

# *O Ministério da Saúde deve também regular o gasto tributário em saúde?*

CARLOS OCTÁVIO OCKÉ-REIS

Economista, doutor em saúde coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro com pós-doutorado pela Yale School of Management. Técnico de planejamento e pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e consultor externo do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (Unasul). Autor do livro “SUS: o desafio de ser único” (Editora Fiocruz, 2012)

A Constituição Federal de 1988 (CF/1988) definiu a saúde como “dever do Estado” e “direito do cidadão”: todo cidadão possui este direito de acordo com suas necessidades sociais, independentemente da sua capacidade de pagamento, da sua inserção no mercado de trabalho ou da sua condição de saúde.

Parece óbvio que o Estado deveria ter concentrado seus esforços para construir e fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos 25 anos. Notou-se, entretanto, que os planos de saúde contaram com pesados incentivos governamentais, cujos subsídios favoreceram e favorecem o consumo de bens e serviços privados.

Desse modo, diverso do esquema Beveridiano e similar ao modelo americano, o sistema brasileiro passou a funcionar como sistema duplicado e paralelo – na esteira da privatização do antigo seguro social (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps).

Para os sanitaristas não é fácil lidar com essa contradição: o mercado pode agravar as distorções desse tipo de sistema, dado que o aumento do gasto privado e do poder econômico acaba corroendo a sustentabilidade do financiamento estatal, conduzindo a um círculo vicioso, caracterizado pela queda relativa do custeio e do investimento na saúde

pública. E, de igual modo importante, a regulação de sistema duplicado é muito mais complexa para o Estado, uma vez que o mercado cobre também serviços ofertados pelo setor público.<sup>1</sup> Há certo consenso entre os analistas de políticas de saúde de que os “maiores desafios são políticos, pois supõem a garantia do financiamento do subsistema público, a redefinição da articulação público-privada e a redução das desigualdades de renda, poder e saúde”.<sup>2</sup>

Esse quadro sintetiza a “americanização perversa” do sistema brasileiro,<sup>3</sup> de modo que seria oportuno repensar por que razões não foi possível romper as amarras estruturais dessa herança histórica,<sup>4</sup> em direção à ampliação do financiamento do SUS e do fortalecimento dos mecanismos regulatórios da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Ao deixar de arrecadar parte dos impostos, o Estado age como se estivesse realizando um pagamento – ou seja, um gasto tributário. Trata-se de pagamento implícito – isto é, não há desembolso –, mas constitui-se, de fato, em pagamento. Nesse marco institucional, as pessoas físicas podem deduzir da renda tributável os dispêndios realizados com saúde; porém, de maneira diversa da área da educação, não existe limite (teto) para tal abatimento – a não ser o próprio nível de renda do indiví-

duo. Essa forma de renúncia aplica-se de igual modo ao empregador, quando fornece assistência à saúde a seus empregados, pois esta é considerada despesa operacional e pode ser abatida do lucro tributável.

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 o gasto tributário associado aos gastos com planos de saúde fosse ao menos justificado nas diretrizes do Ministério da Saúde. Afinal de contas, qual é a funcionalidade da renúncia de arrecadação fiscal na área da saúde para o governo federal?

Esse tipo de gasto poderia atender aos seguintes objetivos governamentais, de forma combinada ou não: patrocinar o consumo de planos de saúde; fortalecer a regulação dos preços do mercado de planos de saúde; reduzir a fila de espera 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 benefício fiscal.

Nessa linha, é desejável que o Estado normatize as regras de aplicação desse subsídio, bem como avalie seu impacto e torne mais transparente para a sociedade sua finalidade

no campo das políticas de saúde. Desde já, entretanto, é possível sugerir algumas hipóteses sobre a lógica concreta do seu *modus operandi*.

1) O gasto público em saúde é baixo e boa parte dos problemas de gestão decorre exatamente de problemas de financiamento, de modo que a renúncia subtrai recursos significativos para este sistema, que poderiam melhorar seu acesso e sua qualidade.

2) A renúncia reforça a iniquidade do sistema de saúde, o que piora a distribuição do gasto público *per capita* – direto e indireto – para os estratos inferiores e intermediários de renda.

3) Os *lobbies* tendem a conservar e a agravar tal iniquidade, considerando que o poder econômico pode corroer as sustentabilidades econômica e política do SUS no Congresso Nacional.

4) Os subsídios não desafogam os serviços médico-hospitalares do SUS, considerando que parte dos usuários de planos de saúde utiliza seus serviços (vacinação, urgência e emergência, banco de sangue, transplante, hemodiálise, serviços de alto custo e de complexidade tecnológica). Dessa maneira, paradoxalmente, o sistema acaba socializando parte dos custos das operadoras – a exemplo do contencioso em torno do ressarcimento.

5) Os subsídios podem aumentar – de maneira descontrolada – a procura global por serviços de saúde, duplicando sua oferta. Pior: os usuários de planos de saúde, uma vez favorecidos pela renúncia, podem fazer exames diagnósticos com mais rapidez, permitindo-os “furar” a fila do SUS, em geral, nos serviços de alta complexidade.<sup>5</sup>

Essas hipóteses merecem ser examinadas, mas são tão marcantes que uma justificativa aceitável para o Ministério da Saúde preencher esta lacuna normativa deveria partir da suspeita de que a renúncia de arrecadação fiscal pode afetar o financiamento do SUS e

a equidade do sistema de saúde. Em especial, se se considerar o caráter progressivo do SUS e seus efeitos positivos sobre a desconcentração de renda.<sup>6</sup>

Para o governo radicalizar a carta constitucional em defesa da universalidade e da integralidade do SUS, é necessário compreender:

1) O gasto tributário foi e é peça-chave para a reprodução do subsistema privado.

2) O subsídio associado ao mercado de planos de saúde não influencia a calibragem da política de reajustes de preços dos planos individuais praticada pela ANS; por exemplo, a Anvisa monitora a redução do preço dos medicamentos, a partir da desoneração fiscal patrocinada pelo governo voltada à indústria farmacêutica.

3) O montante da renúncia associado ao IRPF e ao IRPJ não é controlado pelo MS, tampouco pelo Ministério da Fazenda – condicionada pela renda, este depende, exclusivamente, do nível de gastos com saúde dos contribuintes e dos empregadores.

Na atual correlação de forças, não existe solução de corte tecnocrático para definir o papel do MS nessa questão. Contudo, para evitar a “judicialização”, o governo deveria dialogar com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) para discutir a natureza e avaliar os impactos do gasto tributário sobre o SUS e o próprio sistema de saúde brasileiro.

Semelhante à área de educação, é possível tecnicamente estabelecer um teto ou planejar a eliminação/redução do gasto tributário em saúde. Com base nas experiências internacionais, a focalização poderia, igualmente, ser medida de fácil aplicação, seja em relação à faixa etária, ao nível de renda, aos itens de gastos (médicos, hospitais ou planos de saúde), ou, ainda, às próprias condições de saúde.

Em suma, o Ministério da Saúde 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.

O gasto tributário associado aos planos de saúde – que alcançou R\$ 9,1 bilhões em 2012 – poderia ajudar no crescimento das transferências para a atenção básica e a média complexidade. A eliminação ou redução ou focalização dos subsídios é meritória, desde que tais recursos fossem aplicados na atenção primária (Programa Saúde da Família (PSF), promoção e prevenção à saúde etc.) e na média complexidade (unidades de pronto atendimento, prática clínica com profissionais especializados e recursos tecnológicos de apoios diagnóstico e terapêutico etc.) do SUS. Ora, a conversão de gasto público indireto em direto na área da saúde teria sentido clínico e epidemiológico se contribuísse para superar o atual modelo de atenção assistencial; em outras palavras, se fustigasse o sistema duplicado e paralelo, que estimula a superprodução e o consumo desenfreado de bens e serviços de saúde e que “[...] responde às condições crônicas na lógica da atenção às condições agudas, [e], ao final de um período mais longo, [pode determinar] resultados sanitários e econômicos desastrosos”.

Considerando-se as vicissitudes do ciclo eleitoral, existe grau de indeterminação quanto à disposição da futura coalizão governamental em alocar tais subsídios fiscais para o SUS, visando-se à melhoria do seu acesso e da sua qualidade, mas parece aceitável que pelo menos o Ministério da Saúde se disponha a regular e a avaliar o gasto tributário em saúde. ■

### Referências

1. Cf. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Proposal for a taxonomy of health insurance**. Paris: OECD, 2004.
2. PAIM, J. S. A Constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de saúde (SUS). **Cadernos de saúde pública**, v. 29, n. 10, p. 1927-1934, 2013.
3. WERNECK VIANNA, M. L. T. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**: estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Revan, 1998.
4. COHN, A.; VIANA, A. L. D'A.; OCKÉ-REIS, C. O. Configurações do sistema de saúde brasileiro: 20 anos do SUS. **Revista de política, planejamento e gestão em saúde**, n. 1, v. 1, p. 57-70, 2010.
5. OCKÉ-REIS, C. O. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
6. SILVEIRA, F. G. Equidade Fiscal: impactos distributivos da tributação e do gasto social. In: PRÊMIO TESOIRO NACIONAL: 2012, 17., Brasília, Distrito Federal. **Anais...** Brasília: Tesouro Nacional, 2013.
7. COELHO, I. B. **Os hospitais na reforma sanitária brasileira**. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013..
8. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde. In: SEMINÁRIO CONASS DEBATE, 3., Brasília, Distrito Federal. **Anais...** Brasília: CONASS, 13 maio 2014.