

INCENTIVOS FISCAIS E EQUIDADE NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE EM PORTUGAL (*)

*Carlos Gouveia Pinto (**)*

*José Carlos Gomes Santos (***)*

1 — Introdução

Se existe uma característica comum às diferentes propostas de reforma dos sistemas de saúde na Europa essa é, sem dúvida, a maior importância que é dada aos agentes privados na provisão de cuidados de saúde, o que compreende o financiamento, a gestão e a prestação de cuidados.

Justificado como uma via para a melhoria da eficiência e tornado urgente por razões de ordem orçamental, o aumento dos encargos suportados pelos consumidores de cuidados de saúde originou (e tal é reconhecido mesmo pelos políticos) problemas graves de acesso e de aceitação social da política de saúde. Uma das principais medidas que foram tomadas para diminuir estas consequências foi a admissão da possibilidade de dedução no imposto pessoal sobre o rendimento (IRS) da totalidade da parte não reembolsada dos dispêndios privados em saúde. Polémica do ponto de vista da eficiência (v., por exemplo, Feldstein e Friedman, 1977), esta opção parece totalmente contrária ao objectivo da equidade, que deve ser um dos principais fins quer da política fiscal quer da política de saúde (Stiglitz, 1988).

Neste trabalho procurar-se-á mostrar que as deduções fiscais apresentam um perfil regressivo. Assim, em última análise, estes incentivos ampliam o efeito penalizador do aumento dos preços dos cuidados de saúde para os grupos socioeconómicos mais carenciados.

Para tal, após se descrever, na secção seguinte, as principais características do financiamento da saúde e do imposto sobre o rendimento das pessoas físicas em Portugal (introduzido pela reforma fiscal de 1989), discutem-se, na terceira secção, os objectivos e os efeitos dos incentivos fiscais. Na quarta e quinta secções apresentam-se a metodologia adoptada e os resultados empíricos alcançados. Finalmente, na última parte são sintetizadas as principais conclusões.

(*) Versões anteriores deste trabalho foram apresentadas no 2.º Congresso Europeu de Economia da Saúde, realizado em Paris de 16 a 18 de Dezembro de 1992, e no 3.º Encontro da Associação Portuguesa de Economia da Saúde, Coimbra, 16 de Abril de 1993. A sua elaboração foi parcialmente financiada pela JNICT (Projecto PCSH/C/ECO/225/91). Os autores agradecem ao Prof. Pedro Pita Barros, da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa, os comentários que fez ao texto e que muito ajudaram a melhorar o seu conteúdo. É óbvio que tal não implica que deixe de ser válida a ressalva habitual.

(**) Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa.

(***) Centro de Estudos Fiscais, Ministério das Finanças e Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa.

2 — O financiamento da saúde em Portugal

O sistema de saúde português está baseado no Serviço Nacional de Saúde (SNS) devendo ser, de acordo com a Constituição da República (2.^a revisão, 1989), universal, geral e tendencialmente gratuito. Embora assegurando a provisão de todos os tipos de cuidados, o SNS não é, porém, universal, dado que subsistem, herdados do regime anterior a 1979, esquemas obrigatórios de cobertura de riscos de doença de base ocupacional, cobrindo, nomeadamente, os funcionários públicos e os empregados bancários, e a que recorre cerca de um quarto da população (Freixinho, 1990). Os beneficiários destes subsistemas têm uma grande liberdade de escolha podendo aceder aos serviços públicos nas mesmas condições do resto da população e, ainda, escolher o prestador da sua preferência sendo, neste caso, reembolsados parcialmente pelas despesas efectuadas.

Por outro lado, a provisão gratuita dos cuidados nunca foi uma característica do SNS. Os medicamentos foram sempre pagos, ainda que parcialmente, pelos utentes, tendo essa parcela aumentado significativamente a partir de meados da década de 80 (Pinto, 1988). Representando os gastos em medicamentos cerca de 20 % da despesa total (pública e privada) em saúde (OCDE/CREDES, «Éco-Santé»), é fundamentalmente a esse aumento (conjugado com o acréscimo acentuado dos preços destes bens) que se deve a diminuição da parte do financiamento público no total, entre 1980 e 1987 (quadro n.º 1).

QUADRO N.º 1

Despesas em saúde nos países da UE (em percentagem do PIB)

Países	1980			1987		
	Despesas totais (em percentagem do PIB)	Despesas públicas (em percentagem do PIB)	Despesas públicas (em percentagem do total)	Despesas totais (em percentagem do PIB)	Despesas públicas (em percentagem do PIB)	Despesas públicas (em percentagem do total)
Bélgica	6,6	5,4	81,8	7,2	5,5	76,4
Dinamarca	6,8	5,8	85,3	6	5,2	86,7
França	7,6	6,2	81,6	8,6	6,7	77,9
Alemanha	7,9	6,2	78,5	8,2	6,3	76,8
Grécia	4,3	3,5	81,4	5,3	4	75,5
Irlanda	8,5	7,8	91,8	7,4	6,4	86,5
Itália	6,8	5,6	82,4	6,9	5,4	78,3
Luxemburgo	6,8	6,3	92,6	7,5	6,9	92
Holanda	8,2	6,5	79,3	8,5	6,6	77,6
Espanha	5,9	4,4	74,6	6	4,3	71,7
Grã-Bretanha	5,8	5,2	89,7	6,1	5,3	86,9
Portugal	5,9	4,2	71,2	6,4	3,9	60,9

Nota — OCDE: Health Data File, *Health Care Systems in Transition. The Search for Efficiency*, Paris, 1990.

Embora Portugal seja o país europeu da OCDE em que o financiamento público da saúde é mais baixo, continua a ser esta a principal fonte de financiamento do consumo da totalidade dos cuidados de saúde. Mesmo os que são maioritariamente tutelados pelos agentes privados (e. g. consultas de especialidade, meios complementares de diagnóstico e cuidados de estomatologia — Pereira, 1989) são, na sua maior parte, financiados pelo Estado seja directamente

(por convenção), seja indirectamente, através, nomeadamente, do reembolso das despesas efectuadas pelos subsistemas, quase todos eles integrados no sector público.

Após 1987, a política de saúde foi orientada no sentido da contenção da despesa pública. Como consequência, baixaram as participações nos preços das consultas e dos medicamentos e foram introduzidas taxas moderadoras nos serviços públicos, em especial nas urgências e nas consultas. Uma vez que o financiamento público da saúde é baseado em receitas fiscais, pretendia-se por esta via reduzir o défice orçamental e desviar uma parte significativa dos doentes do SNS para o sector privado desde que, simultaneamente, as despesas privadas não reembolsadas fossem, em alguma medida, estimuladas. A admissão da possibilidade de dedução da totalidade desses gastos no âmbito do IRS foi entendida como uma forma adequada para atingir este objectivo.

Este incentivo às despesas privadas não constitui, no entanto, uma inovação absoluta no âmbito da legislação fiscal portuguesa. Antes da reforma já era admitida a dedução dos preços das consultas, das despesas cirúrgicas e de internamento (mas não dos gastos em medicamentos) no rendimento declarado para efeitos de imposto complementar. Este imposto tinha, porém, uma importância «menor» no conjunto do sistema fiscal português, contribuindo apenas com cerca de 6 % das receitas dos impostos directos. Em contrapartida, não eram permitidas quaisquer deduções àquele título no imposto profissional ou no imposto de capitais, que constituíam, no seu conjunto, 70 % das receitas da tributação directa (Gomes Santos e Carvalho, 1987).

O IRS é, pelo contrário, um imposto de tipo unitário e global sobre o rendimento que explica hoje em dia cerca de 60 % dos impostos directos e 25 % das receitas fiscais totais (não incluindo as contribuições para a segurança social). Das suas receitas, mais de 70 % provêm de rendimentos sujeitos a englobamento obrigatório e, como tal, beneficiários de deduções de carácter personalizado e alvos de taxas progressivas (Gomes Santos, 1991). Pode-se, pois, concluir que o efeito de incitação fiscal às despesas privadas em saúde foi consideravelmente ampliado com o novo sistema.

As consequências decorrentes dos incentivos fiscais são, contudo, complexas. Se, por um lado, o estímulo à eficiência pode ser posto em causa, em particular, pelo «risco moral» que lhes está associado (Arrow, 1963), por outro lado os seus efeitos sobre a equidade parecem ser, à primeira vista, regressivos. Essa regressividade deverá ser, porém, demonstrada. É isso que se propõe fazer nas secções seguintes.

3 — Incentivos fiscais e equidade

Os incentivos fiscais constituem, pela sua própria natureza, excepções às regras gerais de tributação. A justificação mais frequentemente avançada para a sua adopção baseia-se na existência de externalidades (positivas) e, em consequência, na necessidade de induzir comportamentos cooperativos dos agentes envolvidos.

No sector de cuidados de saúde, tal justifica-se quando o consumo destes cuidados é considerado insuficiente do ponto de vista social. Portanto, somente quando a curva da procura compensada tem inclinação negativa (Culyer, 1989) esta política terá o efeito desejado. Adicionalmente, a magnitude dos seus efei-

tos depende da elasticidade da procura. Ora, variando esta com o tipo de cuidados (ambulatório vs. hospitalização) e com as características sócioeconómicas das famílias, as consequências podem ser substancialmente diferentes para os diversos estratos sociais.

Se todos os estudos publicados sobre este tema (referentes unicamente aos EUA) apontam para elasticidades-preço negativas indicando, portanto, um comportamento normal da procura, já os valores estimados para o parâmetro variam acentuadamente de estudo para estudo. Acresce que, na quase totalidade dos trabalhos publicados, as estimativas referem-se apenas a um tipo de bem ou serviço e, mesmo assim, os valores são geralmente apresentados sob a forma de intervalo ⁽¹⁾.

Em sistemas baseados num serviço nacional de saúde é muito mais difícil estimar as elasticidades da procura dado o papel diferente que neles desempenham (e o significado que assumem) os preços. Contudo, em Portugal, houve tentativas de identificação do impacte da sua variação sobre o bem-estar dos consumidores agrupados por estrato sócioeconómico.

Com base nos resultados desses estudos, parece poder afirmar-se que o aumento da parte não comparticipada dos preços dos cuidados afecta sobretudo os grupos de menor rendimento (Pereira e Pinto, 1993). Por outro lado, considerando apenas os gastos privados em medicamentos, que eram responsáveis por cerca de 53 % do total das despesas privadas em cuidados de saúde em 1987 (INS/87), Pinto (1988) mostrou que as famílias do grupo sócioeconómico mais baixo residentes na área metropolitana de Lisboa retraíram estes gastos em cerca de 40 % entre 1980 e 1985 em consequência de uma diminuição em 10 pontos percentuais da taxa de comparticipação do SNS neste tipo de bens, no mesmo período. Assim, estes elementos apontariam para uma maior elasticidade da procura de cuidados por parte das famílias de estatuto sócioeconómico mais baixo comparativamente com as de estatuto mais elevado.

Pareceria, portanto, que os incentivos fiscais seriam adequados para amortecer os efeitos regressivos do acréscimo dos preços, em particular dos cuidados prestados em ambulatório. No entanto, esta conclusão é *a priori* prejudicada por dois factores.

Em primeiro lugar, as famílias dos estratos sócioeconómicos mais baixos são, muito provavelmente, na sua maioria, constituídas por indivíduos isolados e idosos cuja fonte principal de rendimento é constituída por pensões ⁽²⁾. Ora, mais de 90 % dos pensionistas recebiam em 1990 pensões de valor inferior ao salário mínimo nacional (Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social, 1990) e, em consequência, encontravam-se abaixo do limite a partir do qual a declaração do seu rendimento para efeitos fiscais era legalmente exigível. Acresce que, mesmo a maioria dos que o declaram, acabam por não pagar imposto devido à dedução específica da categoria H e das deduções à colecta, independentemente dos benefícios fiscais específicos associados à declaração das despesas em cuidados de saúde. Assim, para estes casos não existe, *na prática*, a possibilidade de dedução das despesas em saúde.

Por outro lado, a «poupança fiscal» associada ao incentivo (consubstanciado na possibilidade de dedução à base colectável dos encargos com os cuidados

⁽¹⁾ Uma revisão exaustiva das estimativas das elasticidades da procura de cuidados de saúde pode ser encontrada em Besley (1991).

⁽²⁾ Esta asserção é discutida em Pinto (*op. cit.*).

de saúde) varia segundo a taxa marginal de imposto aplicável. Se o bem for normal (ou, por maioria de razão, se for superior), a «poupança» será tanto maior quanto mais elevada for aquela taxa e, portanto, o seu impacto é regressivo.

Tudo aponta, portanto, para a regressividade dos incentivos fiscais deste tipo.

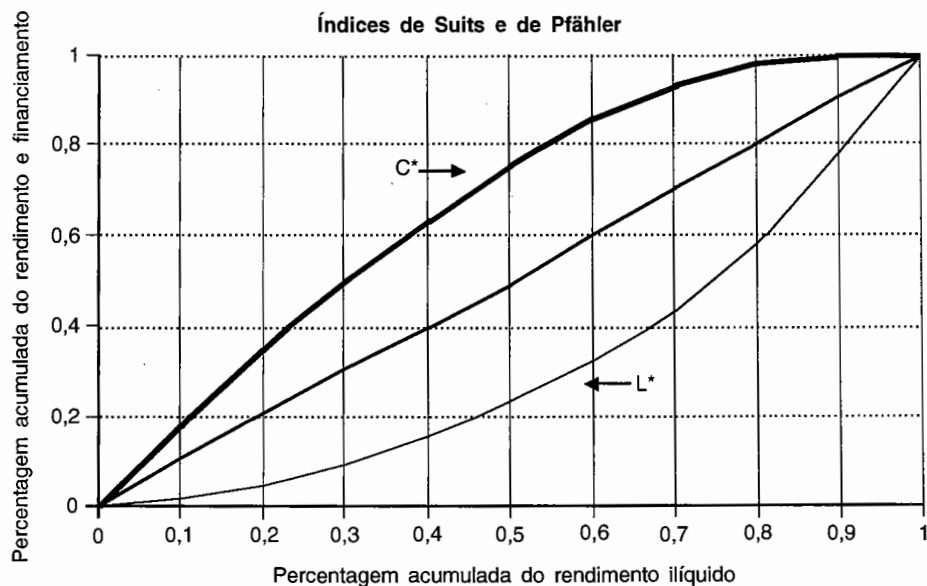
Antes, porém, de se apresentar os resultados, é oportuno discutir brevemente a metodologia adoptada. É o que faremos no ponto seguinte.

4 — Metodologia, variáveis e dados

Neste estudo, a avaliação do impacto sobre a equidade decorrente da dedução fiscal das despesas privadas em cuidados de saúde foi efectuada de acordo com a metodologia desenvolvida por Wagstaff e Van Doorslaer (1990). Assim, a medida da sua progressividade foi realizada recorrendo aos índices de concentração de Gini, Suits e Pfähler⁽³⁾.

O índice de Gini é o mais usualmente utilizado em análises deste tipo pelo que não nos deteremos a explicá-lo. Já os índices de Suits (1977) e de Pfähler (1987) relacionam-se, ao contrário do que é comum, com *curvas de concentração relativa*. Estas curvas estão representadas na figura 1. A principal diferença entre este tipo de curvas e as curvas de concentração usuais é o facto de se representarem em abcissas as proporções acumuladas de *rendimento ilíquido* (e não de agregados familiares). Tal implica que o eixo de referência seja a repartição original do rendimento representado pela diagonal e, conseqüentemente, seja relativamente a esta repartição que o impacto redistributivo do sistema de financiamento é avaliado.

FIGURA 1



⁽³⁾ Também se poderiam utilizar os índices de Kakwani e de Reynolds-Smolenski (v. Wagstaff e Van Doorslaer, *op. cit.*). Tal não é feito para não sobrecarregar o texto, com benefícios menores para as conclusões.

A curva C^* reflecte a relação entre a percentagem acumulada do rendimento líquido das famílias e as proporções acumuladas dos valores da variável em análise que, no caso vertente, consideraremos ser a «poupança fiscal» definida como o montante de redução de imposto resultante da apresentação de despesas em cuidados de saúde na declaração de IRS. Assim, se C^* se situar acima da diagonal, os valores desta variável aumentam mais que proporcionalmente do que o rendimento líquido (caso apresentado na figura 1) e, portanto, as deduções fiscais são «progressivas» (4). Conclusão inversa se retirará se C^* se situar abaixo da diagonal, enquanto que, se coincidir com esta última, o sistema é proporcional. Definindo-se o índice de Suits como

$$\pi_s = J^*_c$$

onde J^*_c mede a área entre C^* e a diagonal, π_s será positivo ou negativo consoante as percentagens acumuladas da variável evoluírem mais ou menos que proporcionalmente do que as percentagens acumuladas de rendimento. O índice de Pfähler distingue-se do de Suits pelo facto de medir a redistribuição do sistema de financiamento e não apenas o grau de afastamento da variável em análise da proporcionalidade. Para tal obtem-se a curva L^* que relaciona as percentagens acumuladas de rendimento líquido (obtido por dedução dos impostos, líquidos de subsídios, ao rendimento líquido) com as homólogas do rendimento bruto. Se o sistema for progressivo, L^* situar-se-á acima da diagonal e, designando por J_L a área delimitada por L^* e pela diagonal, J_L será negativo. O contrário se passará se o sistema for regressivo (caso apresentado na figura 1). Designando por π_p o índice de Pfähler, virá

$$\pi_p = -J_L$$

de forma que o índice seja positivo quando o sistema é progressivo.

Para efectuar a padronização dos agregados familiares (de forma a ter em conta a sua dimensão) estes foram classificados por escalão de rendimento tendo-se em seguida utilizado a expressão $E = G/S\alpha$ onde E representa o rendimento líquido por adulto equivalente, G o rendimento líquido médio, S a dimensão média dos agregados e α a elasticidade de equivalência (Buhmann *et al.*, 1988). Deste modo, o rendimento equivalente mede a capacidade de pagamento média.

A «poupança fiscal» por escalão de rendimento foi obtida multiplicando a taxa marginal média de tributação em cada escalão pelas despesas médias em saúde declaradas (5). Esta taxa foi obtida tendo em consideração a taxa média efectiva

(4) Note-se que se concluiria em sentido contrário se o objecto da análise fosse a repartição das despesas em cuidados de saúde.

(5) Em versões anteriores deste artigo utilizou-se a taxa média efectiva de imposto para calcular esta «poupança» em vez da taxa marginal (ou uma sua aproximação) que agora se adopta. Embora a utilização da taxa média se possa justificar quando se prevê que os resultados não sejam significativamente afectados devido, designadamente, ao montante a deduzir ser uma proporção relativamente pequena do rendimento e à não diferenciação das taxas marginais para a esmagadora maioria dos escalões de rendimento, o que parece ser o caso, a adopção da taxa marginal (mesmo que «aproximada» pela taxa média) é mais correcta do ponto de vista teórico.

de tributação em cada escalão e o sistema de taxas marginais de IRS em vigor em 1989. Por seu turno, a taxa média de tributação foi determinada com base no rendimento bruto declarado (sem padronização) uma vez que a lei fiscal já prevê ponderações diferentes (*splitting* e deduções à colecta) consoante o estado civil e o número de dependentes, para o cálculo do imposto devido. Tal procedimento corresponde ao que se pode considerar uma «padronização fiscal» implícita ⁽⁶⁾.

Os resultados que se apresentam na secção seguinte foram obtidos para $\alpha = 0,6$ considerado o valor mais plausível para Portugal (Pereira e Pinto, 1993). No entanto, uma vez que as conclusões poderiam vir modificadas pelo valor atribuído a este parâmetro, efectuaram-se simulações para diferentes valores de α .

Para determinar o efeito distributivo do incentivo fiscal utilizaram-se os dados resultantes do tratamento informático das declarações de IRS dos titulares de rendimentos do trabalho dependente e/ou pensões, abrangendo mais de 1,3 milhões de agregados (incluindo indivíduos casados e não-casados, com ou sem dependentes) que foram tomados como amostra representativa. O ano de referência do rendimento foi 1989 (Gomes Santos, 1991).

Infelizmente não foi possível dispor de informações relativas à totalidade dos contribuintes devido à maior complexidade de tratamento das declarações dos indivíduos que apresentaram igualmente rendimentos provenientes do exercício de profissão liberal ou da actividade comercial ou industrial (declarações modelo 2). Também não se teve acesso ao Inquérito aos Orçamentos Familiares de 1989-1990 pelo que não foi possível incluir na análise os agregados isentos de tributação. Muito provavelmente, se toda a população estivesse incluída o efeito regressivo detectado na análise empírica seria muito mais elevado.

Apesar de tudo, a amostra retida representa mais de 60 % quer do total das declarações de IRS quer do rendimento ilíquido declarado por todos os contribuintes relativamente ao ano de 1989.

5 — Resultados

Atendendo às características subjacentes ao imposto pessoal sobre o rendimento, não surpreende que, tal como se evidencia no quadro n.º 2, o efeito do IRS se revele progressivo. Tal deve-se, nomeadamente, à progressividade das taxas marginais de tributação e à existência de deduções à colecta de montante fixo, à semelhança do que também se passa na maioria dos países em matéria deste tipo de imposto. Assim, nos quatro escalões de rendimento mais baixos (correspondendo, *grosso modo*, aos três primeiros decis) concentra-se 15 % do rendimento ilíquido equivalente e 3 % das receitas fiscais enquanto os agregados incluídos nos nove últimos escalões (correspondentes ao decil de rendimento mais elevado) são titulares de mais de 27 % do rendimento e pagam cerca de 52 % do total do IRS. Em consequência, o valor obtido para o índice de Suits é positivo.

⁽⁶⁾ Um exercício mais rigoroso envolveria calcular a taxa média de imposto antes e após dedução fiscal de modo a identificar os escalões que mais beneficiam com esta dedução. Contudo, tal exigiria o tratamento das declarações de rendimento individuais, o que não é possível.

QUADRO N.º 2

Escalões de rendimento bruto (milhares de contos)	Unidades fiscais (percenta- gem)	Rendimento equivalente (percenta- gem)	Despesas em saúde (percenta- gem)	IRS (percenta- gem)	Rendimento líquido (percenta- gem)	Poupança fiscal (percenta- gem)
<500	12,08	4,73	1,05	0,34	5,72	0,94
501-600	5,79	3,01	1,14	0,56	3,56	1,02
601-700	6	3,37	1,64	0,87	3,93	1,47
701-800	6,22	3,85	2,29	1,15	4,46	2,05
801-900	6,35	4,36	2,90	1,55	5	2,60
901-1000	6,64	4,95	3,45	2,14	5,58	3,09
1001-1200	13,15	10,94	8,40	5,90	12,07	7,53
1201-1400	10,40	10,02	9,00	7,05	10,69	8,06
1401-1700	10,48	11,81	12,68	10,24	12,16	11,37
1701-2000	6,70	8,96	10,35	9,54	8,83	9,28
2001-2300	4,44	6,81	8,60	8,35	6,46	7,71
2301-2700	3,92	6,85	9,29	9,59	6,24	8,33
2701-3200	2,97	5,95	8,51	9,64	5,12	7,63
3201-3800	2,08	4,88	7,10	9,25	3,89	8,49
3801-4500	1,30	3,58	5,16	7,81	2,63	6,17
4501-5500	0,82	2,70	3,75	6,58	1,82	6,17
5501-7000	0,41	1,67	2,21	4,49	1,03	3,63
7001-10 000	0,19	1,03	1,67	3,07	0,57	2,74
10 001-15 000	0,05	0,37	0,67	1,23	0,18	1,40
>15 000	0,01	0,16	0,14	0,64	0,05	0,33
<i>Total</i>	100	100	100	100	100	100
Índices						
Gini	-	0,1514	0,2506	0,3415	0,1087	0,2929
Suits	-	-	0,1169	0,2240	-	0,1667
Pfähler	-	-	-	-	0,0504	-

Observação. — Os índices foram calculados pelo método da aproximação linear (Murteira e Black, 1983).

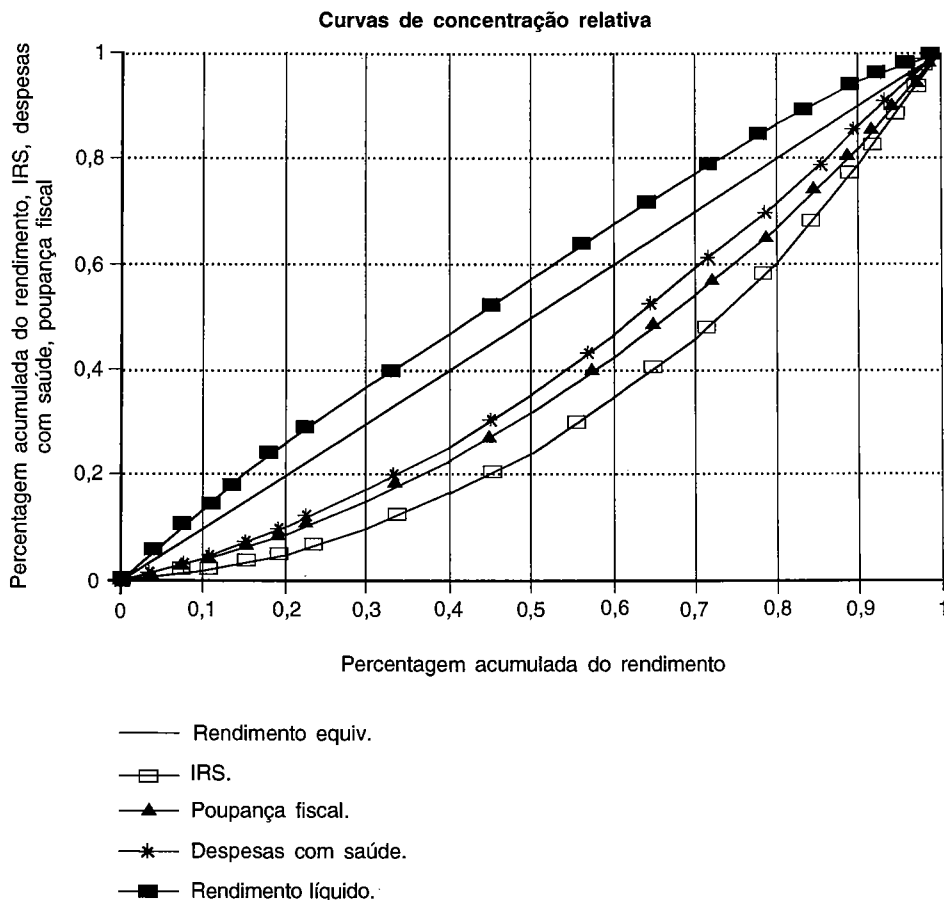
Também o índice de Pfähler calculado para o rendimento líquido (rendimento bruto menos pagamento de IRS) é positivo, o que significa que esta variável está mais equitativamente distribuída que o rendimento líquido equivalente. Esta situação encontra-se representada na figura 2, em que a curva do rendimento líquido se encontra acima da curva do rendimento equivalente, assumido como referência e, consequentemente, representado na diagonal.

No que se refere às despesas privadas em cuidados de saúde deduzidas em IRS, a sua distribuição por classes de rendimento é mais concentrada do que a do rendimento líquido equivalente. De facto, os quatro primeiros escalões são responsáveis por 6 % das despesas declaradas enquanto detêm 15 % do rendimento; pelo contrário, as famílias dos nove últimos escalões apresentam 38,5 % das despesas e possuem cerca de 27 % do rendimento bruto. Consequentemente, o índice de Gini assume um valor superior para estas despesas do que para o rendimento líquido e o índice de Suits assume valor positivo. Assim, o bem «cuidados de saúde privados» pode ser considerado como um bem superior (nas condições da amostra).

Significativa é, também, a análise da distribuição por escalões de rendimento da «poupança fiscal» decorrente do abatimento na base tributável do IRS da totalidade das despesas em saúde não reembolsadas. Conforme o pre-

visto, a dedução tem um efeito regressivo. De facto, quer as curvas quer os índices de concentração mostram que esta variável torna o IRS menos progressivo. Assim, todos os índices são positivos, traduzindo o facto de os agregados pertencentes aos escalões de rendimento mais elevado obterem benefícios fiscais (a título de dedução das despesas de saúde) relativamente maiores que os auferidos pelas famílias dos escalões mais baixos. Na realidade, as famílias dos nove últimos escalões sendo titulares de cerca de 27 % do rendimento recebem 45 % dos benefícios fiscais enquanto os agregados dos quatro primeiros escalões possuem 15 % do rendimento e recebem 5,5 % dos benefícios da dedução. Consequentemente, como se pode ver na figura 2, a curva de concentração de poupança fiscal situa-se para a direita da diagonal, indicando que esta poupança teve por efeito uma moderação da progressividade do imposto.

FIGURA 2



Acresce que a repartição do «ganho fiscal» resultante da dedução por escalão de rendimento apresenta um perfil mais regressivo que a «progressividade» das despesas privadas em cuidados de saúde. Com efeito, os valores apresentados pelos índices de concentração para as despesas de saúde são inferiores

aos dos índices homólogos da «poupança fiscal» (v. quadro n.º 2). Do mesmo modo, pode observar-se na figura 2 que a curva de concentração da poupança fiscal se situa para a direita da que corresponde às despesas em saúde. Consequentemente, se estas despesas são globalmente regressivas considerando-se não apenas os trabalhadores por conta de outrem e pensionistas não isentos mas a totalidade da população (Pereira e Pinto, 1993), então a dedução fiscal acentua essa regressividade.

Os testes de sensibilidade efectuados utilizando os valores $\alpha = 0,4$ e $\alpha = 0,7$ mostram, por sua vez, que uma elasticidade mais elevada (reflectindo uma diminuição das economias de escala do consumo familiar) induz um abaixamento da desigualdade na repartição do rendimento equivalente e, consequentemente, uma maior regressividade da «poupança fiscal» (v. quadro n.º 3). O inverso se passa com $\alpha = 0,4$. Em qualquer caso, as diferenças nos valores dos índices são praticamente irrelevantes.

QUADRO N.º 3

Análise de sensibilidade

Índices	Elasticidades de equivalência		
	0,60	0,70	0,40
Gini.....	0,1514	0,1463	0,1613
Concentração de despesas com saúde.....	0,2506	0,2506	0,2506
Concentração de IRS.....	0,3415	0,3415	0,3415
Concentração de rendimento líquido.....	0,1087	0,0966	0,1294
Pfähler.....	0,0504	0,0581	0,0381
Concentração de poupança fiscal.....	0,2929	0,2929	0,2929
Suits.....	0,1667	0,1717	0,1568

6 — Conclusões

A literatura existente sobre o impacte dos incentivos fiscais sobre o consumo de cuidados de saúde (nomeadamente em sistemas em que o financiamento é baseado nos seguros) prova que são geradores de ineficiência (Feldstein e Friedman, 1977). Nos sistemas do tipo SNS este efeito não foi ainda avaliado mas o seu impacte sobre a equidade parece ser, de forma inquestionável, o de contribuir para o amortecimento da progressividade do imposto pessoal sobre o rendimento.

De acordo com a evidência empírica produzida, o impacte deste tipo de incentivos fiscais é, mesmo, mais regressivo que o do acréscimo das despesas privadas em cuidados de saúde, consideradas como a única variável significativamente regressiva do financiamento do SNS (Pereira e Pinto, 1993).

Assim, se é um facto que o seu efeito global não é muito significativo dado o reduzido montante assumido pela dedução (pelo menos em 1989, primeiro ano em que vigorou o novo sistema), pode-se, no entanto, concluir que, se o objectivo da sua introdução foi o de compensar (ainda que parcialmente) as consequências sobre a equidade decorrentes do acréscimo das despesas privadas em saúde, então o resultado é perverso.

REFERÊNCIAS

- ARROW, K. (1963), «Uncertainty and the welfare economics of medical care», *American Economic Review*, vol. 53, pp. 941-973.
- BESLEY, T. (1991), «The Demand for Health Care and Health Insurance» in Alistair McGuire, P. Fenn, e K. Mayhew (eds.) *Providing Health Care: The economics of alternative systems of finance and delivery*, Oxford, OUP, pp. 46-64.
- BUHMANN, B., RAINWATER, L., SCHMAUS, G., e SMEEDING, T. (1988), «Equivalence scales, well-being, inequality and poverty: Sensitivity estimates accross ten countries using the Luxembourg Income Study (LIS) data base», *Review of Income and Wealth*, vol. 34, pp. 115-142.
- CRP (1989), *Constituição da República Portuguesa (2.ª revisão)*, Lisboa, Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- CULYER, A. J. (1989), «Incentives for what? for whom? what kind?», *1st European Conference on Health Economics*, Barcelona.
- FELDSTEIN, M., e FRIEDMAN, B. (1977), «Tax subsidies, the rational demand for insurance and the health care crisis», *Journal of Public Economics*, vol. 7, pp. 155-178.
- FREIXINHO, J. C. (1990), *Subsistemas de Saúde em Portugal: Estudo, Características e Evolução Futura*, Lisboa Nacional de Saúde Pública.
- GOMES SANTOS J. C. (1991) «Reforma fiscal — Alguns aspectos quantitativos (ano de 1989)», *Ciência e Técnica Fiscal*, n.º 363, pp. 247-283.
- GOMES SANTOS, J. C., e CARVALHO J. (1987), «Nível e estrutura da fiscalidade portuguesa: Comparações internacionais», *Ciência e Técnica Fiscal*, n.º 346-348, pp. 9-72.
- INSTITUTO DE GESTÃO FINANCEIRA DA SEGURANÇA SOCIAL (1990), *Anuário Estatístico da Segurança Social*, 1990, Lisboa, IGFSS.
- MURTEIRA, B., e BLACK, G. (1983), *Estatística Descritiva*, Lisboa, McGraw-Hill.
- PEREIRA, J. (1989) «Equity and the Portuguese health care system», EC/COMAC-HSR Study on Distributive Aspects of Health Care Policies, *Working Paper n.º 9*.
- PEREIRA, J., e PINTO, C. G. (1993), «Equity in the Finance and Delivery of Health Care in Portugal» in E. Van Doorslaer, A. Wagstaff, e F. Rutten (eds.), *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An international perspective*, Oxford, Oxford University Press.
- PHÄHLER, W. (1987), «Redistributive effects of progressivity: Evaluating a general class of aggregate measures», *Public Finance*, vol. 43, pp. 1-31.
- PINTO, C. G. (1988), «A incidência da despesa pública em cuidados de saúde na área metropolitana de Lisboa em 1980-81 e 1985», *Estudos de Economia*, vol. 8, pp. 389-409.
- SUITS, D. (1977) «Measurement of tax progressivity», *American Economic Review*, vol. 67, pp. 747-752.
- STIGLITZ, J. (1988), *Economics of the Public Sector*, Nova Iorque, W. W. Norton.
- WAGSTAFF, A., e VAN DOORSLAER, E. (1990), «Cross-country comparisons of equity in the finance and delivery of health care: Methodology of the COMAC-HSR project», EC/COMAC-HSR Study on Distributive Aspects of Health Care Policies, *Working Paper n.º 12*.

(Versão entregue em Junho de 1993)

