

Austeridade fiscal, subsídios na saúde e conflito distributivo

Carlos Octávio Ocké-Reis carlos.kalifa@gmail.com

Economista, doutor em saúde coletiva (IMS/UERJ) e Pós-doutor pela Yale School of Management. Rio de Janeiro, Brasil.

Introdução

No contexto do 'desfinanciamento' do SUS, o gasto tributário em saúde parece indesejável no campo das políticas públicas da ótica da justiça distributiva.

Tal incentivo governamental representa um imposto não recolhido ou um gasto público potencial não aplicado diretamente nas políticas de saúde (Ocké-Reis e Fernandes, 2018).

Dada a restrição orçamentária originada pela política de austeridade fiscal, considerando sua magnitude e sua iniquidade, ao beneficiar os estratos superiores de renda, cabe às autoridades governamentais refletirem como esse problema poderia ser enfrentado, posto que os mecanismos privados de financiamento tendem a afetar o orçamento público aplicado na saúde (Tuohy, Flood e Satbile, 2004).

Além do mais, dependendo dos objetivos pressupostos nas propostas para reduzir os subsídios fiscais na saúde, o público-alvo beneficiado é completamente distinto.

Caso se queira destinar seu 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 Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF), os beneficiários serão os contribuintes ou potenciais contribuintes deste imposto mais bem situados na distribuição de renda. 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 serão difusos, embora o governo possa ser criticado por favorecer o setor rentista.

Dessa forma, dada sua trajetória crescente, os subsídios oferecidos às famílias e empregadores – que acabam patrocinando o setor privado de saúde – são tão expressivos, que, uma vez alocados para outros fins, poderiam servir de base para criar programas sociais ou para impulsionar programas já existentes.

Trata-se, portanto, de um incentivo governamental que poderia se materializar em recursos aplicados no SUS, contribuindo para superar certas iniquidades do sistema de saúde brasileiro, em paralelo a outras iniciativas no campo das políticas públicas.

Depois dessa breve introdução, na próxima seção, apontaremos alguns aspectos da política de austeridade fiscal durante a pandemia da covid-19, que delimitam a seu modo a própria reflexão sobre os subsídios da saúde. Na terceira, abordaremos o impacto de tais subsídios sobre o financiamento das políticas de saúde e na quarta serão debatidos os dilemas da intervenção estatal, no marco de uma conjuntura caracterizada por um agravamento do conflito distributivo. Nesse quadro, nas considerações finais, indicaremos que, apesar da renúncia da arrecadação gerar situação de injustiça distributiva, mudanças nos subsídios em favor da equidade deveriam respeitar determinadas pré-condições no campo das políticas públicas.

Austeridade Fiscal

Em meio à crise sanitária, economistas brasileiros de todos os matizes deveriam examinar como a política econômica pode sobredeterminar as causas de morbimortalidade de uma sociedade.

David Stuckler e Sanjay Basu deram uma contribuição importante no passado recente. Em seu livro, publicado em 2013, intitulado *The body economic. Why austerity kills*, os autores criticaram os efeitos as políticas de austeridade fiscal sobre as condições de vida e saúde das populações.

Nós gastamos tão somente 3,8% do PIB com a rede pública de saúde, enquanto o sistema inglês aplica 7,9% (Funcia, 2019). De modo que, ano passado, para enfrentar o novo coronavírus, o governo federal aprovou o decreto de calamidade pública e a Emenda Constitucional n.º 106, flexibilizando o regime fiscal, financiando os gastos em saúde por meio de endividamento e do uso de recursos desvinculados da conta única do tesouro.

No entanto, no lugar de aplicar novamente este ano o decreto de calamidade pública e o orçamento de guerra – que permitiram a flexibilização das regras fiscais em 2020 – o governo não só obedeceu, mas dobrou a aposta no abecê ultraliberal, endurecendo a política de austeridade fiscal com consequências desastrosas sobre as condições de vida e saúde dos brasileiros.

Nessa linha, a Emenda Constitucional 109, recém-aprovada pelo Congresso Nacional, criou, para a União, um subteto dentro do teto de gasto. Além disso, penalizou estados e municípios, prevendo o acionamento de gatilhos que arrocham salários dos servidores públicos e despesas obrigatórias necessárias ao combate

à pandemia. Por fim, a EC 109 desvinculou o superávit financeiro de fundos sociais, canalizando-o para a amortização da dívida.

Ao invés de mitigar os efeitos da crise sobre a pobreza e a desigualdade, injetando recursos na economia, o governo federal vem interditando as ações de prefeitos e governadores, jogando as classes populares e a pequena burguesia contra o isolamento social, as quais, dependentes da dinâmica do mercado de trabalho, estão cada vez mais vulneráveis à contaminação da Covid-19 e de suas variantes.

Durante a atual crise econômica e sanitária, esse ultrafiscalismo provocará tanto uma redução dos serviços públicos (teto de gasto implicará diminuição das despesas independente do aumento da arrecadação), quanto uma política fiscal pró-cíclica (as despesas cairão com a desaceleração da economia, tendo em vista a frustração de arrecadação) (Moretti, 2020).

No caso dos entes subnacionais, a adoção de gatilhos, relacionados à relação despesa versus receita, aprofundará o caráter pró-cíclico do regime fiscal, exigindo cortes de gasto quando há frustração de arrecadação, bem como impedindo o estímulo a demanda agregada para conter os efeitos da desaceleração da atividade econômica.

Temos sérias dúvidas se essa é a melhor alternativa para sair da crise: a economia brasileira seguirá acorrentada à bola de ferro da austeridade, reforçando as projeções negativas para a economia esse ano.

Dentro de certos limites, a narrativa escandalosa em torno da falência do estado brasileiro é ilusória (Dweck, Rossi e Mello, 2020). Na verdade, não falta dinheiro, mas sobram regras de gasto, que autoimpõem limites à atuação do Estado: os créditos extraordinários destinados ao combate da pandemia foram financiados por meio da conta única do tesouro (que, em parte, converte-se em endividamento, tendo em vista o aumento de liquidez gerado) e do endividamento em 2020.

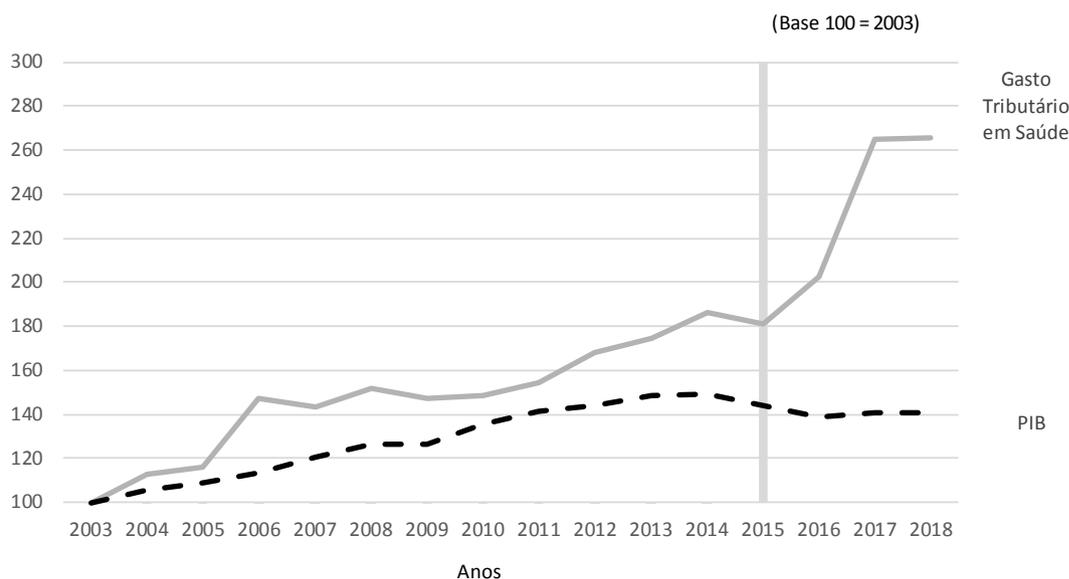
Na contramão do mundo, que vem aplicando políticas fiscais expansionistas, quer se impor mais cortes sobre gastos que têm um forte efeito multiplicador e redistributivo. Afinal de contas, fazer um ajuste fiscal pelo lado da despesa aprofundará o déficit, prejudicando ainda mais a capacidade do Estado ampliar os investimentos públicos e os gastos sociais.

Subsídios na Saúde

Apesar da manutenção dessa política de austeridade fiscal, uma vez que a Emenda Constitucional – EC 95 não restringiu o crescimento real do gasto indireto (tampouco das despesas financeiras), o gasto tributário em saúde subiu como proporção do Produto Interno Bruto (PIB) depois da sua adoção (Gráfico 1).

GRÁFICO 1

Crescimento Real: Gasto Tributário em Saúde¹ e PIB² - 2003-18



Fontes: RFB e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Elaboração do autor.

Nota:¹ Corrigido pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE) médio de 2018.

Nota:² Deflator implícito (IpeaData).

Ora, uma vez que os gastos tributários não têm o limite de um teto, embora contabilizados no cálculo do resultado do primário, qual seria a finalidade dos subsídios na área da saúde, sabendo-se das restrições orçamentárias e financeiras para o desenvolvimento do SUS?

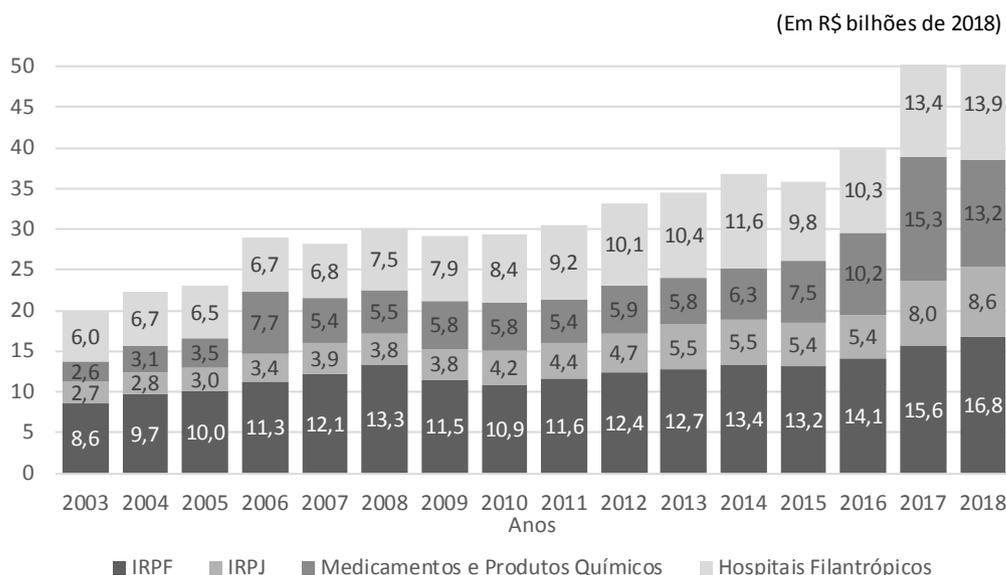
Em geral, em termos normativos, eles poderiam atender os seguintes objetivos, de forma combinada ou não: patrocinar o consumo de planos de saúde; fortalecer a regulação dos preços do mercado de planos; reduzir a fila e o tempo de espera nos serviços especializados do setor público; diminuir a carga tributária 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.¹ No entanto, quais são as suas consequências mais visíveis no caso brasileiro?

(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 (Ocké-Reis, 2008-2009), a renúncia subtrai recursos significativos do sistema, que poderiam incrementar seu acesso e melhorar sua qualidade (Gráfico 2). À guisa de ilustração, esse subsídio se dá em detrimento de recursos que poderiam dobrar o orçamento da Estratégia de Saúde da Família ou qualificar os serviços especializados (consultas médicas, cirurgias eletivas e exames de média complexidade tecnológica) – fundamentais para consolidar a proposta de universalização

¹ Em seu artigo seminal, Pauly (1986) aborda algumas dessas dimensões.

e integralidade da cobertura das ações e serviços prestados pelo SUS. Além do mais, tais subsídios não desafogam absolutamente os serviços médico-hospitalares do SUS, 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 SUS acaba socializando parte dos custos das operadoras – a exemplo do contencioso em torno do ressarcimento (Ocké-Reis, 2018; Sá, 2018; Santos, 2011);

GRÁFICO 2

Gasto tributário em saúde,¹ segundo fontes - 2003-18

Fonte: RFB.

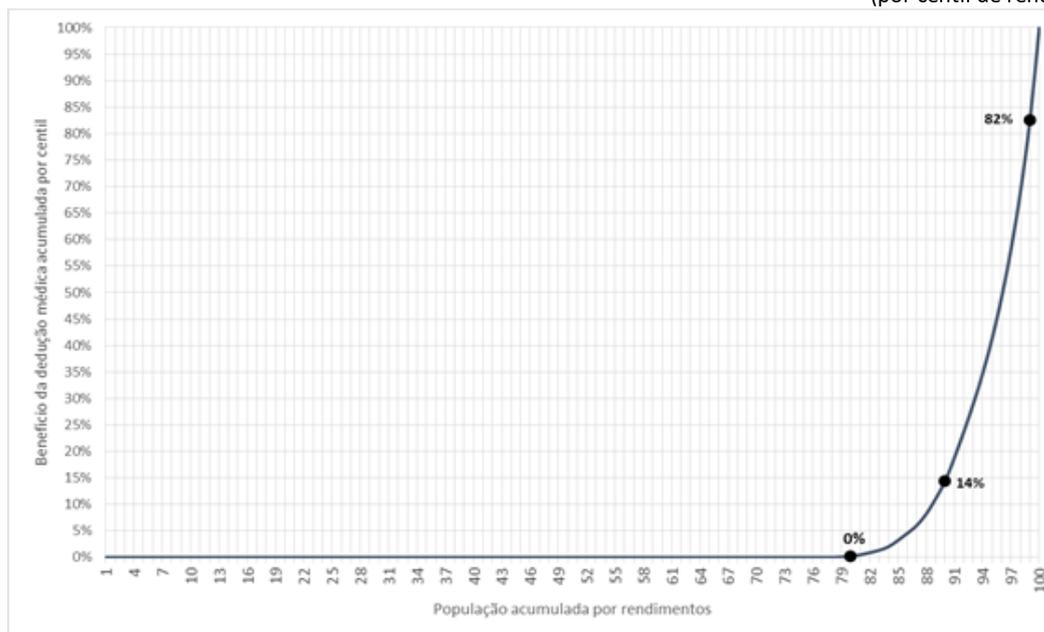
Elaboração do autor.

Nota:¹ Corrigido pelo IPCA médio de 2018.

(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 (Silveira, 2013). Dito de outra forma, conforme demonstrado no Gráfico 3, da ótica das despesas médicas isentas no IRPF, os subsídios beneficiam os estratos superiores de renda, dado que 1% dos indivíduos mais bem posicionados na pirâmide da distribuição se apropria de 18% do total (ME, 2020).

GRÁFICO 3

Distribuição dos contribuintes do IRPF, gasto tributário das despesas médico-hospitalares - 2016
(por centil de renda)

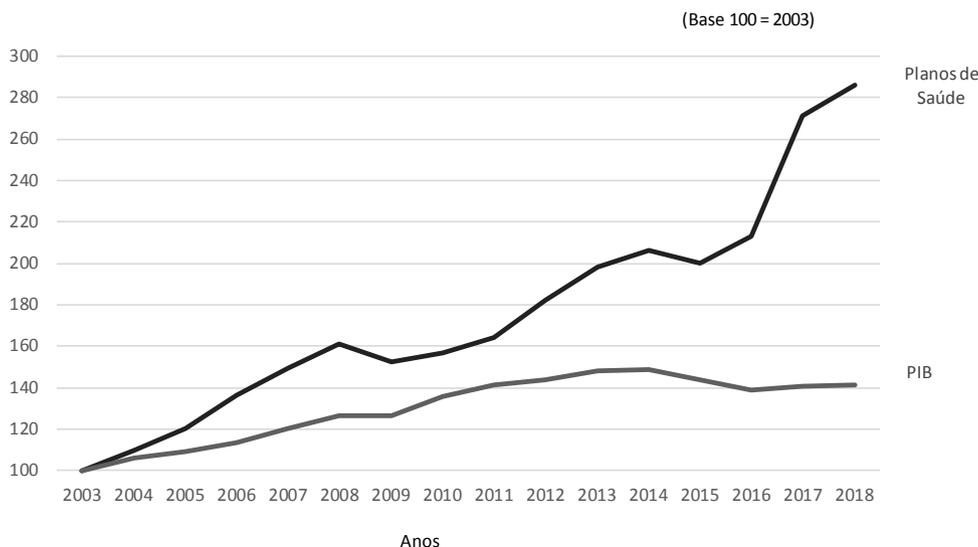


Fontes: RFB e PNAD Contínua.

Elaboração: Secretaria Especial da Fazenda/ME.

(iii) no tocante à regulação de planos de saúde, como observado no Gráfico 4, 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 (Ocké-Reis, Fiuza e Coimbra, 2020), 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. Ademais, nada garante que a nova metodologia para o cálculo do reajuste anual dos planos de saúde individuais e familiares mudará esse cenário (Fiuza, Marinho e Ocké-Reis, 2020). Esse cenário tende a se agravar se notarmos que os indicadores econômico-financeiros desse mercado apresentaram um desempenho satisfatório no período recente (Martins, Ocké-Reis e Drach, 2021), reforçando a ideia de que, do ponto de vista das operadoras de planos de saúde, esse subsídio tornou-se injustificável.

GRÁFICO 4

Crescimento Real: Gasto Tributário com Planos de Saúde^{1,2} e PIB³ - 2003-18

Fontes: RFB e IBGE. Elaboração do autor.

Nota¹: Corrigido pelo IPCA médio de 2018.Nota²: O gasto tributário com planos de saúde foi obtido somando a rubrica 'planos de saúde' do IRPF e a rubrica 'assistência médica, odontologia e farmacêutica a empregados' do IRPJ.Nota³: Deflator implícito (IpeaData).

Em suma, tendo em mente esses impactos provocados pela renúncia, o poder executivo não pode renunciar 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 (Piola *et al.*, 2010) e para resistir à sua captura pelo mercado de planos de saúde (Vilarinho, 2010).

Conflito Distributivo

Considerando as relações contraditórias entre o sistema público e o 'subsistema' privado de saúde, parece aceitável que o Estado atenuie o conflito distributivo decorrente dos impactos desse subsídio.

Vale dizer, 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 o gasto tributário fosse ao menos justificado nas diretrizes do Ministério da Saúde.

Contudo, para além da concentração de renda provocada pela política de austeridade fiscal, 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 nos subsídios, 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 (Ocké-Reis, Andreazzi e Silveira, 2006);

(ii) no plano econômico, os efeitos da recessão do período entre 2015 e 2016, que expulsou mais de 3 milhões de usuários de planos de saúde (Ocké-Reis, Fiuza e Coimbra, 2019), continuaram pressionando o SUS no período seguinte, em especial depois do surgimento da covid-19 em 2020. Desse modo, se reconhecemos que o fim dos subsídios aumentaria a carga tributária dos estratos intermediários e superiores de renda, sem a contrapartida de um SUS plenamente universal e integral (Ocké-Reis e Marmor, 2010), dada a gravidade da crise econômica e sanitária, uma alternativa mais razoável seria mudar a composição da carga tributária global, desonerando as classes populares e médias, penalizadas por uma carga que incide sobre o trabalho e sobre a produção, à medida que não se tributa a alta renda, a herança e o patrimônio, de acordo com os princípios da progressividade (Silveira, Passos e Guedes, 2018);

(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; 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 (Ocké-Reis, 2018);

(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 (Ocké-Reis, 2000).

Em que pese o realismo desse cenário, para reverter ou mitigar o efeito regressivo desse subsídio, em sentido genérico, uma alternativa seria aumentar os recursos financeiros e melhorar a qualidade do SUS, bem como ampliar a capacidade regulatória do Estado sobre os planos de saúde.

Considerações Finais

Apesar da austeridade fiscal, o montante de recursos alocados nos subsídios poderia contribuir para superar certas iniquidades do sistema de saúde brasileiro, que estão sendo agravadas durante a pandemia da covid-19.

Para implantar essa mudança, seria necessário convencer a sociedade acerca das vantagens da sua eliminação, redução ou focalização, desde que tais recursos fossem aplicados na atenção primária e na média complexidade do SUS. Em particular, a conversão de gasto público indireto em direto na área teria mais sentido clínico e epidemiológico, se contribuísse mesmo para negar e superar o atual modelo de atenção assistencial, fustigando as iniquidades do sistema de saúde brasileiro.

Uma mediação seria copiar a área da educação e criar um teto para o abatimento dos gastos com saúde no imposto a pagar das famílias e empregadores. Esse teto, em tese, poderia ser medida fiscal e socialmente responsável no longo prazo, desde que se respeitassem forçosamente determinadas pré-condições no campo das políticas públicas:

- (i) ampliação dos recursos destinados ao SUS – que hoje se encontra ‘desfinanciado’ – a partir do espaço fiscal aberto com a redução do abatimento. Vale dizer, essa operação supõe mudar o regime fiscal vigente, já que o aumento de arrecadação não reverte em ampliação de gasto, dado o teto estabelecido pela EC 95;
- (ii) considerando a magnitude da renúncia associada aos gastos com planos de saúde, 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) além do abatimento das despesas médicas do IRPF, uma vez que a renúncia se aplica de igual modo ao empregador, quando paga planos de saúde a seus empregados enquanto salário indireto, reduzir esse subsídio não pode ser descartado. Tais despesas operacionais podem ser abatidas do lucro tributável e sua mitigação deve ter um impacto positivo sobre a arrecadação (a renúncia fiscal da saúde associada ao Imposto de Renda da Pessoa Jurídica 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’.

Conforme destacam Remler, Brown e Glied (2005), o Estado não pode fechar os olhos em face da tendência de custos e preços crescentes na assistência médica, entretanto, na atual conjuntura histórica, considerando-se as adversidades do ciclo político-eleitoral (Ocké-Reis, 2020), existe grau de indeterminação quanto à disposição

da atual coalizão governamental em alocar os subsídios fiscais para o SUS, visando a melhoria do seu acesso e da sua qualidade.

Referências

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 109**, de 15 de março de 2021. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc109.htm>. Acesso em: 2 abr. 2021.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 106**, de 7 de maio de 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc106.htm>. Acesso em: 2 abr. 2021.

BRASIL. **Decreto Legislativo nº 6**, de 20 de março de 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/DLG6-2020.htm>. Acesso em: 2 abr. 2021.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95**, de 15 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 1 abr. 2021.

DWECK, E.; ROSSI, P.; MELLO, G. Sobre o diagnóstico falacioso da situação fiscal brasileira. In: DWECK E.; ROSSI, P.; OLIVEIRA, A. L. (Orgs.). **Economia pós-pandemia: desmontando os mitos da austeridade fiscal e construindo um novo paradigma econômico**. São Paulo: Autonomia Literária, 2020. p.172-182.

FIUZA, E. P. S.; MARINHO, A.; OCKÉ-REIS, C. O. **A nova metodologia de reajuste dos planos de saúde medirá os custos, os preços e a eficiência das operadoras?** Rio de Janeiro: Ipea, 2020. (Nota Técnica n.º 90.)

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 24, n.º 12, p. 4405-4414, 2019.

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.)

ME – 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.)

MORETTI, B. Os impactos da Emenda Constitucional 95 sobre o SUS em 2021. **Revista Brasileira de Planejamento e Orçamento**, vol. 10, n.º 2, p. 27-40, 2020.

MORETTI, B.; FUNCIA, F. R.; OCKÉ-REIS, C. O. Teto dos gastos e o “desfinanciamento” do SUS. **Le Monde Diplomatique Brasil**, 2020. Disponível em: <<https://diplomatie.org.br/o-teto-dos-gastos-e-o-desfinanciamento-do-sus/>>. Acesso em: 17 set. 2020.

OCKÉ-REIS, C.O. Democracia brasileira sob fogo cruzado. Revista Rosa, 2020. Disponível em: < <https://revistarosa.com/1/democracia-brasileira-sob-fogo-cruzado>>. Acesso em: 2 abr. 2021.

----- . Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 23, n.º 6, p. 2035-2042, 2018.

----- . Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento? **Trabalho, Educação e Saúde**, vol. 6, n.º 3, p. 613-622, 2008-2009.

----- . O Estado e os planos de saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, vol. 51, n.º 1, p. 124-147, 2000.

OCKÉ-REIS, C. O.; FIUZA, E. P. S.; COIMBRA, P. H. H. **Inflação dos planos de saúde – 2000/2018**. Rio de Janeiro: Ipea, 2019. (Nota Técnica n.º 54.)

OCKÉ-REIS, C. O.; FERNANDES, A. M. P. **Descrição do Gasto Tributário em Saúde - 2003 a 2015**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. (Nota Técnica n.º 48.)

OCKÉ-REIS, C.O.; MARMOR, T.R. The Brazilian national health system: an unfulfilled promise? **International Journal of Health Planning and Management**, vol. 25, n.º 4, p. 318-29, 2010.

OCKÉ-REIS, C.O.; ANDREAZZI, M.F.S.; SILVEIRA, F.G. O Mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado? **Revista de Economia Contemporânea**, vol. 10, n.º 1, p. 157-185, 2006.

PAULY, M. Taxation, health insurance, and market failure in the medical economy. **Journal of economic literature**, vol. 24, n.º 2, p.629-75, 1986.

PIOLA, S. F.; BARROS, M. E. D.; SERVO, L. M. S.; NOGUEIRA, R. P.; SÁ, E. B.; PAIVA, A. B. Gasto tributário e conflito distributivo na saúde. In: CASTRO, J.A.; SANTOS, C. H.; RIBEIRO, J. A. C. (Orgs). **Tributação e equidade no Brasil: um registro da reflexão do Ipea no biênio 2008-2009** . Brasília: Ipea; 2010. p. 351-374.

REMLER, D.; BROWN, L.; GLIED, S. Market versus state in health care and health insurance: false dichotomy. In: NELSON, R. R. (ed.). **The limits of market organization**. New York: Russell Sage Foundation, 2005. p. 213-230.

SÁ, E. B. de. **O público e o privado no sistema de saúde: uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível**. Brasília: Ipea, 2018. (Nota Técnica n.º 47.)

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**, vol. 16, n.º 6, p. 2743-2752, 2011.

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.)

STUCKLER, D.; BASU, S. **The body economic: why austerity kills**. UK: Penguin, 2013.

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**, vol. 29, n.º 3, p. 359-396, 2004.

VILARINHO, P. F. A percepção da captura política da saúde suplementar no Brasil. **Cad. EBAPE.BR**, vol. 8, n.º 4, p. 694-709, 2010.

FISCAL AUSTERITY, HEALTH SUBSIDIES AND DISTRIBUTIVE CONFLICT

Recebido 03-abr-21 **Aceito** 12-abr-21

Resumo No contexto do ‘desfinanciamento’ do SUS, o gasto tributário em saúde parece indesejável no campo das políticas públicas da ótica da justiça distributiva. Ao beneficiar os estratos superiores de renda, cabe às autoridades governamentais refletirem como esse problema poderia ser enfrentado. Apesar dos efeitos contracionistas da política de austeridade fiscal, trata-se de um subsídio que, caso seu montante fosse destinado ao SUS, poderia contribuir para superar certas iniquidades do sistema de saúde brasileiro, em paralelo a outras iniciativas no campo das políticas públicas.

Palavras-chave economia da saúde; equidade; financiamento em saúde; alocação de recursos em saúde; gastos tributários em saúde

Abstract *Considering the de-financing of the Brazilian Unified Health System, the health-related tax expenditure seems to be undesirable under the distributive justice approach. As this subsidy favors the upper income level, the government must consider the means to solve this problem. Despite the budgetary constraint caused by the fiscal austerity, once these resources are allocated to SUS, they can contribute to overcoming some inequities in the Brazilian health system in parallel with other initiatives in the field of public policy.*

Keywords *health economics; equity; health care financing; allocation of health resources; health-related tax expenditure.*