



estudo técnico

Abramge . Sinamge . Sinog

Ano II. Nº 04. Outubro 2017

Imposto Sobre Serviço de Qualquer Natureza (ISSQN):

mudanças e impacto na carga tributária dos planos de saúde



abramge • sinamge • sinog

Imposto Sobre Serviço de Qualquer Natureza (ISSQN): mudanças e impacto na carga tributária dos planos de saúde

estudo técnico

Abramge . Sinamge . Sinog

Ano II. Nº 04. Outubro 2017

Apresentação

O Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISSQN voltou ao centro das discussões na saúde suplementar após a derrubada, em maio de 2017, do VETO nº 52/2016, o que resultou na entrada em vigor da Lei Complementar (LC) Nº 157/2016 que altera a LC Nº 116/2003.

Dentre outras medidas, a LC Nº 157/2016 determina, para as empresas que comercializam serviços como planos de saúde e outros de cunho financeiro, que o ISSQN seja recolhido no município do tomador de serviços, modelo diferente daquele até então vigente que previa o recolhimento na cidade onde é feita a administração do plano.

A obrigação gerada pelo novo normativo adiciona ainda mais problemas ao já emblemático sistema tributário brasileiro, na medida em que o conceito de tomador de serviços não foi definido no texto da norma, assim como não houve qualquer manifestação sobre a base de cálculo, em especial para dispor sobre a não incidência de ISSQN em cascata ou dupla tributação.

O fato de instituir que o local de recolhimento não é mais o município em que o plano é administrado e sim onde ocorre o “consumo” ou onde reside o tomador de serviço adiciona dificuldade operacional que pode inviabilizar o plano de saúde, criando dificuldades às operadoras que possuem beneficiários em milhares de municípios e estariam sujeitas a diversas legislações tributárias, recolhimento junto a várias secretarias de finanças, bem como a fiscalização de cada uma dessas.

Para analisar o assunto de forma mais ampla, este estudo técnico aborda:

1. O histórico do ISSQN;

2. A legislação anterior, as mudanças trazidas com a vigência da nova legislação e as principais dificuldades;

3. O impacto que a mudança poderá gerar, com aumento de impostos e dificuldades de operacionalização.

Contexto histórico do ISSQN

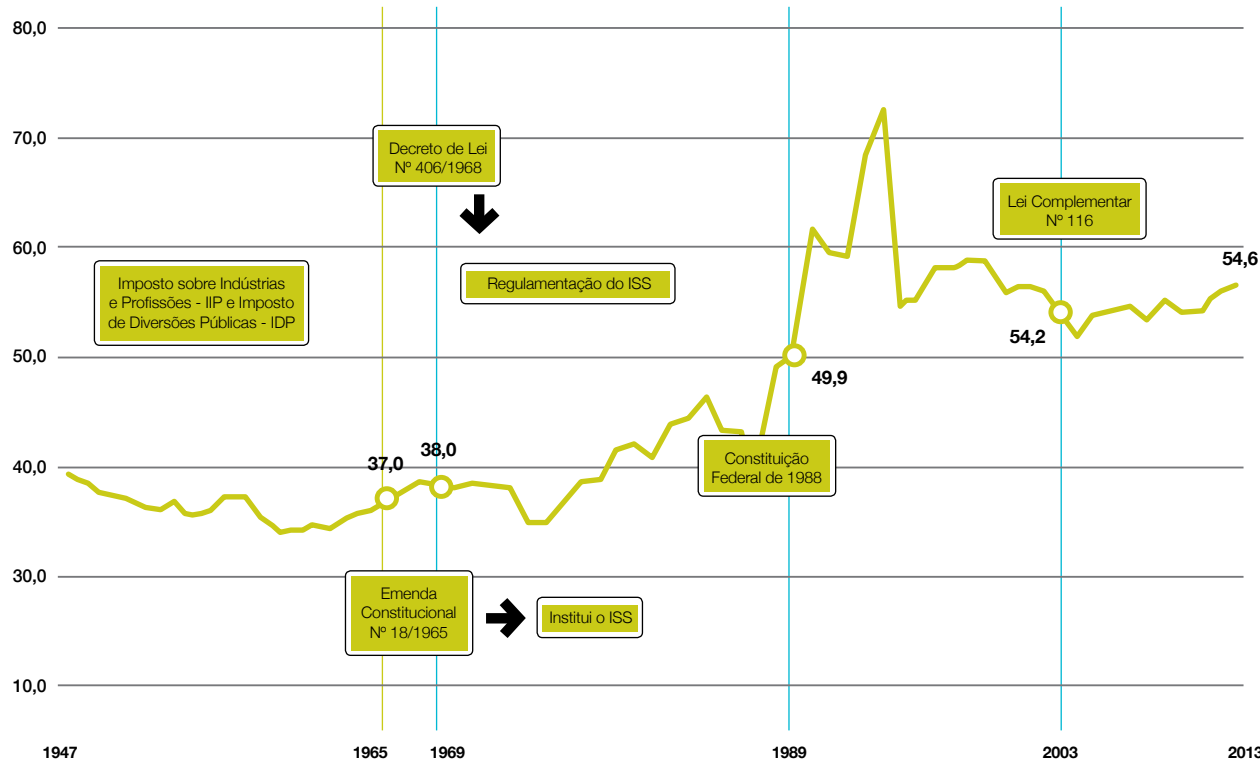
O ISSQN foi introduzido com a edição da Emenda Constitucional nº 18, em 1965, a partir da dissolução do imposto sobre indústria e profissões, imposto sobre diversões públicas, imposto sobre a circulação e imposto sobre transações. Em contrapartida foi criado também, além do Imposto Sobre Serviços, o Imposto sobre Circulação de Mercadorias (Estadual).

Na época, o ISSQN incidia principalmente sobre serviços enquadrados em: fornecimento de trabalho, locação de bens imóveis e de espaço (hotelaria e guarda de bens) e jogos e diversões públicas (Decreto Lei Nº406/1968). Posteriormente, o campo de incidência do ISS foi ampliado, com a inclusão de outros serviços e setores em 1967 (Ato Complementar nº34/67) e em 2003, a partir da publicação da Lei Complementar Nº 116/2003, que incluiu os planos de saúde.

Em suma, percebe-se que o escopo da tributação foi construído ao longo do tempo, considerando as características de cada setor e a capacidade administrativa de cada um dos Governos: Federal, Estadual e Municipal.

Importante destacar que na época em que foi criado o ISS o setor de serviços representava apenas 37% do PIB brasileiro, além do mais, havia predominância de serviços que eram prestados a nível local. Em contrapartida, hoje o setor de serviços já representa mais de 50% do PIB e passa por um processo de evolução constante, principalmente com a introdução de serviços que não são mais prestados a nível local e sim nacionalmente, por empresas que fornecem acesso a serviços para pessoas residentes em milhares de municípios.

Gráfico 1 – Participação do setor de serviços no PIB (em %) – 1947 a 2013



Estes serviços estão evoluindo continuamente e nem sempre as empresas estão situadas no mesmo município do tomador do serviço, a exemplo do próprio plano de saúde, do ensino a distância, da telemedicina, do desenvolvimento e assistência técnica de softwares, das consultorias, etc.

As operadoras de planos de saúde em sua maioria ofertam acesso aos seus produtos para beneficiários que estão distribuídos em diversas cidades do território nacional e, não seria difícil, encontrar empresas que possuem clientes espalhados em milhares de municípios.

Assim, se tomarmos por base um grupo empresarial que consolida operadora de plano e empresa de prestação de serviços de saúde, sendo que a operadora possui beneficiários espalhados em mais de 1 mil municípios, a partir da vigência da Lei Complementar nº 157/2016 essa sociedade empresarial terá que administrar o negócio sujeito a mudanças nas:

→ Normas gerais tributárias nacionais e regras

relativas aos tributos da União;

→ Legislações tributárias estaduais, por conta da empresa de prestação de serviços e o recolhimento do ICMS;

→ e legislações tributárias municipais de mais de 1 mil municípios, onde residem os beneficiários dos planos.

O embaraço criado por essa situação inviabilizará a oferta de planos de saúde na maioria das cidades brasileiras, excluindo milhares de pessoas que desejam ter acesso a plano de saúde, bem como reduzirá a concorrência em nível nacional, uma vez que as operadoras priorizarão o atendimento em um conjunto mais restrito de cidades.

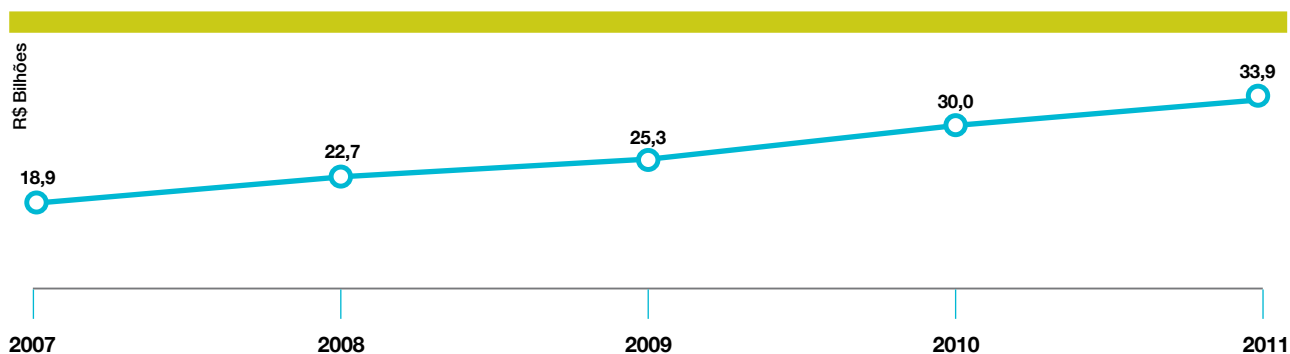
Portanto, a mudança introduzida pela Lei complementar N° 157/2016, quando insere o conceito de recolhimento do imposto no município do tomador de serviço, agravou a situação tributária da Saúde Suplementar no Brasil. Importante ressaltar também que a mudança na LC não englobou outras atividades como o ensino a distância, que, por exemplo, teriam a mesma dificuldade em recolher impostos em cada município em que houver aluno.

Cenário atual

A arrecadação do Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza totalizou R\$ 33,9 bi em 2011, último ano com informações consolidadas disponíveis. Com este volume de recursos, o ISS

não figura entre os principais tributos recolhidos no país, mas talvez seja um dos mais difíceis de operacionalizar, especialmente quando a empresa estiver sujeita a tributação em diversos municípios.

Gráfico 2 – Arrecadação total de ISSQN pelos municípios brasileiros – 2007 a 2011



Fonte: elaborado pela Abramge com base em informações disponíveis no IPEADATA.

Importante ressaltar que a legislação brasileira estabelece como competência dos municípios o recolhimento de três impostos: ISSQN, Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU e Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis – ITBI. Dentre estes, apenas o ISSQN incide sobre o consumo, enquanto os demais oneram o patrimônio e, neste caso, o local de recolhimento é de fácil aferição.

Uma das justificativas para a mudança do local de recolhimento do ISSQN de planos de saúde, é de que o imposto estaria sendo recolhido apenas nos municípios onde estão as sedes das operadoras, concentrando o recurso em poucas cidades. Em relação a este ponto,

a análise apresentada na próxima seção desmistifica a discussão, ao expor que a maior parte do recurso já era recolhida no município onde ocorre a prestação de serviços de saúde, distribuindo o recurso em todo o país.

Além disso, o fato do recolhimento majoritário do imposto ser feito em poucos municípios é resultado da própria concentração da atividade econômica do país, que gera uma situação em que menos de 10% (499) dos municípios detêm 80% do PIB nacional ou ainda que apenas 5,6% (307) dos municípios concentram 80% de tudo que é produzido pelo setor de serviços, conforme exposto no quadro a seguir.

Recolhimento do ISSQN reflete a própria concentração da atividade econômica no país

129

municípios concentram **80%** da arrecadação nacional do ISSQN (2011 – IPEADATA)

307

municípios concentram **80%** do valor adicionado bruto do setor de serviços (2014 – IBGE)

499

municípios detêm 80% do PIB nacional (2014 – IBGE)

1371

municípios concentram 80% da população brasileira (2014 – IBGE)

¹ O valor adicionado bruto mede a contribuição do setor de serviços para a geração do PIB nacional, em outras palavras, representa a diferença entre o valor de produção do setor e o valor consumido de outros segmentos.

No que se refere às operadoras de planos de saúde, o valor total recolhido a título de ISSQN em 2016 alcançou a cifra de R\$ 631,9 milhões, sendo que 87% foi referente a planos médicos, 6% são de planos odontológicos e 7% foram pagos por administradoras de benefícios. Se

considerado a arrecadação de ISSQN em 2011 de R\$ 33,9 bi, e que este valor corrigido pela inflação (IPCA) representaria R\$ 47,9 bi em 2016, é possível inferir que o tributo pago pelas operadoras de planos representam 1,3% do total arrecadado pelos municípios do país.

Arrecadação de ISSQN por operadoras de planos de saúde em 2016

Em 2016, as operadoras de planos de saúde recolheram R\$ 631,9 milhões a título de impostos sobre serviços, sendo que desse total:

R\$ 549,2*

milhões

(87% do total) é referente a operação de plano médico-hospitalar

R\$ 38,2

milhões

(6% do total) diz respeito a operação de plano odontológico

R\$ 44,4

milhões

(7% do total) se refere à administradora de benefícios

* Importante ressaltar que desse valor, R\$ 533,8 milhões foram pagos por medicinas de grupo e cooperativas médicas. O restante, valor residual de R\$ 15,4 milhões foram pagos pelas demais modalidades (filantropias e autogestão).

Portanto, e considerando este cenário, não se vislumbra como solução ao problema da concentração econômica e da distribuição desigual de impostos obrigar empresas que atuam nacionalmente a recolher

tributos em cada município onde possuir beneficiários. Nesse sentido, as implicações e os possíveis impactos dessa decisão serão abordados de forma mais detalhada na próxima seção.

Impacto estimado

As dificuldades advindas da vigência da Lei Complementar N°157/2016 são tantas, que foi preciso separar a análise para quantificar cada impacto, em especial: o aumento das alíquotas, o possível custo da bitributação e o custo de operacionalizar o recolhimento em cada cidade – mesmo que estes estejam correlacionados. As subseções descritas a seguir apresentam e detalham cada um destes pontos.

Aumento das alíquotas

O efeito mais evidente da vigência da Lei Complementar N°157/2016 é o provável aumento da alíquota praticada pelos municípios, principalmente em decorrência da definição no normativo de que o índice mínimo é de 2% e o máximo de 5%, bem como a proibição da concessão de isenções ou prática de frações inferiores ao novo mínimo estabelecido.

Além do simples aumento de alíquota, pode haver também o entendimento de que a base de cálculo do imposto é o faturamento total da operadora, e não a fração resultante da receita de contraprestações subtraídas as despesas

assistenciais, conforme já definido em julgamentos no Superior Tribunal de Justiça e no Supremo Tribunal Federal¹. Ressalta-se que este entendimento não deve prosperar, na medida em que implicaria em bitributação, conforme apresentado ainda nesta seção.

Operadoras de planos médico-hospitalares

Entre as operadoras de planos médico-hospitalares, o recolhimento de ISSQN é predominante entre as medicinas de grupo e cooperativas médicas, uma vez que as seguradoras estão sujeitas a tributo federal (IOF – Imposto sobre Operações Financeiras) e não há incidência sobre as filantrópicas e autogestões.

Em 2016, as operadoras de planos médico-hospitalares recolheram ao fisco municipal R\$ 533,8 milhões a título de ISSQN. Montante que representa uma alíquota efetiva de 1,7% da base de cálculo do tributo, calculada a partir da subtração das despesas assistenciais de R\$ 83,1 bilhões do faturamento total de R\$ 114,4 bilhões. Importante destacar que o ISSQN referente a prestação de serviços médicos, cujo custo alcançou R\$ 83,1 bi, foi recolhido no município onde houve a prestação do referido serviço de saúde.

Planos para cobertura médico-hospitalar – 2016



Obs: considera operadoras da modalidade de medicina de grupo e cooperativa médica.

Fonte: Elaborado pela Abramge.

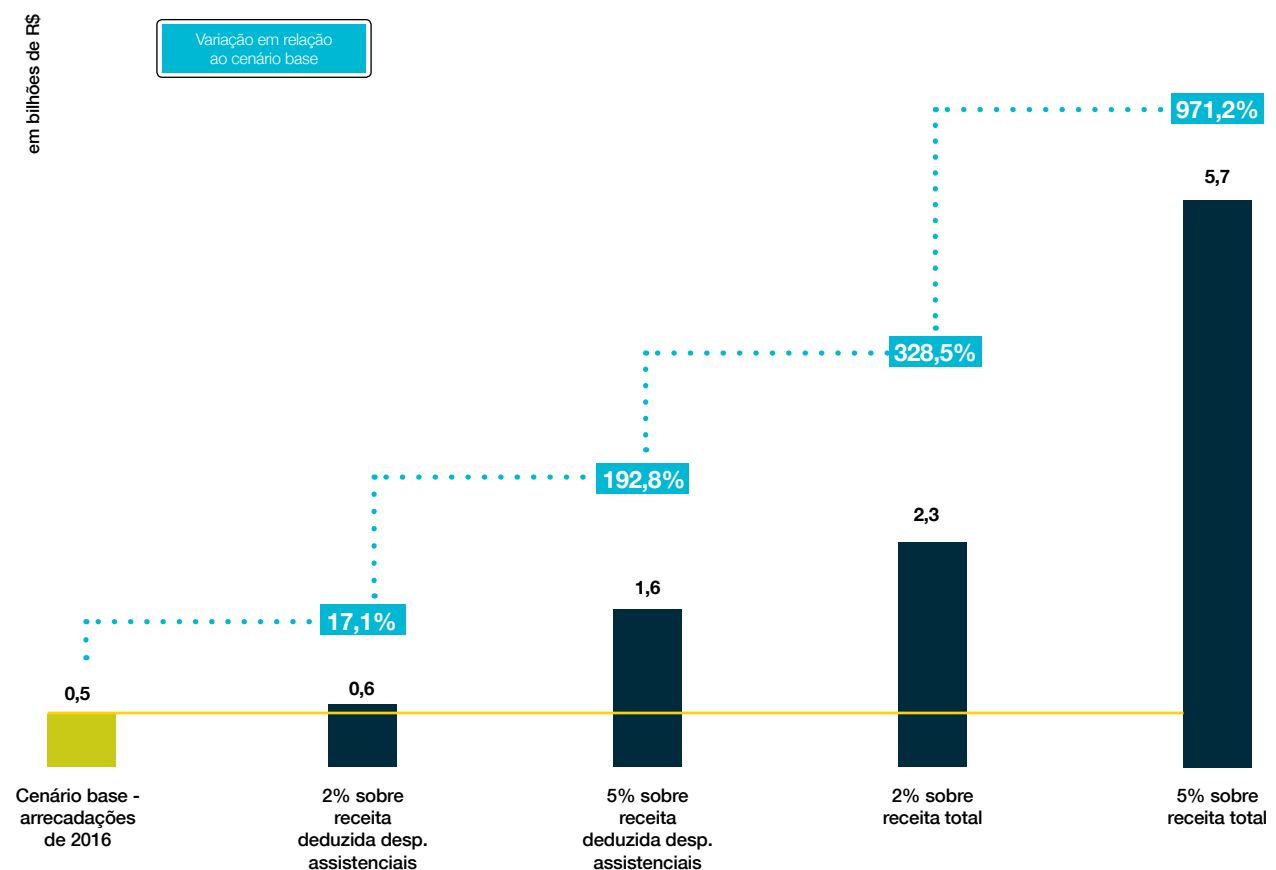
¹ No Superior Tribunal de Justiça, no Recurso Especial N° 1.137.234 – RS (2009/0166223-6), e no Supremo Tribunal Federal, ainda em 2017, no Recurso Extraordinário 651.703/Paraná.

“

No cenário de maior impacto, com alíquota de 5% sobre a receita total, o imposto a ser recolhido é multiplicado por 10 (aumento de 971,2%), alcançando R\$ 5,7 bilhões, gerando forte crescimento da carga tributária e inviabilizando os planos de saúde.

”

Gráfico 3 – Aumento estimado do imposto considerando mudança na alíquota e base de cálculo – Planos médico-hospitalares



Para mensurar e comparar o impacto de mudanças foram construídos cenários em que a alíquota varia entre 2% e 5%, com variações também na base de cálculo, e os resultados foram comparados com o cenário base, que leva em consideração o dado real de imposto recolhido em 2016.

Importante destacar que a definição da alíquota mínima de 2% implicará em aumento de 17,1% no total de impostos recolhidos, passando de R\$ 534 milhões para R\$ 625 milhões. Por outro lado, no cenário de maior impacto o aumento chega a 971,2%, ou seja, o montante de impostos recolhidos é multiplicado por 10.

Operadoras de planos odontológicos

Para a operação de planos odontológicos foi feito levantamento do ISSQN recolhido pelas operadoras da modalidade de odontologia de grupo e cooperativa odontológica. Neste caso, não foi contabilizado o tributo recolhido por operadoras que comercializam planos médicos e odontológicos, por conta da dificuldade em identificar o imposto referente ao produto odontológico.

O total de tributos recolhidos em 2016 alcançou R\$ 35,6 milhões, o que representa uma alíquota efetiva de 1,9% em relação a base de cálculo de incidência do ISSQN, resultante da subtração das despesas assistenciais de R\$ 1,5 bilhão do faturamento bruto de R\$ 3,3 bilhões.

Planos para cobertura odontológica - 2016



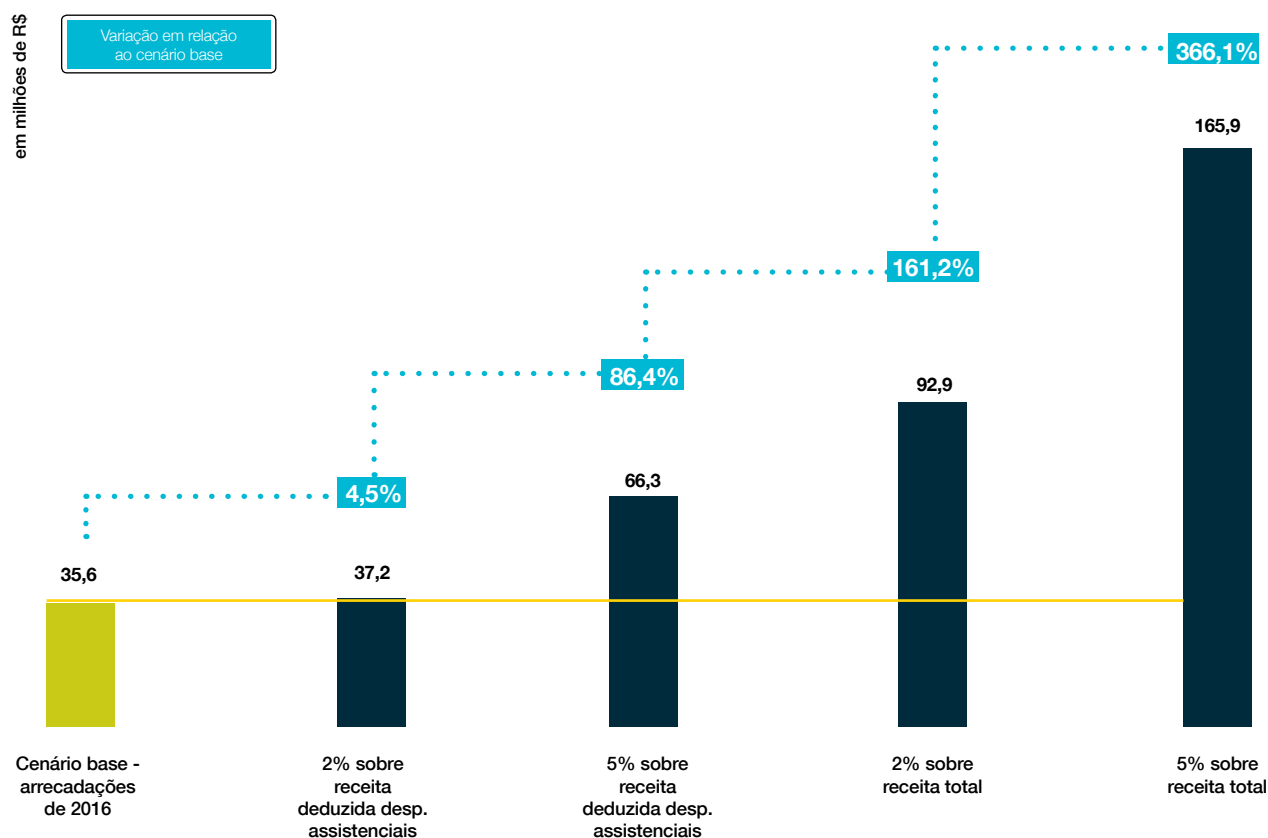
Obs: considera operadoras da modalidade de odontologia de grupo e cooperativa odontológica.

Fonte: Elaborado pela Abramge.

A imposição da alíquota mínima de 2% e máxima de 5%, bem como a incerteza criada em torno da base de cálculo, gerará aumento de impostos em todos os cenários avaliados. O menor aumento, de 4,5% em relação ao cenário base, considera

a aplicação da alíquota de 2% e a base de cálculo com receitas deduzidas as despesas assistenciais. O pior cenário impõe um aumento da carga tributária em 366,1%, quando a alíquota for de 5% e incidir sobre a receita total.

Gráfico 4 – Aumento estimado do imposto considerando mudança na alíquota e base de cálculo – Planos odontológicos



Fonte: Elaborado pela Abramge.

Possível custo da bitributação

Como a LC N°157/2016 foi omissa ao não definir expressamente a base de cálculo, há uma chance real de haver bitributação do ISSQN, posto que o imposto é recolhido tanto pela operadora quanto pelo prestador de serviços de saúde.

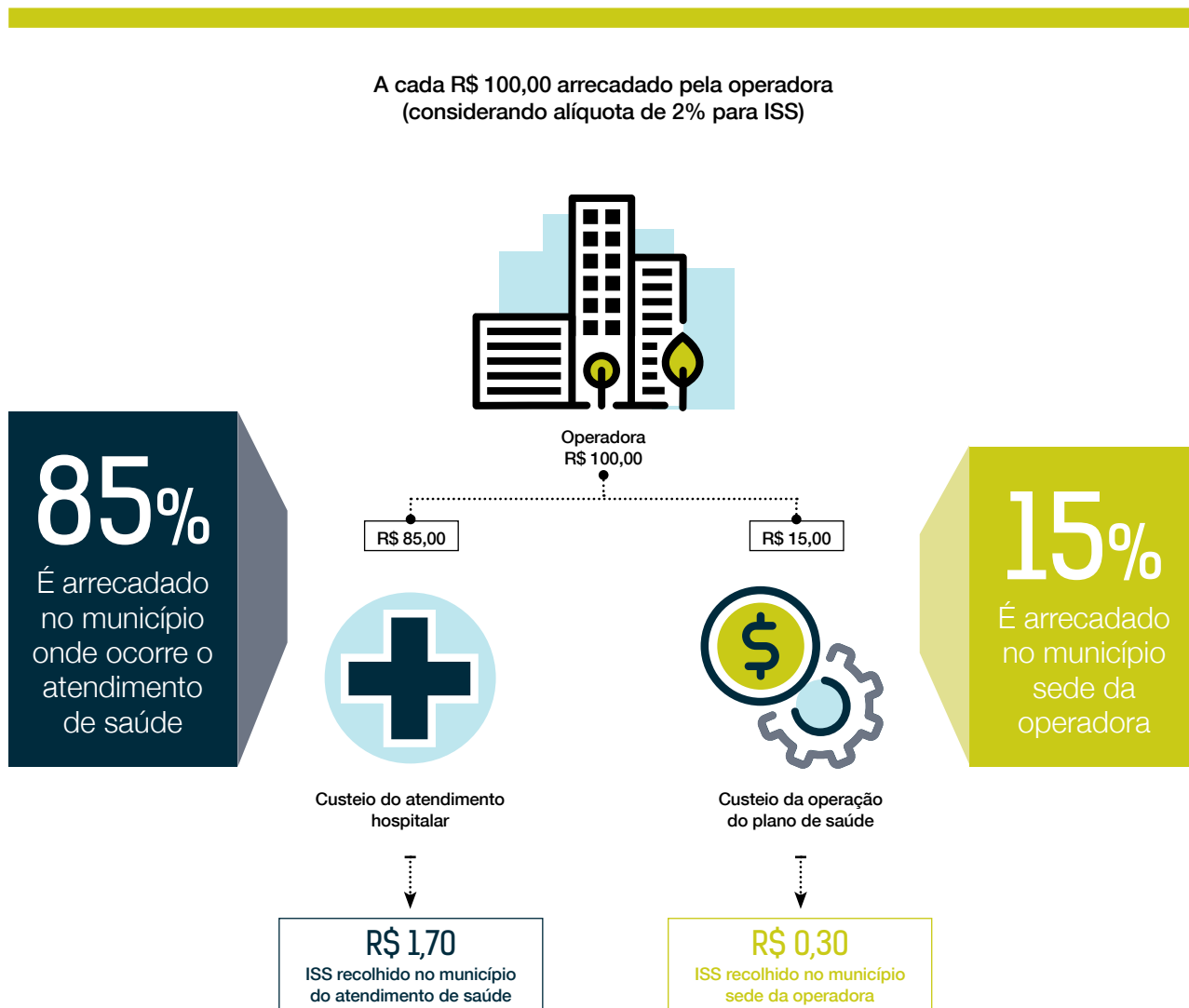
No modelo atual, que é predominante, a operadora recolhe o imposto incidente sobre a receita de contraprestações deduzidas as despesas assistenciais, enquanto o prestador de serviços de saúde recolhe o ISSQN sobre o valor pago pela operadora a título de despesas assistenciais. De forma esquemática, para cada R\$ 100 recebidos a título de contraprestação pecuniária, a operadora de plano de saúde utiliza em média R\$ 85 para custear as despesas assistenciais, sendo que, neste caso, o

ISSQN é recolhido no município onde efetivamente ocorre a prestação do serviço de saúde. Para o restante, referente à receita de contraprestações deduzidas as despesas assistenciais, ou seja, R\$ 15, o ISSQN é recolhido pela própria operadora no local onde é feita a administração do plano de saúde, conforme pode ser observado no quadro abaixo.

Sendo assim, considerando uma alíquota de 2%, por exemplo, a cada R\$ 100 em receita de contraprestações apurada pela operadora, a mesma recolhe de forma direta R\$ 0,30 a título de ISSQN, e, de forma indireta, o prestador de serviços de saúde recolheria os outros R\$ 1,70, referente à despesa assistencial paga pela operadora, totalizando assim uma carga tributária de R\$ 2 ou de 2% da contraprestação paga pelo beneficiário.

Quadro 1 – Para entender a arrecadação de ISS sobre Planos de Saúde

A maior parte do ISS é recolhido no município onde ocorre o atendimento médico-hospitalar



A base de cálculo para recolhimento do ISSQN já foi, inclusive, debatida em julgamento no Superior Tribunal de Justiça, no Recurso Especial Nº 1.137.234 - RS (2009/0166223-6), e no Supremo Tribunal Federal, ainda em 2017, no Recurso Extraordinário 651.703/Paraná, onde restou definido que a operadora deve recolher o imposto sobre o valor resultante da subtração das despesas assistenciais das receitas de contraprestações.

Entretanto, a omissão da LC Nº157/2016 gera incerteza e pode incentivar os municípios a exigir o

recolhimento do imposto sobre o faturamento total da operadora.

Se confirmado este cenário, é possível afirmar que devido a bitributação ou cobrança do ISSQN em cascata, o imposto recolhido pelas prefeituras representaria de 3,7% a 9,25% da contraprestação recebida pela operadora caso a alíquota fosse de 2% ou 5%, respectivamente. Isso posto, a operadora recolheria o imposto sobre a contraprestação paga pelo beneficiário e o prestador de serviços de saúde também recolheria o mesmo tributo sobre o valor faturado à operadora, registrando, portanto uma bitributação.

Cenário em que a operadora recolhe ISS sobre a receita total de contraprestações

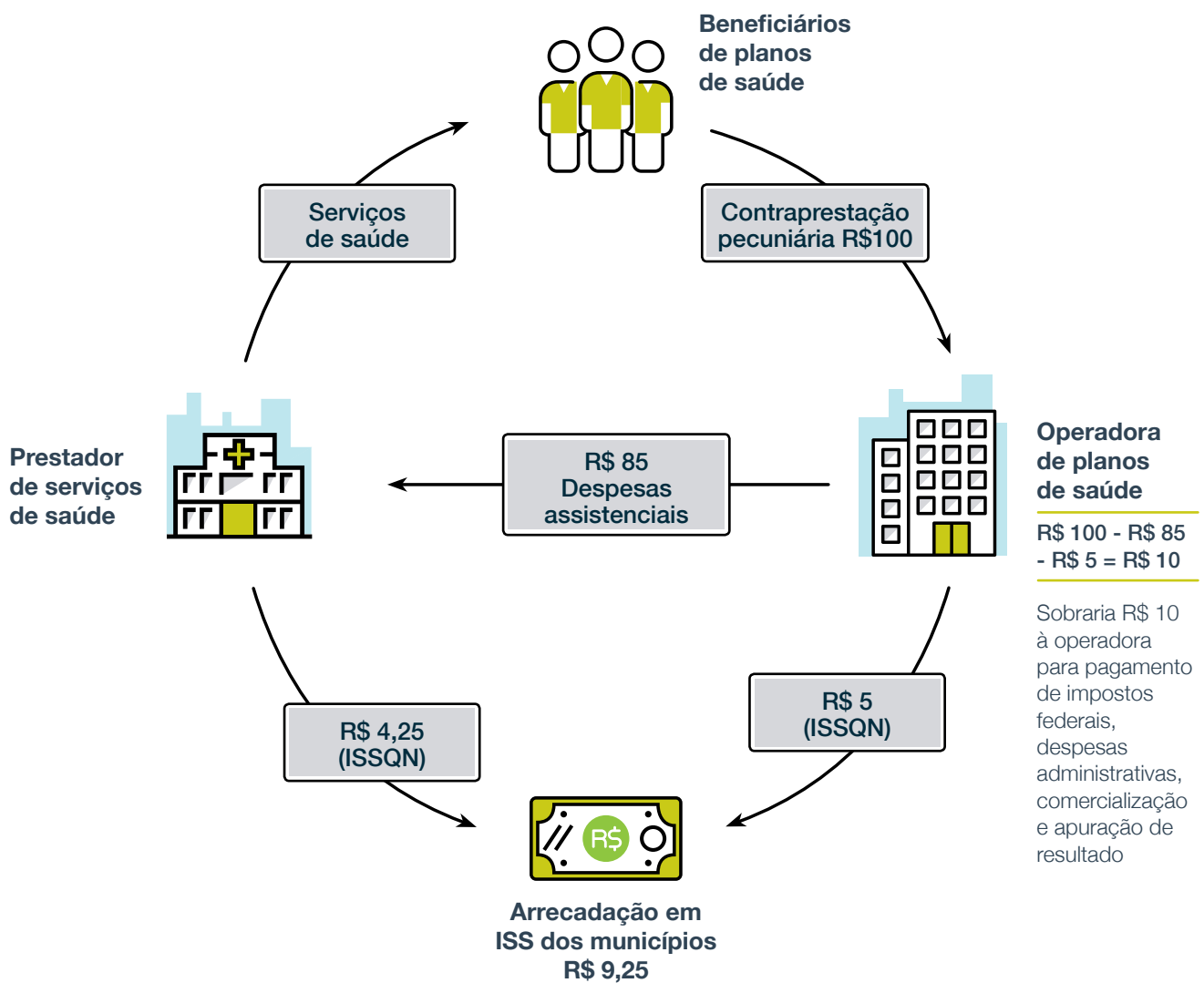
Neste caso, haveria dupla tributação, conforme pode ser observado no exemplo a seguir (considerando alíquota de 5%):

a operadora recolheria **5%** da receita de contraprestações

quando do pagamento das despesas assistenciais, o prestador de serviços de saúde recolheria outros **5%** sobre o valor pago pela operadora

ao fim, apesar da alíquota ser de **5%** os municípios arrecadariam

9,25%



Apesar da alíquota ser de **5%**, a incidência de imposto em cascata faria com que a alíquota efetiva fosse de **9,25%**



Se o cenário se confirmar, é possível afirmar que devido a bitributação ou cobrança do ISSQN em cascata, o imposto recolhido pelas prefeituras representaria algo entre 3,7% e 9,25% da contraprestação recebida pela operadora, caso a alíquota fosse de 2% ou 5%, respectivamente.



Custo de operacionalizar

A Lei Complementar Nº157/2016 prevê o recolhimento do ISS no município de domicílio do tomador do serviço, sem especificar regras para casos em que o contratante é pessoa física ou jurídica.

Para recolher o imposto em cada município, a operadora de plano de saúde necessariamente precisará conhecer a legislação local, os sistemas adotados pelas secretarias de finanças e as regras de apuração e de arrecadação. É procedimento comum também a obrigatoriedade de solicitar a inscrição municipal em cada cidade, estabelecer um endereço fixo naquele local, buscar pessoas e adaptar sistemas ao método de cobrança utilizado por cada Prefeitura.

A abertura de filial em cada município embutiria custos administrativos e burocráticos tão elevados que certamente não haveria condições econômicas de prestar cobertura em diversas localidades, inviabilizando a continuidade da comercialização de planos na maior parte das cidades do país.

Estima-se que o custo fixo para manter o escritório seja equivalente a pelo menos R\$ 66.890 por ano e que seria necessário ter no mínimo 1 mil beneficiários de planos médicos ou 2 mil de planos odontológicos naquela localidade para amortizar os custos da operação e do escritório. Ou seja, a comercialização de planos médicos estaria comprometida em mais de

Estimativa de custo fixo de escritório de filial em cada município

Contas	Valor em R\$
Custo fixo de escritório - filial	
Aluguel	1.000,00
Água	28,27
Internet + Telefone	282,66
Salário e Encargos	2.814,58
Energia	113,07
Contador	946,93
Despesas Gerais	388,66
Total mensal	5.574,17
Total anual	66.890,00

68% das cidades do país (3.794), uma vez que possuem menos de 1 mil beneficiários.

Destaca-se ainda que 1.420 municípios possuem menos de 100 beneficiários inscritos em planos de saúde, ou seja, todo o processo de interiorização da assistência médica privada em curso no país seria, portanto prejudicado ou até mesmo inviabilizado.



Todo o processo de interiorização da assistência médica privada em curso no país seria no mínimo prejudicado ou até mesmo inviabilizado diante da obrigação de recolher o imposto em cada município onde residir o tomador de serviços.



Considerações finais

A aprovação da Lei Complementar N° 157/2016 pelo Congresso Nacional foi acompanhada com apreensão pelas empresas que operam planos de saúde, de cobertura médica e odontológica, em especial por conta da insegurança jurídica gerada em torno do conceito de tomador de serviço, da base de cálculo e da necessidade de regulamentação por cada município. Já representantes das prefeituras, por sua vez, avaliam que a medida é determinante para eliminar a guerra fiscal e redistribuir o recurso dos impostos.

O fato é que a nova regra é de difícil operacionalização, gerando incerteza e cria dúvidas sobre como se daria o recolhimento do tributo e em que município e como seriam deduzidas as despesas assistenciais. Todos estes fatores devem estimular a judicialização, sobrecarregando o Poder Judiciário com questões que já estavam sedimentadas há anos.

Além da insegurança e judicialização, a LC N° 157/2016 terá impacto também sobre toda a operação de planos de saúde, conforme apresentado neste estudo técnico, implicando em:

→ Limitação da oferta de serviços para a população que reside no interior das diversas regiões do país, por não haver condições econômicas para ofertar serviços nessas localidades;

→ Aumento da carga tributária, uma vez que a simples imposição da alíquota mínima de 2% gera crescimento da arrecadação, que pode ser ainda maior se a alíquota regulamentada pelo município for de 5%;

→ Pode ainda haver bitributação, caso os municípios regulamentem o recolhimento do ISSQN sobre o total de receita de contraprestações e não na base de cálculo reduzida pelas despesas assistenciais.

A mudança e a racionalização do sistema tributário brasileiro são medidas necessárias e urgentes. Mas, é importante que as novas regras tributárias observem o custo administrativo e operacional da sua implantação e não criem mecanismos impeditivos para a interiorização do acesso a serviços – o que em última instância limitaria o desenvolvimento das diversas regiões, prejudicando municípios e a própria arrecadação das Prefeituras locais.

Estudo Técnico

Estudo Técnico é uma publicação de circulação nacional produzida pelo Sistema Abramge – Associação Brasileira de Planos de Saúde, Sinamge – Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo e Sinog – Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo, destinada aos executivos e colaboradores das operadoras de planos médicos e odontológicos; associações e entidades de classe; autoridades e servidores federais, estaduais e municipais; prestadores e fornecedores de serviços médicos e odontológicos; hospitais; laboratórios farmacêuticos; laboratórios de imagem e análises clínicas; sindicatos de trabalhadores e patronais; órgãos e veículos de comunicação.

A reprodução, total ou parcial desta publicação somente é permitida com citação da fonte

Cômite Executivo Sistema Abramge/Sinamge/Sinog

Expediente Editores Responsáveis

Reinaldo Camargo Scheibe – Presidente da Abramge
Cadri Massuda – Presidente do Sinamge
Geraldo Almeida Lima – Presidente do Sinog
Carlito Marques – Secretário Geral da Abramge
Pedro Ramos – Diretor da Abramge
Lício Cintra – Diretor do Sinamge
Francisco Eduardo Wisneski – Superintendente do Sistema Abramge

Economista Chefe: Marcos Novais
Economista: Gustavo Bruschi
Jornalista Responsável: Gustavo Sierra. Mtb 76.114
Gerente de Marketing e Eventos: Keiko Otsuka Mauro
Projeto Gráfico: Gilvan Filho
Impressão: Gráfica Referência



abramge • sinamge • sinog

Rua Treze de Maio, 1540.Bela Vista
013027-002 . São Paulo . SP

11 3289.7511 . imprensa@abramge.com.br