Compras Federais de Medicamentos da Assistência Farmacêutica: evidências recentes

Adriana Pacheco Aurea
Luís Carlos G. de Magalhães
Leila Posenato Garcia
Carolina Fernandes dos Santos
Raquel Filgueiras de Almeida
Matheus Stivali
Lúcia Rolim Santana

Introdução

Este trabalho apresenta alguns resultados investigados no âmbito do projeto *O uso do poder de compra do governo federal na área de saúde: análise das compras públicas de medicamentos e sugestões de seu aperfeiçoamento*. Foi analisada a evolução das compras de medicamentos realizadas pelo Ministério da Saúde para os programas de assistência farmacêutica sob sua responsabilidade, no período de 2005 a 2008. Buscou-se, mesmo que preliminarmente, avaliar a eficiência das compras de medicamentos selecionados, definindo-se eficiência como "redução de custo por mesma quantidade de unidades farmacêuticas adquiridas".

O Sistema Único de Saúde (SUS) e a assistência farmacêutica

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988 pela Constituição Federal e suas diretrizes são a universalização do acesso com equidade e a integralidade das ações e serviços de saúde. O direito à assistência farmacêutica foi previsto no SUS, mas a sua regulamentação[1] ocorreu apenas em 1998, com a publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM). De acordo com resolução[2] do Conselho Nacional de Saúde, a qual aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a assistência farmacêutica é assim definida: "Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos."

Dessa forma, a assistência farmacêutica deve apoiar ações de saúde que promovam o acesso da população aos medicamentos e seu uso racional. Este tema sempre se constituiu em preocupação para os gestores de políticas públicas e pesquisadores da área de saúde.

Resultados da Pesquisa de Orçamentos Familiares do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (POF/IBGE) de 2002-2003 indicam que as famílias com rendimento mensal de até R$ 400,00 gastavam, com medicamentos, quase 76% de toda a despesa com assistência à saúde,[3] enquanto as famílias mais ricas, com rendimento superior a R$ 6.000,00, comprometiam com medicamentos menos de 24% do gasto com assistência à saúde. Em valores absolutos, o gasto com medicamentos daquele primeiro segmento da população é oito vezes menor que o gasto correspondente das famílias que auferem maiores rendimentos. Assim, proporcionar – principalmente à população mais pobre – o acesso a medicamentos é um dos desafios para o sistema de saúde brasileiro.

Antecedentes da estruturação das políticas de assistência farmacêutica

A década de 1990 foi marcada pela desarticulação dos instrumentos de fomento à indústria farmacêutica. Nesse sentido, registrou-se uma redução das medidas de proteção tarifária e não tarifária de reserva de mercado da indústria farmacêutica; o fim da Central de Medicamentos (Ceme);[4] e a aprovação da Lei nº 9.279, de 1996, que permitiu a proteção patentária para os princípios ativos de medicamentos. A isto se

1. Portaria nº 3.916/GM, de 30 de outubro de 1998, do Ministério da Saúde.

2. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004.

3. Os itens que compõem a assistência à saúde são medicamentos, plano ou seguro de saúde, consulta e tratamento dentário, consulta médica, tratamento ambulatorial, serviços de cirurgia, hospitalização, exames diversos, material de tratamento e outros (POF/IBGE, 2002-2003).

4. A Ceme centralizava as compras públicas de medicamentos.

somou a redução de instrumentos administrativos por meio dos quais o governo mantinha o controle de preços dos medicamentos.

Consequentemente, no final dos anos 1990 apenas 18% do mercado de fármacos era atendido pela produção nacional. Em 1998, o número de produtos domésticos correspondia a 300, num universo de 1.500 (MAGALHÃES, 2006).[5] Outra consequência foi o aumento das importações de fármacos e medicamentos prontos.[6]

A combinação de: *i)* dependência externa de fornecimento de princípios ativos; *ii)* redução dos mecanismos de controle de preços; e *iii)* crescente institucionalização do SUS, no que tange ao componente da assistência farmacêutica,[7] reduziu o poder de compra dos recursos federais destinados à aquisição de medicamentos. Neste cenário, a desvalorização cambial, no início de 1999, apontou os riscos que aquela combinação criava para a política de compras de medicamentos do Ministério da Saúde. Mesmo com a aprovação, em 1999, da Lei nº 9.787 (Lei dos Genéricos), não houve ampliação da oferta de medicamentos a preços compatíveis com o poder de compra da população mais pobre (FRENKEL, 2008). [8]

A pressão por reajustes de preços de medicamentos inviabilizava a dotação orçamentária do Ministério da Saúde e a compra privada de medicamentos, principalmente pela população de menor renda. O resultado foi o restabelecimento do controle de preços sobre a indústria farmacêutica, por meio da Medida Provisória nº 2.063, de 18 de dezembro de 2000.[9]

Como resultado da experiência dos anos 1990, a indústria farmacêutica foi reconhecida como um dos setores industriais estratégicos a serem incentivados por uma política industrial de recorte setorial.[10] Entende-se como política industrial para a indústria farmacêutica a adoção de projetos de desenvolvimento tecnológico e produtivo na área de fármacos e biofármacos. Isto contribui, pelo lado da oferta, para a garantia da universalização do acesso da população a medicamentos, parte fundamental dos serviços previstos no SUS.

Financiamento da assistência farmacêutica no SUS

O financiamento da assistência farmacêutica pública no Brasil é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS. O repasse de recursos federais é realizado na forma de blocos de financiamento. A aquisição de medicamentos e insumos é financiada pelo bloco de financiamento da assistência farmacêutica, que compreende três componentes: *i)* básico; *ii)* estratégico; e *iii)* especializado.

Cada componente é destinado ao financiamento de um ou mais programas ou ações e possui características próprias quanto ao planejamento e à execução. O componente básico 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. O componente estratégico destina-se ao financiamento de programas de: *i)* controle de endemias de abrangência nacional ou regional; *ii)* doenças sexualmente transmissíveis (DST) e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS); *iii)* sangue e hemoderivados; e *iv)* imunobiológicos. Por fim, o componente especializado destina-se ao tratamento de doenças específicas, realizado com medicamentos de alto custo.[11]

Análise das compras de medicamentos do Ministério da Saúde

Para análise da evolução das compras do Ministério da Saúde destinadas aos programas de assistência farmacêutica sob sua responsabilidade, no período de 2005 a 2008, foram utilizados dados do Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (SIASG),[12] do Sistema de Informações sobre

5. MAGALHÃES, L. C. G. **Estrutura de mercado, estratégias de crescimento e de inovação e desempenho recente da indústria farmacêutica no Brasil**. Tese (Doutoramento) – Universidade de Campinas, Instituto de Economia, Campinas, 2006.

6. Dados da Secretaria de Comércio Exterior do Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (Secex/MDIC) mostram que, em 2007, US$ 4,8 bilhões foram gastos com importações de fármacos e medicamentos prontos.

7. O lançamento da Política Nacional de Medicamentos, em 1998, permitiu a criação de vários programas de assistência farmacêutica à população brasileira.

8. FRENKEL, J. Programas de acesso aos medicamentos: ações diretas do governo e/ou de mercado. *In*: GADELHA, C. A. *et al*. **Saúde e indústria farmacêutica em debate**. São Paulo: Cubzac, Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica, 2008.

9. Essa medida provisória instituiu a Câmara de Medicamentos e introduziu uma nova regra de cálculo de reajuste de preços de medicamentos.

10. A indústria farmacêutica foi incluída na Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE) e mantida na Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP).

11. Medicamentos de valor elevado para tratamento de doenças tais como leucemia, doenças genéticas raras e hepatites.

12. Ver <http://www.comprasnet.gov.br>.

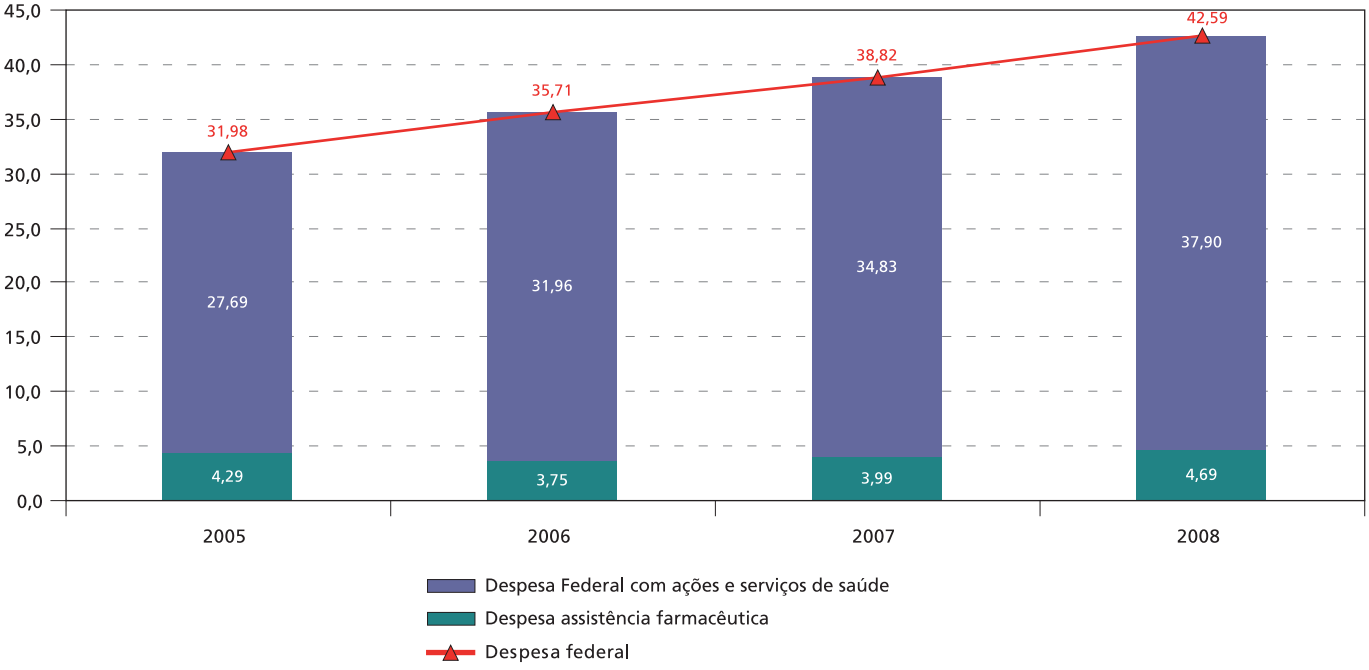
Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)[13] e do Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde adquire medicamentos para os programas de assistência farmacêutica por meio de licitações e convênios. As aquisições realizadas mediante licitação são registradas no SIASG, enquanto os repasses para laboratórios oficiais de recursos referentes aos convênios são dados do Ministério da Saúde. Para compor o gasto total do SUS com assistência farmacêutica, foram incluídas as despesas dos estados, Distrito Federal e municípios, extraídas do SIOPS.

Na comparação entre os gastos com medicamentos e os gastos totais com saúde, os valores foram deflacionados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), do IBGE, tendo como base o ano de 2008. Para a análise dos gastos referentes à aquisição somente de medicamentos, os valores foram deflacionados pelo Índice de Preços por Atacado segundo Estágio de Processamento (IPA-EP), específico para medicamentos e artigos para residência, higiene e limpeza, tomando-se por base o ano de 2005.[14]

Os dados gerais sobre os gastos com saúde e, especificamente, sobre despesas do SUS com assistência farmacêutica, são mostrados no gráfico 1.

Gráfico 1. Despesa federal com ações e serviços públicos de saúde e despesa do SUS com assistência farmacêutica: 2005-2008 (IPCA, 2008 = 100)
(Em R$ bilhões)



Fonte: SIOPS/ SIASG/ Ipea(2008).
Elaboração dos autores.

A trajetória da despesa[15] federal com ações e serviços públicos de saúde foi crescente no período, elevando-se de aproximadamente R$ 32 bilhões para quase R$ 42,6 bilhões. Estes valores incluem as ações diretas, como compra de produtos para saúde e manutenção de equipamentos, bem como ações indiretas, a exemplo de despesas com pessoal e infraestrutura dos serviços de saúde. Apesar da elevação da despesa federal total com saúde, percebe-se que a despesa com assistência farmacêutica, somadas as três esferas de governo, manteve-se relativamente estável na série analisada – abaixo de R$ 5 bilhões. Esta relativa estabilidade também é constatada ao se analisar somente a parcela da despesa com medicamentos correspondente à esfera federal, cujos valores ficam em torno de R$ 2,3 bilhões.

O gasto federal com os componentes da assistência farmacêutica não inclui os gastos dos hospitais federais dos ministérios da Saúde, da Defesa e da Educação,

13. Essas informações são autodeclaradas, e, portanto, de difícil avaliação quanto a seu grau de confiabilidade.

14. Índice elaborado pela Fundação Getúlio Vargas (FGV); valores obtidos na base de dados Ipeadata.

15. IPEA. **Acompanhamento de políticas e programas governamentais**. Brasília: Ipea, novembro, 2008.

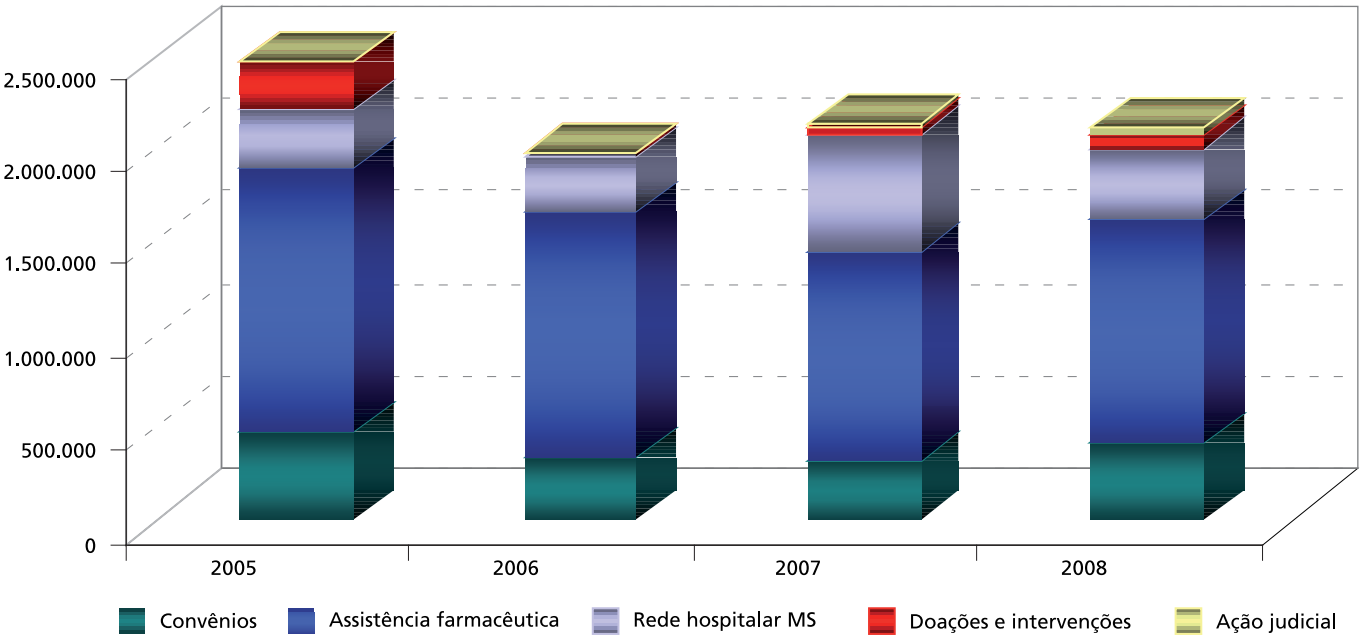
nem os gastos dos ambulatórios médicos dos órgãos federais. Tais gastos representaram, em média, 10% do total da despesa federal com medicamentos no período de 2005 a 2008.

O gráfico 2 mostra a despesa do Ministério da Saúde com medicamentos sob as duas formas de aquisição: convênios e licitações. Os medicamentos adquiridos por meio de licitações podem ter quatro destinos: programas da assistência farmacêutica que estão sob a responsabilidade da esfera federal; hospitais da rede própria; doações e intervenções; ou atendimento a demanda judicial.

O maior volume do gasto do Ministério da Saúde com medicamentos é destinado à assistência farmacêutica. O declínio observado neste volume de gasto pode ser atribuído à descentralização das aquisições de grande parte dos programas para estados e municípios em decorrência de repactuações nas comissões intergestores,[16] bem como ao ganho de eficiência nas compras públicas. Este ganho de eficiência pode ser devido à implantação e à consolidação dos novos instrumentos de compras públicas (registro de preços, pregão eletrônico etc.) e a melhorias na logística e nos processos internos do Ministério da Saúde.

Em 2007, os gastos com medicamentos para os hospitais federais registraram valores que se aproximam do dobro daquele dos outros anos da análise. Este fato é, em grande medida, explicado pela incorporação dos hospitais municipais do Rio de Janeiro à rede própria do Ministério da Saúde.

Gráfico 2. Despesa do Ministério da Saúde com medicamentos: 2005-2008 (IPA - Medicamentos, 2005=100)
(Em R$ mil)



Fonte: SiASG/SIOPS/MS.
Elaboração dos autores.

O gasto federal com assistência farmacêutica desagregado por componente é apresentado na tabela 1.[17] As variações do gasto federal, segundo os componentes, dependem, entre outros fatores, das pactuações realizadas nas comissões intergestores e da concentração de compras de certos medicamentos pelo

16. As Comissões Intergestores Bipartites (compostas por representantes das esferas municipal e estadual do SUS) e Tripartites (compostas também por representantes da esfera federal – Ministério da Saúde) são espaços de articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde.
17. A base de dados SIASG não discrimina o componente da assistência farmacêutica, nem o programa-fim do produto adquirido. Para a análise dos preços e quantidades dos medicamentos adquiridos pelo Ministério da Saúde, constantes no SIASG, a identificação do componente ou programa foi realizada utilizando-se as portarias deste ministério que listam os medicamentos da assistência farmacêutica por componente e programa.

Ministério da Saúde em determinados anos. As pactuações seriam uma possível explicação para a redução do gasto observada no componente especializado, entre 2007 e 2008. A repactuação pode significar a redução na lista de medicamentos adquiridos pelo Ministério da Saúde. A concentração das aquisições de medicamentos em determinado ano é um fator que explica a variação dos gastos com o componente básico da assistência farmacêutica, entre 2006 e 2007.

Análise da eficiência das compras de medicamentos

No intuito de avaliar se houve eficiência nas licitações realizadas pelo governo federal para aquisição de medicamentos, no período de 2005 a 2009, foram selecionados medicamentos de dois programas da assistência farmacêutica: *i)* concentrados dos fatores de coagulação XVIII e IX, do Programa de Coagulopatias Hereditárias, que pertencem ao *componente estratégico*; e *ii)* insulinas humana regular e NPH, do Programa Hipertensão e Diabetes, que pertencem ao *componente básico*.[18]

Os critérios para seleção dos 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)* elevada participação percentual do gasto com o medicamento em relação ao gasto total do programa.

Os dois fatores de coagulação e as insulinas representam elevada porcentagem de gasto dentro do programa. Para os fatores de coagulação, esta proporção alcançou 68% em 2006. No caso das insulinas, a proporção correspondeu a 100% em todos os anos da série.

Tabela 1. Gasto Federal segundo os componentes da assistência farmacêutica – 2005-2008
(IPA - Medicamentos, 2005=100)
(Em R$ mil)

Componente	2005	2006	2007	2008
Básico	392.188,35	111.291,57	243.872,30	190.843,29
Estratégico	1.232.592,80	1.010.957,35	823.478,18	969.956,35
Especializado	272.087,36	541.277,86	386.914,17	469.854,50
TOTAL	1.896.868,50	1.663.526,79	1.454.264,66	1.630.654,14

Fonte: SIASG/MS.
Elaboração dos autores.
Obs.: O gasto federal com os componentes da assistência farmacêutica não inclui os gastos dos hospitais federais dos ministérios da Saúde, da Defesa, da Educação, bem como dos ambulatórios médicos dos órgãos federais.

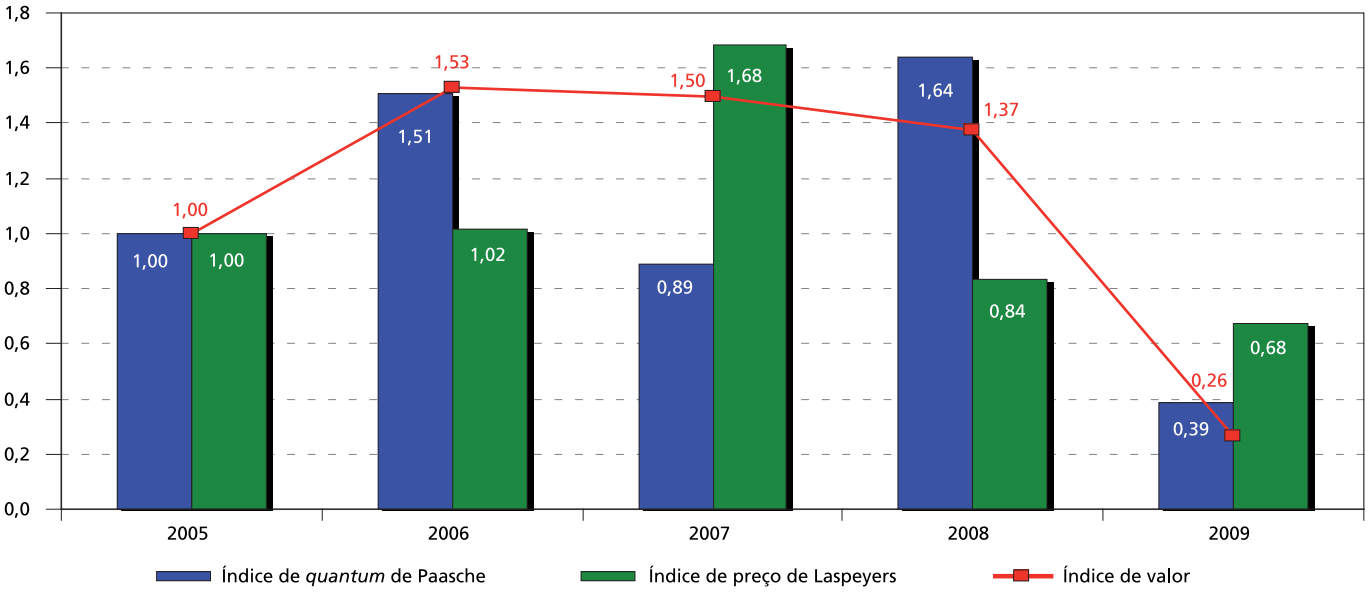
Com o objetivo de estabelecer um preço único para aqueles medicamentos que foram comprados mais de uma vez, no mesmo ano, com preços diferentes, foi calculado o preço médio ponderado pelas quantidades. Para medir a eficiência das compras desses programas, foram elaborados três índices: *i)* índice de valor, representativo do gasto; *ii)* índice de *quantum* de Paasche; e *iii)* índice de preço de Laspeyres. O índice de valor pondera preços de insumos em dois momentos, atual e inicial, tomando como pesos quantidades arbitradas para os insumos, em ambos os momentos. Dado que 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 uma medida da evolução dos custos dos medicamentos analisados.

A elaboração dos índices do Programa Coagulopatias Hereditárias foi realizada por medicamento. Tal decisão justifica-se devido a uma compra realizada para o fator VIII, no ano de 2007, que apresentou irregularidade e está sendo analisada.

O primeiro item analisado foi o concentrado de fator de coagulação VIII. O gráfico 3 mostra o comportamento dos índices para este medicamento. Note-se que, devido à irregularidade citada, a análise deste item apresenta limitações.

18. Os medicamentos para controle de hipertensão são adquiridos de maneira descentralizada pelos estados e municípios e, portanto, não serão objeto de análise deste texto. No caso das insulinas para o tratamento do diabetes e dos fatores de coagulação para o tratamento da hemofilia, do Programa Coagulopatias Hereditárias, a aquisição é realizada unicamente pela União.

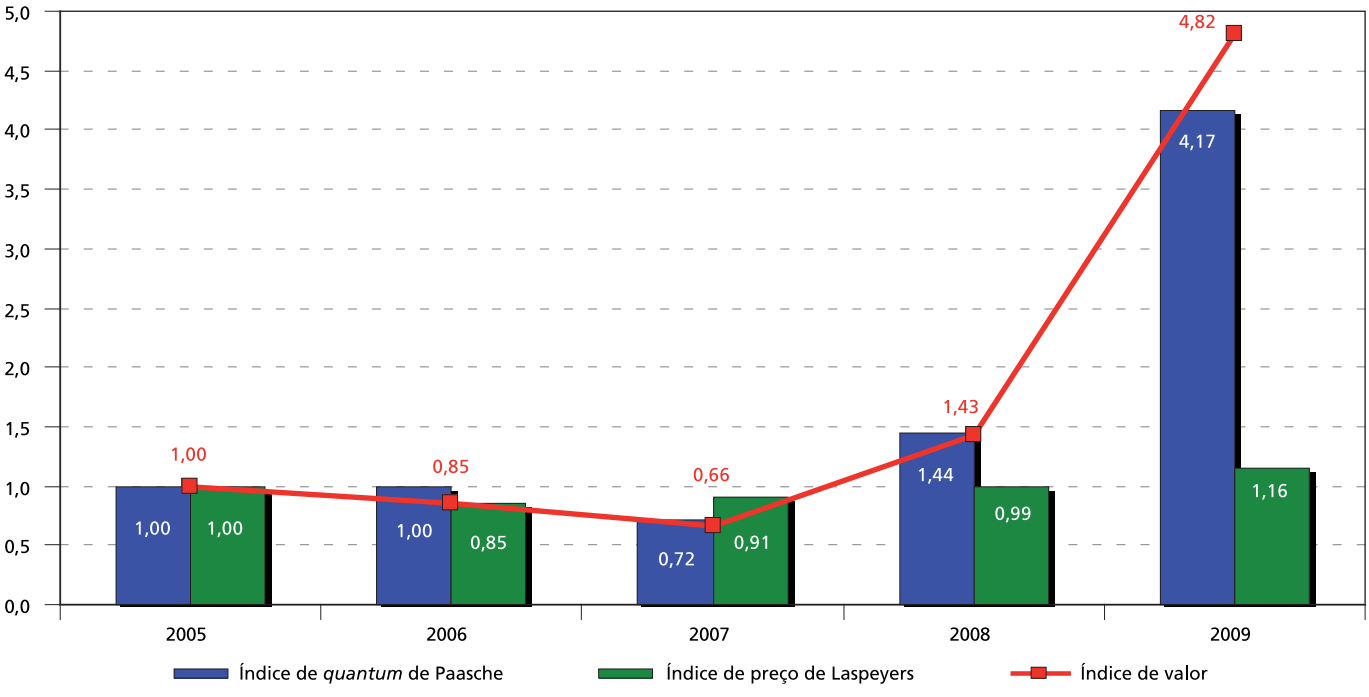
Gráfico 3. Índices do gasto com concentrado de fator de coagulação VIII do Programa Coagulopatias Hereditárias (2005 - 2009)



Elaboração dos autores.

Os índices do segundo medicamento, concentrado de fator de coagulação IX, constam no gráfico 4. Em 2006 e 2007, a despesa total com este medicamento foi, respectivamente, 15% e 34% menor que a despesa total de 2005. A partir de 2008, a despesa aumenta, sendo, em 2009, 382% superior ao total de 2005. Esta variação é justificada pelo acréscimo de 317% da quantidade de unidades farmacêuticas adquiridas em relação ao ano base de 2005. Admitindo-se que, em 2008, os preços aumentaram apenas 16%, pode-se concluir que, no período analisado, verificaram-se ganhos de eficiência nas aquisições por licitação efetuadas pelo governo federal na compra do referido medicamento.

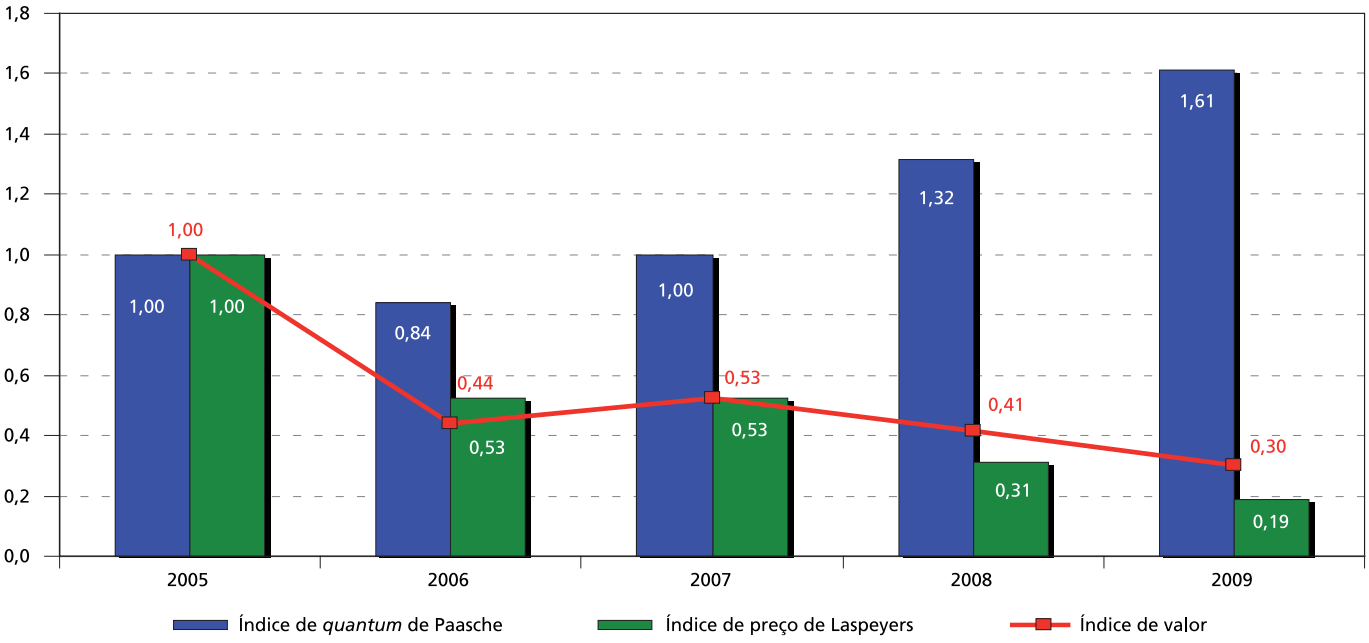
Gráfico 4. Índices do gasto com concentrado de fator de coagulação IX do Programa Coagulopatias Hereditárias (2005 - 2009)



Elaboração dos autores.

Os índices de gasto 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. Percebe-se que os preços das insulinas caem no decorrer do período analisado, ao passo que as quantidades compradas crescem a partir de 2007. Ao se compararem, por exemplo, os anos de 2005 e 2009, observa-se que a quantidade comprada aumentou 61%, enquanto os preços reduziram-se em 81%. Além disso, o custo total das compras realizadas em 2009 foi 70% inferior ao verificado em 2005. Estes resultados podem ser consequência, conforme sugerido, das alterações promovidas pelo Ministério da Saúde no processo de aquisição e controle destes medicamentos. No caso da insulina NPH, as quantidades compradas foram relativamente constantes no período. Contudo logrou-se uma redução no valor total da aquisição, graças à diminuição no preço unitário do medicamento. Dessa forma, sugere-se que houve ganhos de eficiência nas licitações de compras de insulinas para o programa de diabetes.

Gráfico 5. Índices do gasto com insulinas para o programa de diabetes (2005 - 2009)



Elaboração dos autores.

Considerações finais

As evidências apresentadas sugerem uma relativa estabilidade do gasto das aquisições de medicamentos dos programas de assistência farmacêutica de responsabilidade do governo federal, no período analisado. 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 não afetam de maneira considerável o montante total do gasto dos três componentes.

Neste trabalho, foi feito um exercício inicial para avaliar se houve eficiência nas licitações realizadas pelo governo federal, no período de 2005 a 2009, para a aquisição de medicamentos de dois programas da assistência farmacêutica (coagulopatias hereditárias e diabetes). 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.

Os achados apresentados suscitam outras questões a serem investigadas no âmbito do projeto *Uso do poder de compra do governo federal na área de saúde: análise das compras públicas de medicamentos e sugestões de seu aperfeiçoamento*. Entre estas questões, destacam-se: *i)* qual a dimensão geral dos ganhos de eficiência nos programas de assistência farmacêutica do Ministério da Saúde; *ii)* quais as vantagens de compras centralizadas *versus* descentralizadas; *iii)* quais as formas contratuais de aquisição que poderiam 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.