



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Sulpino Vieira, Fabiola; Zucchi, Paola
Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde
Revista de Saúde Pública, vol. 45, núm. 5, outubro, 2011, pp. 906-913
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240193012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Fabiola Sulpino Vieira^I

Paola Zucchi^{II}

Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde

Resource allocation for pharmaceutical procurement in the Brazilian Unified Health System

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a aplicação direta de recursos financeiros pelos entes federados para a aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde.

MÉTODOS: Foram levantados os valores alocados em aplicações diretas para a aquisição de medicamentos no ano de 2009 em dois sistemas de informação: Siga Brasil do Senado Federal (para a União) e Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (para estados, Distrito Federal e municípios). Calculou-se o gasto *per capita* com medicamentos, além da média e mediana do gasto de municípios por região e por categoria de tamanho de população. O coeficiente de Spearman foi calculado para algumas variáveis definidas. A análise estatística incluiu testes de normalidade para os dados e de comparação múltipla para diferenças entre grupos.

RESULTADOS: Em 2009 o valor total liquidado para a aquisição de medicamentos pelas três esferas de governo foi de R\$ 8,9 bilhões. Estados e o Distrito Federal foram os principais executores, sendo responsáveis por 47,1% do valor total liquidado no Sistema Único de Saúde. Alguns estados tiveram gasto *per capita* muito acima da média (R\$ 22,00 hab/ano) e da mediana (R\$ 17,00 hab/ano). Houve diferença no gasto de municípios por região e observou-se que a média do gasto *per capita* dos que têm até 5 mil habitantes foi 3,9 vezes maior que dos municípios com mais de 500 mil habitantes. Municípios com até 10 mil habitantes tiveram gasto *per capita* maior que os demais municípios.

CONCLUSÕES: Aspectos econômicos, tais como escala da aquisição de medicamentos e poder de negociação, podem explicar as diferenças de gasto *per capita* entre os entes federados, especialmente os municípios. O estudo sinaliza para ineficiências nas aplicações de recursos financeiros para a aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde.

DESCRIPTORIOS: Custos de Cuidados de Saúde. Assistência Farmacêutica, economia. Dotação de Recursos para Cuidados de Saúde. Equidade na Alocação de Recursos. Gastos em Saúde. Sistema Único de Saúde.

^I Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Secretaria Executiva. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil

^{II} Grupo Interdepartamental de Economia da Saúde. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Fabiola Sulpino Vieira
Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios
Bloco G, Anexo B, sala 454 B
70058-900 Brasília, DF, Brasil
E-mail: fabiolasulpino@uol.com.br

Recebido: 13/10/2010

Aprovado: 6/4/2011

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze resource allocation for pharmaceutical procurement by federative entities in the Brazilian Unified Health System.

METHODS: The amounts allocated to purchase pharmaceuticals during 2009 in two information systems were analyzed: *Siga Brasil* (Follow Brazil) for national data and *Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde* (Information System on Public Health Budgets) for states, the Federal District and municipalities data. *Per capita* spending and the mean and median spending were calculated by municipalities, according to region and population size. The Spearman correlation coefficient was calculated for some variables. The statistical analysis included tests of normality and multiple comparisons for differences between groups.

RESULTS: In 2009 the total amount spent by the three spheres of government for purchase of medicines was approximately R\$ 8.9 billion. States and the Federal District were the main players, accounting for 47.1% of the total amount spent in the health system. Some states had *per capita* spending well above the mean (R\$ 22.00 per resident/year) and the median (R\$ 17.00 per resident/year). There were differences in municipal spending by region. The mean *per capita* expenditure of municipalities with less than 5,000 residents was 3.9 times that of municipalities with over 500,000 residents. Municipalities with less than 10,000 residents had higher *per capita* spending than other municipalities.

CONCLUSIONS: Economic aspects such as the scale of procurement and bargaining power may explain differences in *per capita* spending between federal entities, especially among municipalities. The study indicates inefficiencies in the use of financial resources to procure medicines in the Brazilian Unified Health System.

DESCRIPTORS: Health Care Costs. Pharmaceutical Services, economics. Health Care Rationing. Equity in the Resource Allocation. Health Expenditures. Unified Health System.

INTRODUÇÃO

Os governos em todo o mundo vêm enfrentando há alguns anos o grande desafio de gerenciar a evolução dos gastos com ações e serviços de saúde, sendo vários os fatores que têm contribuído para esse aumento.³

Nesse contexto, ampliou-se o gasto com medicamentos em diversos países. No Canadá, de 1998 a 2004, o gasto *per capita* com sólidos orais sob prescrição aumentou à taxa de 10% ao ano na maioria das províncias, mais rápido do que o crescimento econômico do mesmo período.⁹

Tais situações têm motivado a adoção de medidas de contenção de gasto. Na Europa, políticas de preço foram estabelecidas nas décadas de 1980 e 1990, tais como o controle de preço dos produtos, o estabelecimento de preço de referência e o controle do lucro.^{2,6}

Nesses países, o controle de preços tem se dado de forma direta e indireta. As políticas classificadas como

de controle direto incluem a negociação de preços com o fornecedor, o estabelecimento de preço máximo, a realização de comparações internacionais, o corte ou congelamento de preços. Já o controle indireto tem se efetivado pela regulação do lucro, pelo estabelecimento de preço de referência e de índice de preço.¹

Os estudos de avaliação do impacto dessas políticas têm mostrado redução do gasto do governo com medicamentos logo após sua implementação, revelando ainda que os métodos de controle direto de preços são mais eficazes.^{1,8}

No Brasil também é expressivo o aumento do gasto total com medicamentos, haja vista o gasto por parte do Ministério da Saúde para aquisição de anti-retrovirais e de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.¹¹ A regulação econômica foi instituída em 2003 com a criação da Câmara de

Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), responsável pela aprovação dos preços de entrada e do reajuste anual de produtos farmacêuticos no mercado.^a

A partir de 2007, a CMED passou a regular também os preços de venda para o governo de uma relação de medicamentos recomendados em protocolos clínicos do Ministério da Saúde. Criou o Coeficiente de Adequação de Preços (CAP), que consiste em uma alíquota a ser descontada do preço de fábrica desses medicamentos (atualmente 22,85%), dando origem ao preço máximo de venda ao governo (PMVG). Trata-se de um desconto mínimo obrigatório, que deve ser aplicado pelas distribuidoras e/ou laboratórios quando realizam vendas destinadas à Administração Pública.^{b,c,d}

No Sistema Único de Saúde (SUS), as aquisições de medicamentos são feitas de forma autônoma pela União, 5.564 municípios, 26 estados e pelo Distrito Federal, além de hospitais que estão sob regime de administração pública indireta. A complexidade dessa estrutura administrativa requer que se analise o gasto com medicamentos de cada ente federado, a fim de que sejam monitorados possíveis problemas e sejam formuladas políticas que visem a assegurar eficiência no uso dos recursos públicos.

O presente estudo teve por objetivo analisar a aplicação direta de recursos financeiros pelos entes federados para a aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde.

MÉTODOS

Os valores liquidados^e com a aquisição de medicamentos pelo governo federal em 2009 foram obtidos a partir do sistema Siga Brasil, o qual disponibiliza o orçamento da União em sítio eletrônico do Senado Federal.^f Selecionaram-se as seguintes ações do orçamento da União, as quais estão diretamente associadas à aquisição de medicamentos: a) 6031; b) 4295; c) 6142; d) 20AE; e) 4368; f) 4370; g) 4705; e h) 20BA. Para

cada uma dessas ações orçamentárias foram identificados apenas os valores extraídos na modalidade de aplicação direta.

Para cálculo do gasto *per capita* da União com medicamentos, dividiu-se a somatória dos valores liquidados em aplicações diretas nessas ações pela estimativa de população total brasileira para 1º de julho de 2009, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os valores liquidados pelos Estados, Distrito Federal e municípios para aquisição de medicamentos foram extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops).^g Empregaram-se as classificações contábeis 3.3.3.90.30.09.00 e 3.3.3.90.32.03.01. A soma dos valores obtidos em cada classificação contábil corresponde ao gasto total de cada ente.

O gasto *per capita* dos estados, Distrito Federal e dos municípios com medicamentos foi obtido pela divisão do gasto total com medicamentos de cada ente federado pela respectiva população, estimada para 1º de julho de 2009 pelo IBGE.

Média e mediana das aplicações diretas *per capita* (gasto com medicamentos *per capita*) foram calculadas para os municípios por região geográfica e por categoria de tamanho de população: até 5.000 habitantes, de 5.001 a 10.000, de 10.001 a 20.000, de 20.001 a 50.000, de 50.001 a 100.000, de 100.001 a 500.000 e mais de 500.000 habitantes.

Dados sobre produção de consultas foram obtidos a fim de investigar a correlação entre o número de consultas por habitante e o gasto com medicamentos por habitante, a partir do sítio eletrônico do Departamento de Informática do SUS (Datasus).^h

O coeficiente de correlação linear de Spearman foi calculado para as seguintes variáveis municipais: a) consultas por habitante por ano e gasto com medicamentos por habitante por ano; b) consultas por habitante

^a Brasil. Lei nº 10.742 de 6 de outubro de 2003. Define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED e altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. *Diário Oficial Uniao*. 7 out 2003[citado 2010 ago 31]:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.742.htm

^b Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução CMED nº4, de 18 de dezembro de 2006. Dispõe sobre o Coeficiente de Adequação de Preços – CAP, sua aplicação, e altera a Resolução CMED nº. 2, de 5 de março de 2004. *Diário Oficial Uniao*. 19 dez 2006:1.

^c Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Comunicado CMED nº 15, de 28 de dezembro de 2007. Estabelece os critérios de composição de fatores para o ajuste de preços de medicamentos a ocorrer em 30 de março de 2007. *Diário Oficial Uniao*. 31 dez 2007:23-4.

^d Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Comunicado CMED nº 1, de 3 de fevereiro de 2010. *Diário Oficial Uniao*. 04 fev 2010:1.

^e A liquidação da despesa consiste na verificação do direito adquirido pelo credor, tendo por base os títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito. Implica o reconhecimento do débito por parte do administrador público e, portanto, neste caso ao valor gasto com medicamentos, considerando que os mesmos foram entregues à administração pública.

^f Senado Federal. Orçamento Federal. Siga Brasil. Brasília; 2001[citado 2010 out 04]. Disponível em: http://www9.senado.gov.br/portal/page/portal/orcamento_senado/SigaBrasil

^g Ministério da Saúde. Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde - SIOPS. Brasília; 2000[citado 2010 ago 16]. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/>

^h Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Brasília; 2009[citado 2010 out 05]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>

com mais de 40 anos por ano e gasto com medicamentos por habitante por ano; e c) população e gasto com medicamentos por habitante por ano.

Para a análise estatística foi empregado o *software* R (versão 2.6.2) e foram aplicados os seguintes testes: Lilliefors para normalidade; Grubbs para detecção de *outliers*; Shapiro-Wilk para normalidade; Kruskal-Wallis para diferentes grupos; e comparação múltipla para diferenças entre grupos.¹⁰

RESULTADOS

Observa-se, na Tabela, que em 2009 o valor total liquidado para a aquisição de medicamentos pelas três esferas de governo no SUS foi de R\$ 8,9 bilhões, aproximadamente US\$ 4,9 bilhões, de acordo com o total declarado por estados e municípios no Siops até a data da coleta de dados (16/8/2010).¹ Esse valor não consolidou o gasto de todos os estados e municípios, pois, no período analisado, entre os estados faltavam três informantes (Espírito Santo, Paraná e Pernambuco) e, entre os municípios, 152. As aplicações diretas da União totalizaram o valor de R\$ 12,33 /habitante/ano em 2009.

Quanto à participação percentual dos entes federados em aplicações diretas para a aquisição de medicamentos, os estados e o Distrito Federal foram os principais executores em volume de recursos, sendo responsáveis por 47,1% do valor total liquidado no SUS. Foram seguidos pela União com 26,5% e pelos Municípios com 26,4%.

Alguns estados apresentaram gasto *per capita* muito acima da média (R\$ 22,00 hab/ano) ou até mesmo da mediana (R\$ 17,00 hab/ano), sugerindo a presença de *outliers* (valores inconsistentes) (Figura 1). A aplicação do teste de Lilliefors ($D = 0,1646$, $p = 0,09184$) indicou que a hipótese de distribuição normal não pode ser desconsiderada e o teste de Grubbs ($D = 0,4206$, $p < 0,001$), que os valores extremos, relativos ao Amapá e ao Distrito Federal, aconteceram por outros fatores que não a aleatoriedade.

A média e a mediana do gasto *per capita* com medicamentos de municípios calculadas por Região mostraram que os municípios dos estados do Norte e Sul possuíam parâmetros diferentes daqueles dos estados do Nordeste e Sudeste (Figura 2). Segundo o teste de Shapiro-Wilk, pôde-se rejeitar a hipótese de normalidade dentro de cada Região: Norte, $W = 0,4253$ e $p < 0,0001$; Nordeste, $W = 0,6792$ e $p < 0,0001$; Sul, $W = 0,7537$ e $p < 0,0001$; Sudeste, $W = 0,1079$ e $p < 0,0001$; e Centro-Oeste, $W = 0,5809$ e $p < 0,0001$. Dessa forma, como não se pode dizer que as observações resultam de uma distribuição gaussiana, testes não paramétricos para comparações entre os grupos devem ser realizados. Nesse caso, o teste de Kruskal-Wallis rejeitou a hipótese de que os grupos são parecidos e que, pelo menos, um grupo é diferente dos demais (207,0103; graus de liberdade 4; $p < 0,001$).

O teste de comparação múltipla, realizado após o teste de Kruskal-Wallis, indicou que o Centro-Oeste possui gasto estatisticamente diferente das Regiões Norte, Nordeste e Sudeste. O Norte também difere do Sul, mas não das regiões Nordeste e Sudeste. Os gastos *per capita* das Regiões Sudeste e Nordeste são parecidos entre si, porém diferenciam-se do gasto da Região Sul.

Analisando-se a média e a mediana das aplicações diretas *per capita* dos municípios, estratificados por tamanho de população, verifica-se que a média do gasto *per capita* dos que têm até 5 mil habitantes é 3,9 vezes maior que dos municípios com mais de 500 mil habitantes. No caso da mediana, a diferença é 3,3 vezes maior para municípios com até 5 mil habitantes em relação a aqueles com mais de 500 mil habitantes (Figura 3).

A hipótese de normalidade do gasto por tamanho de município (número de habitantes) foi rejeitada pelo teste de Shapiro-Wilk: a) Até 5.000, $W = 0,7845$ e $p < 0,0001$; b) De 5.001 a 10.000, $W = 0,5383$ e $p < 0,0001$; c) De 10.001 a 20.000, $W = 0,0693$ e $p < 0,0001$; d) De 20.001 a 50.000, $W = 0,7837$ e $p < 0,0001$; e) De 50.001 a 100.000, $W = 0,6507$ e $p < 0,0001$; f) De 10.0001 a 500.000, $W = 0,3419$ e $p < 0,0001$; g) Mais de 500.000 $W = 0,8941$ e $p < 0,001$. Pelo teste de

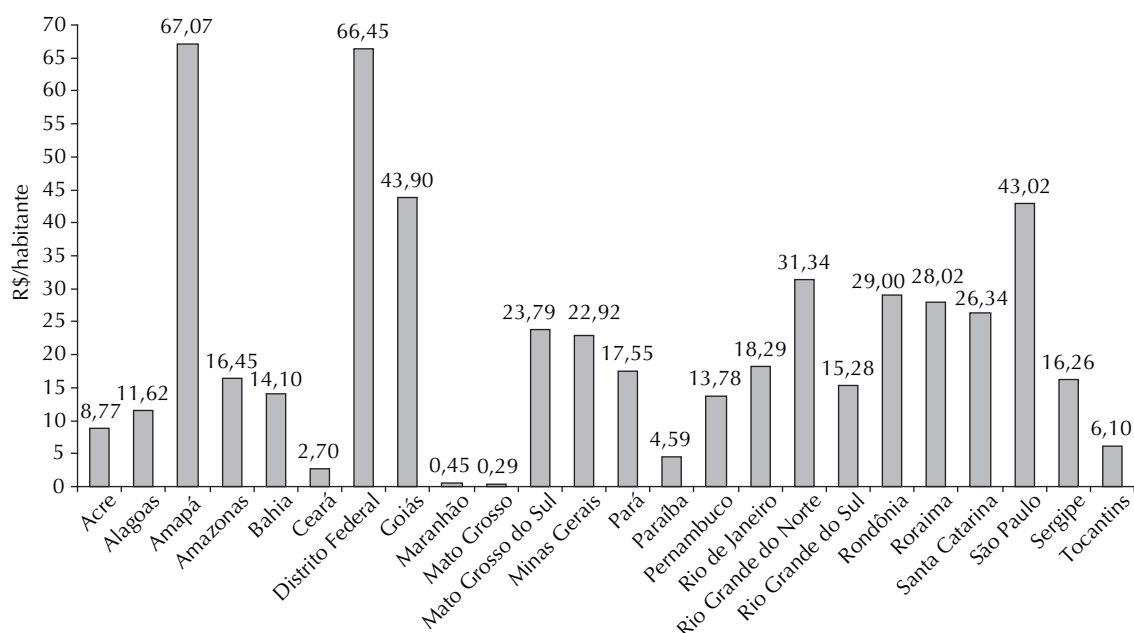
Tabela. Valor total liquidado pelas esferas administrativas na modalidade aplicação direta para a aquisição de medicamentos. Brasil, 2009.

Esfera	Total de unidades federativas	Nº de informantes*	Gasto total (R\$ correntes)
União	1	1	2.360.115.095,07
Estados e Distrito Federal	27	24	4.187.072.744,13
Municípios	5.564	5.412	2.351.363.521,55
Total			8.898.551.360,75

Fonte: Dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - Siops (estados, Distrito Federal e municípios) e do Siga Brasil (Orçamento da União).

* Nº de informantes corresponde ao total de estados e municípios que informaram as despesas com ações e serviços públicos de saúde no Siops. Levantamento realizado em 16/8/2010.

¹ Conversão para a moeda norte-americana segundo a cotação diária para compra no período de 1/7 a 31/12/2009 (1 dólar = 1,80 reais).



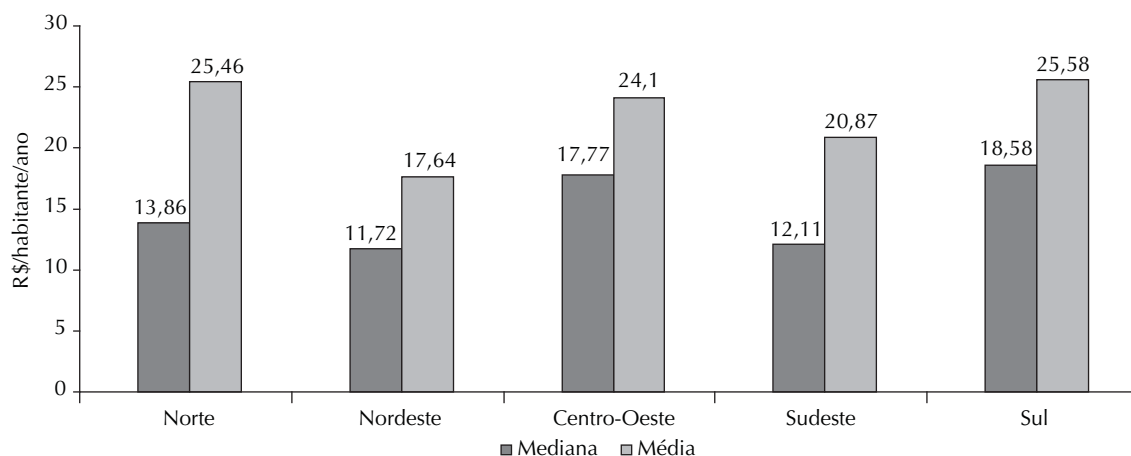
Fonte: Dados do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Figura 1. Gasto *per capita* com medicamentos dos estados e Distrito Federal na modalidade aplicação direta. Brasil, 2009.

Kruskal-Wallis, observou-se que o gasto *per capita* dos municípios pequenos (até 5.000 habitantes, ou de 5.001 até 10.000) foi diferente do gasto para todas as outras classes de tamanho. O gasto dos municípios com tamanho entre 10.001 e 20.000 habitantes foi igual apenas se comparado ao gasto dos municípios com mais de 500.000 habitantes. Para todas as classes de municípios com mais de 20.000 habitantes, o gasto *per capita* em medicamentos foi estatisticamente igual.

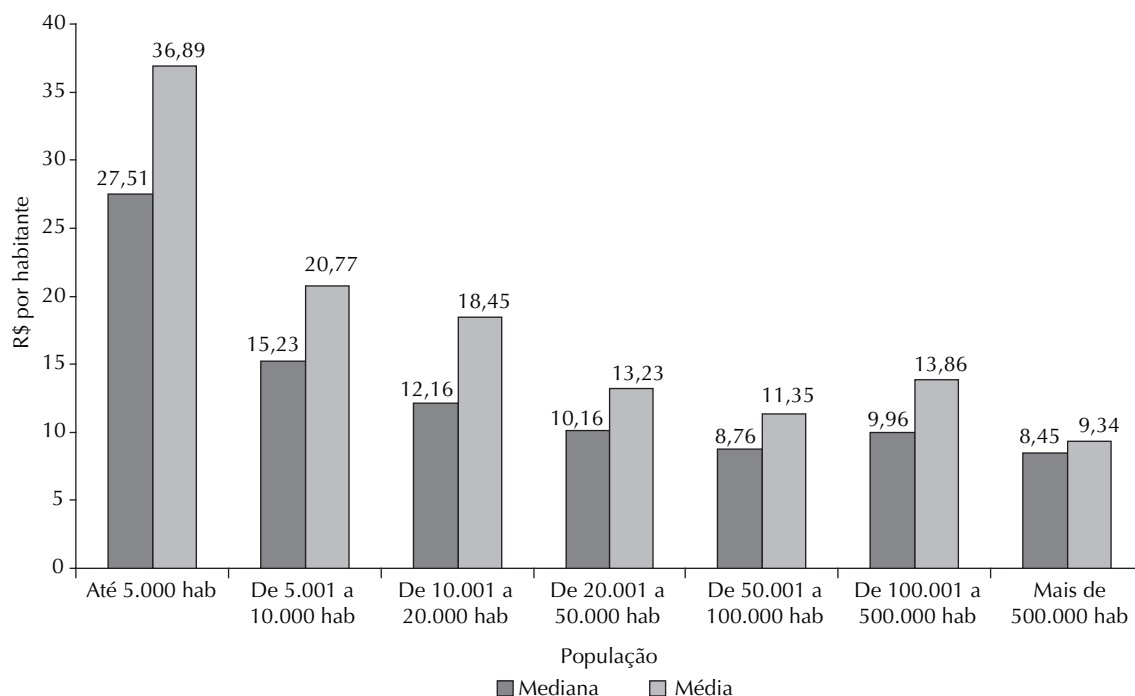
Segundo o teste de correlação (Spearman, R), as variáveis “gasto *per capita* com medicamentos” e “número de consultas médicas por habitante” apresentaram correlação estatisticamente significativa positiva, porém de magnitude pequena ($R = 0,06377$, $p < 0,001$).

Entre “gasto *per capita* com medicamentos” e “número de consultas médicas por habitante com 40 anos ou mais”, o teste de Spearman indicou correlação positiva fraca ($R = 0,06925$, $p < 0,001$).



Fonte: Dados do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Figura 2. Média e mediana das aplicações diretas *per capita* de Municípios para a aquisição de medicamentos por região. Brasil, 2009.



Fonte: Dados do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Figura 3. Média e mediana das aplicações diretas *per capita* de Municípios para a aquisição de medicamentos. Brasil, 2009.

As variáveis “gasto *per capita* com medicamentos” e “população do município” apresentaram relação inversa ($R = -0,39087$, $p < 0,001$).

DISCUSSÃO

O presente trabalho apresenta os valores alocados para a aquisição de medicamentos pelos entes federados no SUS, apenas em relação às aplicações diretas, execução do recurso com a compra de medicamentos. Assim, não é o financiamento que está sendo discutido.

A alocação de R\$ 8,9 bilhões em aplicações diretas para a aquisição de medicamentos no SUS em 2009 não representa a totalidade dos valores para essa finalidade devido à característica do próprio Siops, utilizado para a coleta de dados dos estados e municípios. Como a natureza do sistema é declaratória e não compulsória, alguns estados e municípios não tinham informado ainda suas receitas e despesas com saúde, incluindo medicamentos até o encerramento da coleta de dados.

Isso significa que o valor total das aplicações diretas dos estados e municípios é efetivamente maior que o apresentado na Tabela e, portanto, maior é a participação dessas esferas de governo quanto ao valor total do SUS para essa modalidade de aplicação dos recursos.

Em relação às aplicações diretas com medicamentos *per capita* (gasto *per capita*) de estados, chama a atenção

os valores alocados pelo Amapá (R\$ 67,07 hab/ano) e Distrito Federal (R\$ 66,45 hab/ano), muito acima da média (R\$ 22,00 hab/ano). Como esses valores não foram produzidos pelo acaso, muitas situações podem explicá-los, inclusive ineficiência na realização da compra de medicamentos e desvios.

A análise da média e mediana por Região para o conjunto de municípios indica diferenças entre estas medidas de até 46%, mostrando municípios bastante discrepantes em termos de gasto *per capita* em relação aos demais municípios da mesma Região. A comprovação estatística de diferença no gasto *per capita* dos municípios entre as Regiões (Figura 2) revela que os municípios da Região Centro-Oeste gastam mais que os da Região Nordeste e Sudeste e menos que os da Região Norte. Além disso, que o gasto dos municípios das Regiões Nordeste e Sudeste é semelhante, mas diferente do gasto daqueles da Região Sul. Ainda, a elevada diferença entre a média e a mediana na Região Norte sugere maior desigualdade de gasto com medicamentos pelos municípios, havendo muitos municípios com gasto muito baixo e poucos com gasto muito elevado. Isso também ocorre em municípios pequenos.

Chama a atenção a relação inversa entre o gasto *per capita* com medicamentos e a população do município. Municípios com população até 5 mil habitantes apresentaram média do gasto *per capita* 3,9 vezes maior

que municípios com população superior a 500 mil habitantes, e o gasto dos municípios com até 10 mil habitantes é estatisticamente diferente do gasto para as demais categorias. Algumas hipóteses foram levantadas para explicar essa constatação. Em primeiro lugar, seria necessário verificar se os municípios menores produziram mais consultas que os municípios maiores, pois número maior de consultas pode implicar mais prescrições médicas e, portanto, maior gasto *per capita* com medicamentos. Segundo, se foram realizadas mais consultas com pessoas com 40 anos ou mais em municípios menores que nos maiores, uma vez que maior atendimento dessa população pode implicar mais prescrições, devido à maior prevalência de doenças crônicas, o que resultaria em maior gasto *per capita* com medicamentos. Terceiro, se as diferenças observadas seriam decorrentes de diferenças qualitativas na relação de medicamentos dispensados à população. Quarto, se tais diferenças poderiam ser explicadas pela parcela maior de beneficiários de planos privados de saúde em municípios maiores que em menores, os quais deixariam de utilizar o SUS para a obtenção dos medicamentos prescritos. E, por fim, a quinta hipótese, se as questões econômicas, tais como poder e escala de aquisição, estariam presentes, fazendo com que municípios menores,^j por terem menor poder de negociação e escala de compra, estariam pagando preços mais altos pelos produtos que os municípios maiores, resultando em maior gasto *per capita*.

Em relação às duas primeiras hipóteses, conclui-se pela não interferência do número de consultas realizadas nas diferenças observadas do gasto *per capita* dos municípios, pois o presente trabalho encontrou correlação fraca e positiva.

Quanto à terceira hipótese, pode-se afirmar, com grau elevado de segurança, que as variações qualitativas dos medicamentos oferecidos à população são mínimas, em virtude da existência de política nacional e de financiamento federal para a aquisição dos medicamentos disponíveis na atenção primária em saúde. Assim, a responsabilidade é quase exclusiva dos municípios, sendo baixa a discricionariedade do gestor municipal em alterar os itens da lista federal.

No caso da quarta hipótese, são pouquíssimos os planos privados de saúde no Brasil que oferecem medicamentos. Dessa forma, acredita-se que esse efeito, caso exista, seja muito limitado, pois mesmo beneficiários de planos privados procuram o SUS para a dispensação de medicamentos.

Desse modo, descartando-se as hipóteses anteriores, pelo fato de não explicarem diferenças no gasto *per capita* com medicamentos de municípios por categorias de tamanho de população ou de explicarem muito pouco

essas diferenças, tem-se que a hipótese mais plausível reside em poder e escala de compras distintos.

O impacto é maior sobre os municípios menores, uma vez que pagariam preços mais elevados devido à menor capacidade de negociação e pelo fato de comprarem menores quantidades.

Essa situação remete à necessidade de se discutir a eficiência no uso dos recursos públicos, uma vez que a fonte de financiamento é a mesma, ou seja, os medicamentos são adquiridos com recursos advindos do pagamento de tributos pela sociedade.

Chalkidou et al⁴ analisaram preços pagos para os mesmos medicamentos por diferentes agências governamentais dos EUA e concluíram que não havia razão econômica ou social moralmente aceita que justificasse que programas do governo federal pagassem preços tão diferentes pelos produtos farmacêuticos.

No caso brasileiro, se comprovadas grandes diferenças nos preços pagos, como sugere essa análise, tem-se que as diferenças não são intragovernamentais como nos EUA, mas sim intergovernamentais. De todo modo, não parece adequado que os recursos públicos sejam empregados dessa forma, o que sinaliza a necessidade de adoção de políticas que promovam a eficiência de compras públicas em todas as esferas de governo.

Algumas estratégias já foram implementadas por alguns governos estaduais no País. Por exemplo, a produção de medicamentos por laboratórios farmacêuticos públicos para oferta aos municípios nos estados de São Paulo e Minas Gerais⁵ e o estabelecimento de consórcio de medicamentos no estado do Paraná, no qual os municípios se unem para ampliar a escala de compra e seu poder de negociação de preços.^{5,7} Essas estratégias foram consideradas eficazes para a redução dos custos de aquisição dos medicamentos.

Entretanto, tais medidas estão longe de atingir a totalidade dos municípios brasileiros, o que torna urgente discutir políticas que promovam a eficiência do uso dos recursos. Nesse aspecto, podem ser empregadas políticas destinadas a garantir melhores preços em compras públicas, como, por exemplo, o estabelecimento de consórcio entre municípios e a realização de atas de registro de preços pelos estados para que os municípios comprem pelos preços pré-registrados nesse tipo de contrato.

A centralização de compra pelo governo federal somente se justifica para medicamentos que possuem um único fornecedor e/ou são adquiridos no exterior e/ou tenham preço unitário bastante elevado. Em tais situações, o ganho econômico pela centralização parece

^j O Brasil tem 2.551 municípios com até 10 mil habitantes, representando 45,8% do total.

suplantar as dificuldades de logística e seu custo em um país de território tão extenso como o Brasil.

Outra possibilidade para garantir eficiência consiste na adoção de medidas mais amplas, de impacto nacional, tal como a regulação de compras públicas por meio da definição de preço máximo para a aquisição de todos os medicamentos dispensados no SUS, a exemplo do que já ocorre para alguns medicamentos que tiveram PMVG definido. Essa parece ser uma das políticas mais objetivas, eficazes e menos dispendiosas em termos administrativos. Contudo, é necessário avaliar

esse impacto em outras políticas, na medida em que o mercado farmacêutico brasileiro é um dos maiores do mundo e o SUS é um grande comprador de medicamentos desse mercado.

Por fim, é fundamental implantar e monitorar políticas farmacêuticas com a finalidade de regular as compras públicas no Brasil. A tendência internacional de aumento do gasto com medicamentos também é observada no contexto nacional, o que implica necessidade de agilidade pelos gestores na adoção de medidas que garantam a sustentabilidade do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Aaserud M, Dahlgren AT, Kösters JP, Oxman AD, Ramsay C, Sturm H. Pharmaceutical policies: effects of reference pricing, other pricing, and purchasing policies (review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;19(2):CD005979.
2. Brekke KR, Königbauer I, Straume OR. Reference pricing of pharmaceuticals. *J Health Econ*. 2007;26(3):613-42. DOI:10.1016/j.jhealeco.2006.11.003
3. Kondro W. Drug spending tops \$25 billion. *CMAJ*. 2007;176(13):1816. DOI:10.1503/cmaj.070680
4. Chalkidou K, Fanderson GF, Faden R. Eliminating drug price differentials across government programmes in the USA. *Health Econ Policy Law*. 2010;6(1):43-64.
5. Cosendey MAE, Bermudez JAZ, Reis ALA, Silva HF, Oliveira MA, Luiza VL. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. *Cad Saude Publica*. 2000;16(1):171-82. DOI:10.1590/S0102-311X2000000100018
6. Ess SM, Schneeweiss S, Szucs TD. European Healthcare Policies for Controlling Drug Expenditure. *Pharmacoeconomics*. 2003;21(2):89-103. DOI:10.2165/00019053-200321020-00002
7. Ferraes AMB, Cordoni Jr L. Consórcio de medicamentos no Paraná: análise de cobertura e custos. *Rev Adm Publica*. 2007;41(3):475-86. DOI:10.1590/S0034-76122007000300005
8. Håkonsen H, Horn AM, Toverud EL. Price control as a strategy for pharmaceutical cost containment – What has been achieved in Norway in the period 1994 – 2004? *Health Policy*. 2009;90(2-3):277-85.
9. Morgan S. Drug expenditure trends in the Canadian Provinces: magnitude and causes from 1998 to 2004. *Health Policy*. 2005;1(1):85-99.
10. Sheskin DJ. Handbook of parametric and nonparametric statistical procedures. Boca Raton: Chapman & Hakk; 2000.
11. Vieira FS. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas 2002 a 2007. *Rev Saude Publica*. 2009;43(4):674-81. DOI:10.1590/S0034-89102009005000041