

O custo da saúde

ANDRÉ CEZAR MEDICI e
FRANCISCO E. B. DE OLIVEIRA

O ministro Adib Jatene tem se empenhado numa cruzada nacional para elevar os atuais patamares de financiamento do setor saúde no Brasil, tendo em vista propiciar ao sistema um efetivo aumento de cobertura e qualidade. Com os atuais R\$ 73 per capita desembolsados pelo Governo federal, torna-se efetivamente difícil cumprir os preceitos constitucionais de universalização, equidade e integralidade do sistema de saúde, numa sociedade marcada por fortes desigualdades sociais como a brasileira, onde somente 25% da população têm acesso a uma atenção à saúde de melhor qualidade proporcionada pela medicina supletiva. Por outro lado, o ministro tem se voltado para racionalizar os gastos com saúde, fiscalizando melhor o sistema, planejando novos investimentos, combatendo fraudes e reduzindo o elevado e desnecessário patamar de internações hospitalares.

Diante deste quadro, nada mais justo do que buscar novas fontes de financiamento. O ministro da Saúde tem feito uma defesa incansável da volta do IPMF e vem sofrendo algumas críticas da sociedade, em que pese o apoio do Executivo e de amplos segmentos do Legislativo, à criação de uma contribuição social lastreada na movimentação financeira dos bancos para o financiamento do sistema de saúde. Caso não houvesse resistências, o retorno de uma contribuição social similar ao IPMF seria justificável frente às nobres finalidades atreladas ao seu uso.

No entanto, um dos princípios básicos em finanças públicas diz que impostos e contribuições sociais devem ser virtuosos, não apenas do ponto de vista das finalidades a que se destinam, mas também no que se refere à forma de sua incidência. Pode-se dizer que a proposta de uma contribuição social similar ao IPMF, voltada para a saúde, é virtuosa no primeiro sentido, mas não o é no segundo.

A base "movimentação financeira" mistura renda com patrimônio, incide indiscriminadamente sobre vários segmentos da sociedade e pode incentivar a desintermediação financeira e o aumento da economia submersa. Seu uso esteve sempre atrelado, seja a momentos de hiperinflação (onde seu efeito lesivo ao patrimônio é menor), seja a situações onde, com

uma alíquota infinitamente baixa (como ocorre na Austrália), ela pode ser usada como mecanismo de controle das rendas não declaradas por empresas e indivíduos nas bases de arrecadação de outros impostos.

Qual seria, portanto, uma base de tributação virtuosa para a saúde? A resposta internacional tem sido unânime: a taxa adicional de produtos nocivos para a saúde como o tabaco, o álcool, as atividades poluidoras e os meios de transporte individual, responsáveis pelos altos custos de tratamento dos politraumatizados. Em muitos países, taxas desse tipo têm sido utilizadas como fontes específicas de financiamento, seja do custeio, seja do investimento em saúde.

Os fatores de risco associados a esses produtos e serviços respondem por mais de 30% dos gastos com saúde nos países desenvolvidos. Nada mais natural, portanto, que deles ad-

“ Qual seria...
uma base
de tributação
virtuosa
para
a saúde? ”

venha uma contribuição para o financiamento do estrago à saúde que eles propiciam. É, nesse sentido politicamente correto, para usar uma expressão corrente nos países centrais, que sejam taxados na proporção dos riscos que representam ao sistema de saúde, tendo em vista, até mesmo, desonerar as parcelas da população que menos contribuem para a geração de riscos e, portanto, de gastos para os sistemas de saúde.

Tomemos como exemplo o tabaco. Estudos de elasticidade-preço da demanda realizados nos países centrais evidenciam que o consumo dos produtos derivados do tabaco é elástico para as populações mais jovens (até 25 anos de idade), tornando-se praticamente inelástico a partir desta idade. Em outras palavras, aumento nos preços dos cigarros irão diminuir o consumo destes produtos entre as populações mais jovens, não

ocorrendo o mesmo com as pessoas maduras ou de idade avançada. Como os impostos sobre consumo são transferidos para os preços, é de se supor que uma sobretaxação do tabaco, além de inibir o consumo deste nocivo produto entre os mais jovens, possibilitaria recursos vultosos para o financiamento da saúde pela rigidez do consumo nas populações mais amadurecidas.

Informações relativas a 1994 mostram que o IPI sobre tabaco no Brasil foi responsável por uma receita de R\$ 2 bilhões aos cofres públicos federais, o que equivale a 16,9% do total arrecadado a título do IPI e a 2,8% do total da receita tributária no Brasil. Supondo-se um aumento de 50% na alíquota deste produto — a título de contribuição social para a saúde — haveria a possibilidade de se obter uma receita adicional potencial de até R\$ 1 bilhão a mais. No entanto, caso haja o efeito positivo de inibição do consumo entre os mais jovens, pode-se estimar um aumento de, digamos, R\$ 800 milhões, o que não é nada desprezível.

Isto sem contar com a contribuição seletiva que poderia ser adicionada às bebidas, às atividades poluidoras e, eventualmente, aos meios individuais de transporte, que poderiam trazer ainda maiores aumentos de receita.

Não é necessário fazer grandes comparações para mostrar que o preço do cigarro no Brasil é um dos mais baixos do mundo. No entanto, as alíquotas tradicionalmente elevadas destes produtos fazem com que a exportação dos mesmos seja estimulada para os países onde a indústria é incipiente, como o Paraguai. Assim, os cigarros brasileiros retornam ao Brasil, muitas vezes nas mãos de contrabandistas, livres de impostos. Alguns argumentam que o aumento dos impostos sobre o cigarro estimularia esse comportamento, mas este é um problema de eficiência na fiscalização, por parte das autoridades aduaneiras.

Portanto, devemos concordar com a necessidade de mais recursos para o financiamento da saúde, sempre que atrelados a uma política onde se gaste melhor, como vem fazendo a atual gestão do Ministério da Saúde. Mas devemos, sobretudo, defender que estes novos recursos advenham do uso politicamente correto das bases fiscais existentes no país.

André Cezar Medici é coordenador do Grupo de Estudos sobre Saúde do Instituto Atlântico e Francisco E. B. de Oliveira é coordenador do Grupo de Estudos de Seguridade.