Comunicados do Ipea

Nº 74

Programas de Assistência Farmacêutica do Governo Federal: evolução recente das compras diretas de medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005 a 2008

16 de dezembro de 2010

ipea 46 anos

Governo Federal
Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República
Ministro Samuel Pinheiro Guimarães Neto

Fundação pública vinculada à Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente
Marcio Pochmann

Diretor de Desenvolvimento Institucional
Fernando Ferreira

Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais
Mário Lisboa Theodoro

Diretor de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia
José Celso Pereira Cardoso Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas
João Sicsú

Diretora de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais
Liana Maria da Frota Carleial

Diretor de Estudos e Políticas Setoriais, de Inovação, Regulação e Infraestrutura
Márcio Wohlers de Almeida

Diretor de Estudos e Políticas Sociais
Jorge Abrahão de Castro

Chefe de Gabinete
Pérsio Marco Antonio Davison

Assessor-chefe de Imprensa e Comunicação
Daniel Castro

URL: http://www.ipea.gov.br
Ouvidoria: http://www.ipea.gov.br/ouvidoria

Comunicados do Ipea

Os *Comunicados do Ipea* têm por objetivo antecipar estudos e pesquisas mais amplas conduzidas pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, com uma comunicação sintética e objetiva e sem a pretensão de encerrar o debate sobre os temas que aborda, mas motivá-lo. Em geral, são sucedidos por notas técnicas, textos para discussão, livros e demais publicações.

Os *Comunicados* são elaborados pela assessoria técnica da Presidência do Instituto e por técnicos de planejamento e pesquisa de todas as diretorias do **Ipea**. Desde 2007, mais de cem técnicos participaram da produção e divulgação de tais documentos, sob os mais variados temas. A partir do número 40, eles deixam de ser *Comunicados da Presidência* e passam a se chamar *Comunicados do Ipea*. A nova denominação sintetiza todo o processo produtivo desses estudos e sua institucionalização em todas as diretorias e áreas técnicas do **Ipea**.

Introdução[1]

Uma das formas de manifestação da desigualdade que marca a sociedade brasileira é o acesso desigual a bens e serviços de saúde. Em razão disso, a disponibilidade destes bens e serviços essenciais, na qual se inclui medicamentos, para a população brasileira, principalmente a mais pobre, deve ser preocupação permanente das políticas públicas voltadas para a saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988 (CF/88), tem como diretrizes a universalização do acesso com equidade e a integralidade das ações e dos serviços de saúde. O direito à assistência farmacêutica é previsto no SUS, mas a política de assistência farmacêutica foi definida apenas em 1998, com a publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM).[2]

O financiamento dos programas de assistência farmacêutica públicos é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS: União, estados e municípios. A alocação de recursos federais para o financiamento da aquisição de medicamentos e insumos é realizada pelo Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, que compreende três componentes: *i*) componente básico da assistência farmacêutica;[3] *ii*) componente estratégico da assistência farmacêutica;[4] e *iii*) componente especializado da assistência farmacêutica.[5]

Cada componente destina recursos para financiamento de um ou mais programas ou ações e possui características próprias quanto a planejamento e execução. A União é corresponsável pelo financiamento do componente básico e do especializado junto com os estados e os municípios e a única responsável pelo financiamento do componente estratégico.

O objetivo principal deste estudo é analisar a evolução recente das compras de medicamentos do governo federal para seus programas de assistência farmacêutica. Esta

---

[1] Colaboraram com este *Comunicado do* ***Ipea*** Adriana Pacheco Aurea, Leila Posenato Garcia, Luís C. G. de Magalhães, Raquel Filgueiras, Carolina Fernandes, Lucia R. Santana e Fernando Gaiger Silveira.

[2] Portaria GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, do Ministério da Saúde.

[3] O componente básico da assistência farmacêutica compreende os seguintes programas: hipertensão e diabetes; asma e rinite; saúde mental; saúde da mulher; alimentação e nutrição; combate ao tabagismo; saúde do adolescente e do jovem; saúde da família; e sistema prisional.

[4] O componente estratégico da assistência farmacêutica compreende os seguintes programas: controle de endemias de abrangência nacional ou regional (tuberculose e tuberculose multidrogas resistente, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de Chagas, cólera, esquistossomose, filariose, influenza, meningite, peste, tracoma e oncocercose), doença sexualmente transmissível/síndrome da imunodeficiência adquirida (DST/AIDS), sangue e hemoderivados e imunobiológicos.

[5] O componente especializado da assistência farmacêutica foi criado para disponibilizar o tratamento de doenças específicas, realizado com medicamentos considerados de "alto custo".

análise considera a participação das compras federais de medicamentos no total do gasto federal com saúde. É também considerada a participação das três esferas de governo no gasto com os programas de assistência farmacêutica pública. Por fim, procura-se avaliar evidências, mesmo que preliminares, de ganhos de eficiência dos gastos com a assistência farmacêutica de responsabilidade do governo federal, no período de 2005 a 2008.

Utilizaram-se, para o cômputo dos gastos com aquisição federal de medicamentos, bases de dados pouco exploradas para este fim. A compra de medicamentos pelo governo federal é feita por meio de licitações e/ou convênios. As aquisições realizadas por meio de licitações são registradas no Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (SIASG),[6] que constituiu uma das bases de dados considerada nesta nota.

O Ministério da Saúde (MS) também adquire medicamentos por meio de convênios firmados com laboratórios oficiais. Os repasses referentes a estes convênios não constam no SIASG, pois não são compras realizadas por meio de licitações. Para compor a despesa total com assistência farmacêutica, os valores dos repasses para os laboratórios oficiais foram somados aos valores das compras que constam no SIASG.[7] Além destes, para computar o gasto público com assistência farmacêutica, foram incluídas as despesas dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, retiradas do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).[8]

A presente nota está divida em quatro partes. Na seção 2, são analisadas, de forma sumária, evidências recentes sobre a desigualdade em relação ao acesso a medicamentos pela população brasileira. Na seção 3, analisa-se a evolução do gasto federal com ações e serviços de saúde e com aquisição direta de medicamentos, entre 2005 e 2008. Na seção 4, procura-se apontar para algumas evidências preliminares sobre os ganhos de eficiência – redução de custo por mesma quantidade de unidades farmacêuticas – de alguns programas de assistência farmacêutica para os quais as compras são de responsabilidade da esfera federal e realizadas pelo Ministério da Saúde. Por fim, na seção 5, são apresentadas e discutidas as principais conclusões.

---

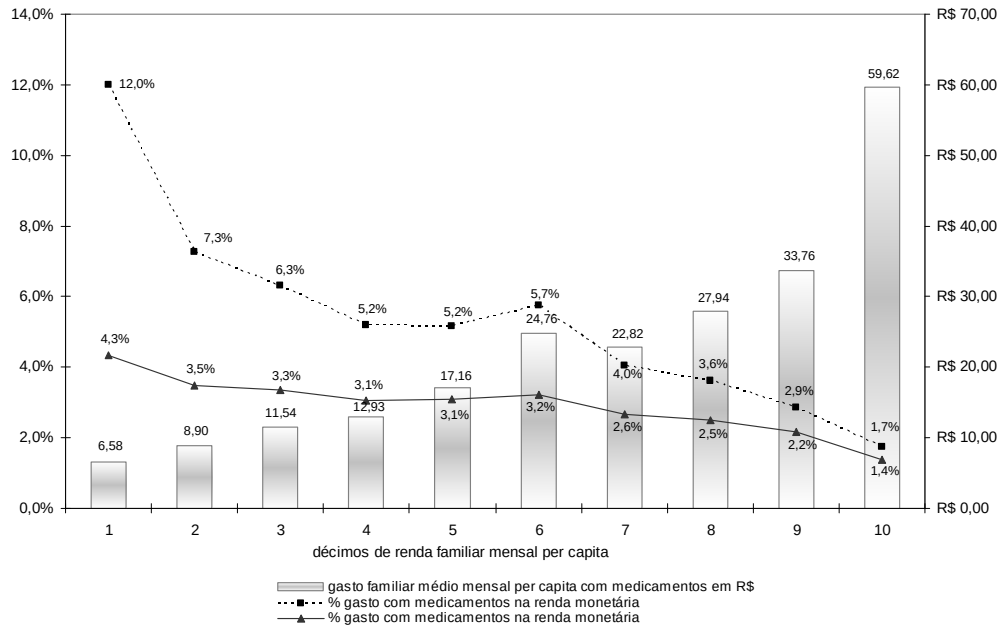
[6] Disponível em: <http://www.comprasnet.gov.br>.
[7] Para discussão do SIASG e dos procedimentos metodológicos para a extração de suas informações, ver Pacheco *et. al*. (2010).
[8] Estas informações apresentam a limitação de serem autodeclaradas, o que dificulta a avaliação de sua precisão.

1. Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil: gasto das famílias, consumo *per capita* e progressividade da assistência farmacêutica pública

O acesso a medicamentos no Brasil pode ser estudado por meio de diferentes recortes analíticos, que possibilitam avaliar a importância da assistência farmacêutica pública. O gráfico 1 apresenta informações sobre a desigualdade na aquisição de medicamentos pelas famílias brasileiras, pois mostra o gasto médio mensal familiar *per capita* com estes bens, coletado pela Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-2009, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), segundo décimos de renda familiar mensal *per capita*.

GRÁFICO 1

Gasto total familiar médio mensal *per capita* com medicamentos e sua participação na renda total e monetária, segundo décimos de renda familiar mensal *per capita*



Fonte: Microdados da POF 2008-2009/IBGE.

As famílias mais pobres, localizadas no primeiro décimo de renda familiar mensal *per capita*, gastavam mensalmente com cada indivíduo, em média, R$ 6,55 na

aquisição de medicamentos. As famílias mais ricas, localizadas no último décimo de renda, gastavam R$ 59,62. Ou seja, a compra de medicamentos por essas famílias representava mais de nove vezes o gasto das famílias mais pobres. A alta desigualdade na distribuição de renda, que ainda prevalece na sociedade brasileira, manifesta-se, da mesma forma, na desigualdade do gasto das famílias com medicamentos.

Vale apontar que exatamente as famílias mais pobres, que gastam com medicamentos muito menos que as famílias mais abastadas, em termos absolutos, são aquelas que proporcionalmente comprometem muito mais renda familiar na aquisição destes bens essenciais.

Quando se compara a participação do gasto com medicamentos na renda total (soma da renda monetária e não monetária[9]), as famílias mais pobres, classificadas no primeiro décimo de renda, comprometiam mensalmente 4,3% de sua renda total *per capita.* As famílias mais ricas, localizadas no último décimo de renda, comprometiam somente 1,4% de sua renda total com gasto com medicamentos.

O grau de comprometimento da renda familiar com medicamentos aumenta assustadoramente quando se considera apenas a renda monetária percebida pelas famílias mais pobres. Nesta hipótese, as famílias classificadas no primeiro décimo de renda gastavam com medicamentos mensalmente *per capita* 12% de sua renda monetária. Por outro lado, as famílias no último décimo de renda comprometiam somente 1,7% da renda monetária percebida. Dessa forma, quando se considera unicamente a renda monetária média mensal *per capita* das famílias, a desigualdade no comprometimento da renda na aquisição de medicamentos é muito maior.

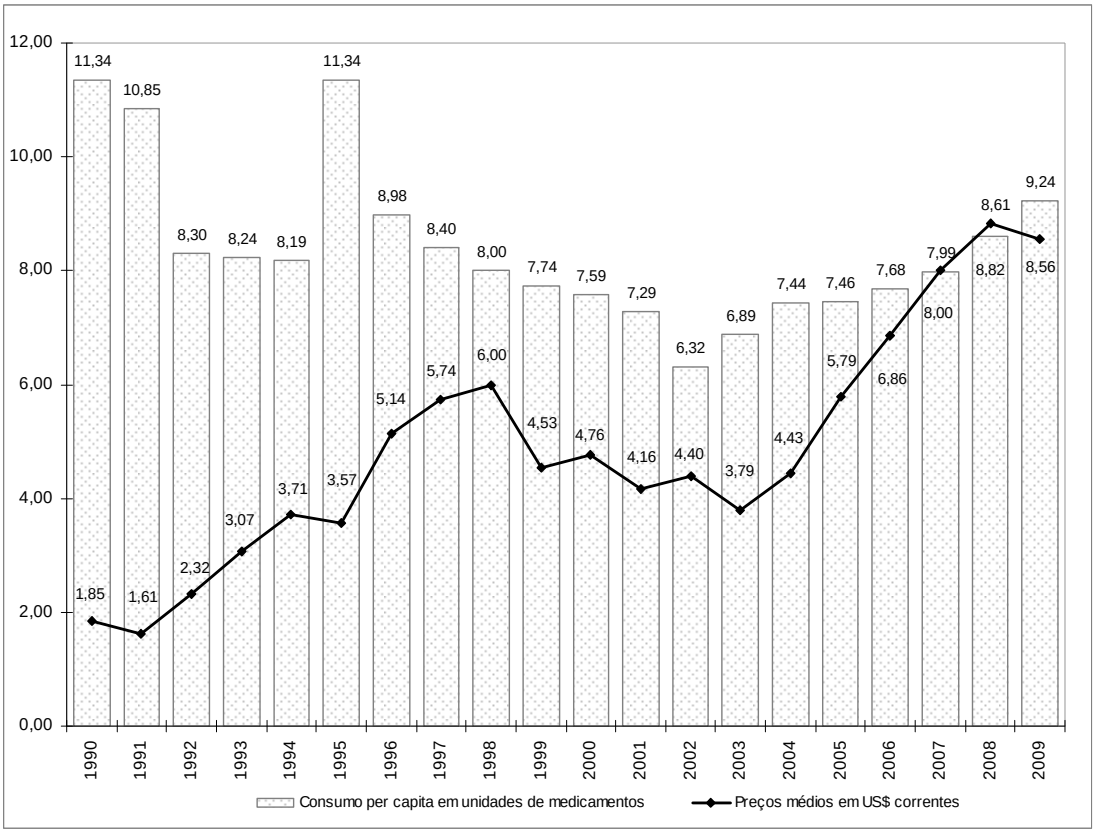
O padrão desigual de gasto com medicamentos das famílias brasileiras, quando ordenadas por sua renda, não se alterou substancialmente nas últimas décadas. As informações das POFs de 1987-1988, 1995-1996 e 2002-2003 mostram a tendência de manutenção e mesmo de aumento da diferença do gasto com medicamentos entre as famílias mais ricas e as mais pobres. A compra de medicamentos era o componente de maior peso no total dos gastos com saúde das famílias pobres, embora em termos absolutos seja muito menor que o gasto das famílias de maior renda (CAMPOLINA *et. al.*, 2007).

[9] A renda não monetária na POF é composta principalmente pela imputação do valor do aluguel naquelas famílias que possuem moradia.

Outro recorte para se analisar o acesso a medicamentos no Brasil é avaliar a evolução dos preços praticados e das quantidades vendidas no mercado privado. O gráfico 2 mostra o comportamento das vendas de medicamentos, os preços e as quantidades, no mercado brasileiro, entre 1990 e 2009.

GRÁFICO 2

Consumo *per capita* de medicamentos comprados no mercado brasileiro e seu preço médio – 1990-2009



Fonte: Intercontinental Marketing Services (IMS) Health.

Considerando-se a média de toda população brasileira, o consumo *per capita* de medicamentos comprados no mercado privado diminuiu de 11,54 para 9,24 unidades de medicamentos, entre 1990 e 2009, uma redução de 19,9%. No período pós-estabilização monetária, com exceção do ano de 1995,[10] o consumo médio *per capita* de medicamentos se reduziu sistematicamente até 2002. Mesmo com o crescimento *per*

[10] Isto pode ser creditado em boa parte ao aumento quase imediato do poder de compra da população, com o fim da inflação, e à valorização do Real frente ao Dólar, que reduziu o preço dos farmoquímicos e dos medicamentos prontos cotados na moeda americana.

capita observado a partir de 2003, o consumo não recuperou os níveis observados no início dos anos 1990.

É possível que o lançamento de medicamentos mais eficientes possa reduzir o consumo *per capita* de unidades de medicamento.[11] Entretanto, a tendência demográfica é de crescente envelhecimento da população brasileira, com maior ocorrência de doenças crônicas e degenerativas, o que induz ao crescimento do consumo *per capita* de medicamentos, principalmente aqueles de uso contínuo, mesmo que exista a incorporação de medicamentos inovadores.

A retração do consumo *per capita* de medicamentos comprados no mercado privado não impediu que a indústria farmacêutica elevasse, na maior parte do período analisado, sua receita em dólares. Isto foi obtido pela tendência de aumento dos preços médios dos medicamentos em moeda americana.

Sem dúvida, a liberação dos controles de preço por parte do governo e a reduzida competição por preços, que prevalece no mercado farmacêutico – em razão da existência de patentes, dos elevados gastos com *marketing* e das limitações clínicas de substituibilidade entre medicamentos,[12] entre outros fatores –, ajudam a explicar a relativa liberdade da indústria farmacêutica em fixar o preço dos medicamentos, mesmo quando se observa queda do consumo *per capita* de medicamentos.

Em suma, o consumo *per capita* de medicamentos atendido pelo mercado privado se reduziu ou, na melhor das hipóteses, ficou estagnado – caso se acredite que tenha ocorrido a introdução de medicamentos mais eficientes – por quase duas décadas. No entanto, a não ampliação do acesso a medicamentos pela oferta privada não foi acompanhada pela deterioração dos indicadores de saúde pública brasileiros. Ao contrário, vários desses indicadores têm apresentado melhoria contínua. Isto oferece uma pista para entender a importância que a assistência farmacêutica pública tem para a saúde da população brasileira.

O gráfico 3 mostra evidências sobre a importância da assistência farmacêutica pública para a população brasileira de menor renda e também oferece indicações de sua

---

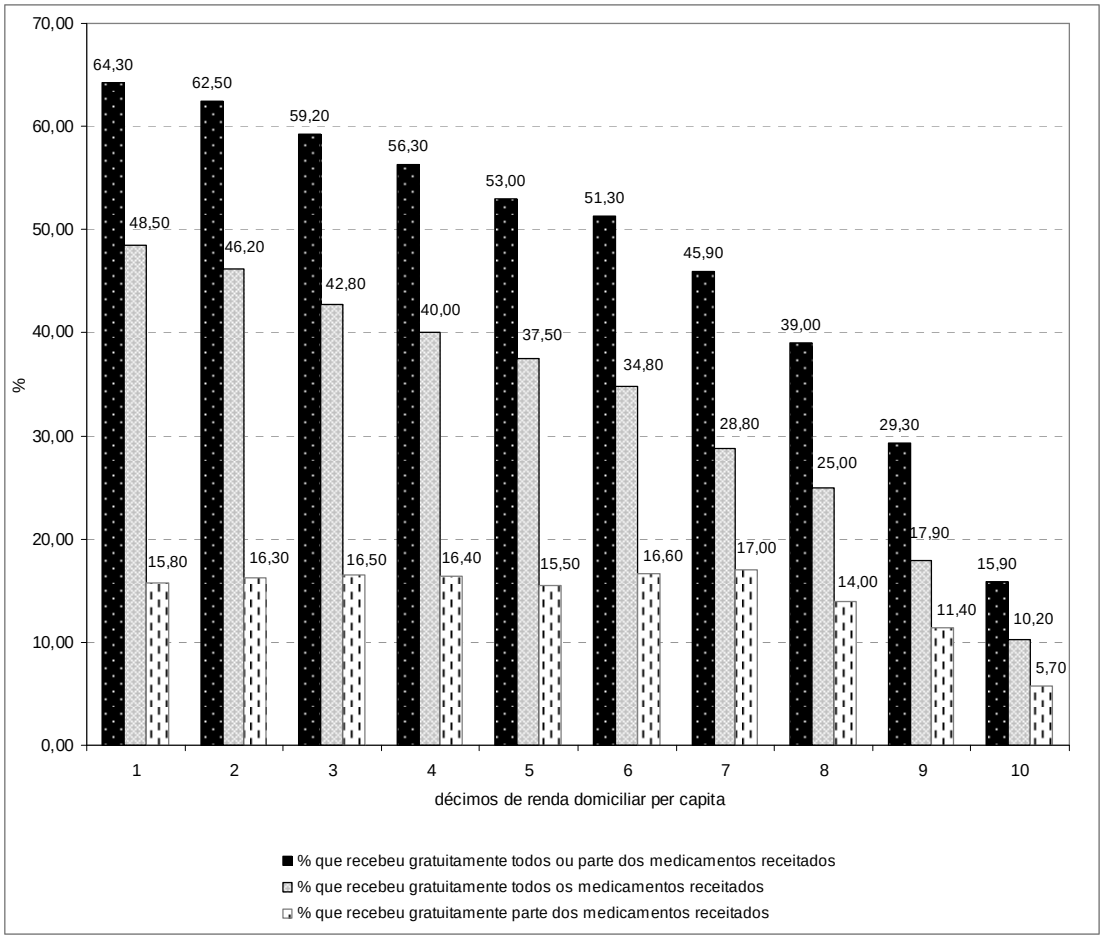
[11] Não há evidências de que tenha ocorrido o lançamento de drogas inovadoras, com maior eficiência, em tal proporção que explique a redução do consumo *per capita* de medicamentos atendido pelo mercado privado brasileiro, embora esse ponto deva ser aprofundado. Para avaliação crítica da capacidade de lançamento de medicamentos inovadores pela indústria farmacêutica mundial, em linguagem acessível ao público leigo, ver Angell (2007, p. 69-90).

[12] É usual o mercado relevante de medicamentos apresentar poucos produtos que são substitutos entre si, resultando no aumento do poder de mercado dos laboratórios que vendem neste âmbito.

natureza progressiva: é a população de menor renda que faz mais uso do fornecimento público de medicamentos.

GRÁFICO 3

Frequência de pessoas com acesso gratuito a medicamentos, segundo décimos de renda domiciliar *per capita* – 2008



Fonte: Microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008/IBGE.

Do total da população do primeiro décimo de renda domiciliar *per capita*, com prescrição de algum medicamento, 64,3% tiveram acesso ao medicamento garantido de forma gratuita; e quase a metade da população deste estrato de renda recebeu gratuitamente todos os medicamentos receitados. Mesmo que o acesso gratuito nem sempre seja público, tudo sugere que o SUS tenha papel preponderante no fornecimento gratuito de medicamentos, assim como se observa em relação a outros serviços de saúde consumidos pela população de menor renda (SILVEIRA *et. al.*, 2006).

Somente 15,9% do total da população mais rica, situada no último décimo de renda domiciliar *per capita,* obtiveram medicamentos por meio dos programas de assistência farmacêutica do SUS. Entretanto, a natureza progressiva destes programas não reduz sua importância para a população de maior renda, pois o fornecimento público pode ser a única forma de acesso a medicamentos de alto custo.

Tudo indica que os programas de assistência farmacêutica do SUS são a única forma de acesso a medicamentos de largas parcelas da população brasileira, principalmente aquela de menor renda. Portanto, a avaliação dos gastos com a assistência farmacêutica pública, sua evolução, composição e ganhos de eficiência tornam-se informações essenciais para os gestores públicos da área de saúde. Isto permite a alocação mais eficiente dos recursos orçamentários, de forma a garantir o acesso da população aos medicamentos necessários e no tempo certo, de forma a promover a melhoria da saúde no país.

2. Gastos do Governo Federal com saúde e assistência farmacêutica

Os gastos com medicamentos colocam pressões potencialmente explosivas sobre os recursos públicos destinados à saúde, em razão do envelhecimento da população, da introdução de novas drogas mais custosas e mesmo da simples ampliação da quantidade de diagnósticos dos agravos à saúde.

O gráfico 4 apresenta a evolução da despesa com ações e serviços públicos de saúde e gastos com aquisição direta de medicamentos pelo governo federal, no período de 2005 a 2008. Deve-se salientar que a despesa federal com ações e serviços inclui todos os gastos do MS, menos os gastos com inativos e pensionistas e juros e encargos das dívidas interna e externa.[13]

A despesa da União com ações e serviços públicos de saúde foi crescente no período, elevando-se de R$ 34,7 para R$ 43,1 bilhões, aumento médio real de 7,5% a.a. entre 2005 e 2008. As despesas com aquisição direta de medicamentos pelo governo federal flutuaram em torno de patamar mínimo de R$ 2,3 bilhões por ano. Entretanto,

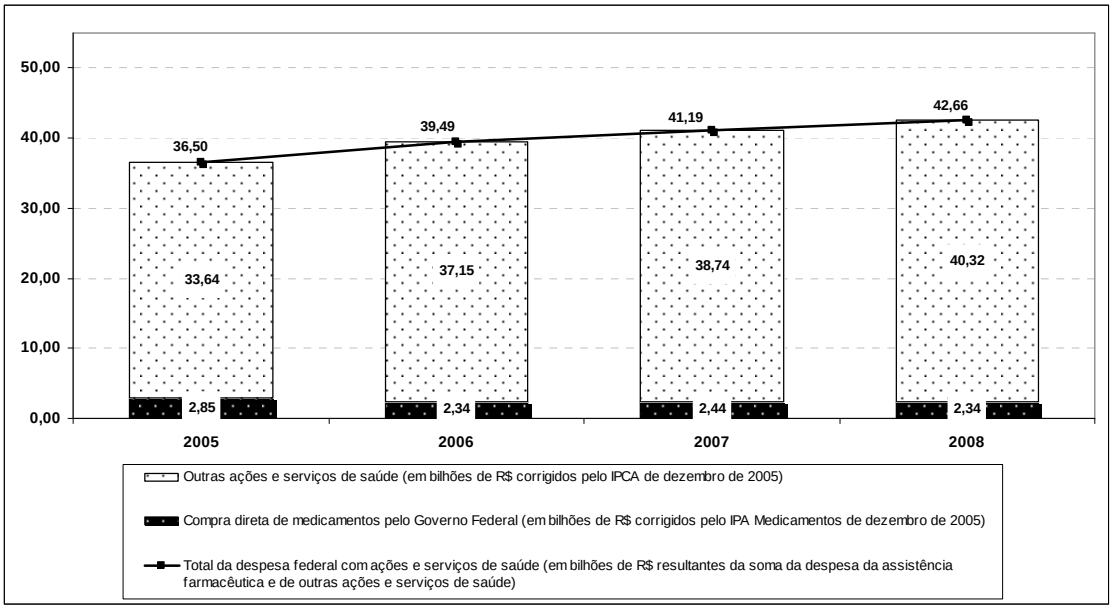
[13] Para definição dos itens de despesas com ações e serviços de saúde, ver a Resolução nº 322, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Deve ser lembrado que na despesa federal estão incluídos os pagamentos dos procedimentos hospitalares e ambulatórios, tanto do SUS quanto daqueles conveniados. Tais pagamentos incluem os medicamentos usados nestes procedimentos. Portanto, existe parcela referente ao gasto público com medicamentos que apresenta dificuldades de mensuração, pois não é discriminada no procedimento hospitalar ou ambulatorial.

estas despesas tiveram taxa média de crescimento anual negativa (-3%), em decorrência direta do pico observado em 2005 (R$ 2,8 bilhões).[14]

Não é incomum em anos específicos ocorrerem gastos excepcionais com medicamentos. Uma primeira razão é que a compra de grandes quantidades permite a redução de seu custo da aquisição. Outra razão são eventos epidemiológicos, como surtos de doenças transmissíveis, que podem exigir compras emergenciais. Um exemplo é a pandemia de H1N1 (gripe suína), que levou à compra tempestiva de vacinas e do antiviral Oseltamivir pelo Ministério da Saúde em 2009.

GRÁFICO 4

Despesa com ações e serviços públicos de saúde e com compra direta de medicamentos pelo governo federal – 2005-2008



Fontes: Despesa federal 2005-2008: Ipea (2008).

Assistência farmacêutica 2005-2008: SIASG-Compras e SIOPS.

Nota: [1] Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Em suma, a evidência encontrada é de relativa estabilidade do gasto federal com a compra direta de medicamentos em termos absolutos, entre 2005 e 2008. Sua participação relativa no gasto total da União com saúde reduziu-se, embora de forma

[14] Um dos fatores que explicariam esse pico de gasto nesse ano foi a ação do Ministério da Saúde, que teria comprado maior quantidade de antivirais contra a AIDS para fazer estoques, inclusive com o objetivo de aumentar seu poder de barganha em futuras negociações sobre o preço daqueles medicamentos. Ver Nunn *et al.* (2007, p. 1.810).

discreta, entre 2006 e 2008. Este resultado não é afetado, mesmo que possa ter ocorrido alguma subestimação deste gasto na primeira metade de 2005, em razão da imprecisão na descrição dos itens de compra de medicamentos no SIASG.[15]

Essa evidência não é trivial, quando comparada com os resultados de outros trabalhos sobre a evolução do gasto federal com medicamentos, mesmo que o período de tempo analisado neste estudo não seja suficientemente longo para aferir tendência de longo prazo.

Vieira (2009, p. 677), por exemplo, constata que o gasto federal com a compra de medicamentos em 2007 foi 3,2 vezes o de 2002, em termos reais. A participação deste gasto também cresceu em relação à despesa total com ações e serviços de saúde do Ministério da Saúde. Uma limitação dos estudos realizados com dados orçamentários, que não pode ser desprezada, é que as ações orçamentárias dos programas federais de assistência farmacêutica podem incorporar outros gastos que não com medicamentos.[16]

Aceitando as evidências de que os gastos federais com compra direta de medicamentos apresentaram relativa estabilidade, entre 2005 e 2008, e que o consumo *per capita* de medicamentos atendido pelo mercado privado não recuperou o patamar do início da década de 1990, é importante analisar outras fontes de fornecimento de assistência farmacêutica pública.

A tabela 1 apresenta o gasto de cada esfera de governo com o elenco de medicamentos sob sua responsabilidade e seu total, entre 2005 e 2008. Portanto, é possível avaliar a participação dos estados e dos municípios no gasto com medicamentos em relação à União.[17]

---

[15] Não se considerou também o gasto com o Programa Farmácia Popular (PFP), criado pela Lei nº 10.858, de 2004, que funciona por meio de copagamento e não aquisição direta. Neste programa, o governo federal subsidia a aquisição, entre outros, de medicamentos para diabetes, hipertensão, contraceptivos hormonais, antiasmáticos e contra osteoporose em rede de farmácias credenciadas. Em razão disso, seu gasto é considerado transferência e encontra-se computado em outras ações e serviços de saúde.

[16] Estes valores incluem os gastos com as atividades dos programas de assistência farmacêutica como um todo, incluindo passagens, diárias, material de consumo, pagamento de pessoas físicas e jurídicas, entre outros.

[17] Ressalte-se que os valores apresentados se referem aos gastos das três esferas de governo com a aquisição de medicamentos, excluindo-se os gastos referentes aos procedimentos de alta complexidade, uma vez que não é possível desagregar, para cada procedimento, o valor exato do gasto com medicamentos.

TABELA 1

Gasto público com aquisição de medicamentos, segundo esfera de governo – 2005-2008 (Em R$ mil de 2005)[1]

	2005		2006		2007		2008	
	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%
Municípios (1)	1.288.450,33	20,2	1.111.287,09	17,1	891.697,58	13,3	1.282.198,72	17,5
Estados (1)	752.924,63	11,8	753.535,52	11,6	1.013.080,74	15,2	1.199.285,27	16,4
União (2)	4.349.441,69	68,1	4.626.833,86	71,3	4.781.593,83	71,5	4.835.932,35	66,1
Transferências para Estados e Municípios	1.494.993,46	23,4	2.291.335,55	35,3	2.337.881,58	35,0	2.494.575,38	34,1
Compras diretas	2.854.448,23	44,7	2.335.498,31	36,0	2.443.712,25	36,5	2.341.356,97	32,0
Total	6.390.816,65	100,0	6.491.656,47	100,0	6.686.372,15	100,0	7.317.416,34	100,0

Fonte: SIASG, SIOPS, Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento/Secretaria Executiva/Ministério da Saúde (DESD/SE/MS) e Siga-Brasil/Senado Federal.

Notas: [1] IPA Medicamentos.

[2] Os valores do gasto com medicamentos por estados e municípios são provenientes de informações autodeclaradas alimentadas no SIOPS e referem-se a despesas orçamentárias com a assistência farmacêutica.

[3] Os valores do gasto com compras diretas da União incluem, além dos programas da assistência farmacêutica, os medicamentos adquiridos por todos os órgãos da União: os hospitais federais dos Ministérios da Saúde, da Defesa (MD) e da Educação (MEC) e os ambulatórios médicos dos órgãos federais. No caso do Ministério da Saúde, foram incluídos também os valores repassados por meio de convênios para os laboratórios oficiais para a produção de medicamentos destinados a programas da assistência farmacêutica.

Deve-se lembrar que a União é responsável pelas compras dos medicamentos de todos os programas do componente estratégico, por alguns medicamentos do programa especializado, conforme pactuado nas Comissões Intergestores (CIs), e por insulinas e contraceptivos dos programas de diabetes e de saúde da mulher, respectivamente, que integram o componente da atenção básica. Quando se consideram também os repasses feitos aos laboratórios oficiais para produção de medicamentos, o gasto da União com compras diretas representa, em média, quase 40% do gasto público total de 2005 a 2008. Entretanto, a participação das compras diretas federais é decrescente no período. Quando se consideram as transferências para estados e municípios, este percentual

eleva-se para quase 70%, no mesmo período, em razão do aumento das transferências de recursos federais para a compra de medicamentos por essas esferas de governo.

Uma queda da participação federal na compra de medicamentos públicos é observada em 2008. Isto é explicado, parcialmente, pelo desenvolvimento das ações de descentralização das compras, que levaram a crescimento da participação dos estados na aquisição dos medicamentos de alto custo. Por outro lado, os municípios recuperaram sua participação em aquisição de medicamentos no âmbito público naquele ano. Isto pode ser explicado, ao menos em parte, pelo aumento das transferências do governo federal.

A partir de 2007, com a publicação da Portaria GM nº 2.577, de 27 de outubro de 2006, do Ministério da Saúde, alguns itens que anteriormente tinham aquisição centralizada passaram a ter aquisição descentralizada, fazendo que aumentasse sistematicamente a participação relativa dos estados no gasto público total com medicamentos, mesmo que seu financiamento contasse com a participação da União.[18]

Em suma, o comportamento do gasto público total diferiu do observado no âmbito federal. O gasto público com compra de medicamentos cresceu de forma discreta, entre 2005 e 2008. Isto decorreu do aumento das transferências da União a estados e municípios para compra de medicamentos, do aumento dos gastos dos estados e da recuperação das aquisições dos municípios. As compras diretas de medicamentos por parte da União se mantiveram praticamente constantes nesse período.

A questão intrigante é que, aparentemente, os programas de assistência farmacêutica de responsabilidade federal mantiveram sua capacidade de prover, e mesmo de ampliar, o acesso público a medicamentos, sem apresentar crises sistêmicas de abastecimento. Isto em contexto de relativa estabilidade de seus gastos com assistência farmacêutica entre 2005 e 2008. Sabe-se, inclusive, que em determinados programas de assistência farmacêutica federal, como contra a AIDS, ocorre a incorporação de novas drogas, o que resulta em pressões de custo sobre o programa.

A tabela 2 permite avançar na análise das compras de medicamentos pela União, segundo rubricas de gasto, entre 2005 a 2008. Esta tabela separa as compras feitas pelo Ministério da Saúde e por outros órgãos federais. Por sua vez, o gasto do Ministério da

[18] Uma apresentação dos mecanismos de regulação do financiamento e das transferências dos recursos federais para ações e serviços de saúde é encontrada na Portaria GM nº 204, de 29 de janeiro de 2009. Para discussão mais aprofundada do financiamento da assistência farmacêutica do SUS.

Saúde está distribuído entre compras e convênios. As compras são realizadas por meio de licitação,[19] de dispensa e de inexigibilidade e englobam diversas rubricas de gasto. Os convênios representam os repasses para os laboratórios oficiais para a produção de medicamentos destinados aos programas da assistência farmacêutica.

TABELA 2

Gasto público federal com compra direta de medicamentos − 2005-2008

(Em R$ mil de 2005)[1]

	2005	2006	2007	2008
Total da União	2.854.448,23	2.335.498,31	2.443.712,25	2.341.356,97
União: Outros (1)	188.775,11	227.406,54	241.494,76	280.159,65
União: Ministério da Saúde (2)	2.665.673,12	2.108.091,77	2.202.217,49	2.061.197,32
Convênios	525.731,15	361.198,37	330.886,45	415.878,50
Compras (3)	2.139.941,97	1.746.893,40	1.871.331,05	1.645.318,82
Assistência Farmacêutica (AF)	1.521.588,42	1.398.365,41	1.165.243,57	1.167.082,08
Ação Judicial	2.261,24	6.850,38	16.590,08	43.049,47
Medicamentos pertencentes à AF	1.361,34	4.361,07	4.558,43	4.498,52
Medicamentos não pertencentes à AF	899,90	2.489,31	12.031,65	38.550,95
Rede Hospitalar MS	339.645,28	327.572,13	650.121,16	372.043,82
Outros (4)	276.447,03	14.105,47	39.376,24	63.143,46

Fonte: SIASG, SIOPS e DESD/SE/MS.

Notas: [1] IPA Medicamentos.

[2] Todos os órgãos federais, exceto o Ministério da Saúde.

[3] Os gastos do Ministério da Saúde estão separados em Convênios (repasses realizados entre o Ministério da Saúde e os laboratórios oficiais para a produção de medicamentos dos programas de assistência farmacêutica do Ministério da Saúde) e SIASG-Compras (referentes a aquisições/licitações).

[4] Os gastos realizados por meio de licitação estão distribuídos conforme o destino, ou uso, do medicamento: na assistência farmacêutica estão os medicamentos adquiridos para os programas de saúde dos três componentes da assistência farmacêutica; na ação judicial estão

[19] As cinco modalidades de certame licitatório são: leilão, concorrência, tomada de preços, convite e concurso.

contidos os itens adquiridos por meio deste instrumento; e na rede hospitalar MS estão as compras referentes aos hospitais próprios do Ministério da Saúde.

[5] Doações de medicamentos e intervenções emergenciais de assistência farmacêutica pelo Ministério da Saúde.

Como era de se esperar, o Ministério da Saúde é o órgão federal que centraliza grande parte das compras de medicamento feitas pela União. Entretanto, as aquisições feitas por outros órgãos federais cresceram de forma contínua, passando de 6,6% para 12%, entre 2005 a 2008. Esta parcela de gasto é composta basicamente pelos hospitais militares e universitários mantidos, respectivamente, pelos Ministérios da Defesa e da Educação. Ou seja, trata-se de medicamentos usados nas internações hospitalares e em atendimentos ambulatoriais.[20]

A rubrica "Compras" do Ministério da Saúde inclui, além da assistência farmacêutica, o fornecimento para seus hospitais federais, entre os quais três são especialistas (Instituto Nacional de Traumatologia Ortopedia – Into, Instituto de Cardiologia de Laranjeiras – INCL e Instituto Nacional do Câncer – Inca), e as aquisições realizadas em razão de decisão judicial. As compras correspondem ao item de maior peso, em torno de 75% do gasto com medicamentos do Ministério da Saúde. Contudo, o gasto efetuado na rubrica "Convênios" não é irrelevante: oscilou entre 15% a 20% do desembolso total com medicamentos da União.

A análise mais detalhada das compras de medicamentos feitas pelo Ministério mostra que outra categoria de gasto que cresceu sistematicamente foi a de demandas judiciais. No que se refere a medicamentos não pertencentes à assistência farmacêutica, este crescimento foi exponencial, quase triplicando a cada ano do período.

A partir de 2007, as compras decorrentes de decisões judiciais são predominantemente de medicamentos que não faziam parte da assistência farmacêutica federal. Embora o tema seja polêmico, muitas vezes é questionado pelas autoridades de saúde o custo – benefício da introdução de um novo medicamento. Isto em razão de certos medicamentos apresentarem custo de tratamento muito elevado, problema de registro na autoridade reguladora nacional e dúvidas sobre sua superioridade em relação aos protocolos de tratamento já estabelecidos para diversas patologias.

[20] É preciso advertir que há indicações de que o crescimento destes gastos pode ter decorrido da melhoria do registro das compras no SIASG, e não do aumento das quantidades de medicamento. Este ponto requer investigação mais aprofundada.

Os gastos com os programas de assistência farmacêutica do Ministério da Saúde inicialmente decresceram e depois se mantiveram praticamente constantes no período analisado. Não se observa também o crescimento contínuo das aquisições pela rede hospitalar controlada pelo ministério. Este gasto tem oscilado em torno de R$ 300 milhões por ano, com exceção das compras feitas em 2007.

Em síntese, o comportamento dos programas federais de assistência farmacêutica também não diferiu significativamente da evolução do gasto total com medicamentos da União. Isto não é surpreendente em razão do peso dos programas federais de assistência farmacêutica no gasto total com medicamentos da União.

As únicas categorias de gasto que apresentaram crescimento sistemático foram aquelas destinadas a atender os hospitais militares e universitários e as demandas judiciais. Entretanto, é improvável que essas compras tenham algum efeito de substituição importante na demanda de medicamentos cobertos pelos programas de assistência farmacêutica federal.

A tabela 3 desagrega o gasto federal com aquisição direta de medicamentos para assistência farmacêutica em seus componentes no período de 2005 a 2008. Esta tabela permite avançar na análise da relevância dos programas de assistência farmacêutica mantidos pelo Ministério da Saúde no acesso da população aos medicamentos.[21]

Não é surpresa que o gasto com o componente estratégico corresponde à maior parcela do gasto com aquisição direta de medicamentos da União, em torno de 60%, uma vez que os medicamentos pertencentes a este componente são de responsabilidade do Ministério da Saúde. Esse componente agrupa programas que demandam grandes quantidades de remédios com preço unitário elevado. São exemplos destes medicamentos os antirretrovirais do programa de DST/AIDS e os concentrados de fator de coagulação do programa de coagulopatias hereditárias. Mesmo com a presença de programas de custos elevados, a evolução do gasto deste componente indica tendência de redução do período considerado.

[21] Isto não afasta a possibilidade de episódios de estrangulamento no fornecimento público de medicamentos por diversas razões, como fragilidades na área de logística e de coordenação com as secretarias de saúde estaduais e municipais. Entretanto, não há registro da ocorrência de crises sistêmicas no fornecimento de medicamentos; isto é corroborada pelo reduzido valor das ações judiciais por medicamentos que já constam nos programas de assistência federal em todo o período analisado.

No componente da atenção básica, em que a União tem responsabilidade pela compra de insulinas e contraceptivos, também se observa tendência de queda de sua participação no gasto total federal.

Ao contrário dos outros dois componentes, a tendência dos desembolsos com o componente especializado sugere seu crescimento: a participação passa de 14,3% para 28,8% do gasto total da assistência farmacêutica federal entre 2005 e 2008. Apenas alguns medicamentos deste componente são de responsabilidade da União, sendo a maioria de aquisição descentralizada para os estados. Entretanto, é o segundo maior componente no gasto total com assistência farmacêutica do Ministério da Saúde, pois são medicamentos de alto custo unitário.

TABELA 3

Gasto do Ministério da Saúde com compra direta de medicamentos para os componentes da assistência farmacêutica, realizado por meio de licitação e de repasse para laboratórios oficiais – 2005-2008

(Em R$ mil de 2005)[1]

Componente da Assistência Farmacêutica	2005		2006		2007		2008	
	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%
Básico	423.578,18	20,7	118.031,55	6,7	251.679,05	16,8	185.807,11	11,7
Estratégico	1.331.239,67	65,0	1.071.956,06	60,8	849.750,88	56,6	944.250,01	59,5
Especializado	293.863,06	14,3	573.937,24	32,5	399.258,53	26,6	457.401,97	28,8
Total	2.048.680,91	100,0	1.763.924,85	100,0	1.500.688,46	100,0	1.587.459,10	100,0

Fonte: SIASG e MS.

Nota: [1] IPA Medicamentos.

Obs.: O gasto federal dos componentes da assistência farmacêutica não inclui os hospitais federais dos Ministérios da Saúde, da Defesa e da Educação e os ambulatórios médicos dos órgãos federais. *Entretanto, são considerados os gastos com compras e convênios nos três componentes da assistência farmacêutica*.

Para explicar a tendência dos gastos federais dos componentes estratégicos e básico, uma hipótese pode ser aventada: o Ministério da Saúde tem conseguido reduzir

o custo de aquisição por unidade de medicamento. Dessa forma, ganhos de eficiência podem ter ocorrido na compra de tais medicamentos.

A hipótese de ganhos de eficiência na aquisição de medicamentos é compatível com a implantação e a consolidação de novos instrumentos de compras públicas – registro de preços, pregão eletrônico etc. – e a melhoria nos processos internos do Ministério da Saúde.

Em relação ao componente especializado, cuja maior parte das compras é de competência dos estados, uma explicação para seu comportamento crescente no gasto federal são as decisões de repactuação das compras, feitas no âmbito das Comissões Intergestores a cada ano. Por exemplo, a Portaria GM nº 2.577, publicada no fim de 2006, que dispôs sobre a descentralização da compra de alguns destes medicamentos, explicaria, pelo menos em parte, a redução do gasto federal, em termos absolutos, com essas aquisições em 2007.

Por outro lado, as decisões tomadas no âmbito das Comissões Intergestores também podem determinar a federalização da compra de determinados medicamentos especializados, em razão da redução de preços obtida pelo maior poder de barganha da União. A compra de tais medicamentos de alto custo pode crescentemente comprometer os recursos dos estados. Isto é consistente com o aumento da participação relativa desta esfera de governo no gasto total com medicamentos do SUS, como visto anteriormente.

Dessa forma, é possível que a tendência do crescimento relativo deste gasto no total dos desembolsos do Ministério da Saúde seja explicada por decisões de federalizar a compra de uma lista de medicamentos especializados de alto custo unitário. Mesmo que seu número seja reduzido, a federalização pode ser forma de aliviar a pressão sobre os estados e reduzir seus custos.

Enfim, o gasto com o componente estratégico tenderia a pressionar por participação mais expressiva no desembolso total dos programas de assistência farmacêutica do Ministério da Saúde. Mesmo que isto não tenha se refletido no aumento do gasto federal total com esses programas, mas sim em suas participações relativas. Entretanto, o escopo deste trabalho não permite aprofundar a discussão das decisões das Comissões Intergestores e seus determinantes.

Por último, devem ser destacados aspectos importantes da participação crescente do componente especializado no gasto federal com medicamentos. Como já foi mencionado, este componente concentra a segunda maior participação no gasto federal

com assistência farmacêutica. Embora a responsabilidade da compra da quase totalidade desses medicamentos seja dos estados, um pequeno rol deles, como já comentado, é federalizado.

O primeiro aspecto é que esse componente concentra quase a totalidade das ações judiciais para a compra de medicamentos. Este resultado é consistente com o fato de que o componente especializado concentra medicamentos de alto custo para patologias graves. O acesso a medicamentos de última geração pode ser a única possibilidade de cura ou de aumento da sobrevida.

Outro aspecto é que a aquisição dos medicamentos por meio de convênios tem um peso importante neste componente da assistência farmacêutica. Entretanto, não há indicações de que o fornecimento pelos laboratórios públicos tenha resultado em redução dos preços dos medicamentos especializados. É possível que a dependência de fármacos importados e/ou existência de patentes ajude a explicar este resultado.

Em suma, a evidência encontrada é de relativa estabilidade do gasto federal com aquisição de medicamentos em termos absolutos, e sua participação relativa ao gasto total com ações e serviços de saúde da União se reduziu entre 2005 e 2008. A relativa estabilidade dos gastos com medicamentos da União também se repete, *grosso modo*, no total do SUS, no mesmo período. Da mesma forma, o comportamento dos programas federais de assistência farmacêutica também não diferiu significativamente da evolução do gasto total com a compra de medicamentos pela União, que inclui as compras realizadas para os hospitais dos Ministérios da Defesa e da Educação.

Uma hipótese, entre outras, que pode explicar a relativa estabilidade dos gastos da União com a compra de medicamentos, e mais especificamente para os programas de assistência farmacêutica sob responsabilidade do Ministério da Saúde, é que ocorreram ganhos de eficiência das compras públicas no período analisado. Tal hipótese é investigada, mesmo de forma preliminar, no próximo item desta nota.

3. Eficiência das compras federais de medicamentos: evidências preliminares de programas selecionados de assistência farmacêutica do Ministério da Saúde

No intuito de avaliar as evidências sobre a eficiência nas compras realizadas pelo Ministério da Saúde para aquisição de medicamentos, foram analisadas as compras das

insulinas humanas regular e NPH, do Programa Hipertensão e Diabetes, que pertencem ao componente básico da assistência farmacêutica, no período de 2005 a 2009.[22, 23]

É importante salientar que a avaliação da eficiência dos programas de assistência farmacêutica apresenta várias dificuldades. Uma das mais importantes talvez seja a substituição de medicamentos nos programas. É comum ocorrer a substituição em razão do lançamento de medicamentos inovadores. Isto cria dificuldades de homogeneidade para a comparação de preços e quantidades de medicamentos ao longo do tempo.

Em razão dessa e de outras dificuldades, optou-se por procedimento metodológico simples e de fácil computação para avaliar, de forma preliminar, a eficiência das compras da assistência farmacêutica federal, o que limitou a seleção de programas. Por isso, não foi incluído, em um primeiro momento, programa de assistência farmacêutica importante, como o contra a AIDS. O procedimento metodológico adotado foi calcular números-índices de preços e quantidades dos medicamentos selecionados. Dessa forma, os resultados empíricos obtidos neste estudo devem ser vistos como preliminares e devem ser aprofundados em pesquisas posteriores.

Com o objetivo de estabelecer preço único para aqueles medicamentos que foram comprados mais de uma vez, no mesmo ano, com preços diferentes, foi calculado o preço médio ponderado pelas quantidades. Para medir a eficiência das compras desses programas, foram elaborados três números-índices para os medicamentos selecionados: *i*) índice de gasto; *ii*) índice de *quantum* calculado pela fórmula de Paasche; e *iii*) índice de preço calculado pela fórmula de Laspeyres.[24]

Os índices de gasto, *quantum* e preço das insulinas do programa de diabetes são apresentados no gráfico 5.

A partir de 2006, a trajetória do índice de valor para as insulinas apresentou considerável queda. A redução do índice de preço é mais que proporcional que a

---

[22] A aquisição das insulinas para o tratamento do diabetes é realizada unicamente pela União.

[23] Os critérios para seleção de medicamentos e programas analisados foram: *i*) aquisição realizada somente pela União; *ii*) compras realizadas em todos os anos do período de 2005 a 2009; e *iii*) o gasto com o medicamento representa elevada porcentagem do gasto total do programa selecionado. No caso das insulinas, esta proporção correspondeu a 100% em todos os anos da série.

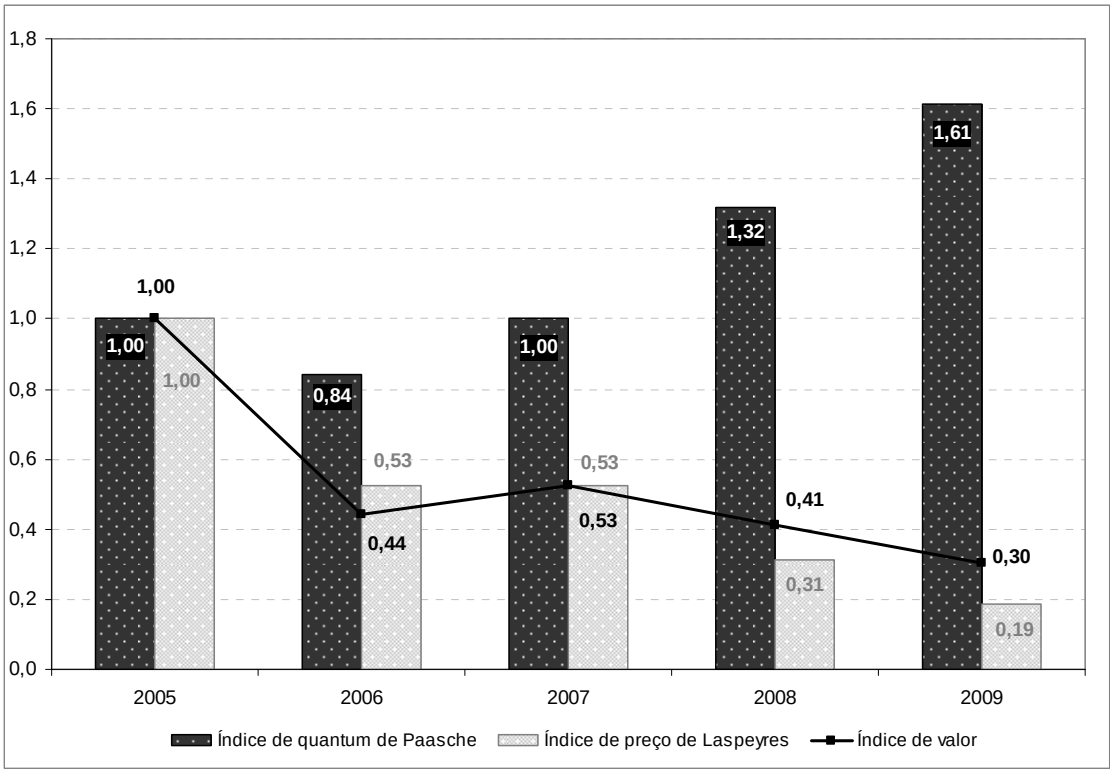
[24] O índice de gasto pondera preços dos medicamentos em dois momentos (atual e inicial), tomando como pesos as quantidades compradas para os medicamentos, em ambos os momentos. Como este índice utiliza o menor numerador (fórmula de Paasche) e o menor denominador (fórmula de Laspeyres), obtém-se um valor intermediário entre estes dois índices. Nesse sentido, o índice de valor pode ser interpretado como medida da evolução dos custos de aquisição dos medicamentos analisados.

redução do índice de quantidades; isto é responsável pela redução dos gastos públicos com esses medicamentos nesse ano.

O índice de preços das insulinas cai no decorrer de todo o período analisado, enquanto as quantidades compradas crescem a partir de 2007. Em 2009, por exemplo, a quantidade comprada aumentou 61%, enquanto os preços reduziram-se em 81%, tomando 2005 como ano-base de comparação. O índice de gasto das compras realizadas foi 70% inferior, considerando a variação deste índice entre 2005 e 2009. Dessa forma, a evidência sugere que o preço médio das insulinas teria caído em todos os anos do período analisado, indicando ganhos de eficiência na compra deste medicamento.

GRÁFICO 5

Índice do gasto, *quantum* e preço das insulinas para o programa de diabetes – 2005-2009



Fonte: SIASG.

Esses resultados que sugerem maior eficiência das compras federais podem ser consequência, conforme sugerido, das alterações promovidas pelo Ministério da Saúde no processo de aquisição de medicamentos e controle destes. No caso específico da

insulina NPH, as quantidades compradas foram relativamente constantes no período analisado; contudo, lograram redução no valor total da aquisição, graças à diminuição no preço unitário do medicamento.

Em estudo previamente publicado, também foi investigada a eficiência nas compras realizadas pelo Ministério da Saúde para aquisição de medicamentos selecionados dos Programas de Coagulopatias Hereditárias, sugerindo ganhos de eficiência nestas compras (AUREA *et. al.*, 2010).

Em suma, existem evidências preliminares de que determinados programas de assistência farmacêutica de responsabilidade do Ministério da Saúde apresentaram ganhos de eficiência, ou seja, os preços médios destes medicamentos tenderam a se reduzir entre 2005 e 2009. Cabe ressaltar que não é possível generalizar tais resultados para outros medicamentos e programas da assistência farmacêutica; entretanto, as primeiras evidências obtidas são promissoras.

Considerações Finais

As indicações encontradas por este trabalho não sugerem que as compras de medicamentos, pelo menos daqueles que fazem parte dos programas de assistência farmacêutica cujas aquisições são de competência do Ministério da Saúde e centralizadas na União, tenham tido aumento expressivo entre 2005 e 2008. Ao contrário, as evidências sugerem relativa estabilidade do gasto na aquisição direta de medicamentos dos programas de assistência farmacêutica de responsabilidade do governo federal neste período.

Isso até certo ponto é surpreendente, em razão da estagnação do consumo *per capita* de medicamentos comprados no mercado privado brasileiro e das evidências de que a assistência farmacêutica pública é a única forma de acesso a medicamentos para grande parte da população brasileira, particularmente aquela de menor renda. Apesar da relativa estabilidade do gasto com a compra direta de medicamentos, a assistência farmacêutica pública federal não apenas está conseguindo ampliar a cobertura,[25] como também existem indicações de sua progressividade, uma vez que a população de menor renda é aquela que faz mais uso do fornecimento público medicamentos.

[25] Segundo dados das PNAD de 2003 e 2008, a serem publicados no periódico *Políticas Sociais: acompanhamento e análise* (IPEA, 2010).

Neste trabalho, foi feito exercício inicial para avaliar se houve eficiência nas licitações realizadas pelo governo federal no período de 2005 a 2009. Dois resultados importantes devem ser ressaltados. O primeiro é que existem indicações – que não devem ser generalizadas apressadamente – de que alguns programas específicos da assistência farmacêutica de responsabilidade do Ministério da Saúde têm obtido ganhos de eficiência não desprezíveis. Para as insulinas, as quantidades compradas foram relativamente constantes, mas lograram redução no valor total da aquisição, graças à diminuição no preço unitário do medicamento. Isso pode decorrer das alterações promovidas pelo Ministério da Saúde no processo de aquisição de medicamentos e controle destes processos, cujo resultado seria a redução dos preços médios de medicamentos comprados no âmbito de determinados programas de assistência farmacêutica do governo federal.

O segundo resultado é que as evidências encontradas dão indicações para a possível concentração das aquisições de determinados medicamentos no tempo. Isto é fator que, sem dúvida, pode desestimular a produção doméstica dos laboratórios farmacêuticos privados, na hipótese da compra pública ser um dos principais instrumentos da política industrial setorial. Isto em razão de que os laboratórios podem operar com grande capacidade ociosa na maior parte do tempo, comprometendo a lucratividade esperada, em consequência da concentração em determinados períodos das compras públicas. Entretanto, vale notar que este segundo resultado se refere somente aos medicamentos que não são produzidos por laboratórios oficiais.

Vários trabalhos têm apontado aumento significativo dos gastos federais com medicamentos.[26] Entre outros fatores que explicam esse resultado, deve ser considerado que tais trabalhos tomam como base para a comparação da evolução dos gastos com federais com medicamentos os anos imediatamente posteriores à implantação da Política Nacional de Medicamentos, em 1998, em que estavam sendo estruturados diversos programas. É inevitável certo efeito decorrente da base de comparação.

Outro aspecto que limita é o uso de informações orçamentárias para se quantificar os gastos federais com medicamentos. Nos programas e nas ações, constantes da execução orçamentária, que são identificados como despesas com

[26] Deve ser advertido que muitos desses trabalhos consideram gasto com medicamento no sentido amplo, de forma a incorporar outros itens não considerados neste estudo, como o Farmácia Popular. Dessa forma, a comparação dos resultados deve ser qualificada.

medicamentos, as rubricas incorporam gastos como diárias, passagens, serviços com terceiros, entre outros itens, que não são medicamentos. Este aspecto está diretamente ligado ao de eficácia da assistência farmacêutica pública, que não é objeto desta nota.

Deve ainda ser lembrado que os valores liquidados dos elementos de despesas dos programas e das ações orçamentárias não são necessariamente valores pagos, pois muitas vezes parcela significativa do valor liquidado é computada como "Resto a Pagar". Isto cria limitação a mais para a quantificação do gasto federal com medicamentos por meio da execução orçamentária.

De qualquer forma, as evidências encontradas pelo trabalho sugerem que os gastos com medicamentos adquiridos diretamente pelo governo federal, pelo menos no período analisado, apresentam relativa estabilidade. Pode ser que a descentralização, uma ideia motriz que orientou a construção do SUS, tenha de ser revista, pelo menos em algumas situações, como a aquisição centralizada de medicamentos para determinados programas de assistência farmacêutica pública, como já é feito para os medicamentos dos programas do componente estratégico. As variações entre os valores dos componentes da assistência farmacêutica têm como uma das explicações as repactuações ocorridas ano a ano entre as esferas de gestão do SUS. Estas variações ocorridas não afetam de maneira considerável o montante total do gasto dos três componentes.

Os achados apresentados suscitam outras questões a serem investigadas. Entre essas questões, destacam-se: *i*) qual a dimensão geral dos ganhos de eficiência nos programas de assistência farmacêutica do Ministério da Saúde; *ii*) quais são as vantagens de compras centralizadas *versus* descentralizadas; *iii*) quais as formas contratuais de aquisição que podem promover redução no custo dos programas de assistência farmacêuticas do SUS; e *iv*) como adequar as compras governamentais aos objetivos da política industrial para fomentar a indústria farmacêutica doméstica.

Ipea – Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Secretaria de Assuntos Estratégicos da
Presidência da República