Econometrics**, Rio de Janeiro, v. 23, nº 2, pp. 255-294, november, 2003.
- CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. **Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação**. Brasília: Ipea, 2010. (Nota Técnica n.º 6.)
- DEATON, A.; MUELLBAUER, J. Almost Ideal Demand System. **American Economic Review**, v. 70, p. 312-326, June 1980.
- DE LA MAISONNEUVE, C.; MARTINS, J. A Projection Method for Public Health and Long-Term Care Expenditures. **OECD Economics Department Working Papers**, 1048, 2013.
- GARCIA, L. P.; OCKÉ-REIS, C. O.; de MAGALHÃES, L. C. G.; SANT'ANNA, A. C.; de FREITAS, L. R. S. **Gastos com planos de saúde das famílias brasileiras: estudo descritivo com dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009**. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva, v. 20, n. 5, p. 1425-1434, 2015.
- GOES, G. **Microeconomia**. 1ª Edição. Brasília: ISEG, 2002.
- GROSSMAN, M. On the concept of health capital and the demand for health. **Journal of Political Economy**, v. 80, p. 223-255, 1972.
- HOFFMANN, R. Estimativas das elasticidades-renda de várias categorias de despesa e de consumo, especialmente alimentos, no Brasil, com base na POF de 2008-2009. **Revista de Economia Agrícola**, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 49-62, jul./dez. 2010.
- HUSE, C.; SALVO, A. **Estimação e identificação de demanda e de oferta**. In Fiuza, E. P. S. Motta, R. S., editores, Métodos Quantitativos em Defesa da Concorrência e Regulação Econômica. IPEA, Rio de Janeiro, 2006.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise (Saúde)**. Brasília: Ipea, 2021 (Boletim de Políticas Sociais – BPS, n.º 28.) [No prelo]
- MAIA, A. C. Ensaio sobre a demanda no setor de saúde suplementar brasileiro. **Tese de doutorado**. Belo Horizonte, Cedeplar: 2012.
- MARTINS, N. M.; OCKÉ-REIS, C. O.; DRACH, D. C. **Financeirização dos planos de saúde: o caso das operadoras líderes no Brasil (2007-2019)**. Rio de Janeiro: Instituto de Economia (UFRJ), 2021. (Texto para Discussão n.º 001.)
- MENEZES, T.; CAMPOLINA, B.; SILVEIRA, F. G.; SERVO, L. M.; PIOLA, S. F. O gasto e a demanda das famílias em saúde: uma análise a partir da POF de 2002-2003. In: Silveira, F. G.; SERVO, L. M.; MENEZES, T.; PIOLA, S. F. (Organizadores). **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: IPEA, 2006, p. 313-344.
- MINISTÉRIO DA ECONOMIA (Secretaria Especial da Fazenda). **Deduções do Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF) de despesas médicas**. Brasília: Boletim Mensal sobre os Subsídios da União (Secap), 2019. (Edição 9.)

- OCKÉ-REIS, C. O.; FIUZA, E. P. S.; COIMBRA, P. H. H. *Inflação dos Planos de Saúde – 2000/2018*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2019. (Nota Técnica n. 54)
- OCKÉ-REIS, C. O. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6): 2035-2042, 2018.
- \_\_\_\_\_. Renúncia de arrecadação fiscal em saúde: o caso australiano. **Boletim de Análise Político-institucional** (Bapi), (10): 29-35, 2016.
- \_\_\_\_\_. Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento? **Trabalho, Educação e Saúde**, 6(3): 613-622, 2008-2009.
- ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Private health insurance in OECD countries**. Paris: OECD, 2004.
- \_\_\_\_\_. **Relatórios econômicos da OCDE**. Brasil. Novembro de 2015. Disponível em: << <http://www.oecd.org/economy/surveys/Brasil-2015-resumo.pdf>>> Acesso em 15 de março de 2021.
- PIOLA, S. F.; BARROS, M. E. D.; SERVO, L. M. S.; NOGUEIRA, R.; SÁ, E. B.; PAIVA, A. B. **Gasto tributário e conflito distributivo na saúde**. In: *Tributação e equidade no Brasil: um registro da reflexão do IPEA no biênio 2008-2009*. Castro, J. A.; SANTOS, C. H. M.; RIBEIRO, J. A. C. (Organizadores). Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2010.
- SÁ, E. B. O público e o privado no sistema de saúde: uma apreciação do projeto de plano de saúde acessível. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, **Nota Técnica nº 47**, 2018.
- SAYD, P. **Renúncia fiscal e equidade na distribuição de recursos para saúde**. Dissertação (Mestrado), ENSP, Rio de Janeiro, 2003.
- SANTOS, I. S. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(6): 2743-2752, 2011.
- SECRETARIA DE AVALIAÇÃO, PLANEJAMENTO, ENERGIA E LOTERIA (SECAP). **Deduções do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) de Despesas Médicas**. Boletim Mensal sobre os Subsídios da União. Edição nº 9, Brasília, julho/2019.
- SILVEIRA, F. G. Equidade fiscal: impactos distributivos da tributação e do gasto social. In: **Prêmio Tesouro Nacional**, 17. Brasília, Distrito Federal. Anais. Brasília: Tesouro Nacional, 2013.
- SILVEIRA, F. G.; FERNANDES, R. C.; PASSOS, L. **Benefícios fiscais do imposto sobre a renda da pessoa física e seus impactos redistributivos**. Rio de Janeiro: Ipea, 2019. (Nota Técnica n.º 57.)
- TUOHY C. H.; FLOOD, C. M.; STABILE, M. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, 29(3): 359-396, 2004.
- UNAFISCO. **Considerações sobre as deduções de despesas médicas no Imposto sobre a Renda da Pessoa Física**. Brasília: Unafisco, 2020. (Nota Técnica n.º 18.)
- VARIAN, H. R. **Microeconomia: uma abordagem moderna**. 9ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

## Apêndice A – Proposta de Teto

O teto foi construído levando em conta os seguintes parâmetros:

**(i)** Pesquisa de Orçamentos Familiares (IBGE)

- Em R\$ de janeiro de 2018, a estimativa da despesa anual familiar em saúde (2,5 dependentes) do último décimo de renda foi de aproximadamente R\$ 11.283,00

**(ii)** Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros (Cetad) / Receita Federal do Brasil (RFB)

- Considerando o ano-calendário de 2018, os titulares que declararam o IRPF no modelo completo e os titulares que ganhavam acima de R\$ 55.976,16, o gasto médio de cada titular nessa faixa da base de cálculo foi de R\$ 12.094,00

**(iii)** Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil (Unafisco Nacional)

- Considerando o ano-calendário de 2019 e os declarantes do IRPF que ganham entre 20 e 30 salários-mínimos por mês, o gasto *por* declarante nessa faixa salarial foi de R\$ 10.435,00

**(iv)** SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

- Em 2019, considerando o total da despesa empenhada nas Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) nas três esferas de governo, que alcançou aproximadamente R\$ 284,6 bilhões, e considerando a estimativa do tamanho da população em torno de 210,1 milhões de pessoas, temos que o gasto per capita no SUS foi de aproximadamente R\$ 1.354,59

**(v)** Diante de tais parâmetros, os valores apresentados nos itens (iii) e (iv) foram deflacionados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA)<sup>30</sup> para o ano de 2020 (4,52%).

- Em tese, considerando os subsídios (gastos indiretos), as famílias mais bem situadas na distribuição de renda, sem ponderar por utilização, acabam recebendo mais do governo federal em termos *per capita*. Para ajustar essa distorção, subtraímos o primeiro ponto de corte do teto (R\$ 10.907,12)<sup>31</sup> por um fator de correção SUS (R\$ 1.415,78) e chegamos ao valor do teto: **R\$ 9.491,34**.<sup>32</sup>

A estimativa de arrecadação foi construída levando em conta os seguintes parâmetros:

**(vi)** Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil (Unafisco Nacional)

- Considerando o ano-calendário de 2019 e a soma da renúncia dos declarantes do IRPF que ganhavam mais de 30 salários-mínimos por mês, o governo passaria a arrecadar R\$ 4,02 bilhões. Corrigindo esse valor pelo IPCA de 2020 (4,52%), a arrecadação seria de **R\$ 4,2 bilhões**

<sup>30</sup> Caso se queira estimar o teto acompanhando a evolução dos preços para o consumidor na área da saúde, poder-se-ia também corrigir tais valores pelo IPCA (Saúde e Cuidados Pessoais), ou ainda, pelo índice relacionado aos planos de saúde, que segundo a última POF respondeu aproximadamente por 50% dos gastos das famílias.

<sup>31</sup> O valor de R\$ 10.907,12 corresponde ao valor médio das despesas com saúde dos declarantes que ganhavam entre 20 e 30 salários-mínimos (item (iii) – R\$ 10.435,00), deflacionado pelo IPCA para o ano de 2020 (4,52%). Desta forma, propõe-se estabelecer um teto em linha com a média do valor declarado em despesas com saúde dos indivíduos enquadrados nesta faixa de renda.

<sup>32</sup> Se multiplicamos o teto da educação (R\$ 3.561,50) por dependente na DIRPF de 2020 (ano-calendário 2019) por 2,5 (número de dependentes do décimo superior de renda da POF) alcançamos o montante de R\$ 8.903,75. Se o deflacionamos pelo IPCA de 2020, chegamos a um valor próximo do teto da saúde (R\$ 9.305,96).

**(vii)** Boletim Mensal dos Subsídios da União (Secap), Ministério da Economia (Secretaria Especial da Fazenda)

- Segundo a Secap, o valor da projeção da renúncia fiscal associada às despesas médico-hospitalares é de R\$ 18 bilhões em 2020. Por sua vez, a partir do resultado apresentado pelo estudo da Unafisco, sabe-se que o montante a ser arrecadado equivalia a 25% da estimativa de renúncia. Aplicando esse percentual sobre a projeção da Secap, calcula-se uma arrecadação na ordem de **R\$ 4,5 bilhões**

## Apêndice B – Elasticidade-Renda da Demanda e Elasticidade-Preço da Demanda usando o *Software Stata*

Este apêndice apresenta os resultados obtidos para o exercício empírico deste relatório, porém, utilizando o software Stata como pacote econométrico. Chama-se a atenção para que o diferencial entre os resultados dos dois exercícios não serem única e exclusivamente devido ao pacote econométrico utilizado, mas também em função da modelagem. Precisamente, para a estimação no R não foi imposta nenhuma restrição aos parâmetros estimados do sistema de equações. Todavia, na estimação empregando o Stata como pacote econométrico, optou-se por restringir os valores dos parâmetros. Por exemplo, o parâmetro  $\theta_1$  da primeira equação assumirá o mesmo valor nas demais equações (e assim para os demais parâmetros  $\theta$ ). Ademais, na equação para habitação, no exercício empírico realizado no R, foram considerados, além das despesas com aluguel, aluguel estimado, condomínio e IPTU ou ITR, os gastos com internet, telefone, reformas realizadas nos domicílios, etc. (Quadros – 6 e 8 da POF 2017-2018). Por sua vez, na estimação realizada no Stata para a equação da habitação, foram considerados como gastos adicionais pequenas despesas realizadas (utensílios domésticos gerais – Quadro 39 da POF 2017-2018).

**Tabela 15: Elasticidade-preço da demanda para os oito grupos de produtos**

Grupo de produtos	Elasticidade-preço da demanda			
	SPE (2021)	Menezes <i>et al.</i> (2006) <sup>(1)</sup>	Asano e Fiuza (2003)	
			1995/1996 <sup>(2)</sup>	1987/1988 <sup>(3)</sup>
Alimentação	0,45	0,46	0,39	0,38
Habitação	0,28	0,81	0,77	0,77
Vestuário	0,91	1,00	0,68	0,67
Transporte	0,54	1,50	0,91	0,92
Saúde	0,68	0,82	0,66	0,71
Higiene e despesas pessoais	0,94	1,96	0,88	0,96
Recreação, cultura e fumo	0,70	1,34	-	-

**Nota:** Elaboração da SPE com base na POF 2017-2018.

1 – Menezes *et al.* (2006), Tabela 10 – Elasticidade-Renda, Preço e Preço-Cruzada Compensada para os grupos de produtos não duráveis na POF de 2002-2003, p. 338.

2 – Asano e Fiuza (2003), “Table 5 – Total consumption expenditure and price elasticities – restricted model – 1995/96”, p. 277. Usa-se dados da POF 1995/1996.

3 – Asano e Fiuza (2003), “Table 4 – Total consumption expenditure and price elasticities – restricted model – 1987/99”, p. 276. Usa-se dados da POF 1987/1988.

**Tabela 16: Elasticidade-renda da demanda para os oito grupos de produtos**

Grupo de produtos	Elasticidade-renda da demanda		
	SPE (2021)	Menezes <i>et al.</i> (2006) <sup>(1)</sup>	Hoffmann (2010) <sup>(2)</sup>
Alimentação	1,02	0,67	0,54
Habitação	2,33	1,01	0,78
Vestuário	1,00	0,91	0,68
Transporte	1,02	1,33	0,98
Saúde	1,00	1,27	0,91
Higiene e despesas pessoais	1,00	1,05	0,57
Recreação, cultura e fumo	1,00	1,07	0,94 <sup>(3)</sup>

**Nota:** Elaboração da SPE com base na POF 2017-2018.

1 – Menezes *et al.* (2006), Tabela 10 – Elasticidade-Renda, Preço e Preço-Cruzada Compensada para os grupos de produtos não duráveis na POF de 2002-2003, p. 338.

2 – Hoffmann (2010), Tabela 3 – Elasticidade-renda de diversos tipos de despesa, estimada por meio do ajustamento de uma poligonal às médias de dez classes de renda familiar per capita, com dados da POF 2008-2009, Brasil, p. 54.

3 – Considera-se o valor de recreação e cultura.

Tabela 17: Elasticidade-renda e elasticidade-preço para os cinco subgrupos de produtos

Subgrupos de produtos	SPE (2021)		Menezes <i>et al</i> (2006) <sup>(1)</sup>	
	Elasticidade-renda da demanda	Elasticidade-preço da demanda	Elasticidade-renda da demanda	Elasticidade-preço da demanda
Remédios	1,00	0,96	0,86	0,09
Planos e seguros de saúde	1,00	0,74	2,21	0,44
Tratamento dentário	0,56	0,77	1,53	0,05
Consultas médicas	1,04	1,05	1,06	0,01

**Nota:** Elaboração da SPE com base na POF 2017-2018.

1 – Menezes *et al.* (2006), Tabela 12 – Elasticidade-Renda, Preço e Preço-Cruzada Compensada do grupo saúde na POF de 2002-2003, p. 340.