

Vieira, Fabiola Sulpino

Working Paper

Evolução do gasto com medicamentos do sistema único de saúde no período de 2010 a 2016

Texto para Discussão, No. 2356

Provided in Cooperation with:

Institute of Applied Economic Research (ipea), Brasília

Suggested Citation: Vieira, Fabiola Sulpino (2018) : Evolução do gasto com medicamentos do sistema único de saúde no período de 2010 a 2016, Texto para Discussão, No. 2356, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/177572>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

2356

**EVOLUÇÃO DO GASTO COM
MEDICAMENTOS DO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE NO PERÍODO DE 2010 A 2016**

Fabiola Sulpino Vieira

TEXTO PARA DISCUSSÃO



EVOLUÇÃO DO GASTO COM MEDICAMENTOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO PERÍODO DE 2010 A 2016¹

Fabiola Sulpino Vieira²

1. Agradeço a José Aparecido Carlos Ribeiro pela leitura atenta, críticas e sugestões que contribuíram demasiadamente para o aperfeiçoamento deste texto, eximindo-o de qualquer responsabilidade sobre as eventuais limitações que este trabalho apresente para além das mencionadas.

2. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea.
E-mail: <fabiola.vieira@ipea.gov.br>.

Governo Federal

**Ministério do Planejamento,
Desenvolvimento e Gestão**
Ministro Dyogo Henrique de Oliveira

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente

Ernesto Lozardo

Diretor de Desenvolvimento Institucional

Rogério Boueri Miranda

Diretor de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia

Alexandre de Ávila Gomide

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas

José Ronaldo de Castro Souza Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais

Alexandre Xavier Ywata de Carvalho

Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação e Infraestrutura

Fabiano Mezadre Pompermayer

Diretora de Estudos e Políticas Sociais

Lenita Maria Turchi

Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais, Substituto

Edison Benedito da Silva Filho

Assessora-chefe de Imprensa e Comunicação

Regina Alvarez

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>

Texto para Discussão

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos direta ou indiretamente desenvolvidos pelo Ipea, os quais, por sua relevância, levam informações para profissionais especializados e estabelecem um espaço para sugestões.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro : Ipea , 1990-

ISSN 1415-4765

1. Brasil. 2. Aspectos Econômicos. 3. Aspectos Sociais.
I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 330.908

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

JEL: H51; H60; I18.

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	7
2 MÉTODOS	11
3 RESULTADOS.....	15
4 DISCUSSÃO	19
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICE – PRINCIPAIS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES DO ESTUDO	37

SINOPSE

Este *Texto para Discussão* tem por objetivo apresentar e discutir o gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) no período de 2010 a 2016 sob a perspectiva orçamentária. A análise foi feita com base na execução do orçamento do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, utilizando-se dados de dois sistemas de informação de acesso público, o Siga Brasil e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). O gasto do SUS com medicamentos passou de R\$ 14,3 bilhões em 2010 para quase R\$ 20 bilhões em 2015 (crescimento de 40%), caindo para R\$ 18,6 bilhões em 2016 (-7% nos últimos dois anos), em termos reais, como provável consequência da crise econômica sobre a capacidade de gasto dos entes subnacionais e do maior protagonismo do Ministério da Saúde na aquisição de medicamentos e no financiamento da oferta de produtos farmacêuticos por meio do programa Farmácia Popular do Brasil. Entre 2010 e 2016, essas despesas do SUS registraram crescimento de 30%. O importante aumento do gasto com medicamentos nos últimos sete anos ocorreu devido a esforço especial do Ministério da Saúde. Este passou a executar diretamente a maior parcela do seu orçamento para a aquisição desses produtos, sendo os componentes especializados e estratégicos, assim como o programa Farmácia Popular do Brasil, os dominantes em termos de volume de recursos, cujo aumento pode estar sendo dirigido principalmente pela incorporação de novos medicamentos e pela judicialização da saúde, no caso dos componentes. A participação do gasto federal com medicamentos no gasto com ações e serviços públicos de saúde subiu de 11% em 2010 para 16% em 2016. A tendência de aumento e os fatores que atuam para a elevação das despesas sinalizam a possibilidade concreta de o gasto com medicamentos passar a comprometer parcelas mais significativas do orçamento do Ministério da Saúde, o que poderá reduzir a disponibilidade de recursos para a oferta de outros bens e serviços de saúde à população, dada a vigência do teto de gasto no governo federal, instituído por meio da Emenda Constitucional nº 95/2016.

Palavras-chave: custos dos medicamentos; gastos em saúde; orçamentos; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The objective of this text is to present and address the spending on medicines of the Brazilian Public Health System (SUS) from 2010 to 2016 in a budgetary perspective.

The analysis was based on the budget execution of the Ministry of Health and the health departments of the states, the Federal District and the municipalities, using data from two publicly available information systems, Siga Brasil and Siops. SUS spending on medicines rose from R\$ 14.3 billion in 2010 to almost R\$ 20 billion in 2015 (growth of 40%), falling to R\$ 18.6 billion in 2016 (-7% in the last two years), in real terms, as a probable consequence of the economic crisis on these expenditures of subnational entities and greater role of the Ministry of Health to the medicines procurement and financing, including the Farmácia Popular Program. Between 2010 and 2016, SUS expenses with medicines registered growth of 30%. There was a significant increase in drug spending in the last seven years, with a special effort by the Ministry of Health, which started directly to execute the largest portion of the its budget for the purchase of these products. The Specialized and Strategic Components, as well as the Farmácia Popular Program, are very important for this increase. The incorporation of new medicines and the increase in lawsuits on pharmaceuticals may be driven the drug spending. The share of federal spending on pharmaceuticals in public health care spending rose from 11 percent in 2010 to 16 percent in 2016. The rising trend and the factors that drive higher spending can increase the drug spending which can compromise more significant portions of the Ministry of Health budget. That may reduce the availability of resources for the supply of other health goods and services to the population, because the federal budget is limited until 2036 by the Constitutional Amendment 95, approved in 2016.

Keywords: drug costs; health expenditures; budgets; Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO

Os medicamentos são considerados insumos relevantes para a proteção e a recuperação da saúde, ao mesmo tempo que, como bens de consumo, ocupam posição destacada na produção de bens e serviços de saúde.¹ Estima-se que o mercado global de produtos farmacêuticos crescerá 30% entre 2015 e 2020, chegando a US\$ 1,3 trilhão (United States of America, 2017), e que o Brasil, que atualmente ocupa a sétima posição, passe a ser o quinto deste mercado até 2020.² As vendas de medicamentos no varejo no país registraram crescimento acumulado de 82,2% entre 2007 e 2011, sendo que os produtos mais vendidos neste último ano foram os destinados à redução de colesterol e os anti-hipertensivos, parte dos medicamentos isentos de prescrição e outros relacionados ao estilo de vida, como sildenafila e tadalafila, usados no tratamento da disfunção erétil (PWC, 2013). Em 2015, o mercado farmacêutico brasileiro era constituído por 209 indústrias farmacêuticas, que comercializaram 13.523 apresentações de medicamentos e tiveram faturamento de R\$ 53,9 bilhões (Brasil, 2017a).

A importância dos medicamentos para os cuidados de saúde e como bens de consumo impõe muitos desafios aos governos. De maneira geral, tem-se a necessidade, por um lado, de regular um mercado nacional bilionário, bastante lucrativo, relevante para a inovação em saúde, mas pouco transparente, e, por outro, de aprimorar a gestão tecnológica, não só para garantir o acesso a produtos farmacêuticos seguros, eficazes e efetivos, mas também a sustentabilidade do sistema, em um contexto complexo, caracterizado, entre outros aspectos, pelo uso excessivo de cuidados de saúde por parte da população que tem acesso a eles (Hensher, Tisdell e Zimitat, 2017) e, especialmente no caso do Brasil, pela judicialização da saúde (Asensi e Pinheiro, 2015).

Nesse contexto, particularmente no que se refere ao sistema de saúde, o planejamento, o monitoramento e a avaliação das políticas e programas, que constituem meios para a garantia de acesso a medicamentos, fazem-se relevantes, sendo os orçamentos instrumentos imprescindíveis nesse processo, na medida em que são

1. O conceito legal de medicamento foi estabelecido por meio da Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, como “produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico” (Brasil, 1973).

2. Disponível em: <https://www.interfarma.org.br/guia/guia_2016/dados_de_mercado>.

documentos que dispõem sobre as prioridades econômicas de um governo (World Bank, 2013).

O acompanhamento do orçamento provê visão geral sobre a alocação de recursos e gera informação para o monitoramento de sua execução, possibilitando a identificação e a correção de problemas durante o exercício financeiro. Para a gestão pública, além de apoiar a realização desta atividade, contribui para o aprimoramento da elaboração da proposta orçamentária e dos orçamentos por parte dos órgãos de governo; possibilita a preparação de programações de recursos mais ajustadas às políticas; e facilita a elaboração da prestação de contas. Para a sociedade, constitui instrumento de transparência na utilização dos recursos (Frossard e Oliveira, 2013).

No Brasil, muito se avançou no que se refere à transparência do orçamento público desde os anos 2000, particularmente nas áreas de saúde (Brasil, 1999; 2000; 2013) e educação (Brasil, 2006), na medida em que, além da disposição de ferramenta pública de consulta sobre o orçamento federal, também foram desenvolvidos sistemas de informação para acompanhamento da execução orçamentária de estados e municípios nestas áreas.

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) foi criado inicialmente para possibilitar o acompanhamento do gasto do setor, tornando-se pouco tempo depois da sua criação ferramenta de monitoramento da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) pelos estados, Distrito Federal e municípios, após a aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000 (Brasil, 2013). Em 2012, a Lei Complementar nº 141 tornou o uso do sistema obrigatório para todos os entes da Federação; estabeleceu que os gestores da saúde são responsáveis pelos dados declarados, aos quais se confere fé pública; e definiu a penalidade de suspensão das transferências constitucionais para a falta de declaração dos dados dentro do prazo estipulado e a obrigatoriedade de reposição dos valores nos casos de aplicação inferior ao mínimo constitucional no exercício anterior (Brasil, 2012).

Com isso, tem-se facilitado o acompanhamento da execução das despesas com o Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando o detalhamento dos gastos da administração pública com medicamentos. Este tema é especialmente importante para o país, pois as famílias com menor renda ainda comprometem proporcionalmente maior

parte de seus recursos com saúde e o gasto com medicamentos tem uma participação importante nessas despesas (Garcia *et al.*, 2013a).

Um estudo feito com base em dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), realizadas na segunda metade dos anos 1990, demonstrou que os gastos com saúde efetuados pelas famílias eram o quarto maior grupo das despesas de consumo familiar, sendo que os medicamentos respondiam por 37% dessas despesas. Quando os gastos com medicamentos foram estratificados por decil de renda, verificou-se que para as famílias mais pobres eles participavam com 63% e 66%, em média, dos gastos com saúde para o 1º ao 5º decil, chegando a comprometer em 12% e 22% a renda dos mais pobres (1º decil), segundo dados da POF e da Pnad, respectivamente (Silveira, Osorio e Piola, 2007).

Na década seguinte, o gasto médio das famílias com medicamentos para o 1º ao 5º decil de renda foi de 66,5% do gasto com saúde, segundo a POF 2002/2003, e de 63,9% de acordo com a POF 2008/2009, com 11% e 8,5% de comprometimento da renda no 1º decil, de acordo com cada edição da pesquisa. Considerando o gasto com medicamentos em relação ao total das famílias (as que tiveram e as que não tiveram gasto com medicamentos), a sua participação no que se refere ao gasto com saúde foi de 40,5% e 42,9% nas duas edições da pesquisa, respectivamente (Garcia *et al.*, 2013b).

Ainda utilizando dados da POF, Boing *et al.* (2014) constataram, a partir da análise dos dados dos inquéritos realizados em 2002-2003 e 2008-2009, que após descontados os gastos com saúde da renda das famílias houve acréscimo em 2,6% e 2,3%, respectivamente, do número de domicílios vivendo abaixo da linha da pobreza estabelecida pelo Banco Mundial,³ sendo que o gasto com medicamentos contribuiu com 60,9% e 65,7% para este aumento.

Esses estudos revelam que a despeito dos importantes avanços feitos pelo país para a implantação e o aperfeiçoamento dos programas de assistência farmacêutica, especialmente no governo federal (Aurea *et al.*, 2011), a garantia de acesso a

3. Nessa pesquisa, os autores esclarecem que o Banco Mundial classifica como pobre a pessoa que dispõe de até US\$ 2,00 por dia para sobrevivência, e que eles converteram o dólar ponderado pela paridade do poder de compra (*purchasing power parity* – PPP), obtendo-se os valores de US\$ 2,34 para 2002-2003 e US\$ 3,54 para 2008-2009 como linhas de pobreza.

medicamentos ainda permanece como questão importante para a política pública de saúde. É possível que a ampliação da cobertura do programa Farmácia Popular do Brasil tenha contribuído para reduzir o comprometimento da renda das famílias mais pobres com a compra de medicamentos, especialmente para tratamento de doenças crônicas como hipertensão, diabetes e asma, considerando a distribuição gratuita a partir de 2011. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 mostram que 21,8% dos adultos com 18 anos ou mais que faziam uso de medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial obtiveram-no exclusivamente por meio do programa; outros 22,7%, por meio das farmácias do SUS; 18,7%, de fonte mista; e 29,5% ainda o obtinham de farmácias comerciais (Mengue *et al.*, 2015).

Mas precisamos ter dados mais recentes oriundos de inquéritos como a POF e a Pnad para avaliar o impacto deste aumento da oferta de medicamentos pelo governo sobre o gasto das famílias com a compra desses produtos, estratificando-o por decis de renda das famílias. Na média, aparentemente, pouco se evoluiu em relação ao gasto das famílias com produtos farmacêuticos, uma vez que o financiamento realizado por elas para o consumo final de medicamentos no Brasil tem se mantido em torno de 90%, e o do governo em aproximadamente 10% no período de 2007 a 2015 (IBGE, 2012; 2015; 2017), enquanto entre os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD) a média do financiamento público foi de 57% neste último ano (OECD, 2015).

Nesse ponto, é importante destacar a diferença entre o gasto com medicamentos sob a perspectiva orçamentária e as despesas de consumo final de medicamentos. Na primeira, toda despesa realizada pelo governo com a aquisição de medicamentos que possa ser identificada no orçamento é contabilizada, sem levar em consideração o ambiente de administração dos produtos, ou seja, se serão usados pelos pacientes em suas residências ou administrados a eles por profissionais dentro dos estabelecimentos de saúde. Na Conta-Satélite de Saúde, são consideradas despesas de consumo final de medicamentos do governo ou da administração pública aquelas realizadas para a aquisição de medicamentos que são dispensados à população por meio do SUS apenas para uso domiciliar dos pacientes. Não estão incluídas as despesas com medicamentos de uso hospitalar, hemoderivados, vacinas, consideradas consumo intermediário do

governo,⁴ e mesmo com o programa Farmácia Popular, cujo gasto é tratado como subsídio do governo para o consumo final das famílias (IBGE, 2017).

Desse modo, considerando as contribuições do acompanhamento do orçamento para a gestão de políticas e programas, bem como para o controle social, este texto tem por objetivo apresentar e discutir o gasto com medicamentos do SUS no período de 2010 a 2016, nas três esferas de governo, sob a perspectiva orçamentária.

2 MÉTODOS

Para iniciar a descrição dos aspectos metodológicos deste estudo, antes é preciso apresentar dois conceitos e fazer a distinção de sua aplicação de acordo com o setor institucional. Na literatura especializada sobre contabilidade de custos, muito focada no estudo do setor privado, diferenciam-se os termos gasto e despesa. O gasto é definido como o dispêndio financeiro ou o sacrifício que uma organização precisa fazer para adquirir um bem ou contratar um serviço, enquanto a despesa é conceituada como o bem ou serviço consumido para a obtenção de receitas (Martins, 2010). Contudo, no setor público, esses termos assumem o mesmo significado, uma vez que a administração pública não tem como propósito principal a obtenção de receitas mediante a oferta de bens ou serviços. Para este setor, a despesa é definida como a utilização de recursos do Estado no custeio das atividades que desenvolve para a manutenção de suas instalações e equipamentos, prestação de serviços para a sociedade ou realização de investimentos, e outros gastos voltados para o desenvolvimento da economia (Albuquerque, Medeiros e Feijó, 2008).

Neste trabalho, a análise do gasto ou da despesa do SUS com medicamentos foi feita com base na execução orçamentária do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, utilizando-se dados de dois sistemas de informação de acesso público. São eles, o Siga Brasil, mantido pelo Senado, para as despesas da União, e o Siops, sob gestão do Ministério da Saúde, para as despesas dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. O estágio de liquidação

4. Nesse caso, as despesas com medicamentos de uso hospitalar, hemoderivados e vacinas são contabilizadas como consumo intermediário do governo na produção de serviços de saúde.

da despesa foi empregado na consulta em ambos os sistemas. Nesta fase da execução orçamentária, há o reconhecimento por parte da administração pública de que o bem foi entregue ou de que o serviço contratado foi prestado (Albuquerque, Medeiros e Feijó, 2008), sendo este o conceito que vai ao encontro das recomendações contidas nos principais manuais para a elaboração de contas de saúde (Vieira e Piola, 2016).

Quanto aos aspectos operacionais, no caso do Siga Brasil, foram considerados os valores liquidados nos programas e nas ações orçamentárias a seguir, para 2010 e 2011.⁵

- 1) Programa 1291 – segurança transfusional e qualidade do sangue e hemoderivados:
 - a) ação 4295 – atenção aos pacientes portadores de doenças hematológicas.
- 2) Programa 1293 – assistência farmacêutica e insumos estratégicos:
 - a) 20AE – promoção da assistência farmacêutica e insumos estratégicos na atenção básica em saúde;
 - b) 20BA – prevenção, preparação e enfrentamento para a pandemia de influenza;
 - c) 4368 – promoção da assistência farmacêutica e insumos para programas de saúde estratégicos;
 - d) 4370 – atendimento à população com medicamentos para tratamento dos portadores de HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs);
 - e) 4705 – apoio para aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais;
 - f) 7660 – implantação de farmácias populares; e
 - g) 8415 – manutenção e funcionamento das farmácias populares.
- 3) Programa 1444 – vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos:
 - a) ação 20BA – prevenção, preparação e enfrentamento para a pandemia de influenza; e
 - b) ação 6031 – imunobiológicos para prevenção e controle de doenças.

Para o período de 2012 a 2016, consideraram-se o programa e as ações orçamentárias a seguir.

5. A consulta à descrição das despesas financiadas por meio das ações do orçamento federal pode ser feita no portal do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão para cada exercício, disponível em: <<http://www.orcamentofederal.gov.br/clientes/portalsof/portalsof/orcamentos-anuais>>.

- 1) Programa 2015 – aperfeiçoamento do SUS:
 - a) ação 20AE – promoção da assistência farmacêutica e insumos estratégicos na atenção básica em saúde;
 - b) ação 20K5 – apoio ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS;
 - c) ação 20YE – imunobiológicos e insumos para prevenção e controle de doenças;
 - d) ação 20YR – manutenção e funcionamento do programa Farmácia Popular do Brasil pelo sistema de gratuidade;
 - e) ação 20YS – manutenção e funcionamento do programa Farmácia Popular do Brasil pelo sistema de copagamento;
 - f) ação 4295 – atenção aos pacientes portadores de doenças hematológicas;
 - g) ação 4368 – promoção da assistência farmacêutica e insumos para programas de saúde estratégicos;
 - h) ação 4370 – atendimento à população com medicamentos para tratamento dos portadores de HIV/Aids e outras DSTs; e
 - i) ação 4705 – apoio financeiro para aquisição e distribuição de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica.

A totalidade da despesa liquidada nas ações listadas foi considerada gasto com medicamentos, o que inclui despesas com a compra dos produtos, relativas à transferência de recursos para outras esferas de governo ou a organismos internacionais para a aquisição daqueles, e também para a fabricação desses produtos por laboratórios farmacêuticos públicos. Estão incluídas nesses valores as despesas com ações judiciais para fornecimento de medicamentos.

O gasto do Ministério da Saúde foi categorizado por componentes do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica (BFAF) (Brasil, 2007) e pelo programa Farmácia Popular do Brasil segundo as ações orçamentárias, conforme descrito a seguir.

- 1) Componente básico: medicamentos para uso na atenção básica, incluindo os fitoterápicos e as insulinas NPH e R – ações orçamentárias 20AE e 20K5.
- 2) Componente estratégico: inclui imunobiológicos, hemoderivados, medicamentos para tratamento da influenza (inclusive vacinas), medicamentos constantes no rol dos programas de saúde estratégicos (para tratamento da tuberculose, hanseníase,

malária, entre outras doenças) e no do Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids – ações orçamentárias 4295, 20BA, 20YE, 4368, 4370 e 6031.

- 3) Componente especializado: medicamentos, em geral, para doenças raras e crônicas, de alto custo, por meio dos quais se busca garantir a integralidade do tratamento, em nível ambulatorial, estando as linhas de cuidado definidas em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde – ação orçamentária 4705.
- 4) Farmácia Popular: inclui apenas as despesas com medicamentos dispensados tanto na rede própria de farmácias (vinculadas a estados, municípios, órgão ou entidade pública, ou também a instituições privadas sem fins lucrativos, mantenedores de estabelecimento hospitalar ou de ensino superior de farmácia) quanto na rede privada com fins lucrativos (Aqui Tem Farmácia Popular – ATFP). São dispensados medicamentos para tratamento de hipertensão, diabetes, dislipidemia, asma, rinite, doença de Parkinson, osteoporose, glaucoma, além de anticoncepcionais e fraldas geriátricas – ações orçamentárias 7660, 8415, 20YR e 20YS.

No caso do Farmácia Popular, para obter o gasto com medicamentos, seja para a sua produção e/ou aquisição por meio da Fundação Oswaldo Cruz para a rede própria, excluíram-se dos valores liquidados nas ações orçamentárias as despesas registradas no elemento de despesa 41 (contribuições), que se referem às transferências a estados e municípios para a manutenção das farmácias da rede própria do programa, bem como foram deduzidas as despesas financiadas com recursos da fonte 250, que são receitas decorrentes do copagamento por parte dos usuários na rede própria. Somou-se ao montante encontrado após os procedimentos citados o valor relativo ao ressarcimento feito pelo Ministério da Saúde às drogarias pelas vendas no setor privado. Não foram excluídos os gastos com fraldas, pois não se consegue identificá-los no orçamento.

Para apuração dos gastos com medicamentos dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, por meio do Siops, foram somados os valores registrados nas seguintes contas contábeis: 3.3.3.90.30.09.00, 3.3.3.90.32.03.01, 3.3.3.30.00.00.01 e 3.3.3.40.00.00.01, da consulta de um ou mais códigos contábeis por categoria econômica. Como essas despesas são financiadas também com recursos, no caso dos municípios, transferidos da União e dos estados e, no caso dos estados, transferidos da União e dos municípios, as parcelas de transferência correspondentes foram

identificadas no Siga Brasil e no Siops, sendo subtraídas do somatório referido para a esfera que recebeu os recursos, a fim de se calcular o gasto com recursos próprios de cada esfera de governo.⁶

No tocante à análise dos dados extraídos do Siga Brasil e do Siops, as despesas de cada ano foram corrigidas para valores de 2016 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e foram produzidas estatísticas descritivas. Os dados foram trabalhados em planilhas Excel e os resultados principais foram apresentados em gráficos para facilitar a análise da evolução dos gastos com medicamentos das três esferas de governo – valor liquidado por ano; e do Ministério da Saúde – por modalidade de aplicação; por componente do BFAF e do programa Farmácia Popular, considerando inclusive sua variação anual a partir do ano-base 2010; e como participação do gasto com ASPs.

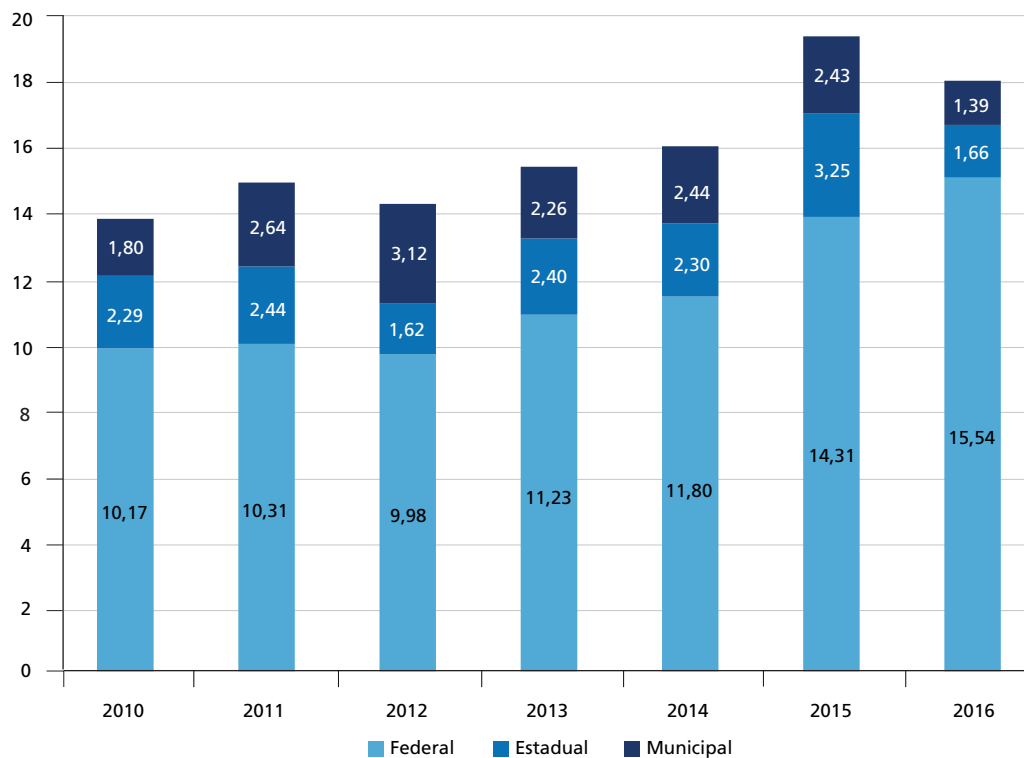
3 RESULTADOS

No total, o gasto do SUS com medicamentos nas três esferas de governo passou, em termos reais, de R\$ 14,3 bilhões em 2010 para quase R\$ 20 bilhões em 2015 (crescimento de 40%), caindo para R\$ 18,6 bilhões em 2016 (-7% nos últimos dois anos). Entre 2010 e 2016, registrou-se crescimento de 30%. Quanto ao gasto por esfera de governo, o gráfico 1 mostra queda nos valores liquidados pelos estados e o Distrito Federal (-27%) e pelos municípios (-23%), além de aumento do gasto do governo federal (53%) neste período.

6. Aqui é importante destacar que, uma vez que as informações de despesas com saúde no Siops têm natureza declaratória e ainda que a declaração seja obrigatória e os dados tenham fé pública por força de lei a partir do exercício de 2013, sempre há a possibilidade de se verificar inconsistências ao analisar os dados de um ou outro ente da Federação isoladamente. Por exemplo, uma das inconsistências pode ser a obtenção de valor negativo para o gasto próprio do município com medicamentos, depois de deduzidas as transferências da União e dos estados do gasto declarado com medicamentos pelo próprio município. A preocupação sobre a qualidade desses dados é sempre pertinente, mas há motivos para crer que este não seja um grande problema nos dias de hoje. Primeiro, porque eles vêm sendo utilizados de forma agregada por esfera de governo na produção da Conta-Satélite de Saúde e têm se mostrado consistentes ao longo dos anos, revelando melhoria da qualidade da declaração. Segundo, porque a probabilidade de uma declaração inconsistente a respeito desta abertura para as despesas com medicamentos é maior para municípios pequenos, com controles contábeis incipientes, mas com baixo impacto no agregado, já que as despesas com esses bens também são pequenas. Terceiro, porque os gestores da saúde podem ser responsabilizados e penalizados por uma informação declarada que não seja fidedigna, o que gera incentivo para o aprimoramento dos controles contábeis das despesas de um modo geral. Dessa forma, o Siops pode ser utilizado com razoável segurança para a consolidação de dados sobre despesas com medicamentos pelos estados, Distrito Federal e municípios.

GRÁFICO 1

Brasil: gasto com medicamentos por esfera de governo – valores liquidados (2010-2016)
(Em R\$ bilhões)¹



Fonte: Siga Brasil e Siops.
Nota: ¹ Valores de 2016.

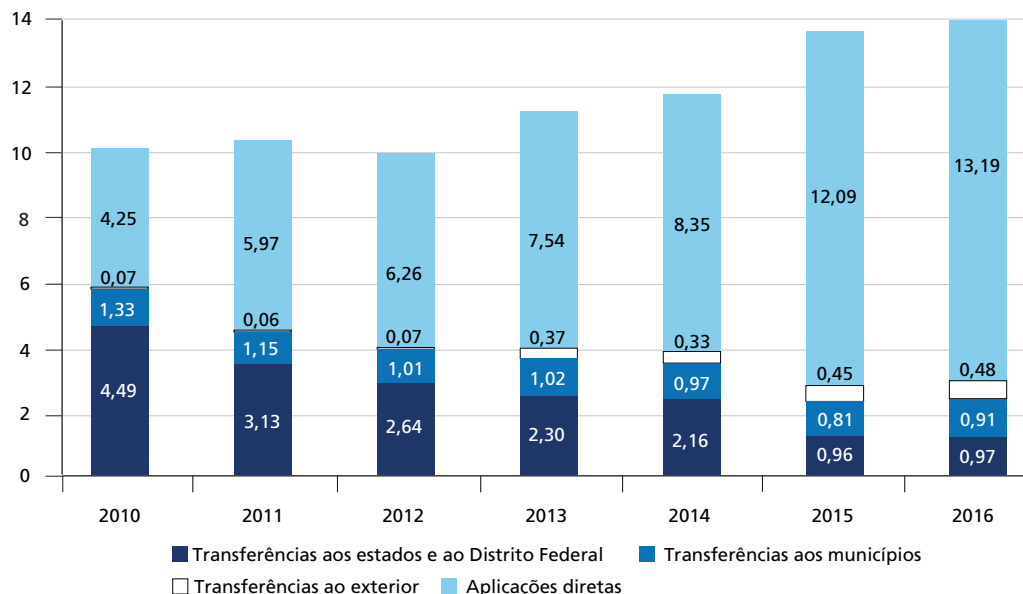
A redução do gasto das esferas subnacionais foi proeminente em 2016 em relação a 2015, registrando queda de 49% para os estados e o Distrito Federal e de 43% para os municípios. Entre os últimos dois anos, o gasto do governo federal cresceu 8%.

No que se refere ao gasto do Ministério da Saúde, o gráfico 2 apresenta os valores por modalidade de aplicação, o que inclui o BFAF e o Farmácia Popular. Houve redução das transferências para estados e Distrito Federal (-79%), bem como para os municípios (-32%), e aumento das transferências ao exterior (621%) e das aplicações diretas (210%). Em 2010, essas últimas correspondiam a 42% do orçamento, passando a participar em 85% em 2016.

GRÁFICO 2

Gasto com medicamentos do Ministério da Saúde por modalidade de aplicação – valores liquidados (2010-2016)

(Em R\$ bilhões)¹



Fonte: Siga Brasil.

Elaboração da autora.

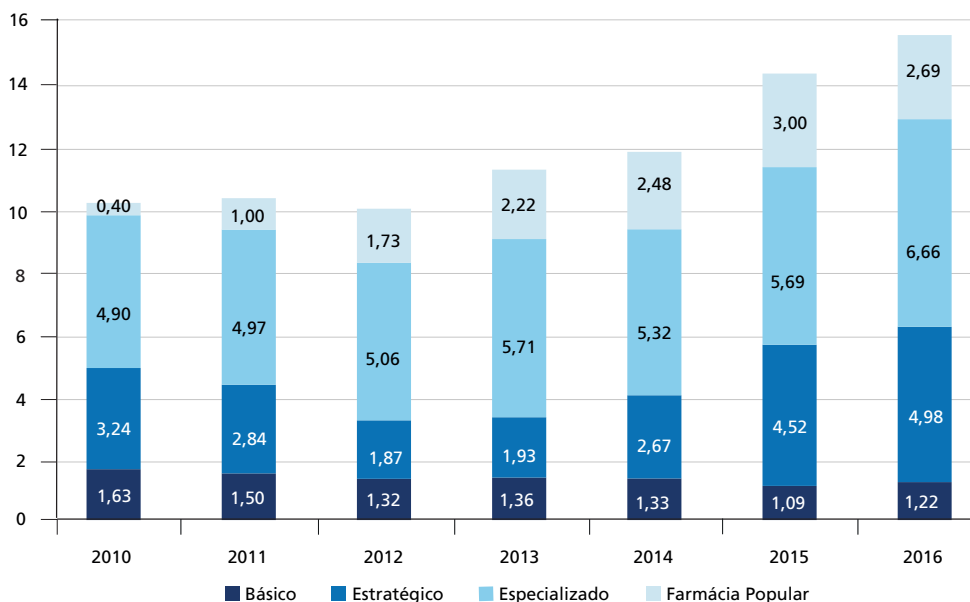
Nota: ¹ Valores de 2016.

Obs.: Dados para BFAF e Farmácia Popular.

O gráfico 3 apresenta a evolução do gasto com medicamentos do Ministério da Saúde por componente do BFAF e do Farmácia Popular, no período de 2010 a 2016.

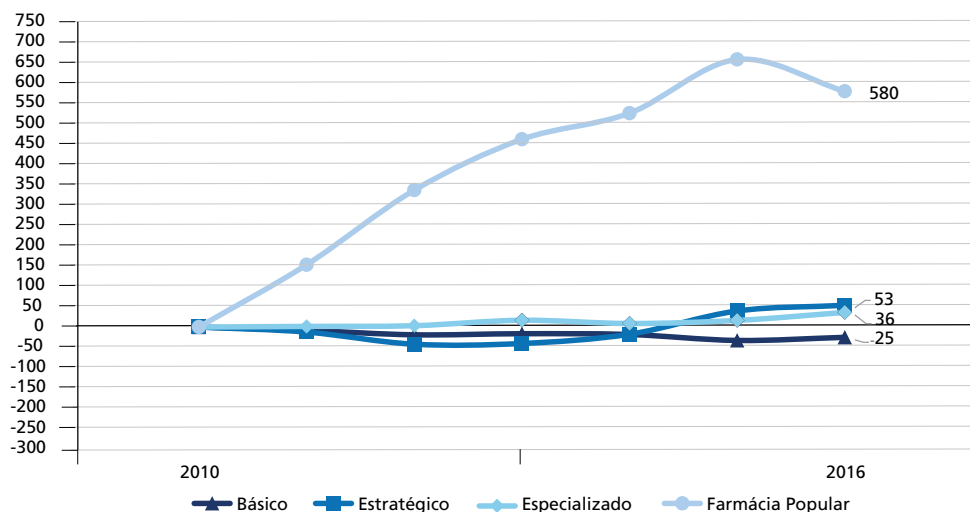
O gasto com o Farmácia Popular e com o componente estratégico destacou-se pela magnitude do seu crescimento entre 2010 e 2016, 580% e 53%, respectivamente, sendo que, no mesmo período, o componente básico do BFAF sofreu redução de 25% em termos reais (gráfico 4). No âmbito do componente estratégico, o gasto com medicamentos para o tratamento de DST/Aids praticamente não variou (0,43%, de R\$ 912,2 milhões para R\$ 916,1 milhões em valores de 2016); e houve crescimento das despesas com imunobiológicos (64,7%, passando de R\$ 1,7 bilhão para R\$ 2,8 bilhões) e com os hemoderivados (151,9%, de R\$ 435,9 milhões para R\$ 1,1 bilhão), havendo decréscimo do gasto com os demais medicamentos (-9,6%, de R\$ 215,1 milhões para R\$ 194,4 milhões).

GRÁFICO 3
Gasto com medicamentos do Ministério da Saúde por componente do BFAF e do programa Farmácia Popular – valores liquidados (2010-2016)
 (Em R\$ bilhões)¹



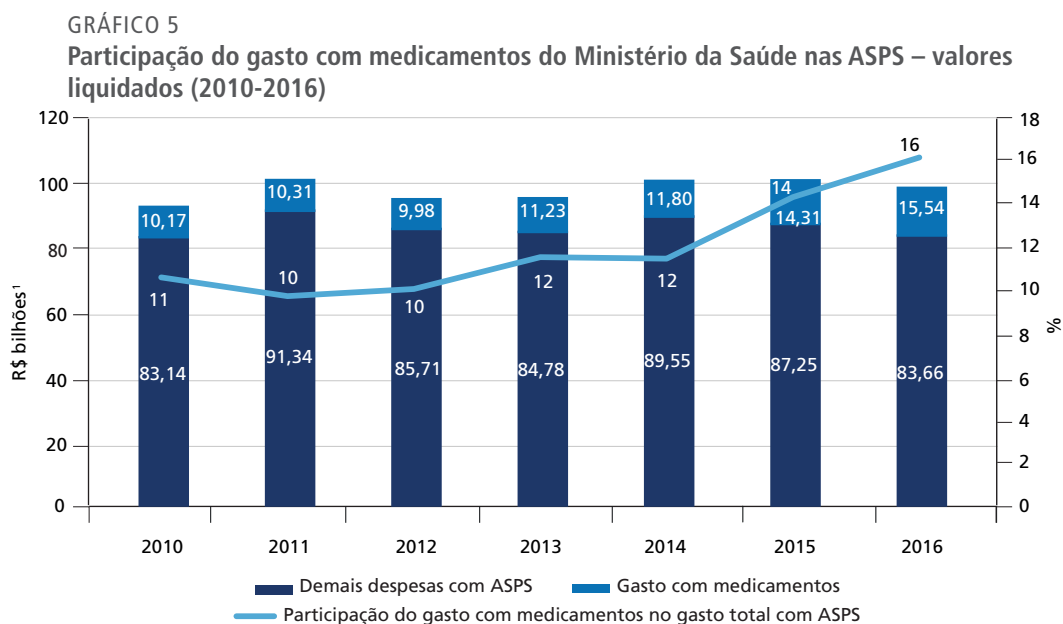
Fonte: Siga Brasil.
 Elaboração da autora.
 Nota: ¹ Valores de 2016.

GRÁFICO 4
Variação do gasto do Ministério da Saúde com medicamentos dos componentes do BFAF e do programa Farmácia Popular em relação a 2010 – valores liquidados (2010-2016)
 (Em %)



Fonte: Siga Brasil.
 Elaboração da autora.

A participação do gasto com medicamentos no gasto com ASPS do governo federal, considerando os valores liquidados, aumentou de 11% para 16% entre 2010 e 2016 (gráfico 5). O gasto com medicamentos do Ministério da Saúde cresceu, em termos reais, 52,9% (de R\$ 10,2 bilhões para R\$ 15,5 bilhões) e o seu gasto com ASPS aumentou 6,3% (de R\$ 93,3 bilhões para R\$ 99,2 bilhões) no mesmo período.



Fonte: Siga Brasil.
Elaboração da autora.
Nota: ¹ Valores de 2016.

4 DISCUSSÃO

Com o propósito de garantir o acesso a produtos farmacêuticos, muitas reformas de sistemas de saúde e políticas têm sido realizadas nos últimos anos. Defende-se que a análise do acesso a medicamentos sob a perspectiva do sistema de saúde envolve mudança de paradigma, o que inclui: visão global sobre as restrições do lado da demanda; consideração sobre as relações múltiplas e dinâmicas no sistema de saúde, especialmente sobre os recursos disponíveis para viabilizar a oferta de cuidados de saúde; e liderança e governança no sistema de saúde nos contextos local, nacional e internacional, incluindo análise da inovação, das forças de mercado e das agendas internacionais. Identificam-se como determinantes do acesso a medicamentos em países de baixa e

média renda: as forças do mercado, que podem influenciar o financiamento do sistema público de saúde; a inovação, que afeta o desenvolvimento de novos medicamentos, formulações e vias de administração, podendo contribuir ou não para a redução da carga de doenças; a transparência sobre preços, fontes e qualidade dos medicamentos adquiridos, distribuídos e utilizados; e as agendas de doação e financiamento, que influenciam os auxílios, os planos e as políticas nacionais (Bigdeli *et al.*, 2013).

No tocante à transparência do orçamento, entendida como a extensão e a facilidade com que cada cidadão pode acessar informação e ter resposta do governo sobre as receitas arrecadadas, a alocação de recursos e os gastos, sua importância é destacada por ser pré-requisito à participação pública e à prestação de contas pelos governantes (World Bank, 2013).

São muitas as vantagens da transparência e do acompanhamento do orçamento. Em linhas gerais, o acompanhamento orçamentário é útil porque ajuda a identificar e discutir as prioridades governamentais em termos de políticas e programas; possibilita a produção de informação para a tomada de decisão e a avaliação do alcance das metas do governo; além de contribuir para a melhoria da gestão dos recursos disponíveis. No tocante à produção de informação, pode-se, por exemplo, analisar as tendências do gasto, a fim de aperfeiçoar a função de planejamento na administração pública e produzir indicadores sobre a sua evolução, para investigar em mais detalhe, posteriormente, as razões para o crescimento ou a diminuição das despesas. Nessa perspectiva, este texto procura contribuir por meio da apresentação de dados e de discussão sobre a execução orçamentária do SUS para a oferta de medicamentos à população.

No Brasil, o SUS tem promovido avanços importantes na garantia do acesso a medicamentos desde o final dos anos 1990. Segundo dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos, que foi a campo entre setembro de 2013 e fevereiro de 2014, entre os que tiveram acesso a todos os medicamentos prescritos para tratamento de doenças crônicas, 47,5% conseguiram todos eles gratuitamente, 20,2%, algum medicamento gratuito e 32,4% pagaram por todos os medicamentos. A prevalência de acesso gratuito foi maior entre os mais pobres, destacando-se o acesso a medicamentos para tratamento da diabetes e da hipertensão arterial. Contudo, ainda há limitações de acesso a outros tratamentos, por exemplo, para doenças respiratórias (Tavares *et al.*, 2016). Este resultado parece

importante considerando o peso do gasto com medicamentos no orçamento das famílias, especialmente para as de menor renda (Silveira, Osorio e Piola, 2007; Garcia *et al.*, 2013b; Boing *et al.*, 2014), e sinaliza impactos positivos da política de assistência farmacêutica, particularmente no que se refere à garantia de acesso a medicamentos para tratamento das doenças mais prevalentes no país.

O esforço que o país vem fazendo pode ser constatado pelo aumento das despesas com medicamentos, especialmente por parte do Ministério da Saúde.⁷ Esse gasto do governo vem aumentando desde 2010, o que de certa forma é importante, considerando que no país as despesas com medicamentos ainda pesam muito nos orçamentos das famílias, mas o olhar sobre a contribuição deste gasto para a ampliação da cobertura precisa ser criterioso, porque ele inclui despesas com medicamentos adquiridos em razão de decisões judiciais, e estas podem ser a causa de maior iniquidade no sistema de saúde (Vieira e Zucchi, 2007; Chieffi e Barata, 2009); é decorrente em parte da incorporação de novos medicamentos, em geral, muito caros e com gasto *per capita* elevado (Brandão *et al.*, 2011); e envolve a oferta de medicamentos por meio do Farmácia Popular, que tem se mostrado uma alternativa mais cara que a dispensação nas unidades do SUS.

A diferença de custos entre a provisão pública de medicamentos por meio de uma Secretaria Municipal de Saúde e o ATFP foi investigada, chegando-se à conclusão de que os custos da oferta por meio do SUS nesta secretaria eram menores que aqueles do programa Farmácia Popular, e de que alguns dos valores de referência para os medicamentos do programa poderiam ser reduzidos (Silva e Caetano, 2016).

Em outro trabalho, comparou-se a dispensação de medicamentos nas farmácias públicas ligadas à administração direta de uma Secretaria Estadual de Saúde (SES) e a oferta por meio de rede privada lucrativa no âmbito do Farmácia Popular. Os autores

7. David, Andreino e Beghin (2016) realizaram estudo sobre orçamento federal para medicamentos no período de 2008 a 2015 e identificaram despesa total em 2015 de R\$ 14,8 bilhões em valores de março de 2016. A diferença nos valores encontrados pelas autoras em relação a este trabalho (R\$ 13,3 bilhões no mesmo ano) decorre de questões metodológicas. Naquele trabalho, empregaram-se as despesas pagas acrescidas dos restos a pagar pagos no exercício; consideraram despesas para aquisição de medicamentos no subsistema de saúde indígena, obtendo os dados usando como prerrogativa a Lei de Acesso à Informação (R\$ 23,7 milhões em 2015); contabilizaram as despesas com o programa de alimentação e nutrição, que financia não só a oferta de sulfato ferroso e vitamina A, mas também o aparelhamento de unidades e a realização de inquéritos (cerca de R\$ 2 milhões em 2015); mas não incluíram as despesas com a produção de plantas medicinais e fitoterápicos. Ademais, neste estudo os gastos foram corrigidos pelo IPCA médio para valores de 2016.

concluíram que a produção direta dos serviços pelo setor público em uma rede da secretaria se mostrou economicamente mais favorável, a depender da produtividade das unidades dessa rede (Garcia, Guerra Júnior e Acúrcio, 2017).

O Farmácia Popular tem causado preocupação em virtude do rápido crescimento dos gastos nos últimos cinco anos. Ele foi criado em 2004 como alternativa de acesso a medicamentos mediante copagamento para pacientes que não dependiam exclusivamente do SUS para a assistência médica e com dispensação de medicamentos em farmácias mantidas por estados e municípios com o apoio do Ministério da Saúde, separadas das unidades de saúde do SUS, constituindo a chamada rede própria. O programa foi ganhando importância ao longo dos anos com a criação da vertente ATFP em 2006, que possibilitou o credenciamento de estabelecimentos farmacêuticos privados, e com a introdução da gratuidade na dispensação de medicamentos para tratamento da hipertensão, diabetes e asma, em 2011, iniciativa que foi chamada de Saúde Não Tem Preço (SNTTP).⁸

Segundo o Ministério da Saúde, em outubro de 2016, havia 34.627 farmácias e drogarias credenciadas em 4.467 municípios e 517 unidades da rede própria em 410 municípios, tendo sido atendidas mais de 39 milhões de pessoas entre fevereiro de 2011 e setembro de 2016 (Brasil, 2016). Evidências recentes produzidas em estudos de avaliação de impacto têm demonstrado a efetividade do programa na redução de internações e óbitos por doenças crônicas. As taxas de mortalidade por doenças circulatórias e dislipidemia diminuíram em média 1,35 morte por 100 mil habitantes para cada farmácia popular (Ferreira, 2015) e a ampliação do acesso aos medicamentos para doenças crônicas por meio do programa resultou em diminuição expressiva das internações hospitalares e óbitos relacionados à hipertensão e a diabetes, respectivamente, 27,6% e 8%, na média do período de 2006 a 2016 (Almeida *et al.*, 2017).

Como o gasto com o Farmácia Popular é elevado, mas também tem se comprovado a sua efetividade, faz-se necessária a realização de avaliações econômicas mais amplas que comparem custos e efetividade da dispensação de medicamentos à população por

8. Informações sobre o histórico do programa Farmácia Popular podem ser obtidas no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, disponível em: <<http://portalmms.saude.gov.br/acoes-e-programas/farmacia-popular>>.

meio da sua rede credenciada⁹ com aqueles da dispensação por meio das farmácias do SUS. Outras questões que também precisam ser melhor investigadas são o efeito de substituição do programa sobre a assistência farmacêutica na atenção básica e o valor efetivamente pago pelos usuários para os medicamentos que têm coparticipação.¹⁰

Quanto à judicialização da saúde,¹¹ no período de 2009 a 2015, o gasto do Ministério da Saúde com medicamentos solicitados pela via judicial foi de R\$ 3,4 bilhões em valores de 2015, atingindo no último ano o patamar de R\$ 715 milhões (Vieira, 2016). De acordo com dados da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, o crescimento real do gasto com as ações judiciais de medicamentos foi de 547% entre 2010 e 2016, passando de R\$ 199,6 milhões para R\$ 1,3 bilhão em valores de 2016. No acumulado, o gasto foi de R\$ 4,8 bilhões (Brasil, 2017b). No período de 2010 a 2015, os medicamentos mais solicitados pela via judicial destinaram-se ao tratamento de doenças raras e da diabetes, sendo que as cinco tecnologias mais judicializadas foram, nesta ordem, tira reagente,¹² insulina glargina, insulina lispro, insulina asparte e eculizumabe.¹³ Em 2015,¹⁴ metade das vinte tecnologias mais caras demandadas ao Ministério da Saúde por meio do Judiciário não tinha registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, destacando-se nas solicitações os medicamentos biológicos.¹⁵ Como se pode constatar, as demandas

9. O governo federal decidiu recentemente pelo encerramento da rede própria.

10. No primeiro caso, como a maioria dos medicamentos consta da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Yamauti, Barberato Filho e Lopes, 2015), que estabelece os produtos a serem ofertados na atenção básica, o programa pode tanto incentivar os secretários de saúde a não comprar os medicamentos que se sobrepõem quanto incentivar os fornecedores a não participar dos processos de licitação das prefeituras, dado que o valor unitário pago pelo Ministério da Saúde é geralmente mais alto que o das licitações e o programa envolve um único pagador. No segundo caso, como para as drogarias a regulação econômica do mercado de medicamentos define que a venda não pode se dar em valor superior ao preço máximo de venda ao consumidor e esse valor está bem acima do valor de referência estabelecido pelo Ministério da Saúde para o programa, sobre o qual se calcula o subsídio de até 90% para cada princípio-ativo, o usuário pode estar arcando com um valor muito maior que aquele pago pelo governo federal. Do ponto de vista do usuário, o subsídio contribui para a redução da sua despesa com medicamentos, mas, do ponto de vista da política de saúde, persiste o custo para a administração pública e para o usuário, que tem o direito de receber o tratamento de que precisa sem ter que pagar diretamente por isso, e contribui-se para manter os já elevados lucros do mercado farmacêutico.

11. Fenômeno relacionado ao aumento das ações judiciais movidas pelos cidadãos, requerendo da administração pública o acesso a diversas tecnologias e serviços, como medicamentos, exames, procedimentos médicos, internação etc.

12. Para monitoramento das taxas de glicemia no sangue.

13. Medicamento usado no tratamento da hemoglobinúria paroxística noturna, um tipo de anemia rara.

14. Conforme relatório não publicado do Ministério da Saúde.

15. Medicamentos produzidos por biossíntese em células vivas, sendo produzidos em sua maioria em cultura de células geneticamente modificadas. Mais informações disponíveis em: <<https://www.interfarma.org.br/public/files/biblioteca/34-biologicos-site.pdf>>.

judiciais explicam em parte o aumento do gasto com os componentes estratégico e especializado da assistência farmacêutica, particularmente com este último.

A judicialização da saúde tem preocupado gestores públicos e pesquisadores da área pelo seu potencial de produzir iniquidades no SUS, ainda que o fenômeno demonstre maior consciência dos cidadãos sobre seus direitos e a via judicial seja um dos meios de efetivá-los. Um dos problemas é que o acesso aos serviços de saúde, aos exames e ao sistema de justiça é desigual no Brasil, o que pode contribuir para que os grupos socioeconomicamente mais favorecidos acionem mais o Poder Judiciário que os menos favorecidos (Ferraz e Vieira, 2009).

Em relação ao aumento do gasto com medicamentos, além das ações judiciais, envolvendo especialmente produtos novos e mais caros, a incorporação tecnológica pode ser fator significativo. No período de janeiro de 2012 a junho de 2016, das 485 submissões à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), 267 (55%) referiam-se a solicitações de incorporação de produtos farmacêuticos, tendo sido incorporados 93 medicamentos (54%) das 171 solicitações encerradas com decisão de plenário (Caetano *et al.*, 2017).

No que se refere aos novos medicamentos, observam-se entre os itens de maior gasto em 2016 um medicamento que foi adquirido devido a ações judiciais (eculizumabe – R\$ 376,6 milhões), dois produtos incorporados ao SUS recentemente (sofosbuvir¹⁶ – R\$ 510,5 milhões; e vacina contra papiloma vírus humano¹⁷ – R\$ 288,4 milhões), três medicamentos utilizados principalmente no tratamento da artrite reumatoide (adalimumabe – R\$ 621,9 milhões; etanercepte – R\$ 322 milhões; e infliximabe – R\$ 298,5 milhões) e um hemoderivado (fator VIII¹⁸ – R\$ 471,5 milhões). Segundo dados do Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (Siasg), os dez produtos farmacêuticos de maior gasto, entre eles os mencionados anteriormente, foram responsáveis por despesa de R\$ 4,7 bilhões em 2016 (valores empenhados), o

16. Usado no tratamento da hepatite C.

17. Usado na prevenção de doenças causadas pelo papiloma vírus humano (*human papillomavirus* – HPV), como o câncer de colo de útero.

18. Usado no tratamento da hemofilia.

que corresponde a aproximadamente 30% do gasto com medicamentos do Ministério da Saúde naquele ano, que foi de R\$ 15,5 bilhões (valores liquidados).¹⁹

Análise do gasto federal de 2006 a 2013 mostra que um número limitado de classes terapêuticas responde por 50% das despesas. Neste período, o gasto com imunossuppressores cresceu 855,4%, com antineoplásicos, 434,6%, com antivirais, 182,6%, e com medicamentos usados no tratamento da diabetes, 103,9% (Luz *et al.*, 2017). Isso revela o peso dessas categorias de medicamentos no gasto total.

Segundo estudo feito com o objetivo de investigar a influência de um conjunto de fatores sobre o gasto com saúde de vários países da OECD no período de 2000 a 2010, aspectos demográficos (estrutura etária da população e seu estado de saúde) e não demográficos (crescimento da renda, incorporação tecnológica e mudanças nos preços relativos) explicavam 71% da diferença de gasto com saúde entre os países, e fatores institucionais (políticas e arranjos das instituições) justificavam 23% desta diferença (Maisonneuve *et al.*, 2017).

A preocupação com o aumento do gasto com saúde e com medicamentos não se concentra apenas em países de baixa e média renda, mas é também uma realidade para os países desenvolvidos. A crise econômica iniciada em 2008 tem afetado a todos mais ou menos fortemente. Em uma conferência realizada em outubro de 2015, por exemplo, discutiram-se desafios das políticas de precificação e de reembolso de medicamentos (Vogler *et al.*, 2016).

Várias políticas têm sido adotadas pelos governos para assegurar o acesso a medicamentos em um contexto de crise ou de sanções econômicas, embora existam poucas evidências sobre a sua efetividade nessas situações (Kheirandish *et al.*, 2015). Entre os países da OECD, atribui-se à implementação dessas políticas a diminuição do ritmo de crescimento do gasto com medicamentos no período pós-2008. O vencimento de patentes farmacêuticas e a implementação de políticas para a contenção dos gastos são apontados como causas desta desaceleração. Entretanto, apesar das medidas adotadas,

19. Pelo orçamento não é possível verificar o gasto com cada medicamento segundo os três estágios da despesa: empenho, liquidação e pagamento. No Siasg, consta o valor empenhado com cada item, mas não o liquidado e o pago. Por isso, a porcentagem apresentada representa uma estimativa da participação do valor liquidado com esses medicamentos em relação ao gasto com medicamentos do Ministério da Saúde.

espera-se que os medicamentos de alto custo, geralmente protegidos por patentes, sejam os vetores principais do aumento do gasto com saúde nos próximos anos, tanto em razão do crescimento da demanda quanto pela incorporação de novos tratamentos (OECD, 2015).

Nos Estados Unidos, o gasto com medicamentos, excluindo a população de idosos, aumentou US\$ 14,9 bilhões (9,2%) entre 2005 e 2009, sendo que 52,3% deste aumento foi atribuído ao crescimento do gasto por compra, o que pode ser indicativo de aumento de preços dos produtos e da substituição de medicamentos mais baratos por outros mais caros. A elevação restante do gasto com medicamentos (47,7%) foi explicada pelo incremento do número de usuários e de compras por usuário (Blavin *et al.*, 2015). Em 2016, o gasto total com medicamentos considerando todos os setores do sistema de saúde foi de US\$ 448,2 bilhões, com crescimento de 5,8% em relação ao ano anterior. Embora a utilização de medicamentos já comercializados tenha reduzido em 1,7%, o aumento de 5,4% nos preços desses produtos e o gasto com novos medicamentos estão entre os fatores que influenciaram este incremento da despesa. Os cinco produtos de maior gasto foram: adalimumabe (US\$ 13,6 bilhões), insulina glargina (US\$ 10,1 bilhões), ledipasvir-sofosbuvir (US\$ 10,0 bilhões), etanercepte (US\$ 7,4 bilhões) e infliximabe (US\$ 5,3 bilhões)²⁰ (Schumock *et al.*, 2017).

No Canadá, o gasto com medicamentos órfãos, usados para tratar doenças raras, graves ou de baixa prevalência que carecem de tratamentos ou de tratamentos melhores comparados aos existentes, representou 3,3% a 5,6% do gasto total com medicamentos no período de 2007 a 2013 e foi considerado baixo. Em 2013, o gasto com medicamentos representou 16% do custo com saúde, aproximadamente US\$ 33,8 bilhões (Divino *et al.*, 2016).

Voltando ao Brasil, no período analisado, observa-se importante aumento das aplicações diretas do Ministério da Saúde e redução das transferências aos estados. Este movimento representa uma reversão do processo implementado no período de 2005 a 2009, no qual se verificou aumento das transferências aos entes subnacionais, que chegaram a representar 56,6% do gasto com medicamentos do governo federal

20. A indicação principal desses medicamentos é: adalimumabe, etanercepte e infliximabe para tratamento da artrite reumatoide; insulina glargina no tratamento da diabetes; e ledipasvir-sofosbuvir para hepatite C.

em 2009 (Vieira e Zucchi, 2013). A centralização da aquisição de medicamentos do componente especializado a partir de 2011 responde por parte do aumento das aplicações diretas do Ministério da Saúde, contribuindo ainda para esta elevação a incorporação de novos medicamentos, tanto a este componente quanto ao componente estratégico, e a judicialização.

No caso do componente especializado, a dinâmica anterior a 2009 era de repasse do Ministério da Saúde aos estados e ao Distrito Federal de valor fixo por unidade de fornecimento do medicamento (por comprimido, seringa etc.), em montante correspondente à quantidade dispensada pelo ente da Federação, que ficava responsável pelo cofinanciamento (estimado em 20%), pela aquisição e dispensação dos produtos (Carias, Vieira e Zucchi, 2011). Como o poder de compra pode ser maior ou menor a depender do estado, assim como havia problemas em vários deles quanto à capacidade de conduzir os processos de aquisição desses medicamentos, geralmente protegidos por patentes e com fornecedor único, o preço pago variava significativamente, resultando em descontentamento entre os estados, na medida em que sua coparticipação no financiamento dos medicamentos aumentava. Ademais, geravam-se ineficiências com esta dinâmica. Por isso, iniciou-se o processo de centralização da compra de parte dos itens desse componente no Ministério da Saúde, resultando na inauguração de novo pacto²¹ no tocante às competências das três esferas de governo na aquisição e dispensação desses medicamentos no SUS e na edição de portarias que estabelecem a mudança de responsabilidade da aquisição de determinados medicamentos.²²

Se, por um lado, esta medida é justificável e desejável do ponto de vista econômico, por outro, a manutenção da prescrição e da dispensação dos medicamentos sob a responsabilidade dos estados produz incentivo para o controle menos rígido dos requisitos para acesso aos medicamentos, estabelecidos por meio de protocolos clínicos e de diretrizes terapêuticas, uma vez que o financiamento e a aquisição ficam sob a

21. A Portaria nº 2.891/GM/MS, de 26 de novembro de 2009, aprova o componente especializado da assistência farmacêutica e estabelece a compra centralizada no Ministério da Saúde para um rol de medicamentos (47 itens). Posteriormente, ela foi revogada pela Portaria nº 1.554/GM/MS, de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução deste componente, mantendo a mesma dinâmica de aquisição centralizada, mas neste caso para uma lista maior de produtos (86 itens).

22. Ver, por exemplo: Portaria nº 2.079/GM/MS, de 1º de setembro de 2011; Portaria nº 1.103/GM/MS, de 28 de maio de 2012; Portaria nº 1.330/GM/MS, de 8 de setembro de 2015; Portaria nº 410/GM/MS, de 13 de abril de 2015; Portaria nº 1.398/GM/MS, de 7 de junho de 2017; e Portaria nº 1.399/GM/MS, de 7 de junho de 2017.

responsabilidade do governo federal. Isso pode explicar em parte o aumento do gasto com as aplicações diretas do Ministério da Saúde neste componente.

Outro fator que contribuiu para esse aumento foi a incorporação tecnológica, que também pode estar sendo reforçada pela judicialização. Uma vez que as incorporações recentes dizem respeito em sua maioria a novos medicamentos, como anti-infecciosos para uso sistêmico, antineoplásicos e agentes imunomoduladores (Caetano *et al.*, 2017), e parte desses produtos é incluída ou no grupo 1A do componente especializado ou no componente estratégico, o financiamento acaba ficando a cargo, exclusivamente, do Ministério da Saúde. Dessa forma, o número de medicamentos incorporados ao SUS aumentou nos últimos anos, mas com financiamento garantido pelo governo federal.

A centralização da compra de medicamentos do componente especializado no Ministério da Saúde pode ter contribuído significativamente para a redução do gasto das SES com medicamentos deste componente.²³ Na SES de Minas Gerais, identificou-se crescimento das despesas com medicamentos do componente básico (87,8%) e decorrentes de sentenças judiciais (307%), assim como queda do gasto com medicamentos do componente especializado (66,4%) entre 2009 e 2012 (Santos, 2014). Como no texto não está claro se os valores foram deflacionados, sendo valores correntes, tem-se que o crescimento real foi menor e a redução real maior do que a encontrada no estudo.

No caso do componente estratégico, verifica-se estabilização do gasto com medicamentos para tratamento de DSTs/Aids nos últimos sete anos, que pode estar relacionada à incorporação de poucos medicamentos e à redução dos custos de tratamento, seja pela produção pública seja pela diminuição dos preços no mercado. Em uma análise das compras do Ministério da Saúde junto ao setor privado no período de 2004 a 2007, observou-se que os medicamentos adquiridos pela primeira vez antes de 2007 custaram menos do que aqueles comprados após este ano, comprovando a redução do preço dos medicamentos incorporados há mais tempo (Luo *et al.*, 2014).

23. Como explicado anteriormente, a aquisição dos medicamentos ficava a cargo exclusivamente das SES até 2009. A partir de então, iniciou-se a centralização da compra de parte dos itens do componente pelo Ministério da Saúde.

Destaca-se ainda neste componente a elevação do gasto com imunobiológicos (64,7%) e hemoderivados (151,9%) entre 2010 e 2016. No primeiro caso, a decisão de incorporação de vacinas, como a vacina humana meningocócica conjugada do grupo C em 2009, a vacina humana pneumocócica polissacárida 10-valente conjugada em 2010 e a vacina humana anti-HPV tetravalente em 2013, pode ter contribuído significativamente para este aumento.²⁴ No segundo caso, a desvalorização do real frente ao dólar e a elevação do preço do fator VIII recombinante, objeto de Parceria para o Desenvolvimento Produtivo (PDP)²⁵ do Ministério da Saúde com a Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás) e a empresa Shire,²⁶ poderiam explicar o fato.

Quanto aos medicamentos do componente básico, vê-se a redução da participação do Ministério da Saúde no seu financiamento, especialmente por meio das transferências aos entes federados. É provável que também tenha contribuído para tanto a diminuição do preço das insulinas. Entre 2005 e 2008, as insulinas protamina neutra de Hagedorn (*neutral protamine* Hagedorn – NPH) e regular, adquiridas pelo Ministério da Saúde, tiveram redução de preços (81%) e aumento da quantidade adquirida (61%) (Aurea *et al.*, 2010). Outra questão que precisa ser investigada é o possível efeito de substituição do Farmácia Popular sobre o componente básico. Vale notar o acelerado crescimento do gasto com o programa entre 2010 e 2015, com redução apenas de 2015 para 2016, a qual pode estar relacionada à renegociação e consequente diminuição dos valores de

24. A aquisição de novas vacinas por meio do Fundo Rotatório da Organização Pan-Americana da Saúde explica em grande parte o aumento das transferências ao exterior para a compra de medicamentos. Mais informações disponíveis em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5300:mecanismos-da-opas-oms-garantem-ao-brasil-economia-na-compra-de-vacinas-e-medicamentos&Itemid=838>.

25. “São parcerias que envolvem a cooperação mediante acordo entre instituições públicas e entre instituições públicas e entidades privadas para desenvolvimento, transferência e absorção de tecnologia, produção, capacitação produtiva e tecnológica do país em produtos estratégicos para atendimento às demandas do SUS”. Disponível em: <<http://portals.saude.gov.br/ciencia-e-tecnologia-e-complexo-industrial/complexo-industrial/parceria-para-o-desenvolvimento-produtivo-pdp>>.

26. A Shire tem a exclusividade de fornecimento à Hemobrás do fator VIII recombinante para abastecimento do SUS, vendido em dólar, enquanto transfere à empresa brasileira o conhecimento de produção do medicamento. Ocorre que o cronograma desta PDP está atrasado e, passados cinco anos, a produção nacional ainda não se iniciou, o que resultou em cancelamento do acordo por parte do governo federal e em apresentação de proposta do ministério de levar a produção do medicamento para Maringá, cidade de origem do ministro da Saúde. Recentemente, o Tribunal de Contas da União determinou que o ministério deverá manter a parceria com a Shire. Importante destacar que a desvalorização cambial do real contribuiu para o aumento do preço de todos os medicamentos importados no período estudado. Para mais informações, ver Formenti e Cardoso (2017), Formenti (2017) e notícia disponível em: <https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2017/10/04/interna_nacional,906094/tcu-determina-retomada-de-acordo-para-producao-de-hemoderivados.shtml>.

ressarcimento para alguns medicamentos, assim como às mudanças nas regras de acesso (Brandão e Cazarré, 2016).

Não se podem descartar, por um lado, possíveis impactos da crise econômica para a diminuição do gasto dos estados e municípios com medicamentos e, por outro, a dificuldade de contenção desse gasto por parte da União, que teve aumento dessas despesas. De 2014 a 2016, as despesas com ASPS, em termos reais, caíram em todas as esferas de governo. Reduziram-se em 2% no caso da União, 7% para os estados e 3% para os municípios. A queda da arrecadação, resultando em diminuição da aplicação em saúde em todas as esferas, associada à intensa participação da União no financiamento de medicamentos usados na atenção básica – destacadamente por meio da Farmácia Popular – e no financiamento do componente especializado – cuja dispensação é feita em farmácias estaduais, com limitada ou nenhuma possibilidade de controle da demanda por parte do governo federal em ambos os casos –, pode explicar por que o gasto com medicamentos das secretarias estaduais e municipais caiu e o custo do Ministério da Saúde aumentou no mesmo período.

As questões discutidas neste texto explicitam a complexidade da garantia de acesso a medicamentos à população. Segundo Tobar (2008), em análise focada na América Latina, existem vários desafios para a provisão de medicamentos para a atenção primária, entre eles: *i)* a adesão dos prescritores às listas de medicamentos e a redução da variabilidade na prática clínica; *ii)* a agregação das compras públicas para obtenção de ganhos de escala; *iii)* a implementação de sistemas de informação para alocação de recursos e controle; e *iv)* a implementação de formulários terapêuticos, da dispensação de medicamentos como parte da atenção farmacêutica e de medidas para prevenir a automedicação. Essas são questões que não estão resolvidas no Brasil.

Ademais, outro grande desafio diz respeito à crise econômica atual e ao congelamento da aplicação mínima em ASPS do Ministério da Saúde em termos reais (Vieira e Benevides, 2016). A participação do gasto federal com medicamentos no gasto com ASPS subiu de 11% em 2010 para 16% em 2016. Considerando a pressão que os medicamentos impõem, dadas as questões anteriormente discutidas, e o teto de gasto, pode-se chegar a uma situação em que o gasto com medicamentos passa a comprometer mais significativamente a disponibilidade de recursos federais para a oferta de outros bens e serviços de saúde. No que se refere a estados e municípios,

parece que a crise econômica afetou com maior força o orçamento para medicamentos em 2016. As reduções observadas foram significativas, o que gera um alerta para as dificuldades que se seguirão nos próximos anos.

Entre as limitações deste estudo, destacam-se: o fato de que os dados de gasto do Farmácia Popular incluem a oferta de fraldas; a necessidade de estimar parte das despesas declaradas pelos gestores estaduais e municipais com medicamentos no Siops em 2016, uma vez que foram informadas juntamente com os gastos de outros bens para distribuição gratuita; 58 municípios que ainda não tinham declarado os gastos de 2016 no momento da consulta no Siops; e, por fim, a não inclusão dos valores relativos à oferta de quimioterápicos e de outros medicamentos utilizados nos hospitais da rede privada complementar ao SUS, financiados com recursos das três esferas de governo. Contudo, apesar dessas limitações, o estudo aporta uma contribuição significativa para a gestão da política de assistência farmacêutica e para o controle social do orçamento público em saúde. Recomenda-se a realização de estudos adicionais para entender a contribuição de cada fator que está dirigindo o aumento do gasto com medicamentos e para uma análise mais ampla sobre a eficácia e a efetividade da política pública de assistência farmacêutica no Brasil.

No apêndice, destacam-se os principais resultados e as considerações mais relevantes sobre eles em um esforço de síntese das ideias-chave deste texto.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, neste trabalho, verificou-se aumento importante do gasto com medicamentos do SUS nos últimos sete anos, com esforço especial do Ministério da Saúde. Este passou a executar diretamente a maior parcela do seu orçamento para a aquisição desses produtos, sendo os componentes especializado e estratégico os dominantes em termos de execução de despesa, cujo aumento pode estar sendo dirigido significativamente pela incorporação de novos medicamentos, judicialização da saúde e desvalorização cambial do real. Também contribuiu para esta elevação do gasto a ampliação do programa Farmácia Popular do Brasil, na medida do aumento da rede conveniada de farmácias e drogarias e da introdução da gratuidade na dispensação de medicamentos para tratamento da hipertensão arterial, diabetes e asma.

A fim de compreender melhor o alcance deste empenho, mais estudos precisam ser realizados para investigar em profundidade os determinantes do crescimento do gasto,²⁷ avaliando seu impacto para o aumento do acesso pela população, particularmente quanto à cobertura, se mais pessoas obtiveram os medicamentos de que necessitaram por meio do SUS, bem como para identificar oportunidades de melhoria na gestão dos recursos.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C.; MEDEIROS, M.; FEIJÓ, P. H. **Gestão de finanças públicas**. 2. ed. Brasília: Gestão Pública Editora e Treinamentos, 2008.

ALMEIDA, A. T. C. *et al.* **Avaliação econômica do Programa Farmácia Popular do Brasil**. Brasília: Ipea, 2017. (Relatório de pesquisa).

ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R. **Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiências**. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015.

AUREA, A. P. *et al.* Compras federais de medicamentos da assistência farmacêutica: evidências recentes. **Radar**, Brasília, v. 9, p. 12-18, 2010.

_____. **Programas de assistência farmacêutica do governo federal: estrutura atual, evolução dos gastos com medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005-2008**. Brasília: Ipea, 2011. (Texto para Discussão, n. 1658).

BIGDELI, M. *et al.* Access to medicines from a health system perspective. **Health Policy Plan**, London, v. 28, p. 692-704, 2013.

BLAVIN, F. *et al.* Trends in prescription drug spending leading up to health reform. **Medical Care Research and Review**, Thousand Oaks, v. 7, n. 4, p. 416-432, 2015.

BOING, A. C. *et al.* Influência dos gastos em saúde no empobrecimento de domicílios no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 797-807, 2014.

BRANDÃO, C. M. R. *et al.* Gastos do Ministério da Saúde do Brasil com medicamentos de alto custo: uma análise centrada no paciente. **Value Health**, Malden, v. 14, p. 71-77, 2011.

BRANDÃO, M.; CAZARRÉ, M. Novas regras podem reduzir estabelecimentos no Farmácia Popular, diz associação. **Agência Brasil**, Brasília, 5 fev. 2016.

27. Novos estudos podem investigar as variações das quantidades adquiridas pelo Ministério da Saúde e dos preços dos medicamentos ao longo dos anos, assim como o impacto da incorporação de novos medicamentos e da judicialização da saúde para o crescimento do gasto com medicamentos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, p. 13049, 19 dez. 1973. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5991.htm>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 529, de 30 de abril de 1999. Designa equipe para desenvolver projeto para implantação de um Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos para Saúde (Siops) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 16, 3 maio 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 1.163, de 11 de outubro de 2000. Implementa o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 27-28, 20 out. 2000, Seção 1.

_____. Ministério da Educação. Portaria MEC nº 6, de 20 de junho de 2006. Institui o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Educação (Siope) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 10, 21 jun. 2006, Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 45-50, 31 jan. 2007, Seção 1.

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 1-4, 16 jan. 2012, Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)**. Brasília: MS, 2013. (Série Economia da Saúde para a Gestão do SUS, eixo 2, v.1).

_____. Ministério da Saúde. **Programa Farmácia Popular do Brasil**. [s.l.]: SUS; Ministério da Saúde, dez. 2016. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2017/01/2-b.pdf>>.

_____. Ministério da Saúde. **Anuário estatístico do mercado farmacêutico 2015**. Brasília: Anvisa, 2017a.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de gestão 2016**. Brasília: MS, 2017b.

CAETANO, R. *et al.* Incorporação de novos medicamentos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS, 2012 a junho de 2016. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2513-2525, 2017.

CARIAS, C.; VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Medicamentos de dispensação excepcional: histórico e gastos do Ministério da Saúde do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 233-240, 2011.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, 2009.

DAVID, G.; ANDRELINO, A.; BEGHIN, N. **Direito a medicamentos**: avaliação das despesas com medicamentos no âmbito federal do Sistema Único de Saúde entre 2008 e 2015. Brasília: Inesc, 2016.

DIVINO, V. *et al.* Pharmaceutical expenditure on drugs for rare diseases in Canada: a historical (2007-13) and prospective (2014-18) Midas sales data analysis. **Orphanet Journal of Rare Diseases**, London, v. 11, n. 68, p. 1-8, 2016.

FERRAZ, O. L. M.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Dados**, v. 52, n. 1, p. 223-251, 2009.

FERREIRA, P. A. A. **Efeitos do co-pagamento de medicamentos sobre saúde no Brasil**: evidências do programa Aqui Tem Farmácia Popular. 2015. Tese (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

FORMENTI, L. Farmacêutica Shire vai apresentar proposta por parceria para produzir hemoderivado. **O Estado de S. Paulo**, 17 jul. 2017. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,farmacautica-shire-vai-apresentar-proposta-por-parceria-para-produzir-hemoderivado,70001894008>>.

FORMENTI, L.; CARDOSO, D. Ministério da Saúde suspende acordo para produção de hemoderivados. **O Estado de S. Paulo**, 14 jul. 2017. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ministerio-da-saude-suspende-acordo-para-producao-de-hemoderivados,70001891163>>.

FROSSARD, L. B. M.; OLIVEIRA, M. L. A. Acompanhamento orçamentário. **Revista Brasileira de Planejamento e Orçamento**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 123-131, 2013.

GARCIA, L. P. *et al.* Gastos das famílias brasileiras com medicamentos segundo a renda familiar: análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002-2003 e de 2008-2009. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1605-1616, 2013a.

_____. Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil: perfil e desigualdades dos gastos das famílias, segundo as Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009. Rio de Janeiro: Ipea, 2013b. (Texto para Discussão, n. 1839).

GARCIA, M. M.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; ACÚRCIO, F. A. Avaliação econômica dos Programas Rede Farmácia de Minas do SUS *versus* Farmácia Popular do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 221-233, 2017.

HENSHER, M.; TISDELL, J.; ZIMITAT, C. “Too much medicine”: insights and explanations from economic theory and research. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 176, p. 77-84, 2017.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-satélite de saúde Brasil: 2007-2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

_____. **Conta-satélite de saúde Brasil: 2010-2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

_____. **Conta-satélite de saúde Brasil: 2010-2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

KHEIRANDISH, M. *et al.* A review of pharmaceutical policies in response to economic crises and sanctions. **Journal of Research in Pharmacy Practice**, Mumbai, v. 4, n. 3, p. 115-122, 2015.

LUO, J. *et al.* Antiretroviral drug expenditure, pricing and judicial demand: an analysis of federal procurement data in Brazil from 2004-2011. **BMC Public Health**, London, v. 14, n. 367, p. 1-7, 2014.

LUZ, T. C. B. *et al.* Trends in medicines procurement by the Brazilian federal government from 2006 to 2013. **Policy Impact Collection**, San Francisco, v. 12, n. 4, 2017.

MAISONNEUVE, C. *et al.* The role of policy and institutions on health spending. **Health Economics**, Chichester, v. 26, n. 7, p. 825-856, 2017.

MARTINS, E. **Contabilidade de custos**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MENGUE, S. S. *et al.* Fontes de obtenção de medicamentos para tratamento de hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 2, p. 192-203, 2015.

OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Health at a glance 2015: OECD indicators**. Paris: OECD, 2015.

PWC BRASIL – PRICEWATERHOUSECOOPERS. **O setor farmacêutico no Brasil: panorama de mercado e tendências**. São Paulo: PwC Brasil, 2013.

SANTOS, M. M. A compra de medicamentos pela administração pública para atender sentença judicial: variação e desorganização do planejamento. **Revista do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais**, Belo Horizonte, p. 35-53, out./dez. 2014.

SCHUMOCK, G. T. *et al.* National trends in prescription drug expenditures and projections for 2017. **American Journal of Health System Pharmacy**, Bethesda, v. 74, p. 339-359, 2017.

SILVA, R. M.; CAETANO, R. Custos da assistência farmacêutica pública frente ao Programa Farmácia Popular. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 74, p. 1-11, 2016.

SILVEIRA, F. G.; OSORIO, R. G.; PIOLA, S. F. Os gastos das famílias com saúde. *In*: _____. (Org.). **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2007. v. 1.

TAVARES, N. U. L. *et al.* Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 2, 2016.

TOBAR, F. Lecciones aprendidas en la provisión de medicamentos para la atención primaria de la salud. **Salud Publica de México**, México, v. 50, n. 4, p. 463-469, 2008.

UNITED STATES OF AMERICA. Department of Commerce. **2016 top markets report pharmaceuticals**. Washington: ITA, 2017. Disponível em: <http://trade.gov/topmarkets/pdf/Pharmaceuticals_Executive_Summary.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2017.

VIEIRA, F. S. Garantia do direito à saúde, judicialização e o mito de que os recursos não são escassos: desafios atuais e futuros do Estado brasileiro. *In*: CONGRESSO DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO DE GESTÃO PÚBLICA, 9., 2016, Brasília. **Resumos...**, Brasília: Consad, 2016. Disponível em: <<http://consad.org.br/wp-content/uploads/2016/06/Painel-45-02.pdf>>. Acesso em: 2 jul. 2017.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 1-28, 2016.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F. **Restos a pagar de despesas com ações e serviços públicos de saúde da União**: impactos para o financiamento federal do Sistema Único de Saúde e para a elaboração das contas de saúde. Brasília: Ipea, 2016. (Texto para Discussão, n. 2225).

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 214-222, 2007.

_____. Financiamento da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 73-84, 2013.

VOGLER, S. *et al.* Pharmaceutical policies in a crisis? Challenges and solutions identified at the PPRI Conference. **Journal of Pharmaceutical Policy and Practice**, London, v. 9, n. 9, p. 1-5, 2016.

WORLD BANK. **Global stock-take of social accountability initiatives for budget transparency and monitoring**: key challenges and lessons learned. Washington: WBG, 2013.

YAMAUTI, S. M.; BARBERATO FILHO, S.; LOPES, L. C. Elenco de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 8, p. 1648-1662, 2015.

APÊNDICE

PRINCIPAIS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES DO ESTUDO

- 1) O gasto do Sistema Único de Saúde (SUS) com medicamentos nas três esferas de governo passou, em termos reais, de R\$ 14,3 bilhões em 2010 para quase R\$ 20 bilhões em 2015 (crescimento de 40%), caindo para R\$ 18,6 bilhões em 2016 (-7% nos últimos dois anos). Entre 2010 e 2016, registrou crescimento de 30%.
- 2) Houve queda do gasto dos estados e do Distrito Federal (-27%) e dos municípios (-23%), mas aumento das despesas do governo federal (53%) entre 2010 e 2016. A redução do gasto das esferas subnacionais foi proeminente em 2016 em relação a 2015, registrando queda de 49% para os estados e o Distrito Federal, e de 43% para os municípios. Entre os últimos dois anos, o gasto do governo federal cresceu 8%.
- 3) A crise econômica pode ter contribuído para a diminuição do gasto dos estados e municípios com medicamentos, considerando a queda da arrecadação e a redução da aplicação dos entes da Federação em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) entre 2014 e 2016.
- 4) A grande participação da União no financiamento de medicamentos usados na atenção básica – destacadamente por meio do Farmácia Popular – e no financiamento do componente especializado pode explicar por que o gasto com medicamentos dos estados e dos municípios caiu e o do Ministério da Saúde aumentou no período de 2014 a 2016.
- 5) Entre 2010 e 2016, houve redução das transferências do Ministério da Saúde para estados e Distrito Federal (-79%), bem como para os municípios (-32%), e aumento das transferências ao exterior (621%) e das aplicações diretas (210%).
- 6) O aumento das aplicações diretas do Ministério da Saúde e a redução das transferências, especialmente para os estados, revelam reversão do processo de descentralização da aquisição de medicamentos do período de 2005 a 2009, particularmente no tocante ao componente especializado, resultando na inauguração de novo pacto quanto às competências das três esferas de governo na aquisição e dispensação desses medicamentos no SUS, com centralização da compra de vários destes no governo federal.
- 7) As transferências ao exterior aumentaram, principalmente em decorrência da aquisição de novas vacinas incorporadas ao SUS mais recentemente que são compradas por meio de organismo internacional.

- 8) O gasto com o Farmácia Popular e com o componente estratégico destacou-se pela magnitude do seu crescimento entre 2010 e 2016, 580% e 53%, respectivamente, sendo que, no mesmo período, o componente especializado cresceu 36% e o componente básico sofreu redução de 25% em termos reais.
- 9) O aumento do gasto com o Farmácia Popular pode ser explicado em grande medida pela ampliação do credenciamento de estabelecimentos farmacêuticos privados, com a criação da vertente Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP) em 2006, e, especialmente, pela introdução da gratuidade na dispensação de medicamentos para tratamento da hipertensão, diabetes e asma, em 2011, iniciativa que foi chamada de Saúde Não Tem Preço (SNTTP), o que aumentou a demanda pelo programa.
- 10) No âmbito do componente estratégico, o gasto com medicamentos para o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)/Aids praticamente não variou (0,43%, de R\$ 912,2 milhões para R\$ 916,1 milhões em valores de 2016); houve crescimento das despesas com imunobiológicos (64,7%, passando de R\$ 1,7 bilhão para R\$ 2,8 bilhões) e com hemoderivados (151,9%, de R\$ 435,9 milhões para R\$ 1,1 bilhão), havendo decréscimo do gasto com os demais medicamentos (-9,6%, de R\$ 215,1 milhões para R\$ 194,4 milhões).
- 11) Os dez produtos farmacêuticos de maior gasto do Ministério da Saúde com a compra direta consumiram R\$ 4,7 bilhões em 2016, o que corresponde a aproximadamente 30% do gasto com medicamentos (R\$ 15,5 bilhões) do ministério. Entre eles constam: um medicamento que foi adquirido devido a ações judiciais (eculizumabe – R\$ 376,6 milhões), dois produtos incorporados ao SUS recentemente (sofosbuvir – R\$ 510,5 milhões; e a vacina anti-HPV – R\$ 288,4 milhões), três medicamentos utilizados principalmente no tratamento da artrite reumatoide (adalimumabe – R\$ 621,9 milhões; etanercepte – R\$ 322 milhões; e infliximabe – R\$ 298,5 milhões) e um hemoderivado (fator VIII – R\$ 471,5 milhões).
- 12) A incorporação tecnológica e as ações judiciais de medicamentos são importantes fatores para o aumento do gasto com os componentes especializado e estratégico.
- 13) A participação do gasto com medicamentos no gasto com ASPS do governo federal aumentou de 11% para 16% entre 2010 e 2016. O gasto com medicamentos do Ministério da Saúde cresceu, em termos reais, 52,9% (de R\$ 10,2 bilhões para R\$ 15,5 bilhões), e seu gasto com ASPS aumentou 6,3% (de R\$ 93,3 bilhões para R\$ 99,2 bilhões) no mesmo período.
- 14) Assim, o gasto com medicamentos poderá comprometer parcelas mais significativas do orçamento do Ministério da Saúde, o que possivelmente reduzirá a disponibilidade de recursos para a oferta de outros bens e serviços de saúde à população, dada a vigência do teto de gasto no governo federal.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Assessoria de Imprensa e Comunicação

EDITORIAL

Coordenação

Cláudio Passos de Oliveira

Supervisão

Andrea Bossle de Abreu

Revisão

Carlos Eduardo Gonçalves de Melo
Elaine Oliveira Couto
Lara Alves dos Santos Ferreira de Souza
Luciana Nogueira Duarte
Mariana Silva de Lima
Vivian Barros Volotão Santos
Bruna Oliveira Ranquine da Rocha (estagiária)
Cynthia Neves Guilhon (estagiária)

Editoração

Aline Cristine Torres da Silva Martins
Carlos Henrique Santos Vianna
Mayana Mendes de Mattos (estagiária)
Vinícius Arruda de Souza (estagiário)

Capa

Danielle de Oliveira Ayres
Flaviane Dias de Sant'ana

Projeto Gráfico

Renato Rodrigues Bueno

*The manuscripts in languages other than Portuguese
published herein have not been proofread.*

Livraria Ipea

SBS – Quadra 1 - Bloco J - Ed. BNDES, Térreo.
70076-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 2026-5336
Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Missão do Ipea

Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DO
**PLANEJAMENTO,
DESENVOLVIMENTO E GESTÃO**



ISSN 1415-4765

