ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Aurea, Adriana Pacheco; de Magalhães, Luís Carlos G.; Garcia, Leila Posenato; dos Santos, Carolina Fernandes; de Almeida, Raquel Filgueiras

Working Paper

Programas de assistência farmacêutica do governo federal: Estrutura atual, evolução dos gastos com medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005-2008

Texto para Discussão, No. 1658

Provided in Cooperation with:
Institute of Applied Economic Research (ipea), Brasília

Suggested Citation: Aurea, Adriana Pacheco; de Magalhães, Luís Carlos G.; Garcia, Leila Posenato; dos Santos, Carolina Fernandes; de Almeida, Raquel Filgueiras (2011) : Programas de assistência farmacêutica do governo federal: Estrutura atual, evolução dos gastos com medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005-2008, Texto para Discussão, No. 1658, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/91233

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.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

1658
TEXTO PARA DISCUSSÃO

ipea

PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO GOVERNO FEDERAL: ESTRUTURA ATUAL, EVOLUÇÃO DOS GASTOS COM MEDICAMENTOS E PRIMEIRAS EVIDÊNCIAS DE SUA EFICIÊNCIA, 2005-2008

Adriana Pacheco Aurea
Luís Carlos G. de Magalhães
Leila Posenato Garcia
Carolina Fernandes dos Santos
Raquel Filgueiras de Almeida

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

1658
TEXTO PARA DISCUSSÃO
Brasília, agosto de 2011

PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO GOVERNO FEDERAL: ESTRUTURA ATUAL, EVOLUÇÃO DOS GASTOS COM MEDICAMENTOS E PRIMEIRAS EVIDÊNCIAS DE SUA EFICIÊNCIA, 2005-2008

Adriana Pacheco Aurea*
Luís Carlos G. de Magalhães**
Leila Posenato Garcia***
Carolina Fernandes dos Santos****
Raquel Filgueiras de Almeida****

* Consultora do Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento (DESD) do Ministério da Saúde (MS).
** Técnico de Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação, Regulação e Infraestrutura (Diset) do Ipea, atualmente cedido à Assessoria Técnica Partidária da Câmara dos Deputados Federal.
*** Técnica de Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea.
**** Assistente de Pesquisa da Diset/Ipea.

Governo Federal

Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República
Ministro Wellington Moreira Franco

ipea **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**

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

Presidente
Marcio Pochmann

Diretor de Desenvolvimento Institucional
Geová Parente Farias

Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais, Substituto
Marcos Antonio Macedo Cintra

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

Diretora de Estudos e Políticas Macroeconômicas
Vanessa Petrelli de Correa

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais
Francisco de Assis Costa

Diretor de Estudos e Políticas Setoriais, de Inovação, Regulação e Infraestrutura, Substituto
Carlos Eduardo Fernandez da Silveira

Diretor de Estudos e Políticas Sociais
Jorge Abrahão de Castro

Chefe de Gabinete
Fabio de Sá e Silva

Assessor-chefe de Imprensa e Comunicação
Daniel Castro

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.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade do(s) autor(es), não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.

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

ISSN 1415-4765

JEL: I18.

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO 7

2 A ESTRUTURA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO BRASIL: MARCO LEGAL, BASES CONCEITUAIS E COMPETÊNCIA DE FINANCIAMENTO 11

3 ESTRUTURA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO BRASIL: COMPONENTES E PROGRAMAS 16

4 METODOLOGIA 23

5 GASTOS COM SAÚDE E GASTOS COM A COMPRA DIRETA DE MEDICAMENTOS PARA A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO GOVERNO FEDERAL: EVOLUÇÃO E PRINCIPAIS TENDÊNCIAS 29

6 GASTOS FEDERAIS COM A COMPRA DIRETA, SEGUNDO COMPONENTE E PROGRAMA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA 42

7 EFICIÊNCIA DAS COMPRAS FEDERAIS DE MEDICAMENTOS: EVIDÊNCIAS PRELIMINARES DE PROGRAMAS SELECIONADOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE 55

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....61

REFERÊNCIAS 64

SINOPSE

O direito à saúde, previsto na Constituição brasileira, inclui o acesso a medicamentos por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Os programas de assistência farmacêutica do SUS são muitas vezes a única forma de obtenção de medicamentos para grande parte da população brasileira. Os gastos com esses programas exercem pressões potencialmente explosivas sobre os recursos públicos destinados à saúde. Dada a importância da assistência farmacêutica pública para a saúde da população brasileira, o objetivo principal deste estudo é analisar a evolução recente das compras de medicamentos do governo federal para seus programas de assistência farmacêutica, no período 2004-2008. Também foi feito um exercício inicial para avaliar se houve eficiência nas licitações realizadas pelo governo federal, no período 2005-2009, para a aquisição de medicamentos de dois programas de assistência farmacêutica: coagulopatias hereditárias e diabetes. Foram utilizadas bases de dados pouco exploradas para esta finalidade. Os valores dos gastos para aquisição de medicamentos por meio de licitações foram obtidos a partir dos registros do Sistema de Administração de Serviços Gerais (SIASG). Observou-se que os gastos com aquisição de medicamentos, pelo menos daqueles que fazem parte dos programas de assistência farmacêutica sob responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) e cujas compras são centralizadas na União, apresentaram uma relativa estabilidade, entre 2005 e 2008. As evidências encontradas indicam possível concentração das aquisições de determinados medicamentos no tempo. Existem indicações – que não devem ser generalizadas apressadamente – de que alguns programas específicos de assistência farmacêutica que são de responsabilidade do MS têm obtido ganhos de eficiência não desprezíveis. Um exemplo é o caso das aquisições de insulina humana NPH, que mantiveram as quantidades relativamente constantes, mas lograram uma redução no valor total da aquisição, decorrente de uma diminuição no preço unitário do medicamento. Isso pode ajudar a explicar o fato de que, apesar da relativa estabilidade dos gastos do governo federal com aquisição de medicamentos, a assistência farmacêutica pública federal parece estar conseguindo ampliar a cobertura.

ABSTRACT[i]

Health care, including access to medicines, is granted as a citizen's right by the Brazilian Constitution through a national health system called Unified Health System (SUS). The Pharmaceutical Care Programmes of SUS are, quite often, the only way a large part of the population has to obtain medication. These programmes exert strong pressure on the public health resources. Due to the importance of the Pharmaceutical Care for the Brazilian population, the main objective of this study is to analyse the federal government purchase of medicines over the period 2004-2008. This study also includes a preliminary exercise in order to evaluate federal government bidding efficiency in the purchase of medicines, over the period 2005-2009, considering the pharmaceutical care programmes of Hereditary Coagulopathies and Diabetes. The main database used in the study, although extremely useful, has been rarely applied for such purpose. Expenditure values of medicines purchased through bidding were obtained from the records of a system of the federal government called Sistema de Administração de Serviços Gerais (SIASG). The spending on procurement of medicines, at least those that are part of the pharmaceutical care programmes under the responsibility of the Ministry of Health and whose purchases are centralized, showed relative stability over the period 2005-2008. The study found evidences pointing to the possibility of purchase concentration of certain medicines over the time. There are indications – that should not be hastily generalised – that some pharmaceutical care programmes that are under the responsibility of the Ministry of Health have achieved efficiency gains that are not negligible. For example, while the quantities of NPH human insulin acquired over the period remained relatively constant, its total expenditure reduced due to the decrease in the price paid per unit purchased. It may help to explain the fact that, despite the relative stability of federal spending on the purchase of medicines, pharmaceutical care under the responsibility of the Ministry of Health seems to have expanded its coverage.

i. As versões em língua inglesa das sinopses desta coleção não são objeto de revisão pelo Editorial do Ipea.
The versions in English of the abstracts of this series have not been edited by Ipea's editorial department.

1 INTRODUÇÃO

Uma das formas em que se manifesta a desigualdade que marca a sociedade brasileira é o acesso também desigual a bens e serviços de saúde. Em razão disso, a disponibilidade desses bens e serviços essenciais, na qual se incluem os medicamentos para a população brasileira, principalmente a mais pobre, deve ser uma preocupação permanente das políticas públicas voltadas para a saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 pela Constituição Federal, tem como diretrizes a universalização do acesso com equidade e a integralidade das ações e dos serviços de saúde. O direito à assistência farmacêutica (AF) é previsto no SUS, mas a política de assistência farmacêutica foi definida apenas em 1998, com a publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM).[1] Entretanto, em contraposição à consolidação da política de assistência farmacêutica pública, a década de 1990 foi marcada, do lado da oferta, pela desarticulação dos instrumentos de incentivo à produção nacional de fármacos e medicamentos.

Em 1990, foi extinto o Anexo C da Carteira de Comércio Exterior (Cacex), que garantia a reserva de mercado para a produção farmacêutica nacional. O desincentivo à indústria farmacêutica doméstica foi ampliado pela redução significativa da proteção tarifária para a importação de princípios ativos e medicamentos prontos. A tarifa média efetiva de importação da indústria farmacêutica caiu de 35,8% para 3%, entre 1990 e 1994 (KUME; PIANE; SOUZA, 2003, p. 28).

A redução da proteção não tarifária e tarifária foi ainda acompanhada pelo fim da Central de Medicamentos (Ceme),[2] que centralizava as compras públicas – e pela

1. Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998.

2. A Ceme foi criada por meio do Decreto nº de 25 de junho de 1971, instituída como órgão da presidência da República, com as funções de regular a produção e a distribuição de medicamentos dos laboratórios farmacêuticos subordinados ou vinculados a ministérios, inclusive para estados e municípios.

aprovação da Lei nº 9.279/1996, que permitiu a proteção patentária para os princípios ativos dos medicamentos, inclusive adotando o instituto do *pipeline*.[3]

Outra política implantada na década de 1990 foi a redução dos controles administrativos pelos quais o governo intervinha na fixação dos preços dos medicamentos. O resultado foi que a variação dos preços dos medicamentos, principalmente após o Plano Real, tendeu a ser superior ao índice da inflação,[4] o que reduziu o poder de compra da população e elevou os gastos com a assistência farmacêutica pública. Somente com a criação da Câmara de Medicamentos e a adoção da fórmula paramétrica de reajuste de preços de medicamentos, no fim de 2000,[5] é que se restabeleceu maior controle dos preços dos medicamentos.

O efeito da desarticulação dos instrumentos de fomento à indústria farmacêutica doméstica, sobretudo em sua etapa farmoquímica, responsável pela produção dos princípios ativos dos medicamentos, não pode ser subestimado. A importação de farmoquímicos passou de US$ 750 milhões para quase US$ 1,8 bilhão, entre 1990 e 2000 (MAGALHÃES *et al.*, p. 17, 2003). Estima-se que o mercado brasileiro de farmoquímicos atendido pela produção nacional era de apenas 18% em 1999. Esse número se reduziu ainda mais, atingindo 16% em 2006 (MOYSES JR.; LEAL; FARIAS, 2008, p. 13).

A combinação da dependência externa de fornecimento de farmoquímicos, em especial os princípios ativos, a redução dos mecanismos de controle de preços e a crescente institucionalização do SUS, no que tange ao componente de assistência farmacêutica,[6] exerceu pressão para a ampliação dos recursos federais destinados à compra de medicamentos.

3. Mecanismo que garante a proteção patentária de princípios ativos que se encontravam em fase de testes laboratoriais, pré-clínicos ou clínicos, cujos pedidos de patentes não tinham sido ainda depositados no Brasil (SCHOLZE, 2002, p. 110-113).

4. Entre janeiro de 1997 e outubro de 1998, os preços de medicamento foram totalmente liberados, o resultado foi um aumento real de 221% acima da inflação. Para uma discussão do comportamento dos preços dos medicamentos ao longo da década de 1990, ver Magalhães (2006, p. 175-178).

5. Medida Provisória nº 2.063, de dezembro de 2000.

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

A desvalorização cambial, no início de 1999, deixou claro o risco que aquela combinação criava para a sustentabilidade da política de compras públicas de medicamentos para o SUS.

Por outro lado, a expectativa criada pela Lei nº 9.787/1999 (Lei dos Genéricos) apresentou limitações no que diz respeito à ampliação do acesso da população de mais baixa renda aos medicamentos. É verdade que o lançamento dos genéricos reduziu o preço médio dos medicamentos nos mercados relevantes que concorrem. Entretanto, isto não implicou necessariamente, para a população de menor renda, o aumento do consumo atendido pela oferta privada de medicamentos genéricos, em razão de restrições à concorrência no mercado de especialidades farmacêuticas.

Os medicamentos genéricos entrantes fixam seu preço tomando aquele do medicamento de referência. Como estes apresentam margens extremamente altas, mesmo com a redução do preço médio, os genéricos ainda mantêm margens expressivas, o que lhes permite financiar campanhas de *marketing* com o objetivo de reforçar as marcas, junto a médicos, distribuidores e farmácias. O resultado desta estratégia é atenuar a competição por preços e reforçar a competição por diferenciação de produto, o que limita o acesso da população de menor renda aos genéricos (FRENKEL, 2008, p. 125-131).

Desta forma, os programas de assistência farmacêutica do SUS, com todas as dificuldades do lado da oferta, em razão de uma base produtiva doméstica fragilizada, têm um papel central para garantir o acesso a medicamentos. Muitas vezes esses programas são a única forma de obtenção para as famílias mais pobres. Mesmo para a população de maior renda, é o fornecimento público que garante o acesso a tratamentos medicamentosos de alto custo.

O financiamento dos programas de assistência farmacêutica públicos é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS: União, estados e municípios. A alocação de recursos federais para o financiamento da aquisição de medicamentos e insumos é realizada pelo Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, que compreende três componentes:[7] *i*) Componente Básico da Assistência Farmacêutica;

7. Estes componentes e os programas que os compõem são discutidos de forma mais detalhada neste trabalho.

ii) Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; e *iii*) Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Como veremos neste trabalho, cada componente destina recursos para financiamento de um ou mais programas ou ações e possui características próprias quanto ao planejamento e à execução. A União é corresponsável pelo financiamento do componente básico e do especializado com os estados e os municípios e a única responsável pelo financiamento do componente estratégico.

O objetivo principal deste estudo é analisar a evolução recente das compras de medicamentos do governo federal para seus programas de assistência farmacêutica. Esta análise considera a participação das compras federais de medicamentos no total do gasto federal com saúde. É também considerada a participação das três esferas de governo no gasto com os programas de assistência farmacêutica pública. São analisados os programas específicos de assistência farmacêutica nos quais a compra é de responsabilidade direta do Ministério da Saúde (MS). Por fim, procura-se avaliar evidências, mesmo que preliminares, de ganhos de eficiência dos gastos com a assistência farmacêutica de responsabilidade do governo federal, no período de 2005 a 2008.

Utilizaram-se para o cômputo dos gastos com aquisição federal de medicamentos, bases de dados pouco exploradas para este fim. Os valores dos gastos para a aquisição de medicamentos por meio de licitações foram obtidos a partir dos registros do Sistema de Administração de Serviços Gerais (SIASG),[8] que constituiu uma das bases de dados utilizada neste estudo.

Este trabalho está dividido em oito seções, incluindo esta introdução. A seção 2 discute de forma sucinta a estrutura dos programas de assistência farmacêutica no que tange ao marco legal que regula esses programas, suas bases conceituais e competência pelo financiamento.

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

A seção 3 descreve os três componentes da assistência farmacêutica (BRASIL, 2009b): básico, estratégico e especializado, além dos respectivos programas de cada componente.

Na seção 4, é descrita a metodologia e são apresentadas as fontes de dados. A seção 5 analisa a evolução do gasto federal com as ações e os serviços de saúde e com aquisição direta de medicamentos, entre 2005 e 2008. Procura-se, também, avaliar a evolução das compras federais de medicamentos, discriminando as compras efetuadas pelo MS daquelas realizadas por outros órgãos da União. Ainda é apresentada a evolução do gasto público com o financiamento da assistência farmacêutica segundo esfera de governo: União, estados e municípios. Por último, discute-se o comportamento do gasto com medicamentos conforme os programas de assistência farmacêutica de responsabilidade do MS.

A seção 6 detalha os gastos com a aquisição direta de medicamentos para os programas da assistência farmacêutica de cada componente, de forma a discriminar quais medicamentos são ofertados pelo programa, seu preço e as respectivas quantidades compradas.

A seção 7 apresenta evidências preliminares sobre os ganhos de eficiência – redução de custo por mesma quantidade de unidades farmacêuticas – de programas da assistência farmacêutica selecionados, nos quais as compras são de competência federal e realizadas pelo MS. E, por fim, são apresentadas e discutidas as principais conclusões.

2 A ESTRUTURA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO BRASIL: MARCO LEGAL, BASES CONCEITUAIS E COMPETÊNCIA DE FINANCIAMENTO

Apesar de a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, estar prevista na Lei nº 8.080/1990, que regulamenta o SUS (BRASIL, 1990), apenas em 1998 foi aprovada a Política Nacional de Medicamentos (PNM) com o propósito de garantir a segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (BRASIL, 1998).[9]

9. Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998.

Em 2004, foi aprovada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, atualmente em vigor (BRASIL, 2004b). No âmbito desta política, a assistência farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional.

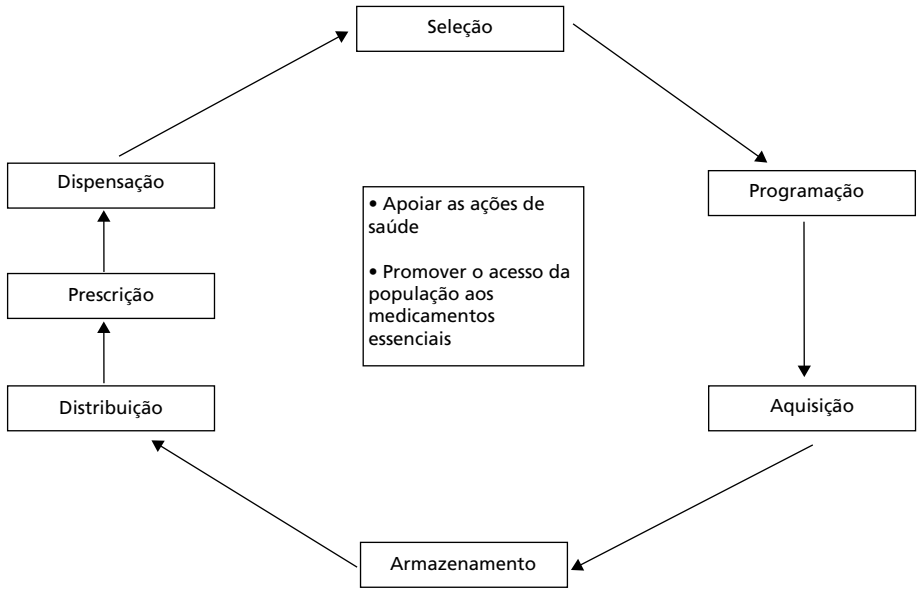
De acordo com a Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004b), a assistência farmacêutica é definida como:

> 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 ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004b).

A assistência farmacêutica deve apoiar as ações de saúde, promovendo o acesso da população aos medicamentos e seu uso racional. Para isso, é fundamental analisar o ciclo da assistência farmacêutica (BRASIL, 2006b).

O ciclo da assistência farmacêutica, apresentado na figura 1, é um sistema constituído pelas etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, com suas interfaces nas ações de atenção à saúde.

FIGURA 1
Ciclo da assistência farmacêutica



Fonte: Brasil (2006b) com adaptações.

A seleção é o processo de escolha de medicamentos, baseada em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos, visando assegurar medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos, com a finalidade de racionalizar seu uso, harmonizar condutas terapêuticas, direcionar o processo de aquisição, produção e políticas farmacêuticas. É a atividade fundamental na assistência farmacêutica, pois é a partir da seleção que são desenvolvidas as demais atividades. É um processo dinâmico e participativo, que precisa ser bem articulado e deve envolver a maior representatividade de especialidades médicas e profissionais da saúde (BRASIL, 2006b).

A programação consiste em estimar quantidades a serem adquiridas para o atendimento a determinada demanda dos serviços, por determinado período de tempo. A programação inadequada reflete diretamente sobre o abastecimento e o acesso ao medicamento (BRASIL, 2006b).

A aquisição consiste em um conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva o processo de compra dos medicamentos, de acordo com uma programação estabelecida, com o objetivo de suprir necessidades de medicamentos, quantidade, qualidade, custo-efetividade e manter a regularidade do sistema de abastecimento (BRASIL, 2006b).

O armazenamento é um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que tem por finalidade assegurar as condições adequadas de conservação dos produtos (BRASIL, 2006b).

A distribuição consiste no suprimento de medicamentos às unidades de saúde em quantidade, qualidade e tempo oportuno. A distribuição de medicamentos deve garantir rapidez e segurança na entrega, eficiência no controle e informação (BRASIL, 2006b).

Dispensação é o ato profissional farmacêutico, que consiste em proporcionar um ou mais medicamentos, em resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento (BRASIL, 2006b).

O financiamento da assistência farmacêutica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS: União, estados e municípios. O repasse de recursos federais, conforme regulamentado pela Portaria GM/MS nº 2.048, de 3 de setembro de 2009, é realizado na forma de blocos de financiamento (BRASIL, 2009b). Estes blocos são constituídos por cinco componentes, definidos conforme suas especificidades de ações e serviços de saúde pactuados, a saber: *i*) atenção básica; *ii*) média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial; *iii*) vigilância em saúde; *iv*) assistência farmacêutica; e *v*) gestão do SUS.

A aquisição de medicamentos e insumos é financiada por meio do bloco de financiamento da assistência farmacêutica, constituído por três componentes (BRASIL, 2009b): *i*) básico; *ii*) estratégico; e *iii*) especializado.[10]

O quadro 1 apresenta um resumo sobre os componentes do bloco de financiamento da assistência farmacêutica, seus programas e a esfera responsável pelo financiamento.

10. Conforme a Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009, o componente de medicamentos de dispensação excepcional é alterado e passa a ser chamado componente especializado da assistência farmacêutica.

QUADRO 1
Componentes do bloco de financiamento da assistência farmacêutica, programas e esferas responsáveis pelo financiamento[1]

Componentes do bloco de financiamento da assistência farmacêutica	Programas de assistência farmacêutica	Esfera responsável pelo financiamento
Componente básico	Atenção básica – elenco de referência	União, estados e municípios
	Hipertensão e diabetes	União, estados e municípios
	Insulina humana	União, estados e municípios
	Insumos para insulinodependentes	
	Asma e rinite	União, estados e municípios
	Saúde mental	União, estados e municípios
	Saúde da mulher	União
	Contraceptivos e correlatos	
	Alimentação e nutrição[2]	União, estados e municípios
	Combate ao tabagismo[2]	União, estados e municípios
Componente estratégico	Controle das endemias	União
	DST/AIDS[3] – antirretrovirais	União
	Sangue e hemoderivados	União
	Imunobiológicos	União
Componente especializado	Componente especializado	União e estados

Notas: [1] Portaria GM/MS nº 2.048, de 3 de setembro de 2009; Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007; Portaria GM/MS nº 3.237, de 24 de dezembro de 2007; Portaria GM/MS nº 298, de 26 de novembro de 2009; e Portaria GM/MS nº 2.084, de 28 de outubro de 2005.
[2] Os medicamentos e os insumos para o combate ao tabagismo e para alimentação e nutrição passaram a integrar o componente estratégico, a partir de 2008 (Portaria GM/MS nº 3.237, de 24 de dezembro de 2007).
[3] Doenças sexualmente transmissíveis/síndrome da imunodeficiência adquirida.
Obs.: Modificado do trabalho de Fabíola Sulpino Vieria, não publicado, elaborado para o Grupo Contas Satélite de Saúde.

Cada componente é destinado ao financiamento de um ou mais programas ou ações e possui características próprias quanto ao planejamento e à execução de cada uma das etapas do ciclo da assistência farmacêutica. Essas características são determinadas por normas e portarias do MS. As características técnicas são elaboradas conforme recomendações de protocolos nacionais e internacionais de tratamento e controle. As características financeiras são determinadas por pactuações realizadas entre o MS e seus órgãos colegiados.

É importante frisar que o financiamento público da assistência farmacêutica possibilita o acesso a medicamentos a uma parcela importante da população brasileira. Além disso, existem evidências da sua natureza progressiva, uma vez que é a população de menor renda que faz mais uso do fornecimento público de medicamentos. Por outro lado, as famílias mais ricas gastam mais com a aquisição privada de medicamentos do que as mais pobres. Entretanto, exatamente as famílias mais pobres, que gastam muito menos com medicamentos que as famílias mais abastadas, em termos absolutos, são aquelas que proporcionalmente comprometem muito mais a renda familiar na aquisição com esses bens essenciais (IPEA, 2010a).

Também existem indicações de que, a partir da década de 1990, o consumo *per capita* de medicamentos atendido pelo mercado privado se reduziu, ou, na melhor das hipóteses, ficou estagnado – caso se acredite que tenha ocorrido a introdução de medicamentos mais eficientes – por quase duas décadas. No entanto, a não ampliação do acesso aos medicamentos pela oferta privada não foi acompanhada pela deterioração dos indicadores de saúde pública brasileiros. Ao contrário, vários desses indicadores têm apresentado melhoria continua. Isto corrobora a importância da assistência farmacêutica pública para a saúde da população brasileira (IPEA, 2010a).

3 ESTRUTURA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO BRASIL: COMPONENTES E PROGRAMAS

Cada um dos três componentes do bloco de financiamento da assistência farmacêutica (básico, estratégico e especializado) engloba um conjunto de programas para agravos específicos.

3.1 COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O componente básico da assistência farmacêutica é destinado ao custeio de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e daqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, também no âmbito da atenção básica.

O elenco de referência dos medicamentos e dos insumos do componente básico da assistência farmacêutica é definido por portarias do MS e é frequentemente atualizado. Os medicamentos que compõem esse elenco são integrantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) vigente.

O componente básico da assistência farmacêutica é composto por uma parte financeira fixa e uma parte financeira variável. A primeira parte consiste em um valor *per capita* destinado à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica em atenção básica, transferido aos estados, ao Distrito Federal e/ou aos municípios. Os valores mínimos a serem aplicados na aquisição de medicamentos, por habitante/ano, de responsabilidade da União, dos estados

e dos municípios são atualizados por meio de portarias do MS. A execução desses recursos – ou seja, a aquisição, a distribuição e a dispensação – é de responsabilidade dos municípios e do Distrito Federal. Os recursos são repassados mensalmente, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais ou Municipais de Saúde, com contrapartida conforme as pactuações realizadas no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) (BRASIL, 2009b).

A parte financeira variável consiste em valores *per capita* destinados à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica dos programas de hipertensão e diabetes, asma e rinite, saúde mental, saúde da mulher, alimentação e nutrição e combate ao tabagismo (BRASIL, 2009b). Entretanto, a partir de 2008, os medicamentos e os insumos para combate ao tabagismo e para alimentação e nutrição passaram a integrar o componente estratégico (Portaria GM/MS nº 3.237, de 24 de dezembro de 2007).

Os recursos da parte variável referentes a medicamentos para os programas de asma e rinite e de hipertensão e diabetes devem ser descentralizados para os estados, o Distrito Federal ou os municípios, conforme pactuação na CIB. Os demais recursos da parte variável poderão ser executados de maneira centralizada pelo MS ou descentralizados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2010).

Atualmente, o MS é responsável integralmente pelo financiamento, pela aquisição e pela distribuição, para os estados e o Distrito Federal, das insulinas do programa de diabetes e contraceptivos e insumos do programa de saúde da mulher.

Os recursos destinados ao medicamento insulina humana, do grupo de medicamentos do programa de hipertensão e diabetes, são executados centralizadamente pelo MS (BRASIL, 2009b). Entretanto, o financiamento dos insumos disponibilizados para insulinodependentes, que incluem seringa com agulha acoplada, tiras reagentes e lancetas para realização do teste glicêmico são de responsabilidade dos estados e do Distrito Federal. O valor mínimo por habitante/ano para cada esfera de gestão do SUS também é definido por meio de portarias do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2010).

O valor dos repasses é feito com base nas estimativas populacionais realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2010).

Os programas cuja aquisição de medicamentos está contemplada no componente básico da assistência farmacêutica são sucintamente descritos a seguir.

3.1.1 PROGRAMA: HIPERTENSÃO E DIABETES

O Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*, foi instituído pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 371, de 4 de março de 2002 (BRASIL, 2002a). O programa busca a redução da morbimortalidade por doenças cardiovasculares associada à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*.

O programa de diabetes é regulamentado pela Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006 (BRASIL, 2006a), e pela Portaria GM/MS nº 2583, de 10 de outubro de 2007 (BRASIL, 2007a).

Os medicamentos referentes ao controle da hipertensão fazem parte do componente básico da assistência farmacêutica, cujo elenco é definido por portarias do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b; BRASIL, 2010).

3.1.2 PROGRAMA: ASMA E RINITE

A asma é uma enfermidade que afeta parcela significativa da população, principalmente as crianças. A rinite é uma comorbidade frequente. Essas morbidades acarretam crises frequentes, requerendo, portanto, cuidado continuado. Objetivando auxiliar o fortalecimento da atenção integral e resolutiva sobre a questão e a garantia da continuidade do cuidado, foi instituído pelo Ministério da Saúde, em 2004, o protocolo de tratamento para asma e rinite (SILVA, 2004). A estratégia proposta pelo ministério foi o de concentrar as ações e as propostas na atenção básica, incluindo o fornecimento dos medicamentos.

As compras dos medicamentos desse programa são realizadas de forma descentralizada. Desde maio de 2006, os recursos são repassados para os estados.

Exceção feita, em 2006, para os estados do Amapá, do Pará, do Amazonas, das Minas Gerais e parte da Paraíba, cuja aquisição foi realizada de maneira centralizada pelo Ministério da Saúde.

3.1.3 PROGRAMA: SAÚDE MENTAL

Consoante com diversas experiências de reforma da assistência psiquiátrica no mundo ocidental e com as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), contidas na Carta de Caracas (1990), o Ministério da Saúde, a partir da década passada, definiu uma nova política de saúde mental que redirecionou paulatinamente os recursos da assistência psiquiátrica de um modelo hospitalar para um modelo substitutivo de base comunitária (BRASIL, 2009d).

O movimento da Reforma Psiquiátrica, buscando garantir o acesso dos usuários da saúde mental aos serviços e o respeito a seus direitos e liberdades, foi amparado pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 200 (BRASIL, 2001). Essa lei foi considerada resultado da conquista de uma luta social e marcou a mudança do modelo de tratamento, substituindo o isolamento pelo convívio na família e na comunidade.

Os medicamentos para a saúde mental constam do elenco de referência do componente de assistência farmacêutica básica (BRASIL, 2007b; BRASIL, 2010).

3.1.4 PROGRAMA: SAÚDE DA MULHER

O programa de saúde da mulher é um dos mais antigos do Ministério da Saúde; foi elaborado em 1984, como Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Em 2004, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004f).

O programa fornece um elenco de itens composto por medicamentos e correlatos. São contraceptivos orais e injetáveis, dispositivos intrauterinos (DIUs) e diafragmas. Esses itens são adquiridos e distribuídos aos estados pelo Ministério da Saúde. Exceção feita para os preservativos masculinos, também usados como contraceptivos, que estão na logística de aquisição do programa de DST/AIDS, contemplado no componente estratégico da assistência farmacêutica.

3.1.5 PROGRAMA: ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

O programa de alimentação e nutrição tem origem na Política Nacional de Alimentação e Nutrição que foi instituída por meio da Portaria GM/MS nº 710, de 10 de junho de 1999 (BRASIL, 1999). O programa tem por objetivo promover a alimentação saudável e apoiar as ações de controle da desnutrição e dos programas de suplementação de vitaminas e ferro.

O programa é orientado para municípios com mais de 200 mil habitantes, e os recursos são repassados anualmente pelo Ministério da Saúde para os fundos estaduais ou municipais de saúde. Os recursos para as ações são parte integrante do bloco de financiamento de gestão do SUS. Esses recursos destinam-se à implementação de todas as ações do programa, exceto a aquisição dos medicamentos, que tem os recursos oriundos do bloco de financiamento da assistência farmacêutica.

O elenco básico de medicamentos fazia parte do componente básico da assistência farmacêutica (BRASIL, 2005). A partir de 2008, os medicamentos e os insumos para alimentação e nutrição passaram a integrar o componente estratégico (BRASIL, 2007b).

3.1.6 PROGRAMA: COMBATE AO TABAGISMO

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo foi criado por meio da Portaria GM/MS nº 1.035, de 31 de maio de 2004 (BRASIL, 2004d). O programa é coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca), que desenvolve as ações em parceria com as três esferas de governo e credencia as unidades locais para o controle e o tratamento.

Esse programa foi regulamento pela Portaria GM/MS nº 442, de 13 de agosto de 2004 (BRASIL, 2004e), que estabelece a abrangência do programa, o financiamento, os protocolos clínicos de tratamento e o elenco de medicamentos disponível.

Os medicamento/correlatos fornecidos são a bupropiona cloridrato, a goma de mascar e os adesivos transdérmicos. A aquisição é centralizada pelo Ministério da Saúde, conforme quantitativos consolidados pela coordenação responsável pelo programa no Inca.

A partir de 2008, os medicamentos e os insumos para combate ao tabagismo passaram a integrar o componente estratégico da assistência farmacêutica (Portaria GM/MS nº 3.237, de 24 de dezembro de 2007).

3.2 COMPONENTE ESTRATÉGICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Medicamentos estratégicos são aqueles utilizados para doenças que configuram problemas de saúde pública e cuja estratégia de controle concentra-se no tratamento de seus portadores (BRASIL, 2006b).

O componente estratégico da assistência farmacêutica destina-se ao financiamento dos programas de controle das endemias de abrangência nacional ou regional, DST/AIDS, sangue e hemoderivados e imunobiológicos.

As endemias contempladas nesse componente são: tuberculose (incluindo tuberculose multidrogas resistente), hanseníase, malária, leishmaniose, doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional, tais como cólera, esquistossomose, filariose, influenza, meningite, peste, tracoma e oncocercose (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2009b).

Os medicamentos contra a AIDS incluídos no componente estratégico da assistência farmacêutica são apenas os antirretrovirais, medicamentos indicados para impedir a multiplicação do vírus da imunodeficiência humana (HIV) no organismo, em várias etapas de sua reprodução. Atualmente, o Ministério da Saúde é responsável integralmente pelo financiamento e pela aquisição e distribuição desses medicamentos. Os demais medicamentos indicados para o tratamento da infecção pelo HIV e da AIDS, incluindo aqueles para combater infecções oportunistas, estão contemplados no componente básico da assistência farmacêutica e são de responsabilidade do Distrito Federal, dos estados ou municípios (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2009b).

Os medicamentos adquiridos no âmbito do programa de sangue e hemoderivados destinam-se ao tratamento das coagulopatias hereditárias. Estas são doenças hemorrágicas decorrentes da deficiência de um ou mais fatores da coagulação. A doença de von Willebrand e as hemofilias são as mais frequentes. O tratamento dos portadores é realizado por meio da infusão dos concentrados plasmáticos do fator de coagulação deficiente. O Ministério da Saúde é responsável pela aquisição e distribuição destes medicamentos (BRASIL, 2006b).

Imunobiológicos são produtos de origem biológica usados na prevenção e no tratamento de doenças. Os imunobiológicos contemplados no componente estratégico

incluem soros e vacinas. Os soros são produtos que já contêm os anticorpos necessários para combater uma determinada doença ou intoxicação. São exemplos os soros contra o veneno de animais peçonhentos e os soros antitetânico, antirrábico e antibotulínico. As vacinas contêm agentes incapazes de provocar determinada doença, mas que induzem o sistema imunológico a produzir anticorpos para prevenir a ocorrência desta. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) adota três calendários obrigatórios de vacinação: o da criança, o do adolescente e o do adulto e idoso. Vacinas, doses e períodos de vacinação são definidos por esses calendários. Os imunobiológicos contemplados pelo PNI incluem as vacinas contra: sarampo, tétano, difteria, coqueluche, hepatite B, meningite, febre amarela, tuberculose, rubéola, caxumba, poliomielite, pneumonia causada pelo pneumococo e influenza ou gripe.

A partir de 2008, os medicamentos e os insumos para combate ao tabagismo e para a alimentação e nutrição, que faziam parte do componente básico, passaram a integrar o componente estratégico da assistência farmacêutica (Portaria GM/MS nº 3.237, de 24 de dezembro de 2007).

3.3 COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Em 26 de novembro de 2009, foi publicada a Portaria GM/MS nº 2.981, que aprovou o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica para substituir e melhorar o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional. Assim, apesar de os dados ainda cobrirem o período anterior a esta portaria e, portanto, de tratar das listas de medicamentos referentes às portarias anteriores, será utilizada a denominação nova desse componente e programa. Ou seja, os medicamentos de alto custo, cuja aquisição é, em sua grande maioria, de responsabilidade dos estados serão tratados como medicamentos do componente especializado, embora em todas as portarias anteriores a de 26 de novembro de 2009 esses medicamentos fossem denominados medicamentos de dispensação excepcional.

O componente especializado foi criado para disponibilizar o tratamento de doenças específicas, realizado com medicamentos de "alto custo". Algumas indicações destes medicamentos englobam: doença de Gaucher, doença de Parkinson, Alzheimer, hepatites B e C, pacientes renais crônicos, transplantados, portadores de asma grave, anemia, entre outras (BRASIL, 2006b).

Este componente destina-se à aquisição dos medicamentos de alto custo e é de responsabilidade do Ministério da Saúde, dos estados e dos municípios. O elenco de itens é determinado por meio de portarias do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2009b; BRASIL, 2009c).

4 METODOLOGIA

4.1 BASES DE DADOS DOS GASTOS COM MEDICAMENTOS

Todo material adquirido pelo governo federal é descrito e codificado no Sistema de Administração de Serviços Gerais (SIASG)[11] por meio do Catálogo de Materiais (CATMAT)[12] e fica armazenado em um banco de dados do Serviço Federal de Processamento de Dados (Serpro), o Data Warehouse (DW).

A organização da informação dos itens adquiridos pelo governo federal é feita seguindo o padrão do Federal Supply Classification (FSC), que é o Sistema Federal de Classificação de Itens de Suprimento dos Estados Unidos da América. Este sistema agrupa e classifica itens de suprimento conforme suas características descritivas e de uso.

Esse sistema possui três níveis de agrupamento dos itens. O *padrão de descrição do material* (PDM) é o nível mais específico da classificação. O segundo nível é a *classe* e o nível mais amplo é o *grupo*.

Os medicamentos adquiridos pelo governo federal são registrados nesse sistema. Para ilustrar, o quadro 2 mostra a forma de agrupamento do medicamento aciclovir.

11. "O Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais – SIASG é um conjunto informatizado de ferramentas para operacionalizar internamente o funcionamento sistêmico das atividades inerentes ao Sistema de Serviços Gerais – SISG, quais sejam: gestão de materiais, edificações públicas, veículos oficiais, comunicações administrativas, licitações e contratos, do qual o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MP é órgão central normativo". Disponível em: <http://www.comprasnet.gov.br>.

12. O CATMAT é um subsistema do SIASG de tabela de codificação de materiais, que padroniza o código de todos os materiais adquiridos/utilizados pelo governo federal.

QUADRO 2
Forma de agrupamento do medicamento aciclovir para registro no SIASG

Grupo: 65 – equipamentos e artigos para uso médico, dentário e veterinário
Classe: 6505 – drogas e medicamentos
PDM: 00363 – aciclovir

Fonte: CATMAT.
Elaboração dos autores.

Todas as formas farmacêuticas do medicamento aciclovir adquiridas pelo governo federal estão descritas e codificadas no PDM 00363, conforme a tabela 1.

TABELA 1
Formas farmacêuticas do medicamento aciclovir descritas e codificadas através do Padrão de Descrição do Material

Código SIASG	Descrição do item
BR0268370	aciclovir, 200 mg, comprimido
BR0268372	aciclovir, 400 mg, comprimido
BR0268373	aciclovir, 30 mg/g, pomada oftálmica
BR0268374	aciclovir, 250 mg, injetável
BR0268375	aciclovir, 50 mg/g, creme

Fonte: CATMAT.
Elaboração dos autores.

A base de dados de medicamentos do CATMAT foi adequada à legislação brasileira, tanto da saúde quanto das compras. Para essa adequação, foi adotado um padrão para a descrição dos medicamentos. Este padrão descreve um medicamento utilizando um número restrito de características. São elas:

- Nome ou princípio ativo do medicamento: necessariamente obedecendo a Denominação Comum Brasileira (DCB), ou seja, a denominação do fármaco ou princípio farmacologicamente ativo deve seguir a forma aprovada pelo órgão federal responsável pela vigilância sanitária. Assim, *aspirina* no Brasil é nome comercial e esse princípio ativo, de acordo com a DCB, é chamado *ácido acetilsalicílico*.
- Composição: são as associações de princípios ativos quando o medicamento possui mais de um.
- Concentração: é a quantidade do princípio farmacologicamente ativo contida no medicamento. Nos medicamentos na forma sólida – comprimido, supositório etc. –, a concentração é expressa por unidade de peso – mg, g etc. Quando o medicamento está nas formas líquidas ou pastosas, a concentração será expressa em mg/mL, mg/g ou %.

- Forma farmacêutica: é o estado físico que o princípio ativo adquire no processo de sua transformação em medicamento.
- Características adicionais: especificidades técnicas inerentes à forma de apresentação de determinados medicamentos.

O quadro 3 traz o exemplo de alguns medicamentos descritos conforme a padronização do CATMAT.

QUADRO 3
Características descritivas dos medicamentos – alguns exemplos

Nome: captopril Concentração: 25mg Forma Farmacêutica: comprimido
Nome: rifampicina Composição: associada com isoniazida Concentração: 150mg + 100mg Forma Farmacêutica: cápsula
Nome: cloreto de sódio Concentração: 0,90% Forma Farmacêutica: solução injetável Características Adicionais: sistema fechado

Fonte: CATMAT.
Elaboração dos autores.

Como um medicamento é uma forma farmacêutica acabada que possui um princípio ativo ou uma composição de dois ou mais fármacos, diferenças na unidade de fornecimento ou nas embalagens não originam um novo medicamento.

Por esse motivo, as unidades de fornecimento dos medicamentos são tratadas de forma separada na base de dados do CATMAT. Para os sólidos que têm como forma farmacêutica comprimido, cápsula, drágea ou pastilha, a unidade de fornecimento é sempre a menor unidade.

Exemplo:
Código SIASG (CATMAT): BR0267614

Nome: captopril
Concentração: 25 mg
Forma farmacêutica: comprimido
Unidade de fornecimento: comprimido

No caso de as formas farmacêuticas serem pó, líquido – xarope, solução, emulsão, elixir etc. –, pomadas, cremes, loções, adesivos transdérmicos etc., estes podem possuir mais de uma unidade de fornecimento.

Exemplo:
Código SIASG (CATMAT): BR0292418

Nome: ciprofloxacino cloridrato
Concentração: 2 mg/mL
Forma farmacêutica: solução injetável
Unidade de fornecimento: frasco 100 mL e frasco 200 mL

Nesse exemplo, o medicamento ciprofloxacino cloridrato, 2 mg/mL, solução injetável, possui duas diferentes apresentações (unidades de fornecimento). Este medicamento é apresentado em duas embalagens primárias, ou seja, em frascos de 100 mL e de 200 mL, assim, embora mude a quantidade do item – neste caso, no volume do frasco –, o medicamento continua sendo o mesmo.

Essa forma de descrição dos itens e de organização das informações é de extrema importância para a correta identificação do produto adquirido e, portanto, para a confiabilidade dos dados analisados. Até o primeiro semestre de 2004, os itens eram descritos nessa base de dados de forma abrangente e imprecisa. Um desses itens comumente usado nas compras públicas era descrito como *medicamento homeopático, medicamento/remédio natural*. Nesses itens, encontram-se processos de aquisição de inúmeros medicamentos diferentes. Assim, sem que se tenha acesso ao processo de aquisição, não é possível identificar, por exemplo, se determinada compra refere-se à captopril ou à interferona. Em 2004, as aquisições realizadas com essa descrição ultrapassaram os R$ 476 milhões. Por esse motivo, esse ano foi excluído das análises das aquisições específicas dos programas da assistência farmacêutica.

Além dos itens adquiridos, o banco de dados do Serpro armazena também todas as informações das aquisições realizadas por meio dos sistemas do SIASG. Portanto, esse sistema possui todas as informações relativas aos processos de aquisição realizados pelo governo federal – cujo uso é obrigatório – e pelos conveniados – estados, municípios

e outras instituições que utilizam o Comprasnet[13] para suas aquisições. Trata-se de informações referentes aos processos de compra, tais como órgão comprador, modalidade da compra,[14] vencedor da licitação, preço pago pelo item, quantidade adquirida do item, número do empenho etc. Ou seja, todas as informações do processo de aquisição, desde a publicação do processo até o empenho.

No que concerne ao órgão comprador, dentro da estrutura de organização do SIASG, as unidades que realizam compras de bens de saúde estão vinculadas a um órgão máximo do governo federal (órgão superior de compra). Por exemplo, o Hospital Geral de Bonsucesso é uma unidade da administração direta que está vinculada ao órgão superior do governo federal Ministério da Saúde.

4.2 EXTRAÇÃO DOS DADOS

As informações do SIASG foram extraídas por meio do *software* MicroStrategy, que é a ferramenta de acesso ao Data Warehouse (banco de dados) do Serpro.

Para a elaboração deste trabalho, foram selecionadas as seguintes variáveis da base de dados do SIASG:

- ano da compra (ano em que foi homologado o processo);
- órgão superior de compra (órgão máximo da hierarquia do governo federal);
- unidade gestora ou unidade responsável pela compra (unidade administrativa vinculada ao órgão superior que realizou a compra, por exemplo, o Hospital das Forças Armadas – HFA – é uma unidade vinculada ao órgão superior Ministério da Defesa – MD);

13. "O Portal de Compras do Governo Federal é um site *WEB*, instituído pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MP, para disponibilizar, à sociedade, informações referentes às licitações e contratações promovidas pelo Governo Federal, bem como permitir a realização de processos eletrônicos de aquisição." Disponível em: <http://www.comprasnet.gov.br/>.

14. As modalidades de compra, segundo a Lei nº 8.666/1993, são: tomada de preços, convite, concorrência nacional ou internacional, pregão, dispensa de licitação, inexigibilidade, concurso e concorrência por técnica e preço – nacional e internacional.

- classe do material adquirido (classificação dada ao produto pelo CATMAT segundo o tipo de bem e seu uso; no caso deste trabalho, é a classe 6505, que se refere a medicamentos);
- item adquirido (descrição, unidade de fornecimento e código);
- quantidade comprada do item;
- preço unitário do item; e
- valor total da compra do item.

A extração dos dados do Serpro foi trabalhada em duas etapas. Na primeira, a classe 6505 foi agregada segundo o órgão superior de compra para se obter o gasto total do governo federal com medicamentos. A segunda etapa extraiu, a partir da seleção dos medicamentos dos programas de saúde, somente esses itens adquiridos pelo Ministério da Saúde. Esta extração gerou as informações para a consolidação do gasto de medicamentos por programa da assistência farmacêutica na esfera federal.

Para categorizar os medicamentos segundo os componentes e os programas da assistência farmacêutica, os itens foram identificados a partir das portarias do Ministério da Saúde e das listas de medicamentos fornecidas pelos programas específicos.

Os medicamentos e os insumos para combate ao tabagismo e para alimentação e nutrição, que faziam parte do componente básico, passaram a integrar o componente estratégico da assistência farmacêutica, a partir de 2008 (BRASIL, 2007b). Neste estudo, eles foram mantidos e analisados como parte do componente básico, em todos os anos da série, para manutenção da mesma base de comparação.

Para todos os medicamentos constantes em cada um desses programas que, em algum momento, no período compreendido entre 2004 e 2008, tiveram seu financiamento realizado pelo órgão central, isto é, pelo Ministério da Saúde, é possível analisar suas quantidades adquiridas, formas de aquisição e preços pagos.

4.3 INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Além das aquisições diretas, feitas por meio de licitações e registradas no SIASG, o Ministério da Saúde também compra medicamentos por meio de convênios firmados com laboratórios oficiais. Os repasses referentes a esses convênios não constam do SIASG, pois não são compras diretas. Para compor o gasto total da

assistência farmacêutica, esses repasses feitos para os laboratórios oficiais foram agregados aos valores obtidos a partir do SIASG.

Para compor o gasto total do SUS com assistência farmacêutica, além do gasto federal, foram utilizados os dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que são informações alimentadas pelos estados, Distrito Federal e municípios.

As informações referentes aos gastos decorrentes da compra de medicamentos para atendimento a ações judiciais contra o Ministério da Saúde foram obtidas a partir de um sistema de controle interno deste ministério. Todos os cálculos que envolveram a discriminação dos gastos segundo a finalidade da compra, que incluíram a categoria de ação judicial, tiveram tratamento diferenciado. Isso se deve ao fato de que a extração de dados do SIASG não permite identificar a finalidade da aquisição, ou seja, se foi para um programa de assistência farmacêutica ou para o atendimento a demanda judicial. Para estimar o gasto total e percentual do Ministério da Saúde por componente, bem como segundo finalidade do gasto, os valores referentes à ação judicial foram subtraídos dos valores totais inicialmente estimados.

Na informação acerca dos gastos da União, destaque foi dado para os valores do Ministério da Saúde referentes a gastos com medicamentos dos programas de governo e para os repasses deste ministério aos laboratórios oficiais para a produção dos medicamentos destes programas.

5 GASTOS COM SAÚDE E GASTOS COM A COMPRA DIRETA DE MEDICAMENTOS PARA A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO GOVERNO FEDERAL: EVOLUÇÃO E PRINCIPAIS TENDÊNCIAS

Os programas de assistência farmacêutica do SUS são muitas vezes a única forma de acesso aos medicamentos para grande maioria da população brasileira. Os gastos com estes programas colocam pressões potencialmente explosivas sobre os recursos públicos destinados à saúde em razão do envelhecimento da população, da introdução de novas drogas mais custosas e mesmo pela simples ampliação da quantidade de diagnósticos dos agravos à saúde.

O gráfico 1 apresenta a evolução da despesa com ações e serviços públicos de saúde e gastos com aquisição direta de medicamentos pelo governo federal, no período de 2005 a 2008. Deve ser salientado que a despesa federal com ações e serviços inclui todos os gastos do MS, menos os gastos com inativos e pensionistas e juros e encargos das dívidas interna e externa.[15]

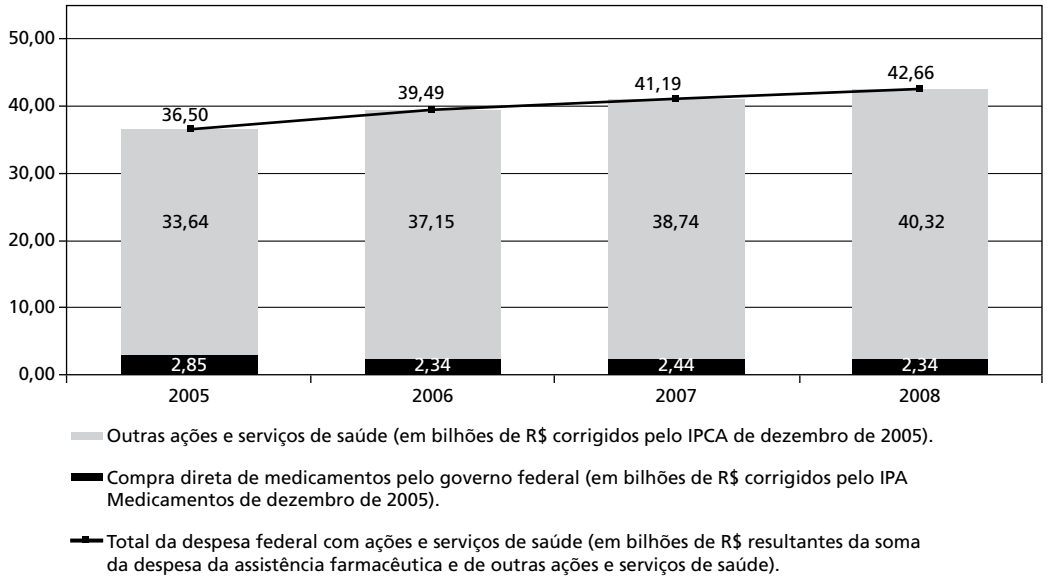
A despesa da União com ações e serviços públicos de saúde foi crescente no período, elevando-se de R$ 34,7 bilhões para R$ 43,1 bilhões, um aumento médio real de 7,5% ao ano entre 2005 e 2008. As despesas com a aquisição direta de medicamentos pelo governo federal flutuaram em torno de um patamar mínimo de R$ 2,3 bilhões por ano. Entretanto, estas despesas tiveram taxa média de crescimento anual negativa (-3%), em decorrência direta do pico observado em 2005 (R$ 2,8 bilhões).[16]

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

15. Para uma definição dos itens de despesas com ações e serviços de saúde, ver a Resolução nº 322, do CNS. Deve ser lembrado que na despesa federal estão incluídos os pagamentos dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais, tanto do SUS quanto dos conveniados. Estes pagamentos incluem os medicamentos usados nestes procedimentos. Portanto, existe uma parcela referente ao gasto público com medicamentos que apresenta dificuldades de mensuração, pois não é discriminada no procedimento hospitalar ou ambulatorial.

16. Um dos fatores que explicariam esse pico de gasto em 2005 foi a ação do MS, que teria comprado uma maior quantidade de antivirais contra a AIDS para fazer estoques, inclusive com o objetivo de aumentar seu poder de barganha em futuras negociações sobre o preço daqueles medicamentos, ver Nunn *et al*. (2007, p. 1810).

GRÁFICO 1
Despesa com ações e serviços públicos de saúde e com compra direta de medicamentos pelo governo federal – 2005-2008



Fontes: Despesa federal: Ipea (2008); assistência farmacêutica, 2005 a 2008: SIASG-Compras e SIOPS.

Em suma, a evidência encontrada é de relativa estabilidade do gasto federal com aquisição direta de medicamentos em termos absolutos, entre 2005 e 2008. Sua participação relativa no gasto total com saúde da União se reduziu, embora de forma discreta entre 2006 e 2008. Este resultado não é afetado, mesmo que possa ter ocorrido alguma subestimação deste gasto na primeira metade de 2005, em razão da imprecisão na descrição dos itens de compra de medicamentos no SIASG.[17]

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

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

Vieira (2009, p. 677), por exemplo, encontra que o gasto federal com a compra de medicamentos em 2007 foi 3,2 vezes o de 2002, em termos reais. A participação deste gasto também cresceu em relação à despesa total com ações e serviços de saúde do MS. Uma limitação dos estudos realizados com dados orçamentários, que não pode ser desprezada, é que as ações orçamentárias dos programas federais de assistência farmacêutica podem incorporar outros gastos que não com medicamentos.[18]

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

A tabela 2 apresenta o gasto de cada esfera de governo com o elenco de medicamentos sob sua responsabilidade e seu total, entre 2005 e 2008. Portanto, é possível avaliar a participação dos estados e municípios no gasto com medicamentos em relação à União.[19]

Deve ser lembrado que a União é responsável pelas compras dos medicamentos de todos os programas do componente estratégico, por alguns medicamentos do programa especializado, conforme pactuado nas comissões intergestores e pelas insulinas e pelos contraceptivos dos programas de diabetes e de saúde da mulher, respectivamente, que integram o componente da atenção básica. Portanto, quando se consideram também os repasses feitos aos laboratórios oficiais para produção de medicamentos, o gasto da União com compras diretas representa, em média, quase 40% do gasto público total, de 2005 a 2008. Entretanto, a participação das compras diretas federais é decrescente no período. Quando se consideram as transferências para estados e municípios, esse percentual se eleva para quase 70%, no mesmo

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

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

período, em razão do aumento das transferências de recursos federais para a compra de medicamentos por essas esferas de governo.

Uma queda da participação federal na compra de medicamentos públicos é observada em 2008. Isto é explicado, em parte, pelo desenvolvimento das ações de descentralização das compras, que levaram a um crescimento da participação dos estados na aquisição dos medicamentos de alto custo. Por outro lado, os municípios recuperaram sua participação na aquisição de medicamentos no âmbito público nesse ano.

TABELA 2
Gasto público com aquisição de medicamentos, segundo esfera de governo – 2005-2008
(Em R$ 1 mil de 2005, IPA – medicamentos)

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

Fontes: SIASG, SIOPS, Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento/Secretaria Executiva/Ministério da Saúde (DESD/SE/MS) e Siga-Brasil/Senado Federal.
Notas: [1] Os valores do gasto com medicamentos por estados e municípios são provenientes de informações autodeclaradas alimentadas no SIOPS e referem-se a despesas orçamentárias com a assistência farmacêutica.
[2] Os valores do gasto com compras diretas da União incluem, além dos programas da assistência farmacêutica, os medicamentos adquiridos por todos os órgãos da União: os hospitais federais do MS, do MD e do Ministério da Educação (MEC) e os ambulatórios médicos dos órgãos federais. No caso do MS, foram incluídos também os valores repassados por meio de convênios aos laboratórios oficiais para a produção de medicamentos destinados a programas da assistência farmacêutica.

A partir de 2007, com a publicação da Portaria GM/MS nº 2.577, de 27 de outubro de 2006, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c), alguns itens que anteriormente tinham aquisição centralizada, passaram a ter aquisição descentralizada, fazendo que aumentasse sistematicamente a participação relativa dos estados no gasto público total com medicamentos, mesmo que seu financiamento contasse com a participação da União.[20]

20. Uma apresentação dos mecanismos de regulação do financiamento e das transferências dos recursos federais para ações e serviços de saúde é encontrada na Portaria GM no 204, de 29 de janeiro de 2009.

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

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

A tabela 3 permite avançar na análise das compras de medicamentos pela União, segundo rubricas de gasto, entre 2005 e 2008. Esta tabela separa as compras feitas pelo Ministério da Saúde e por outros órgãos federais. Por sua vez, o gasto deste ministério está distribuído entre compras e convênios. As compras são realizadas por meio de licitação,[21] dispensa e inexigibilidade e englobam diversas rubricas de gasto. Os convênios representam os repasses para os laboratórios oficiais para a produção de medicamentos destinados aos programas da assistência farmacêutica.

Como era de se esperar, o Ministério da Saúde é o órgão federal que centraliza grande parte das compras de medicamento feitas pela União. Entretanto, as aquisições feitas por outros órgãos federais cresceram de forma contínua, passaram de 6,6% para 12%, entre 2005 a 2008. Essa parcela de gasto é composta basicamente pelos hospitais militares e universitários mantidos, respectivamente,

21. As cinco modalidades de certame licitatório são: o leilão, a concorrência, a tomada de preços, o convite e o concurso.

pelo MD e MEC. Ou seja, trata-se de medicamentos usados nas internações hospitalares e em atendimentos ambulatoriais.[22]

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

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

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

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

22. É preciso advertir que há indicações de que o crescimento desses gastos pode ter decorrido da melhoria do registro dessas compras no SIASG, e não do aumento das quantidades de medicamento. Esse ponto requer uma investigação mais aprofundada.

TABELA 3
Gasto público federal com compra direta de medicamentos – 2005-2008
(Em R$ 1 mil de 2005, IPA – medicamentos)

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

Fontes: SIASG, SIOPS e DESD/SE/MS.
Notas: [1] Todos os órgãos federais, exceto o Ministério da Saúde.
[2] Os gastos do Ministério da Saúde estão separados em "convênios" (repasses realizados entre o MS e os laboratórios oficiais para a produção de medicamentos dos programas de assistência farmacêutica do ministério da saúde) e "SIASG-Compras" (referentes às aquisições/licitações).
[3] Os gastos realizados por meio de licitação estão distribuídos conforme o destino, ou uso, do medicamento: na assistência farmacêutica estão os medicamentos adquiridos para os programas de saúde dos três componentes da assistência farmacêutica; a ação judicial contém os itens adquiridos por meio desse instrumento; e na rede hospitalar MS estão as compras referentes aos hospitais próprios do Ministério da Saúde.
[4] Doações de medicamentos e intervenções emergenciais de assistência farmacêutica pelo Ministério da Saúde.

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

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

A tabela 4 desagrega o gasto federal com aquisição direta de medicamentos para a assistência farmacêutica em seus componentes, no período de 2005 a 2008. Esta tabela permite avançar na análise da relevância dos programas de assistência farmacêutica mantidos pelo Ministério da Saúde no acesso da população aos medicamentos.[23]

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

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

Também se observa uma tendência de queda da participação do componente básico no gasto total federal. Os principais medicamentos comprados de maneira centralizada pelo governo federal para esse componente são as insulinas e os contraceptivos.

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

TABELA 4
Gasto do Ministério da Saúde com compra direta de medicamentos para os componentes da assistência farmacêutica, realizado por meio de licitação e de repasse para laboratórios oficiais – 2005-2008
(Em R$ 1 mil de 2005, IPA – medicamentos)

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

Fontes: SIASG e MS.
Obs.: O gasto federal dos componentes da assistência farmacêutica não inclui os hospitais federais do MS, MD e MEC e os ambulatórios médicos dos órgãos federais. Entretanto, são considerados os gastos com compras e convênios nos três componentes da assistência farmacêutica.

Para explicar a tendência dos gastos federais dos componentes estratégico e básico, uma hipótese pode ser aventada: o Ministério da Saúde tem conseguido reduzir o custo de aquisição por unidade de medicamento. Desta forma, ganhos de eficiência podem ter ocorrido na compra desses medicamentos.

A hipótese de ganhos de eficiência na aquisição de medicamentos é compatível com a implantação e a consolidação de novos instrumentos de compras públicas (registro de preços, pregão eletrônico etc.) e com a melhorias na logística e nos processos internos do Ministério da Saúde. Uma avaliação dessa hipótese, mesmo que de forma preliminar, é feita mais a frente neste trabalho.

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

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

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

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

A tabela 5 permite avaliar os gastos do Ministério da Saúde por programas de assistência farmacêutica, separando as compras feitas por meio de licitações, convênios e ações judiciais. Isto possibilita a identificação dos programas de maior peso na assistência farmacêutica federal, o que ajuda a priorizar aqueles cuja eficiência deve ser avaliada.

O programa de maior participação no gasto total do Ministério da Saúde com assistência farmacêutica é o de medicamentos contra a AIDS. Este programa faz parte do componente estratégico. A participação do gasto com seus medicamentos no desembolso do ministério é alta: oscila entre 47% e 38%, entre 2005 e 2008. No entanto, de forma até certo ponto surpreendente, sua participação é decrescente no gasto total com assistência farmacêutica federal.

Outro ponto interessante das compras federais de medicamentos contra AIDS é a realização de convênios com os laboratórios públicos para produção desses medicamentos. A participação destes laboratórios é significativa no fornecimento destes medicamentos e pode ser benéfica, pois cria um elemento de barganha para a negociação com os laboratórios privados, na medida em que introduz uma alternativa de compra.

TABELA 5
Porcentagem do gasto federal com compra direta de medicamentos para os componentes e programas da assistência farmacêutica e gasto total dos três componentes, por meio de licitação (L), convênio (C) e ação judicial (AJ) – 2005-2008

Componente e programa de saúde	2005			2006			2007			2008		
	L	C	AJ	L	C	AJ	L	C	AJ	L	C	AJ
AIDS/ medicamentos	50,7	35,6	4,5	44,5	49,4	–	36,0	48,6	2,1	39,1	36,5	13,5
AIDS/correlatos	–	–	–	–	1,7	–	–	2,1	–	–	24,9	–
Doenças oportunistas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Endemias focais[1]	1,0	5,5	–	1,4	10,0	0,0	1,4	9,3	0,1	0,3	7,1	2,0
Imunizações (imunobiológicos)[2]	9,4	–	–	0,0	–	–	0,0	–	–	0,6	–	0,3
Lúpus	–	0,1	–	–	0,2	–	–	0,2	–	–	0,1	–
Hemoderivados	12,2	0,0	–	14,9	–	–	18,5	–	–	16,4	–	0,0
Calamidade	–	–	–	–	0,5	–	–	–	–	–	0,1	–
Total – estratégicos	73,3	41,2	4,5	60,7	61,7	0,0	55,8	60,3	2,1	56,3	68,8	15,9
Saúde da mulher	1,8	–	–	0,0	–	–	8,1	–	–	2,6	–	–
Alimentação e nutrição	–	1,3	0,0	–	7,2	–	–	0,7	0,0	–	6,4	0,0
Diabetes	12,3	–	0,0	5,8	–	0,0	8,1	11,7	0,1	6,0	9,8	0,2
Hipertensão	–	20,0	0,0	–	2,1	0,0	–	1,2	0,0	–	–	0,1
Controle do tabagismo	0,2	–	–	0,2	–	0,0	1,3	–	0,0	1,1	–	0,1
Outros[3]	–	18,0	0,2	–	0,3	0,5	–	0,7	0,5	–	1,2	0,4
Total – atenção básica	14,3	39,3	0,2	6,0	9,6	0,6	17,5	14,4	0,7	9,7	17,3	0,7
Total – especializado	12,5	19,6	95,4	33,3	28,7	99,3	26,7	25,4	97,1	33,9	13,9	83,4
Total dos três componentes (R$ 1 milhão)	**1.521,6**	**525,7**	**1,4**	**1.398,4**	**361,2**	**4,4**	**1.165,2**	**330,9**	**4,6**	**1.167,1**	**415,9**	**4,5**

Fontes: SIASG e MS.
Notas: [1] Endemias Focais incluem: cólera, dengue, doença de Chagas, esquistossomose, filariose, influenza, leishmaniose, malária, meningite, micoses sistêmicas, peste, tracoma, hanseníase e tuberculose.
[2] Não estão incluídos os valores referentes à produção de imunobiológicos do laboratório Biomanguinhos.
[3] Outros programas: asma e rinite, saúde do adolescente e do jovem, saúde da família e sistema prisional.
Obs.: "–" indica que não há registro de compra ou repasse. Os valores em R$ deflacionados pelo IPA – medicamentos.

O programa com a segunda maior participação no gasto total do Ministério da Saúde com medicamentos é o de hemoderivados. Neste programa do componente estratégico encontram-se os medicamentos destinados ao tratamento das coagulopatias hereditárias. Os medicamentos deste programa foram responsáveis, em média, por 12% do gasto total do ministério com assistência farmacêutica, no período analisado.

Ao contrário do programa contra AIDS, os medicamentos para tratamento das coagulopatias não apresentaram uma tendência clara de redução da sua participação no gasto total da assistência farmacêutica federal. Esta participação foi crescente, elevou-se de 9,1% para 14,3%, entre 2005 e 2007. Somente no último ano da série se observou uma redução discreta desta participação. A aquisição destes medicamentos é realizada exclusivamente por meio de licitações atendidas por laboratórios privados.

O programa com a terceira maior participação no gasto total do Ministério da Saúde com assistência farmacêutica é o de diabetes, que faz parte do componente básico. Mais precisamente, os medicamentos comprados pelo MS são as insulinas humanas NPH e regular. A participação destes medicamentos no total do gasto federal com assistência farmacêutica tem tendência de queda do período analisado. Esta participação apresenta redução de 12,3% para 6,95%, entre 2005 e 2008. Neste programa, observa-se que as compra por meio de convênios com laboratórios públicos, passam a ser significativas a partir de 2007.

Por último, devem ser destacados aspectos importantes da participação crescente do componente especializado no gasto federal com medicamentos. Como já foi mencionado anteriormente, este componente concentra a segunda maior participação no gasto federal com assistência farmacêutica. Embora a responsabilidade da compra da quase totalidade destes medicamentos seja dos estados, um pequeno rol deles, como já comentado, é federalizado.

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

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

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

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

6 GASTOS FEDERAIS COM A COMPRA DIRETA, SEGUNDO COMPONENTE E PROGRAMA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Este item detalha os gastos com as aquisições diretas de medicamentos, segundo componentes e seus respectivos programas, cuja responsabilidade é do governo federal.

6.1 COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Na análise dos gastos federais do componente básico da assistência farmacêutica, serão apresentados dados referentes aos programas que representaram gastos relevantes: diabetes, saúde da mulher e combate ao tabagismo.

Os outros programas que fazem parte do componente básico da assistência farmacêutica não serão contemplados nesta análise, seja devido à pequena representatividade do gasto ou por não apresentarem regularidade na aquisição, considerando que a responsabilidade por seu financiamento é pactuada anualmente nas comissões intergestores.

O programa de asma e rinite não será analisado, pois a compra de medicamentos foi realizada de maneira descentralizada na maior parte do período compreendido entre 2004 e 2008. Apenas em 2006, o Ministério da Saúde adquiriu medicamentos para este programa. O programa de saúde mental também não tem aquisição centralizada.

6.1.1 PROGRAMA: HIPERTENSÃO E DIABETES

Os medicamentos para o controle da hipertensão são adquiridos de maneira descentralizada pelos estados e municípios e, portanto, não são objeto desta análise.

Os medicamentos empregados no controle do diabetes cuja aquisição é de responsabilidade do Ministério da Saúde são as insulinas. As aquisições de insulinas, em 2004, não são identificáveis, conforme explicitado anteriormente, devido à imprecisão da descrição. Assim, são considerados somente o período 2005-2008.

TABELA 6
Gastos federais com insulinas para o programa de diabetes realizados por meio de licitações – 2005-2008
(IPA – medicamentos, 2005 = 100)

Medicamento	2005	2006	2007	2008
insulina humana e NPH 100U/mL, injetável	173.082.834,58	76.498.067,53	90.947.520,11	64.084.063,36
insulina humana regular 100U/mL, Injetável	84,47	1.589,74	926,78	7.462.454,78
Total	**173.082.919,05**	**76.499.657,27**	**90.948.446,89**	**71.546.518,14**

Fonte: SIASG.
Obs.: Valores expressos em reais.

O programa de controle do diabetes fornece, por meio de aquisições centralizadas, as insulinas humanas regular e NPH. A mais comumente usada é a NPH. As quantidades anuais não sofreram grandes variações (em torno de 11 milhões de frascos de 10 mL), entretanto, os preços sofreram grande queda de 2005 para 2008. Em 2005, o preço do frasco era superior a R$ 17,00, nos dois próximos anos, caiu para quase a metade e no último ano da análise, este preço havia sido reduzido para menos de R$ 6,00. Assim, apesar da aparente redução dos gastos, não houve redução da oferta do medicamento aos pacientes portadores de diabetes insulinodependentes. A oferta passou de 10,7 milhões de unidades, em 2005, para 12,6 milhões, em 2008. Houve aumento nas quantidades disponíveis e uma grande redução no preço. Alguns possíveis fatores explicativos para este fato são o aumento da concorrência e as melhorias no processo de compras.

6.1.2 PROGRAMA: SAÚDE DA MULHER

Todos os cinco medicamentos do programa de Saúde da Mulher têm sua aquisição centralizada. Nos quatro anos analisados, não existe regularidade na aquisição desses medicamentos, nem nas quantidades adquiridas nem na frequência da aquisição. Em cada ano, são adquiridos medicamentos diferentes e em diferentes quantidades. Também não é possível observar nenhuma tendência geral dos valores totais de aquisição deste programa. Isso pode ter decorrido de falhas no planejamento para aquisição destes medicamentos.

TABELA 7
Gastos federais com medicamentos para o programa saúde da mulher realizados por meio de licitações – 2005-2008
(IPA – medicamentos, 2005 = 100)

Medicamento	2004	2005	2006	2007	2008
noretisterona, 0,35 mg, blister calendário com 35 comprimidos	763.778,67	2.257.710,88	–	–	–
levonorgestrel, 0,75 mg – comprimido	–	105.552,43	–	–	254.436,91
estradiol valerato + noretisterona enantato, 5 mg + 50 mg/1 mL , injetável	–	6.814.612,90	–	–	27.195.729,56
levonorgestrel + etinilestradiol, 0,15 mg + 0,03 mg, blister calendário com 21 comprimidos	1.518.215,16	16.110.633,76	–	91.630.618,35	–
estradiol, 1 mg/g, gel com frasco dosador	–	–	86,41	–	–
medroxiprogesterona acetato, 150 mg/mL – solução injetável	–	–	–	–	4.249.092,55
Total	**2.281.993,83**	**25.288.509,97**	**86,41**	**91.630.618,35**	**31.699.259,02**

Fonte: SIASG.
Obs.: Valores expressos em reais. "–" indica que não há registro de compra.

6.1.3 PROGRAMA: COMBATE AO TABAGISMO

Os medicamentos adquiridos para o programa de combate ao tabagismo são o cloridrato de bupropiona e a nicotina, este último nas formas de adesivo transdérmico e goma de mascar. Note-se que o financiamento da aquisição dos medicamentos desse programa não é de responsabilidade da União; e entretanto, alguns desses itens foram adquiridos centralizadamente por algum tempo. Por este motivo, o detalhamento do gasto deste programa foi apresentado (tabela 8).

TABELA 8
Gastos federais com medicamentos para o programa de combate ao tabagismo realizados por meio de licitações – 2004-2008
(IPA – medicamentos, 2005=100)

Medicamento	2004	2005	2006	2007	2008
nicotina, 114 mg, adesivo transdérmico, libera 21 mg nicotina em 24 horas	–	1.075.899,23	–	7.048.458,66	6.297.324,52
nicotina, 2 mg, goma de mascar	–	438.505,53	2.231.507,96	–	–
nicotina, 36 mg, adesivo transdérmico, libera 7 mg nicotina em 24 horas	–	400.236,47	–	2.620.692,79	2.338.490,71
nicotina, 78 mg, adesivo transdérmico, libera 14 mg nicotina em 24 horas	–	841.496,27	–	5.509.206,21	4.922.378,60
bupropiona cloridrato, 150 mg	–	–	166,66	2.299,93	3.352,12
Total	**–**	**2.756.137,50**	**2.231.674,62**	**15.180.657,59**	**13.561.545,95**

Fonte: SIASG.
Obs.: Valores expressos em reais. "–" indica que não há registro de compra.

Os valores totais das aquisições da bupropiona, no período analisado, foram pequenos em comparação com aqueles da nicotina. Houve pequena redução na quantidade adquirida e maior variação do preço pago pela unidade do medicamento nas diversas aquisições realizadas ao longo de cada ano.

A goma de mascar de nicotina foi adquirida somente em 2005 e 2006, sendo que neste último ano foram mais de 3 milhões de unidades. Os adesivos transdérmicos, apresentados em três diferentes concentrações, não foram adquiridos em 2006. Nos dois anos seguintes, esses adesivos foram responsáveis pela maior parcela do gasto deste programa, com queda do preço unitário, de 2007 para 2008, para as três diferentes apresentações.

6.2 COMPONENTE ESTRATÉGICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Na análise dos gastos federais do componente estratégico da assistência farmacêutica, serão apresentados dados referentes aos programas de DST/AIDS, coagulopatias hereditárias e imunizações. Os outros programas do componente estratégico não são apresentados separadamente, mas agregados no programa de *controle das endemias focais*.

6.2.1 PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS

Os medicamentos antirretrovirais para o combate da AIDS são adquiridos de maneira centralizada, pelo Ministério da Saúde. A tabela 9 mostra os gastos federais com a aquisição desses medicamentos no período 2005-2008.

TABELA 9

Gastos federais com medicamentos para o Programa Nacional de DST/AIDS, realizados por meio de licitações – 2004-2008

(IPA – medicamentos, 2005 = 100)

	2004	2005	2006	2007	2008
abacavir, 20 mg/mL, solução oral	199.995,26	453.675,45	406.417,59	1.701.282,92	324.990,37
abacavir, 300 mg	10.269.228,50	8.664.187,73	7.209.841,93	29.999.111,14	3.824.886,67
amprenavir, 150 mg	6.977.537,70	4.226.974,76	4.054.324,32	–	–
amprenavir, 15 mg/mL, solução oral	–	208.077,17	739.829,93	162.120,80	609.406,94
atazanavir, 150 mg	9.749.711,12	103.246.774,17	185.741.718,76	–	66.609.137,51
atazanavir, 200 mg	–	124.259.803,23	94.970.519,39	18.619.448,31	37.923.876,33
didanosina, 250 mg	532.984,21	1.173.576,34	4.527.063,64	3.125.407,40	–
didanosina, 400 mg	5.624.833,34	5.666.498,77	26.147.697,48	–	–
darunavir, 300 mg	–	–	–	20.482.960,88	28.340.711,39
efavirenz, 30 mg/mL, solução oral	999.137,06	968.860,18	1.059.690,82	1.299.619,18	1.672.451,56
efavirenz, 200 mg	–	4.336.538,18	755.977,60	–	–
efavirenz, 600 mg	–	56.235.167,11	64.341.426,92	–	–
enfuvirtida, 108 mg, pó liófilo p/ injetável, c/ kit p/ preparo, aplicação e descarte	–	–	–	44.792.598,74	104.656.680,08
estavudina, 1 mg/mL, pó para solução oral	3.281.087,97	4.289.224,76	3.853.841,37	2.208.082,72	2.040.680,28
fosamprenavir, 700 mg	–	–	–	4.834.523,42	2.639.921,78
lamivudina, 150 mg	–	416.662,65	–	–	7.409.780,45
lopinavir + ritonavir, 133, 3mg + 33,3mg	–	263.562.890,73	98.688.845,89	–	–
lopinavir + ritonavir, 200 mg + 50 mg	–	–	–	175.515.292,88	–
lopinavir + ritonavir, 80 mg + 20 mg/mL, solução oral	–	–	–	2.961.690,02	–
nevirapina, 10 mg/mL, suspensão oral	–	695.812,72	1.291.628,40	434.940,82	–
raltegravir, 400 mg	–	–	–	–	13.196.395,66
ritonavir, ritonavir	114.266.614,32	–	–	–	–
ritonavir, 100 mg, cápsula gelatinosa mole	–	6.779.058,40	14.048.863,74	5.712.334,75	6.783.576,78
ritonavir, 80 mg/mL, solução oral	–	158.328,64	236.243,00	–	–
saquinavir mesilato, 200 mg, cápsula gelatinosa mole	16.566.175,82	9.902.484,37	7.391.780,98	10.919.676,45	7.075.290,36
tenofovir, 300 mg	–	106.354.348,76	71.247.888,95	83.122.537,11	186.050.042,96
zidovudina, 10 mg/mL, injetável	48.531,90	92.423,19	120.551,98	123.051,91	–
zidovudina, 100 mg	–	1.922.165,27	–	–	–
zidovudina + lamivudina, 300mg + 150mg	–	10.577.464,37	–	–	–
Total	**168.515.837,20**	**714.190.996,93**	**586.834.152,69**	**406.014.679,44**	**469.157.829,12**

Fonte: SIASG.

Obs.: Valores expressos em reais. "–" indica que não há registro de compra.

As aquisições do Programa Nacional de DST/AIDS mostram aparente irregularidade na compra de medicamentos. Entretanto, a grande maioria dos medicamentos pertencentes aos protocolos deste programa também são produzidos pelos laboratórios oficias. A tabela 9 mostra somente as aquisições realizadas por meio de licitação, inexigibilidade ou dispensa. Os convênios do Ministério da Saúde com os laboratórios oficiais não constam na base de dados SIASG-Compras. Outro fator que explica a aparente irregularidade nas compras dos medicamentos deste programa é a constante revisão dos protocolos de tratamento gerando a inclusão de novos e melhores medicamentos ou a substituição de medicamentos mais antigos e menos eficazes. Dessa forma, algumas rupturas na série são devido à substituição do item ou inclusão de um item novo.

A tabela 9 mostra que houve redução dos gastos com os medicamentos desse programa. Esta redução é reflexo direto da queda dos preços dos medicamentos. Por exemplo, o medicamento abacavir, comprimido de 300 mg, era adquirido, até 2006, pelo preço de R$ 5,57. Em 2007, o preço diminui para R$ 4,50 e em 2008 para R$ 2,70. O mesmo ocorre com praticamente todos os medicamentos do programa.

6.2.2 PROGRAMA DE CONTROLE DAS ENDEMIAS FOCAIS

Os medicamentos dos programas de controle das endemias também são, em grande parte, produzidos por laboratórios oficiais e, portanto, tal como o que acontece com os medicamentos do programa de DST/AIDS, não aparecem como compras do Ministério da Saúde, visto que são adquiridos por meio de convênios. Outros fatores também explicam os baixos valores das compras dos medicamentos desses programas: alguns são adquiridos por meio da Opas, não havendo aquisição, mas repasse para que esta organização internacional efetue a compra; e outros são doações, tanto da Opas quanto de fabricantes. A tabela 10 apresenta os gastos federais, realizados por meio de licitação, com medicamentos para o programa de controle das endemias focais.

TABELA 10

Gastos federais com medicamentos para o programa de controle das endemias focais, realizados por meio de licitações – 2004-2008

(IPA – medicamentos, 2005 = 100)

	2004	2005	2006	2007	2008
anfotericina b, 50 mg, liposomal, injetável	471.097,15	1.546.829,17	1.736.663,82	2.943.638,71	–
anfotericina b, 50 mg, injetável	–	–	201.845,87	208.790,11	291.287,67
anfotericina b, 100 mg, liposomal, injetável	–	–	–	55.195,70	665.122,89
azitromicina, 40 mg/mL, suspensão oral	–	180.480,76	–	–	–
azitromicina, 500 mg	–	34.073,06	425,13	236.244,85	21.390,48
azitromicina, pó p/ suspensão oral	–	–	–	–	125.567,69
clindamicina, 150 mg/mL, injetável	–	13.425,53	–	9.064,55	–
clindamicina, 300 mg	–	–	–	623.217,08	5.333,18
meglumina antimoniato, 300 mg/mL, solução injetável	–	10.321.916,39	10.326.268,11	8.048.372,64	–
minociclina cloridrato, 100 mg	–	–	–	88.775,15	–
oxamniquina, 250 mg	–	–	–	2.039,94	–
paracetamol, 500 mg	–	–	–	–	185,18
pentamidina isetionato, 300 mg, pó liófilo p/ injetável	–	–	–	1.924,94	1.749,95
pentoxifilina, 400 mg	–	–	406,65	1.359,68	–
pentoxifilina, 400 mg, liberação prolongada	–	53.702,11	–	–	–
piridoxina cloridrato, 100 mg	–	–	–	76,66	103,33
prednisona, 20 mg	–	125,83	470,86	258,33	638,31
prednisona, 5 mg	–	33,33	470,86	419,25	1.017,56
rifampicina, 300 mg	–	–	298,32	–	–
sais para reidratação oral, pó, composto por: cloreto sódio 3,5 g + glicose 20 g, + citrato de sódio 2,9 g + cloreto de potássio 1,5 g, para 1.000 mL de solução pronta, segundo padrão oms, envelope contendo 27,9 g	–	–	–	41,67	–
sulfametoxazol + trimetoprima, 400 mg + 80 mg	–	–	–	400.228,46	–
sulfametoxazol + trimetoprima, 800 mg + 160 mg	–	–	877,47	-	–
sulfametoxazol + trimetoprima, 80 mg + 16 mg/mL, solução injetável	–	–	–	6.666,47	–
terizidona, 250 mg	–	2.025.273,33	5.770.940,12	2.895.941,97	2.133.270,13
tetrahidrobiopterina, 50 mg	–	–	–	–	18.834,63
Total	**471.097,15**	**14.175.859,51**	**18.038.667,22**	**15.522.256,15**	**3.264.500,98**

Fonte: SIASG.

Obs.: Valores expressos em reais. "–" indica que não há registro de compra.

6.2.3 PROGRAMA DE COAGULOPATIAS HEREDITÁRIAS

O fornecimento dos medicamentos do programa de coagulopatias hereditárias é de responsabilidade do Ministério da Saúde. Todos os hemoderivados deste programa, que são dispensados ao paciente, têm a compra centralizada pelo MS.

Em 2004, os valores apresentados na tabela 11 são mais de duas vezes menores que nos anos posteriores. Houve diminuição das licitações dos fatores de coagulação, pois os processos de aquisição desses medicamentos anteriores a 2004 foram objeto de investigação da polícia federal por fraudes nessas licitações.

Outro fator que explica essa diferença nos valores totais das aquisições diz respeito a falha da descrição do item, ou seja, é o mesmo problema indicado anteriormente. Entre os medicamentos do programa de coagulopatias hereditárias, alguns itens adquiridos em 2004 foram descritos apenas como "concentrados de fator de coagulação", sem haver especificação do seu tipo, o que impediu a identificação/classificação dessas aquisições. No caso desses medicamentos, não foi nem possível identificar os valores das aquisições. Portanto, esse fator também explica o baixo valor registrado no total das aquisições deste programa em 2004.

A partir de 2005, as aquisições foram regularizadas e indicam uma melhora dos processos de compra. Para alguns itens houve redução dos preços sem diminuição da cobertura. Por exemplo, o fator de coagulação IX foi comprado em 2004 por R$ 0,77 a UI (unidade internacional) e, nos anos seguintes, oscilou entre R$ 0,49 e R$ 0,58 a UI.

TABELA 11
Gastos federais com medicamentos para o programa de coagulopatias hereditárias, realizados por meio de licitações – 2004-2008
(IPA – medicamentos, 2005 = 100)

	2004	2005	2006	2007	2008
desmopressina acetato, 4 mcg/mL, solução injetável	–	36.637,80	–	–	41.832,09
complexo protrombínico, humano, parcialmente ativado, AE = ou > 0,6UI, frasco-ampola com 500UI, pó liofilizado + diluente, uso injetável	2.222.156,38	–	–	–	37.776.658,47
complexo protrombínico, humano, parcialmente ativado, AE = ou > 0,6UI, pó liófilo p/ injetável	–	–	33.887.884,80	40.554.353,95	–
complexo protrombínico, humano, AE = ou > 0,6UI, frasco-ampola com 500UI, pó liofilizado + diluente, uso injetável	–	22.930.802,05	5.703.534,71	6.666.469,14	–
complexo protrombínico, humano, parcialmente ativado, AE = ou > 0,6UI, frasco-ampola com 1.000UI, pó liofilizado + diluente, uso injetável	–	9.777.488,07	–	–	–
concentrado de fator de coagulação, fator VIII - von willebrand, AE = ou > 1UI, pó liófilo p/ injetável	–	13.999.585,20	12.777.399,19	12.221.860,09	–
concentrado de fator de coagulação, fator IX, AE = ou > 50UI, pó liófilo p/ injetável	3.742.944,65	19.317.427,63	16.332.849,40	12.758.881,22	27.684.364,91
concentrado de fator de coagulação, fator VII ativado recombinante, pó liófilo p/ injetável	–	12.326.134,78	10.988.298,83	22.799.502,24	26.969.200,91
concentrado de fator de coagulação, fator VIII, AE = ou > 100UI, pó liófilo p/ injetável	37.184.414,91	93.427.231,79	116.107.670,88	113.596.634,17	104.245.059,41
concentrado de fator de coagulação, fator VIII, AE = ou > 2000UI, pó liófilo p/ injetável	2.151.788,10	–	–	–	–
concentrado de fator de coagulação, fator XIII, 62,5 UI/mL, pó liófilo p/ injetável + diluente 4 mL	–	–	–	–	179.624,31
concentrado de fator de coagulação, concentrado de fator de coagulação	10.708.016,06	–	–	–	–
Total	**56.009.320,09**	**171.815.307,32**	**195.797.637,81**	**208.597.700,81**	**196.896.740,10**

Fonte: SIASG.
Obs.: Valores expressos em reais. "–" indica que não há registro de compra.

Para o fator de coagulação VIII (concentrado de fator de coagulação, fator VIII, ae = ou > 100UI, pó liófilo p/ injetável), é possível notar o aumento da quantidade e a redução do preço, indicando uma melhora nas compras. A partir dos processos de aquisição é possível notar que o preço da UI realiza um movimento inverso ao da quantidade adquirida. Assim, quando em 2005 forem adquiridas 162 milhões de UI, seu preço médio era R$ 0,51 e em 2008, quando a quantidade adquirida aumentou para 266 milhões de UI o preço médio da UI passa a ser de R$ 0,42.

6.2.4 PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

Quase a totalidade de soros e vacinas do PNI é produzida por laboratórios oficiais. No período analisado foram encontrados somente cinco itens deste programa que foram adquiridos por meio de licitação. Esses itens estão descritos na tabela 12 a seguir.

TABELA 12
Gastos federais com medicamentos para o programa de nacional de imunizações, realizados por meio de licitações – 2004-2008
(IPA – medicamentos, 2005 = 100)

Medicamento	2004	2005	2006	2007	2008
vacina humana contra o rotavírus[1]	–	132.053.031,76	–	–	–
vacina humana antialérgica[2]	–	–	348,83	–	–
imunoglobulina humana para hepatite b[3]	–	–	–	102.551,96	–
vacina humana bcg liofilizada, 40 mg/mL, injetável	–	–	–	–	12.954,80
vacina humana pneumocócica, polivalente, 0,5 mL, injetável	–	–	–	–	6.720.078,66
Total	**–**	**132.053.031,76**	**348,83**	**102.551,96**	**6.733.033,47**

Fonte: SIASG.
Notas: [1] Vírus vivo atenuado, adaptador + seringa preenchida com diluente, uso oral.
[2] D. pteronyssinus + D. farinae, mix 50%/50% - 2.500 UBT, DEPOT.
[3] Hiper imuni para hepatite B, 200 UI/mL, solução injetável.
Obs.: Valores expressos em reais. "–" indica que não há registro de compra.

6.3 COMPONENTE ESPECIALIZADO

A aquisição dos medicamentos do componente especializado, conhecidos como medicamentos de alto custo é de responsabilidade do Ministério da Saúde e dos estados. Os itens cujo financiamento é de responsabilidade do Ministério da Saúde constituem uma pequena parte da lista dos medicamentos deste componente. Segundo a Portaria GM/MS nº 2.577/2006 esta lista é composta por quatro medicamentos em diferentes concentrações e apresentações totalizando sete itens, mostrados no quadro 4.

QUADRO 4
Medicamentos do componente especializado com aquisição centralizada no Ministério da Saúde

imiglucerase, 200 UI
eritropoetina humana recombinante, 2.000 UI
eritropoetina humana recombinante, 4.000 UI
imunoglobulina humana intravenosa, 5,0 g
alfainterferona 2b, 3.000.000 UI
alfainterferona 2b, 5.000.000 UI
alfainterferona 2b, 10.000.000 UI

Fonte: Portaria GM/MS nº 2.577, de outubro de 2006.

Apesar das quantidades adquiridas desses medicamentos serem pequenas em comparação com os medicamentos adquiridos para os outros programas da assistência farmacêutica, o gasto com esses itens é muito significativo, por se tratar de medicamentos de alto custo. Além disso, quando se observa a aquisição centralizada da lista total desses itens é possível identificar um número muito maior de itens que aquele definido pela Portaria GM/MS nº 2.577/2006.

Um exemplo é o comprimido mesalazina de 400 mg que apresenta registro de compras pelo Ministério da Saúde desde 2005. Para analisar todos os itens do componente especializado adquiridos pelo Ministério da Saúde no período considerado, esses medicamentos foram separados em grupos segundo a classificação da Anatomical Therapeutic Chemical Code (ATC). Esses grupos serão analisados a seguir, entretanto é importante notar que a extração dos dados das aquisições do SIASG não identifica a finalidade da aquisição, ou seja, não se pode identificar se um item é adquirido para o programa de medicamentos do componente especializado ou se foi adquirido devido à ação judicial contra o Ministério da Saúde. Portanto, não foi possível excluir as aquisições dos medicamentos que foram realizadas em decorrência da judicialização.

Os medicamentos do componente especializado que tem sua aquisição centralizada pertencem a quatro grupos de codificação da ATC, a saber, aparelho digestivo e metabolismo (imiglucerase – código A), sangue e órgãos hematopoiéticos (eritropoetina – código B), anti-infecciosos gerais para uso sistêmico (imunoglobulina – código J) e agentes antineoplásicos e imunomoduladores (interferonas – código L).

TABELA 13
Gastos federais com medicamentos do componente especializado realizados por meio de licitação – 2004-2008
(IPA – medicamentos, 2005 = 100)

Medicamento	ATC	2004	2005	2006	2007	2008
imiglucerase, 200 UI, injetável	A		175.514.508,83	351.401.370,51	–	124.996.111,23
eritropoietina alfa humana recombinante, solução injetável, 4.000 UI	B		4.494,59	9.921,15	5.228,96	1.924,09
imunoglobulina humana, endovenosa, 5g, pó para solução injetável	J		3.472,12	57.181.500,18	55.925.217,96	92.153.136,06
interferona, alfa 2b, 10.000.000 UI, solução injetável	L03	–	13.176,83	14.595,57	–	–
interferona, alfa 2b, 5.000.000 UI, solução injetável	L03	–	–	14.982,06	–	–
interferona, alfa peguilado 2b, 100 mcg, solução injetável	L03	–	–	136.483,59	43.102.555,78	16.462.475,19
interferona, alfa peguilado 2b, 120 mcg, solução injetável	L03	–	13.176,83	26.833,32	18.935.632,72	5.695.497,91
interferona, alfa peguilado 2b, 80 mcg, solução injetável	L03	8.523,08	29.581,57	145.134,25	81.167.960,58	100.950.023,70
Total		**8.523,08**	**175.578.410,77**	**408.930.820,63**	**199.136.596,00**	**340.259.168,18**

Fonte: SIASG.
Obs.: Valores expressos em reais. "–" indica que não há registro de compra.

Também no caso dos medicamentos do componente especializado, as observações feitas referentes à fragilidade dos dados de 2004 são válidas. Conforme a tabela 13, a única aquisição apresentada refere-se ao medicamento interferona alfa peguilado 2b de 80 mcg em solução injetável. É a partir de 2005 que se pode observar certa regularidade nas compras desses itens. Entretanto, as grandes diferenças nos valores anuais gastos com cada medicamento são reflexo da variação das quantidades adquiridas desses medicamentos. Uma possível explicação para a variação dessas quantidades está na descontinuidade da demanda formulada pelos estados. Esses itens, apesar de serem de responsabilidade da União, são adquiridos conforme a programação, isto é, estimação de quantidades de cada item a ser consumido no ano elaborada pelos estados e enviada ao Ministério da Saúde. Outro fator que explica a variação das quantidades é dado pelas pactuações realizadas pelas esferas federal e estadual nas comissões intergestores.

A tabela 14 a seguir apresenta o gasto total do programa de medicamentos do componente especializado, conforme os códigos da classificação ATC. Novamente, as compras de 2004 (principalmente) e 2005 ainda apresentam muitos itens adquiridos com descrição imprecisa e, portanto, sem a possibilidade de serem identificados. Isso explica, em grande medida, a disparidade de valores entre esses anos e os seguintes.

TABELA 14
Gasto total com medicamentos do componente especializado, conforme a classificação ATC – 2004-2008
(IPA – medicamentos, 2005 = 100)

	2004	2005	2006	2007	2008
A – aparelho digestivo e metabolismo	–	175.519.577,29	351.417.231,16	22.344,89	125.011.171,34
B – sangue e órgãos hematopoiéticos	–	4.494,59	9.921,15	577.545,33	1.924,09
C – aparelho cardiovascular	663,76	2.769,08	11.419,18	20.200,22	24.041,79
D – medicamentos dermatológicos	–	–	–	–	–
G – aparelho genito-urinário e hormônios sexuais	–	–	–	–	–
H – preparações hormonais sistêmicas[1]	2.849,92	16.210,52	89.692,14	84.788,66	114.892,81
J – anti-infecciosos gerais para uso sistêmico	–	3.993,22	57.197.402,76	56.058.595,16	92.163.595,06
L – agentes antineoplásicos e imunomoduladores	56.158,45	1.160.284,68	34.416.200,94	246.765.375,04	193.022.640,43
L01/L02 – agentes antineoplásicos e terapia endócrina	211,10	449,99	10.368,94	37.385,78	34.997,98
L03 – imunoestimulantes	8.523,08	100.380,25	30.586.072,63	237.527.222,06	180.900.436,98
L04 – agentes imunossupressores	47.424,26	1.059.454,44	3.819.759,37	9.200.767,19	12.087.205,47
M – sistema músculo-esquelético	–	–	–	–	–
N – sistema nervoso	1.015,64	19.540,25	103.941,48	1.115.012,06	146.950,81
P – produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes	–	–	–	–	–
R – aparelho respiratório	–	2.516,15	210.524,37	170.064,64	16.246,11
V – vários	–	–	–	–	73.592,00
Total (componente especializado + ação judicial)	**60.687,76**	**176.732.058,64**	**443.478.865,40**	**305.609.117,78**	**410.590.697,19**
Total ação judicial	**0,00**	**1.201.262,93**	**4.085.135,70**	**4.290.120,36**	**3.855.237,96**
Total componente especializado	**60.687,76**	**175.530.795,71**	**439.393.729,71**	**301.318.997,42**	**406.735.459,24**
Total de responsabilidade única da União (tabela 13)	**8.523,08**	**175.578.410,77**	**408.930.820,63**	**199.136.596,00**	**340.259.168,18**

Fontes: SIASG e DESD/SE/MS.
Nota: [1] Exclui insulinas e hormônios sexuais.
Obs.: Valores expressos em reais. "–" indica que não há registro de compra.

Nesta tabela é possível observar que além dos medicamentos que compõem a lista de responsabilidade da União, vários outros medicamentos do componente especializado foram adquiridos pelo Ministério da Saúde. Por exemplo, além das interferonas, outros medicamentos do código L da ATC são adquiridos. O mesmo ocorre com as outras classes, havendo, inclusive, a compra de medicamentos de classes não pertencentes à lista de aquisição centralizada. Isso é indicativo de duas possibilidades: esses medicamentos estão sendo adquiridos em decorrência de ações judiciais contra o Ministério da Saúde ou são adquiridos centralizadamente, embora fora da lista da Portaria GM/MS nº 2.577/2006 devido às pactuações realizadas nas comissões intergestores.

No caso dos medicamentos do componente especializado, é importante notar que pouco pode ser dito a respeito da melhora das compras com base na evolução dos preços e das quantidades das aquisições devido à inconstância dos dados. Essa irregularidade nos dados é explicada principalmente pelas pactuações ocorridas nas comissões intergestores e pelas ações judiciais contra o Ministério da Saúde.

7 EFICIÊNCIA DAS COMPRAS FEDERAIS DE MEDICAMENTOS: EVIDÊNCIAS PRELIMINARES DE PROGRAMAS SELECIONADOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

No intuito de avaliar as evidências sobre a eficiência nas compras realizadas pelo Ministério da Saúde para a aquisição de medicamentos, foram selecionados medicamentos de dois programas da assistência farmacêutica: *i*) concentrados dos fatores de coagulação XVIII e XIX, 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. Como são analisados somente quatro medicamentos, foi possível incluir o ano de 2009 na série original.

Os critérios para a 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*) gasto com o medicamento que representa elevada porcentagem do gasto total do programa selecionado.

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

É importante salientar que a avaliação da eficiência dos programas de assistência farmacêutica apresenta várias dificuldades. Uma das mais importantes talvez seja a substituição de medicamentos nos programas. É comum ocorrer à substituição em razão do lançamento de medicamentos inovadores. Isto cria dificuldades de

homogeneidade para a comparação de preços e quantidades de medicamentos ao longo do tempo.[24]

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

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 números-índice para os medicamentos selecionados: *i*) índice de gasto; *ii*) índice de *quantum* calculado pela fórmula de Paasche; e *iii*) índice de preço calculado pela fórmula de Laspeyres.

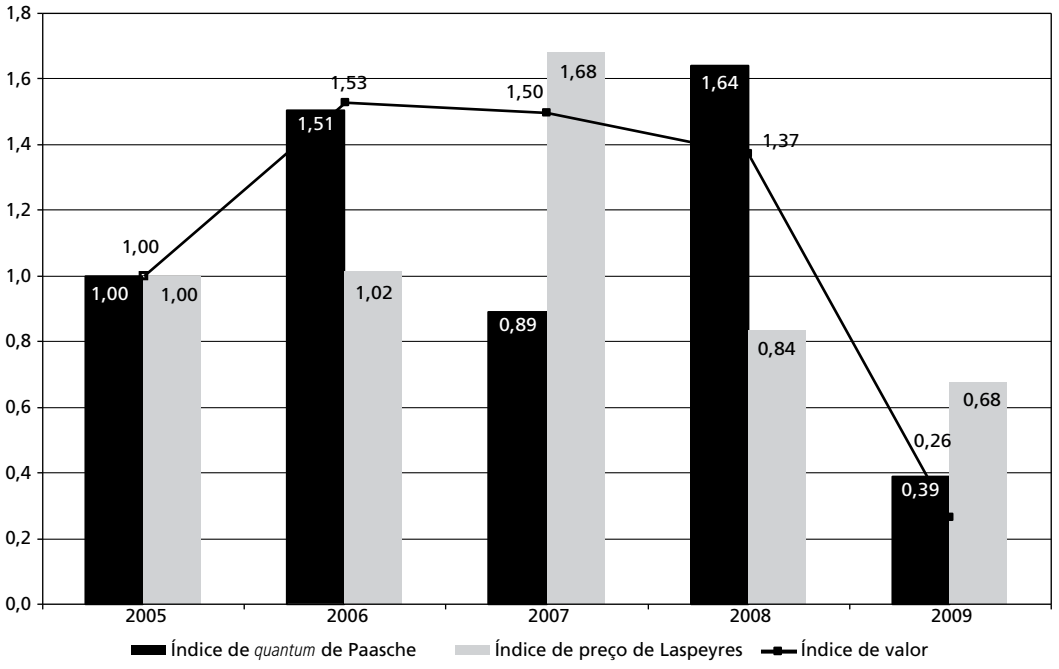
O índice de gasto pondera preços dos medicamentos em dois momentos, atual e inicial, tomando como pesos as quantidades compradas para os medicamentos, em ambos os momentos. Como esse índice utiliza o menor numerador (fórmula de Paasche) e o menor denominador (fórmula de Laspeyres) obtém-se um valor intermediário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

A elaboração dos índices do programa coagulopatias hereditárias foi realizada por medicamento. Essa decisão justifica-se devido a uma compra realizada para o fator VIII, em 2007, que apresentou comportamento discrepante, provavelmente por problemas de registro da informação na base de dados.

24. Para uma discussão sobre as dificuldades metodológicas de analisar a evolução dos preços e quantidades de medicamentos, ver Aizcorbe e Nestoriack (2010).

O primeiro medicamento analisado foi o concentrado do fator de coagulação VIII. O gráfico 2 mostra o comportamento dos índices para esse medicamento. Entretanto, devido à dúvida da consistência da informação de preços e de quantidades compradas, mencionada anteriormente, os resultados obtidos para esse medicamento devem ser vistos com cautela.

GRÁFICO 2
Índices de gasto, *quantum* e preço do concentrado do fator de coagulação VIII do programa coagulopatias hereditárias – 2005-2009



Fonte: SIASG.

Entre 2005 e 2006, o índice de valor da compra do fator VIII cresce em razão de que a variação das quantidades é maior que a dos preços. Entretanto, no ano seguinte, ocorre uma inversão: os preços aumentam e as quantidades compradas se reduzem. A redução do índice de valor decorre da redução proporcionalmente maior das quantidades. Em 2008, o índice de valor do fator VIII se reduz mais uma vez, pela contração de preço mais acentuada, mesmo com o aumento da quantidade comprada. No último ano da série, voltou a cair o índice de valor da compra desse medicamento, devido à redução de preços, que caem proporcionalmente mais que as quantidades.

Desta forma, as variações de preços e quantidades do fator VIII não possibilitam identificar ganhos de eficiência em todos os anos do período analisado. Excetuando o possível problema de registro das informações no SIASG, outro fator que pode explicar a dificuldade de identificar uma tendência definida de preços e quantidades é a existência de concentração de compras no tempo.

As compras federais de grandes quantidades de medicamentos em determinado ano podem reduzir seu preço unitário, mas quando isto não se verifica, o preço unitário pode não se reduzir. Somente em dois anos analisados, as quantidades compradas de fator VIII cresceram proporcionalmente mais que os preços, indicando queda do seu preço médio.

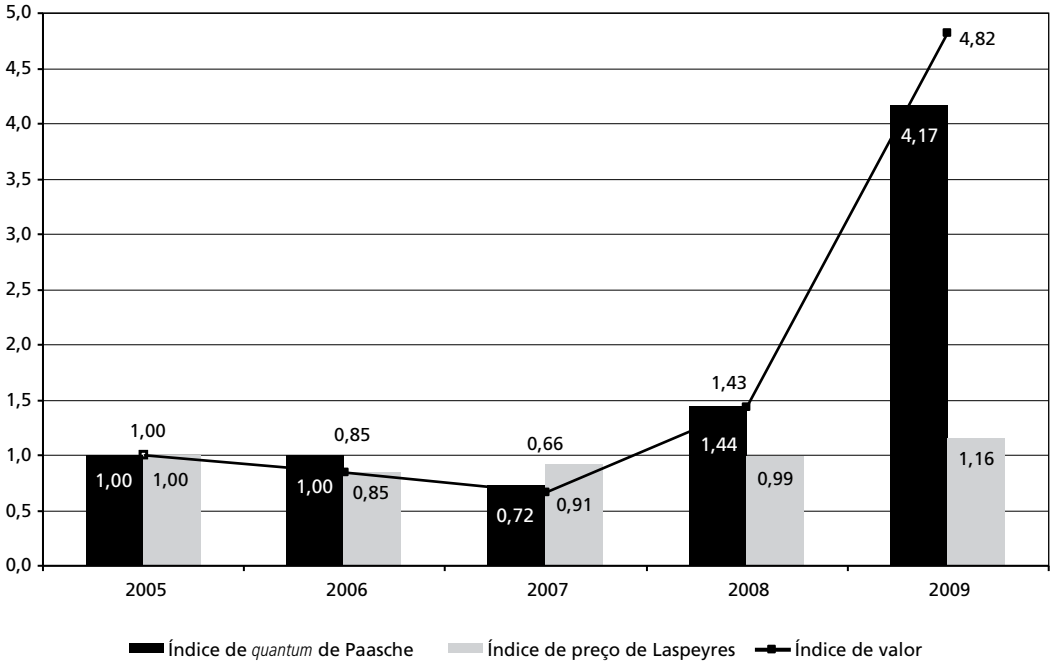
Os índices de valor, *quantum* e preços do segundo medicamento do programa de coagulopatias hereditárias, o concentrado do fator de coagulação IX, estão indicados no gráfico 3.

Entre 2005 e 2006, o índice de valor do fator IX se reduz em razão da queda maior dos preços pagos. Entre 2006 e 2007, ao contrário, o índice de valor do medicamento se reduz novamente, pois ocorre contração maior da quantidade de medicamento comprado em relação ao preço.

Em 2008, o índice de valor da compra do fator IX cresce expressivamente, em torno de 117%. Isto decorre do aumento mais que proporcional do índice de quantidade em relação ao índice de preço, o que reduz seu preço médio. No ano seguinte, o índice de valor apresentou crescimento de quase 230%, em razão do aumento da quantidade vendida em quase 190%.

Dessa forma, a tendência da compra desse medicamento é a redução do seu preço médio no período analisado, isto só não ocorre em 2006. As evidências sugerem ganhos de eficiência nas aquisições por licitação efetuadas pelo governo federal na compra do fator IX. A redução do preço médio deste medicamento parece estar associado à compra de grandes quantidades em determinado ano.

GRÁFICO 3
Índices do gasto, *quantum* e preço do concentrado do fator de coagulação IX do programa coagulopatias hereditárias – 2005-2009



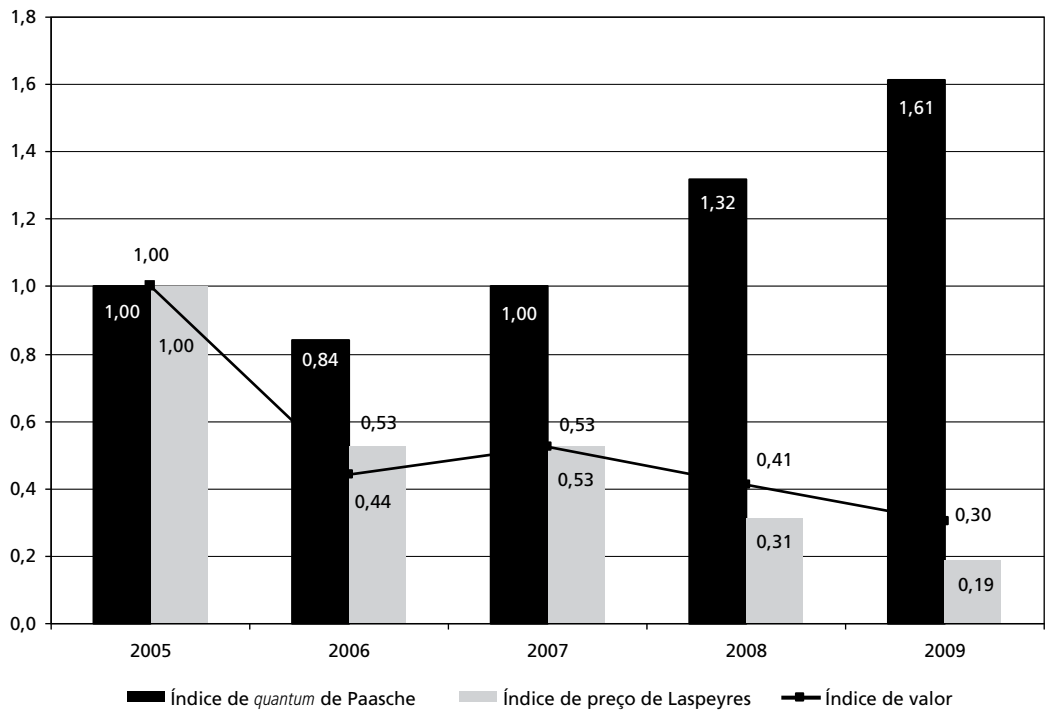
Fonte: SIASG.

Os índices de gasto, *quantum* e preço das insulinas do programa de diabetes são apresentados no gráfico 4.

A partir de 2006, a trajetória do índice de valor para as insulinas apresentou considerável queda. A redução do índice de preço é mais que proporcional que a redução do índice de quantidades, isto é responsável pela redução dos gastos públicos com esses medicamentos, nesse ano.

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

GRÁFICO 4
Índices do gasto, *quantum* e preço das insulinas do programa de diabetes – 2005-2009



Fonte: SIASG.

Esses resultados que sugerem maior eficiência das compras federais podem ser consequência, conforme sugerido, das alterações promovidas pelo Ministério da Saúde no processo de aquisição de medicamentos e de maior controle desses processos. No caso específico da insulina NPH, as quantidades compradas foram relativamente constantes no período analisado, contudo lograram uma redução no valor total da aquisição, graças a uma diminuição no preço unitário do medicamento.

Em suma, existem evidências de que determinados programas de assistência farmacêutica de responsabilidade do Ministério da Saúde apresentaram ganhos de eficiência, ou seja, os preços médios desses medicamentos tenderam a se reduzir, entre 2005 e 2009.

Cabe advertir que esses resultados são preliminares e limitados pelo reduzido número de programas aqui analisados: apenas três entre todos da assistência farmacêutica federal. Dos programas analisados, apenas dois sugerem ganhos de

eficiência. Em que medida é possível generalizar esses resultados é uma próxima tarefa, mas as primeiras evidências obtidas são promissoras.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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).

Dois resultados importantes devem ser ressaltados. O primeiro é que existem indicações – que não devem ser generalizadas apressadamente – de que alguns programas específicos da assistência farmacêutica que são de responsabilidade do

25. Segundo dados das PNADs 2003 e 2008 (IPEA, 2010b).

Ministério da Saúde têm obtido ganhos de eficiência não desprezíveis. Isso pode decorrer das alterações promovidas pelo ministério no processo de aquisição de medicamentos e controle desses processos, cujo resultado seria a redução dos preços médios de medicamentos comprados no âmbito de determinados programas de assistência farmacêutica do governo federal.

Um exemplo é o caso das aquisições de insulina humana NPH, que mantiveram as quantidades relativamente constantes, mas lograram uma redução no valor total da aquisição, decorrente de uma diminuição no preço unitário do medicamento. Entretanto, apenas se analisou preliminarmente a dimensão de eficiência, mas não a eficácia nesses programas.

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

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

26. Deve ser advertido que muitos desses trabalhos consideram gasto com medicamento no sentido amplo, de forma a incorporar outros itens não considerados aqui, por exemplo, Farmácia Popular. Dessa forma, a comparação dos resultados deve ser qualificada.

Outro aspecto que limita é o uso de informações orçamentárias para se quantificar os gastos federais com medicamentos. Nos programas e ações, que constam da execução orçamentária, que são identificados como despesas com medicamentos, as rubricas incorporam gastos como diárias, passagens, serviços com terceiros, entre outros itens, que não são medicamentos. Este aspecto está diretamente ligado ao aspecto de eficácia da assistência farmacêutica pública, que não é objeto deste trabalho.

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

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

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

REFERÊNCIAS

AIZCORBE, A.; NESTORIAK, N. **Prices index for drugs**: a review of the issues. Bureau of Economic Analysis, 2010 (Working Paper, n. 2).

ANGELL, M. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos**. Rio de Janeiro: Record, 2007.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 1990.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM nº 710, de 10 de junho de 1999**. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante. Brasília, 1999.

_____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Congresso Nacional, 2001.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM nº 371, de 4 de março de 2002**. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Brasília, 2002.

_____. **Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004**. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa Farmácia Popular do Brasil, e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 2004a.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, 2004b.

_____. **Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004**. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa Farmácia Popular do Brasil, e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 2004c.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM nº 1.035, de 31 de maio de 2004**. Amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2004d.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 442, de 13 de agosto de 2004**. Aprova o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: dependência à nicotina. Brasília, 2004e.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, 2004f.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, 2004g.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM nº 2.084, de 28 de outubro de 2005**. Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicadas no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o elenco mínimo obrigatório de Medicamentos. Brasília, 2005.

_____. **Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. Brasília: Congresso Nacional, 2006a.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Assistência farmacêutica na atenção básica**: instruções técnicas para a sua organização. 2. ed. Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM nº 2.577, de 27 de outubro de 2006**. Aprova o componente de medicamentos de dispensação excepcional. Brasília, 2006c.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007**. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347/2006, aos usuários portadores de Diabetes Mellitus. Brasília, 2007a.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 3.237, de 24 de dezembro de 2007**. Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. Brasília, 2007b.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM nº 204, de 29 de junho de 2007**. Dispõe sobre a regulação do financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde. Brasília, 2007c.

_____. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2007c.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM nº 1.424, de 10 de julho de 2008**. Estabelece o repasse anual fundo a fundo para a estruturação e implementação das ações de Alimentação e Nutrição no âmbito das secretarias estaduais e municipais de saúde com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM nº 106, de 22 de janeiro de 2009**. Altera o Anexo II da Portaria GM nº 2.577, de 27 de outubro de 2006, que aprova o componente de medicamentos de dispensação excepcional. Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM nº 2.048, de 3 de setembro de 2009**. Aprova o regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2009b.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM nº 2.981, de 26 de novembro de 2009.** Aprova o componente especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília, 2009c.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Saúde Mental**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134>. Acessado em: 14 set. 2009d.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010**. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Brasília, 2010.

CAMPOLINA, B. *et al.* Gasto das famílias com saúde: evolução e debate sobre gasto catastrófico. *In*: GAIGER, F. *et al*. (Org.). **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**, v. 2, Brasília, Ipea, 2007.

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

IPEA. Despesa Federal, 2005 a 2008. **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise. Brasília, 16 nov. 2008.

_____. Programas de assistência farmacêutica do governo federal: evolução recente das compras diretas de medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005 a 2008. **Comunicado do Ipea**, n. 74, Brasília, 16 de dezembro de 2010a. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/101216_comunicadoipea74.pdf>.

_____. **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise. Brasília, 2010b.

KUME H.; PIANE G.; SOUZA, C. A política brasileira de importação no período 1987-1998: descrição e avaliação. *In*: CORSEUIL, C. H.; E KUME, H. (Org.). **A abertura comercial brasileira nos anos 1990**: impactos sobre o emprego e salários. Brasília: Ipea, 2003.

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

MAGALHÃES, L. C. G. *et al*. **Evolução, tendências e características das importações e exportações de farmoquímicos e medicamentos**: análise da balança de comércio exterior da indústria farmacêutica brasileira, 1990-2000. Brasília: Ipea, 2003 (Texto para Discussão, n. 973).

MOYSES JR. Z.; LEAL, J. C.; FARIAS, R. Desenvolvimento e competitividade: a arena do Fórum de Competitividade da Cadeia Produtiva Farmacêutica. *In:* Buss, P. M. *et al*. (Org.). **Medicamentos no Brasil**: inovação e acesso. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2008.

SCHOLZE, S. H. C. **Patentes, transgênicos e clonagem**. Brasília: Editora da UnB, 2002.

SILVA, C. *et al*. **Asma e rinite**: linhas de conduta em atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SILVEIRA, F. G. *et al.* **Os gastos das famílias com saúde**. *In*: SILVEIRA, F. G. *et al.* **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2006.

VIEIRA, F. S. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendências dos programas de 2002 a 2007. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 674-681, ago. 2009.

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

_____. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 677, abr. 2007.

_____. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendências dos programas de 2002 a 2007. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 677, ago. 2009.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2011

EDITORIAL

Coordenação
Cláudio Passos de Oliveira

Njobs Comunicação

Supervisão
Cida Taboza
Fábio Oki
Inara Vieira

Revisão
Ângela de Oliveira
Cristiana de Sousa da Silva
Lizandra Deusdará Felipe
Regina Marta de Aguiar

Editoração
Anderson Reis
Larita Arêa

Capa
Luís Cláudio Cardoso da Silva

Projeto gráfico
Renato Rodrigues Bueno

Livraria do Ipea

SBS – Quadra 1 - Bloco J - Ed. BNDES, Térreo.
70076-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 3315-5336

Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br
Tiragem: 500 exemplares

Missão do Ipea
Produzir, articular e disseminar conhecimento para aperfeiçoar as políticas públicas e contribuir para o planejamento do desenvolvimento brasileiro.

ISSN 1415-4765

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

SECRETARIA DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA