

AVALIAÇÃO DO GASTO TRIBUTÁRIO EM SAÚDE: O CASO DAS DESPESAS MÉDICAS DO IMPOSTO DE RENDA DA PESSOA FÍSICA (IRPF)

Carlos Octávio Ocké-Reis

Técnico de planejamento e pesquisa na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea. *E-mail*: <carlos.ocke@ipea.gov.br>.

DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td2712>

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 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 a fila e o tempo de espera nos serviços públicos, a fim de aumentar a demanda por serviços privados; de outro, o patrocínio ao mercado acaba desorganizando a capacidade de planejamento do SUS, independentemente do direito constitucional à saúde, dada a demanda originada pela utilização inadequada dos serviços privados.

Dada a restrição fiscal, considerando sua magnitude e sua iniquidade, ao beneficiar os estratos superiores de renda, cabe às autoridades governamentais refletir como esse problema poderá ser resolvido.

O primeiro passo, a partir da aplicação do “modelo lógico” – que pode servir para desenhar o processo de avaliação governamental –, é definir alguns parâmetros que permitam examinar a renúncia de arrecadação fiscal relacionada às despesas médico-hospitalares dos contribuintes.

Desse modo, este estudo tem por objetivo contribuir para avaliação da dedução das despesas médico-hospitalares do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF), debatendo algumas ideias com o propósito de eliminar, reduzir ou focalizar esse subsídio a longo prazo.

Do ponto de vista das políticas de saúde, os subsídios oneram o orçamento público e são regressivos, em um quadro de desfinanciamento do SUS. Posto isto, qual

seria a racionalidade da renúncia de arrecadação fiscal na área da saúde para o governo brasileiro?

Em geral, em termos normativos, esse tipo de gasto indireto poderia atender aos seguintes objetivos, de forma combinada ou não: patrocinar o consumo de planos de saúde; endurecer a regulação dos preços do mercado de planos; 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.

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

Dependendo dos critérios empregados para modificar a 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 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

SUMEX

resultado primário das contas públicas, os beneficiários dessa última operação serão difusos, embora o governo possa ser criticado por favorecer o “setor rentista”.

Adotando a proposição formulada pelo “modelo lógico”, visando assegurar a consistência da avaliação, seria interessante 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 de eventuais alterações no *modus operandi* da renúncia. 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. Implementar mudanças ou ajustes na lógica de funcionamento da renúncia fiscal das despesas médico-hospitalares exige a identificação de metas e indicadores de desempenho para examinar *a posteriori* seus impactos fiscais e sociais.

Em resumo, apresentaremos as principais características da renúncia de arrecadação fiscal decorrente das despesas médico-hospitalares dos contribuintes, comparando, pontualmente, o caso brasileiro com algumas experiências internacionais. Abordaremos, igualmente, os impactos desse subsídio no financiamento das políticas de saúde, na regulação dos planos de saúde e na incidência da carga tributária. Por sua vez, serão debatidos os dilemas de uma eventual intervenção governamental, em uma conjuntura marcada por conflitos distributivos. Vale dizer, além de sugerir a criação de um teto, apontamos algumas precondições que precisariam ser atendidas antes da sua implantação, para promover maior justiça distributiva no setor saúde. Chamaremos ainda atenção para lacunas não preenchidas neste trabalho, que podem ser objeto de futuros estudos na academia, nos institutos de pesquisa ou mesmo pelas autoridades governamentais.