



1290000424



TCC/UNICAMP C817m



TIAGO DE BARROS CORREIA

**O Mercado de Medicamentos
no Brasil
Durante a Década de 1990
e
Regulação do Setor Farmacêutico**

CAMPINAS, 2001.

*Medicamentos - Aspectos econômicos e sociais
Indústria farmacêutica - Brasil*

Campinas, 15 de Dezembro de 2001.
Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.
Instituto de Economia – IE.

TIAGO DE BARROS CORREIA
RA:971715

**O Mercado de Medicamentos
no Brasil
Durante a Década de 1990
e
Regulação do Setor Farmacêutico**

**ORIENTADA PELOS PROFESSORES:
DOUTOR GERALDO DI GIOVANNI E ✓
DOUTOR JOSÉ MARIA FERREIRA JARDIM DA SILVEIRA ✓**

Monografia apresentada ao Instituto de
Economia da Universidade Estadual de
Campinas, como pré-requisito para a
conclusão do curso de graduação.

Aos meus pais, Nala e Paulo,
e a toda minha família...
Juliana, Gustavo, Evinha, Bruna...
Capivara, Helena, Pedrão, Mariana
e Dgeb's.

Agradeço àqueles que estiveram ao meu lado durante o longo período de elaboração deste trabalho:

Aos professores.

Aos amigos da turma de 1997: Lulu, Santista, Roger e Faber, que, entre outras coisas, ajudaram a formular a teoria do VTNC nos corredores e bibliotecas desta faculdade.

Ao meu amigo Baco, pela primeira vez.

Aos colegas pesquisadores do NESUR: Thiago, Marina, Gustavo, Cláudio e Adilson e a todo o material emprestado.

Por último, e especialmente, à Adriana que absorveu a pior parte do meu mau humor de escritor.

Resumo

O mercado de medicamentos brasileiro possui uma série de características estruturais que conduzem ao desequilíbrio da oferta e à concentração do consumo, que são sustentados e reproduzidos pela dinâmica e pela concorrência setorial

As reformas institucionais implantadas durante a década de 1990 conduziram a maior liberalização do mercado, visando privilegiar o incentivo a pesquisa, através da lei de patentes, e a criação de um mercado de genéricos capaz de regular internamente o setor farmacêutico.

No entanto, os resultados de tal política significaram uma aceleração brutal dos preços, o aumento da dependência às importações de insumos e produtos e a concentração do mercado consumidor.

Também ficou evidente a fragilidade da legislação nacional que regulamenta tanto o comércio internacional e a cobrança de tarifas, como a interação entre os profissionais de saúde, revendedores e fabricantes, operadas através dos mecanismos de publicidade e promoção de vendas.

Existe, por tanto, a necessidade urgente de adaptar a legislação brasileira e de construir mecanismos capazes de inserir a maior parte possível da população no mercado de consumo privado, ampliando a participação do Estado na distribuição de medicamentos.

O presente trabalho, busca delinear as principais características que permeiam a indústria farmacêutica brasileira na década de 1990 e sugerir alternativas possíveis para o problema estrutural de desequilíbrio no mercado de medicamentos.

Índice

INTRODUÇÃO	07
Capítulo 1: CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS	11
1.1: Oferta de Medicamentos no Brasil.	11
1.2: Demanda de Medicamentos no Brasil.	14
Capítulo 2: CONTEXTO INSTITUCIONAL	19
2.1: Abertura Comercial e Preço de Transferência.	19
2.2: Evolução dos Preços e Gastos com Medicamentos no Brasil.	24
2.3: Lei de Patentes.	28
2.4: Promoção e Publicidade de Medicamentos.	30
Capítulo 3: REGULAÇÃO	33
3.1: Determinação e Comportamento dos Preços dos Medicamentos no Brasil.	33
3.2: Experiência Internacional.	37
3.3: Modelo de Regulação para o Mercado de Medicamentos Brasileiro.	41
CONCLUSÃO e CONSIDERAÇÕES FINAIS	48

Introdução

Até o início da década de 1930 a produção mundial de medicamentos não apresentava grande diferença qualitativa e, de um modo geral, a técnica produtiva estava limitada à manipulação de substâncias naturais em pequenos estabelecimentos. Mas, a partir desse momento, ocorre uma importante ruptura: os laboratórios da Europa e Estados Unidos se constituem em unidades de investigação, desenvolvendo medicamentos científicos com base em maciços investimentos em P&D.

A inovação científica adquire uma importância relativa crescente, delineando o novo paradigma produtivo da indústria farmacêutica moderna: **capacidade de alocar grandes recursos na busca científica de novas substâncias terapêuticas que criem seu próprio mercado monopólico**. O lucro extraordinário assim obtido financia a constante reprodução do ciclo: pesquisa – monopólio – lucro extraordinário – pesquisa – monopólio (GIOVANNI, 1980).

No entanto, as empresas brasileiras, por incapacidade financeira e técnica, não são capazes de reproduzir imediatamente o novo paradigma produtivo e o consumo brasileiro de medicamentos, a época, continua abastecido principalmente por pequenos laboratórios nacionais, enquanto os novos produtos científicos ingressam progressivamente no país através das “casas representantes”,

Este panorama vai durar até a Segunda Grande Guerra, quando a interrupção dos fluxos comerciais e a possibilidade de produção em escala industrial permitem a implementação da indústria farmacêutica moderna no Brasil.

Muitos dos ingredientes químicos necessários, assim como outras matérias-primas e máquinas foram fornecidas pelas empresas americanas para a produção local. Nesse período, algumas companhias estrangeiras, que operavam apenas com importações, iniciam a produção interna. Também é aqui que ocorrem as primeiras *join ventures* entre o capital estrangeiro e o nacional, estratégia que com o tempo passa a ser um importante mecanismo de internalização da tecnologia moderna de produção farmacêutica.



A partir de então, conforme a produção de medicamentos no Brasil caminha para o padrão internacional, aumenta a tendência de deslocamento das empresas de capitais nacionais dos setores mais sofisticados tecnologicamente da produção de medicamentos (GIOVANNI, 1980). Em 1998, depois da aceleração no processo de fusões e aquisições que ocorreu no início da década de 1990, dos 15 laboratórios líderes em faturamento no mercado brasileiro, apenas 1 possuía em sua composição acionária predominância de capital nacional privado.

Tabela:1.1
Participação no Mercado dos Principais Laboratórios - 1998

Nome do Laboratório	Origem do Capital	Participação no Mercado (%)
Novartis	Suíça	6,25
Aché/Prodome	Brasil	6,15
Roche	Suíça	5,44
Bristol, Myers&Squibb	Estados Unidos	5,31
Hoeschst Marion Roussel	Alemanha	5,2
Cilag-Janssen	Estados Unidos	3,73
Boehringer de Angeli	Alemanha	3,72
Glaxo Wellcome	Reino Unido	3,44
Wyeth-Whitehall	Estados Unidos	3,16
Shering Plough	Alemanha	3,15
Eli Lilly	Estados Unidos	2,98
Abbott	Estados Unidos	2,71
Shering do Brasil	Alemanha	2,53
Merck, Sharp&Dohme	Estados Unidos	2,3
Rhodia Farma	França	2,3

Fonte: ABIFARMA in SILVA, 1999.

De uma forma ou de outra, o ingresso das empresas multinacionais no Brasil, ocorreu em conformidade com os interesses estratégicos dos países centrais, não significando a instalação da estrutura produtiva de maneira vertical e completa, dado que os estágios produtivos mais dinâmicos permaneceram nos países de origem das empresas.

A produção de medicamentos pode ser distribuída em quatro atividades ou, como é mais usual na literatura especializada, em quatro estágios:

- 1° Estágio: P&D de novos fármacos;
- 2° Estágio: Produção industrial dos fármacos;

3º Estágio: Produção industrial de especialidades farmacêuticas ou medicamentos; e

4º Estágio: Comercialização e *marketing* dos produtos finais.

O **1º Estágio**, por exemplo, encerra em si a maior parte da dinâmica competitiva do setor, que gira em torno das inovações terapêuticas, assim como as mais relevantes barreiras a entrada, que podem ser resumidas nos enormes custos, riscos e no estoque de conhecimento necessários. (GONZÁLEZ,1999):

No **2º Estágio**, o fármaco é produzido em escala industrial. Para tanto, são desenvolvidos laboratórios e plantas-pilotos para a definição de parâmetros ótimos de eficiência e rentabilidade econômica. A principal dificuldade consiste em desenvolver a rota de síntese para produzir o fármaco. As plantas são geralmente multipropósito para permitir a produção de diversos produtos (GONZÁLEZ,1999).

A transformação dos fármacos em produtos finais ou medicamentos (comprimidos, cápsulas, drágeas, ampola, pomadas, etc.), ocorre no **3º Estágio**, cujas principais características são:

- a) baixa complexidade técnica do processo de produção;
- b) estrito controle de qualidade;
- c) inovações voltadas para obtenção de novas formulações de especialidades farmacêuticas já existentes e para a melhoria de processos;
- d) podem ser realizados estudos no sentido de combinar ou associar alguns fármacos conhecidos (nesse caso, são necessários testes similares aos do primeiro estágio para verificar a viabilidade das combinações).

O **4º Estágio** compreende a promoção, propaganda e comercialização dos produtos, que, ao contrário da maioria das outras indústrias, envolve certas peculiaridades e é direcionada essencialmente aos médicos, farmácias, distribuidoras e revistas especializadas.

A estratégia adotada pelas grandes empresas multinacionais, que dominam a produção mundial de medicamentos, manteve os dois primeiros estágios centralizados no Japão, Estados Unidos e na Europa, países sede das empresas e detentores de um grande estoque tecnológico.

A implementação da indústria farmacêutica moderna no Brasil confrontou sistematicamente com cenários de restrição externa e capacidade de importação restrita, o que justificou a tentativa do governo, principalmente na década de 1980, de viabilizar a verticalização da produção de medicamentos nacional, principalmente internalizando a produção de fármacos (NEPP, 2000).

A despeito desse esforço político e econômico, os anos 90 foram marcados pela consolidação do padrão internacional de produção farmacêutica periférica (apenas o 3º e 4º estágios) no Brasil, onde a produção interna de fármacos regride até ser capaz de atender apenas 20% do mercado interno de medicamento e a pesquisa e desenvolvimento de novas drogas permanecem irrelevantes em comparação com o centro.

Capítulo 1: Características Estruturais

1.1 Oferta de Medicamentos no Brasil

A análise da estrutura de oferta de medicamentos é complicada e a própria definição e delimitação do mercado dos diferentes produtos existentes não é simples. É evidente que os laboratórios são capazes de exercer uma forte influência, restringindo a produção e elevando os níveis de preços sempre que possível. Movimento, este, idêntico aos praticados pelos monopolistas de outros setores.

Uma verificação simples da participação das empresas brasileiras no faturamento total do setor, no entanto, indica um mercado com muitas empresas e pouco concentrado.

Tabela:1.32

Participação das Maiores Empresas no Faturamento do Setor no Brasil

Número de Empresas	Participação (%) no Faturamento
10 maiores	43,94
20 maiores	65,55
30 maiores	78,96
40 maiores	86,60
50 maiores	89,69
60 maiores	91,07

Fonte: GRUPEMEF/ABIFARMA

A mesma conclusão pode ser obtida com a análise da participação das maiores empresas no faturamento global do setor farmacêutico. De fato, maior empresa mundial foi responsável por menos de 4% do faturamento de 1997, ao mesmo tempo, as 10 maiores empresas responderam por apenas 30,85% do faturamento no mesmo ano.

No entanto, o mercado de medicamentos, no Brasil e no mundo, é extremamente concentrado em torno das diferentes classes terapêuticas, sendo os laboratórios farmacêuticos especializados em poucas áreas e produtos. A tabela 1.34 mostra a importância relativa de alguns medicamentos líderes no faturamento global de 5 grandes laboratórios mundiais.

Tabela: 1.33

As 10 Maiores Companhias Farmacêuticas do Mundo – 1997

Companhias	Origem	Faturamento (US\$ bilhões)	Participação (%)	Participação Acumulada (%)
Glaxo Wellcome	RU	11,6	3,9	3,9
Merck	EUA	11,4	3,8	7,7
Novartis	Suíça	11,0	3,7	11,4
Bristol-Myers Squiibb	EUA	9,3	3,2	14,6
Johnson & Johnson	EUA	8,7	3,0	17,6
American Home Prod.	EUA	8,4	2,8	20,4
Pfizer	EUA	8,4	2,8	23,2
Roche	Suíça	8,0	2,7	25,9
Smithkline Beechan	EUA/RU	7,4	2,5	28,4
Hoechst Marion Roussel	Alemanha	7,4	2,5	30,85

Fonte: THE ECONOMIST, 1998

Isso ocorre porque tanto a oferta de medicamentos é altamente especializada, dividindo o setor em um grande número de mercados diferentes, associados às diferentes patologias e formas de terapia com grau de substituição nulo entre elas.

Tabela: 1.34

Participação dos Medicamentos Líderes no Faturamento das Empresas-1998

Empresa	Principal Medicamento	Participação no Faturamento (%)
ICI	Ternormin	51,9
Glaxo Wellcome	Zantac	49,3,1
Bristol-Myers Squiibb	Capoten	48,1
Bayer	Adalat	26,8
Merck	Vasotec	20,1

Fonte: SILVA, 1999

Existem ainda enormes dificuldades de substituição entre produtos pertencentes a mesma classe terapêutica. Processos de síntese e produção, posologias e formas de aplicação diferentes podem resultar em resultados terapêuticos diversos. Fazendo com que o mercado não seja perfeitamente delimitado apenas com base nos princípios ativos existentes.

Em resumo, existem diferentes produtos finais a disposição no mercado, cada um atuando dentro de um nicho mais ou menos monopolizado. Os medicamentos que

surtem como resultado de inovações químicas e terapêuticas geralmente criam seu próprio espaço no mercado e, estando protegidos por patentes, podem sofrer apenas a concorrência de substitutos imperfeitos, conhecidos como **produtos “me too”**. Medicamentos com características terapêuticas muito parecidas e composição química diversa, que buscam se apropriar de uma parte do mercado criado pelo **produto inovador**. No entanto, dificilmente ocorre uma disputa direta nos preços. Normalmente o novo concorrente se aproveita dos altos preços praticados para fixar o seu em níveis levemente inferiores, num procedimento conhecido na literatura microeconômica como **liderança barométrica** (NEPP, 2000).

De acordo com a antiga lei de patentes brasileira, laboratórios com pouca capacidade de inovação nos dois primeiros estágios poderiam comercializar **medicamentos “similares”** (uma cópia) ao produto inovador. Esse procedimento foi muito usado pelos laboratórios nacionais para acompanharem o ritmo dos laboratórios inovadores e dos “*me too*”. No entanto, com a mudança na legislação patentária, tal prática está restrita aos produtos cuja a patente já expirou ou que já eram comercializados antes da nova lei de patentes ter sido aprovada.

Existem ainda os produtos **genéricos** que, da mesma forma que os produtos similares, são cópias de produtos já existentes no mercado. A diferença básica refere-se a estratégia de comercialização. Uma vez que o produto não é vinculado a uma marca específica, tanto na embalagem quanto (e principalmente) na receita médica, cabe ao consumidor escolher a origem do medicamento de acordo com seus critérios, introduzindo a possibilidade de competição em preços (NEPP, 2000). De acordo com a nova legislação, os genéricos teriam de esperar o fim da cobertura da patente para serem produzidos. Estão restritos, portanto, aos medicamentos mais antigos e conhecidos, em mercados com marcas e laboratórios consolidados e, correndo o risco de atuarem simplesmente como um mecanismo de sobrevida para medicamentos obsoletos.

A enorme diferenciação entre os diversos medicamentos torna a caracterização do mercado dos produtores um exercício bastante complexo, na medida que envolve, além dos aspectos mercadológicos descritos acima, fortes assimetrias de informação que

aumentam, como veremos mais adiante, sobremaneira o poder de mercado dos fabricantes.

No entanto, a despeito da existência de pequenos monopólios em todo o mercado de medicamentos, existem um grande número de empresas com capacidade de contestar a posição de liderança de qualquer concorrente. A principal barreira que protege os lucros do líder é o estoque de conhecimento tecnológico e as dificuldades de substituição entre produtos da mesma classe terapêutica.

1.2 Demanda de Medicamentos no Brasil.

O Brasil possui o quinto maior mercado de medicamentos do mundo, com um faturamento de US\$ 10,31 bilhões em 1998, correspondendo a 3,37% do faturamento global, situado abaixo apenas dos mercados dos Estados Unidos, Japão, Alemanha e França.

Tabela:1.21

Países Líderes no Faturamento Mundial da Indústria Farmacêutica – 1998

Posição	País	Faturamento (US\$ Bilhões)	Porcentagem do Faturamento Global
1	Estados Unidos	74,09	24,26
2	Japão	38,76	12,69
3	Alemanha	15,47	5,06
4	França	14,16	4,32
5	Brasil	10,31	3,37
6	Itália	9,12	2,98
7	Reino Unido	8,38	2,74
8	Espanha	5,28	1,73
9	Canadá	4,27	1,40
10	Argentina	3,55	1,16

Fonte: ABIQUIF/ABIFARMA/SINDUSFARMA

Com relação ao consumo *per capita*, a média mundial é de US\$ 40,00/ano enquanto a brasileira, em 1997, era de US\$ 60,00/ano.

No entanto, o consumo de medicamento no Brasil é extremamente concentrado. De acordo com o relatório da CPI dos Medicamentos, “as classes de maior renda (49% da população) consomem 84% da produção total de medicamentos e as de renda mais baixa (51% da população) consomem 16% da oferta total”. Concentrando a atenção na parcela da população com rendimentos acima de US\$ 15.000,00/ano, menos de 2% do total, constatamos que a mesma é responsável pelo consumo de 48% da produção farmacêutica, equivalendo a um gasto *per capita* de US\$ 210,00/ano, valor semelhante aos verificados em alguns países desenvolvidos da Comunidade Européia. (Silva: 1999)

Tal padrão de consumo pode indicar um duplo problema: por um lado, o segmento de maior renda pratica um consumo exagerado, como consequência da extrema liberalidade das farmácias e drogarias; por outro lado, a maior parte da população está praticamente excluída do consumo de medicamentos, dado que a realização da demanda por medicamentos deve ser extremamente elástica à renda, e reflete as distorções inerentes ao processo cada vez mais acentuado de concentração da renda no Brasil.

Na realidade, poderíamos afirmar que a demanda por medicamentos é determinada socialmente pelas condições sanitárias e, por tanto, não pode se ajustar em respostas a variações nos níveis de preços. Dessa forma a elasticidade da demanda depende principalmente da natureza da patologia e da terapia, da qualidade da cadeia de informação existente entre o médico e o paciente, e da restrição orçamentária. Podemos, inclusive, destacar três elasticidades preço da demanda para os medicamentos: a dos grupos de renda superior, a dos grupos intermediários e, por fim, a da grande maioria de baixa renda.

a) Para os estratos superiores de renda as despesas com medicamentos representam uma parcela pequena dos rendimentos e o consumo é direcionado pela prescrição médica com clara preferência para medicamentos mais modernos e muitas vezes mais caros. A demanda por medicamentos é altamente inelástica ao preço.

b) Para os grupos intermediários a situação é diferente. Os medicamentos representam uma porção importante de seus gastos, o que aumenta a

sensibilidade às variações no preço. Por outro lado, o desconhecimento das alternativas disponíveis no mercado contrabalança essa tendência fazendo com que prevaleça a inelasticidade preço e com que ocorra um uso parcial e/ou em ciclos dos medicamentos, que passam a ser consumidos apenas durante as crises patológicas. Dessa forma, a redução do preço pode aumentar o volume consumido e possibilitar a realização correta da terapia, mas deve influenciar pouco na escolha do consumidor entre os produtos.

c) Finalmente, para o terceiro grupo, a renda é tão baixa que o preço do medicamento continua influenciando pouco no seu consumo, que deve ser garantido pelo Estado independente do nível de preços que atinjam. Tornando os gastos com medicamentos do Governo também inelástico ao preço.

Temos, portanto, uma **demanda altamente inelástica ao preço e extremamente elástica às variações na renda** que divide o mercado brasileiro em segmentos: àqueles que podem realizar plenamente a demanda por medicamentos e àqueles que precisam ser amparados pelo Estado.

Por outro lado, existe uma oferta diferenciada de medicamentos entre produtos éticos ou não, que associada as assimetrias de informação e decisão típicas do mercado de medicamentos tem fortes influencias na demanda dos mesmos.

Giovanni propõe a divisão da oferta de medicamentos em três grupos:

- a) não-éticos;
- b) éticos patenteados e;
- c) éticos genéricos.

O primeiro grupo é composto pelos produtos que podem ser consumidos sem prescrição médica, a inovação técnica é lenta e a concorrência é fortemente baseada no quarto estágio (propaganda e *marketing*).

Nos dois grupos seguintes, éticos patenteados e éticos genéricos, os medicamentos exigem prescrição médica para consumo. O primeiro grupo é formado por produtos que estão protegidos por patentes e a diferenciação tecnológica entre eles é o principal mecanismo de concorrência. Os éticos genéricos, como já foi visto, são substitutos **perfeitos** dos produtos com patentes vencidas (GIOVANNI, 1992).

Podemos imaginar que a decisão de consumo de medicamentos não éticos pertença exclusivamente ao consumidor, e que a escolha deve depender principalmente da relação de preços entre os produtos disponíveis. O mesmo não é verdade para os dois grupos seguintes. Aqui as preferências do médico, que prescreve a receita, assumem um papel quase decisivo na escolha do medicamento consumido. A substituição pode ser, até mesmo, explicitamente proibida (GONZÁLEZ, 1999).

A escolha do médico é determinada por uma cadeia de informações assimétrica e descontínua. Os dados relevantes sobre novas pesquisas, indicações, contra-indicações terapêuticas e efeitos colaterais, entre outras, são levantados e divulgados, principalmente, pelos próprios laboratórios produtores. A difusão é feita via revistas especializadas e publicações técnicas destinando-se a comunidade médica, não atingindo o consumidor final. Os médicos, por sua vez, raramente conhecem os preços relativos vigentes no mercado e nem a estrutura familiar e os rendimentos do paciente.

Ao mesmo tempo, o consumidor ignora as possibilidades de substituição¹ e todas as implicações que dela acarretaria (dado o problema da bioequivalência²), enquanto o médico muitas vezes desconhece a composição da renda do paciente e os níveis de preços relativos entre os substitutos disponíveis.

As assimetrias de informação e decisão apresentadas acima são importantes fatores de enrijecimento da demanda de produtos éticos patenteados, mas devem ser somadas à outra característica única do mercado farmacêutico: a **demanda depende da existência**

¹ Medicamentos podem ser descritos como **bens credenciais**, ou seja, a qualidade inerente a cada produto não é verificável pelo consumidor. Apenas um especialista pode atestar tais aspectos, certificando o produto (FIUZA & LISBOA, 2001).

² Drogas bioequivalentes devem possuir os mesmos: 1. ingredientes ativos; 2. via de administração; e 3. taxa de absorção e excreção dentro do limite aceito pelas estatísticas adequadas (MORENO, 1998).

de determinada patologia cujo tratamento é vinculado a uma determinada classe de medicamentos que podem estar situados em qualquer dos três grupos apresentados acima (SILVA,1999).

Dessa forma, a terapia indicada pode estar restrita apenas aos medicamentos éticos patenteados, impossibilitando a prescrição de genéricos que teoricamente devolve ao consumidor o poder de decidir a compra com base nos preço, sem incorrer em riscos.

Capítulo 2: Contexto Institucional

2.1 Abertura Comercial e Preço de Transferência.

Ao longo da década de 1980, o governo brasileiro adotou um conjunto de medidas que objetivavam ampliar a produção interna de fármacos. Um dos exemplos mais importantes de tal política foi a Portaria no. 4 dos Ministérios da Saúde e da Indústria e Comércio de outubro de 1984, que regulamentou a produção de matérias primas, insumos farmacêuticos e aditivos à fabricação de medicamentos, funcionando, na prática, como uma reserva de mercado, impedindo a importação de produtos substitutos e evitando projetos concorrentes ou, em outras palavras, construção de capacidade excedente desnecessária.

Como resultado, observamos uma crescente produção de químicos e farmacêuticos, com um número cada vez maior de produtos e de empresas verticalizadas, isto é, capazes de realizarem mais etapas de sínteses na produção de medicamentos (NEPP, 2000).

No entanto, a postura protecionista é abandonada pelo governo no começo da década de 1990. A administração Collor suspendeu o anexo C da CACEX, onde estavam incluídos os produtos beneficiados pela Portaria no. 4, acompanhada de uma rápida redução das tarifas de importação completava o movimento de abertura do mercado de fármacos ao exterior (NEPP, 2000).

O Resultado foi ambíguo. Enquanto a produção de medicamentos parece ter sido beneficiada pela abertura comercial e pela maior facilidade para importação de matérias primas e equipamentos, a Indústria nacional de fármacos foi terrivelmente prejudicada pela nova política. Estima-se, por exemplo, que a produção nacional em 1987 atendia pelo menos 60% do mercado e tenha sua participação atual reduzida para menos de 20%. Caracterizando a reversão do processo de substituição de importações que havia vigorado até então e potencializando o comércio exterior *intercompany* na indústria de medicamentos.

Tabela:2.11

Produção Brasileira de Fármacos

Ano	(US\$ milhões)
1982	268
1983	259
1984	297
1985	321
1986	417
1987	521

Fonte: Relatório NEPP

Tal processo encerra um mecanismo perverso de distribuição do trabalho. As filiais, das grandes empresas multinacionais do setor, participam da estratégia global de suas matrizes operando em um pequeno número de etapas da síntese e elaboração dos medicamentos. A maior parte dos fármacos necessários são obtidos, por um preço de transferência³ nas matrizes ou em outras filiais no exterior. Uma vez que o preço de transferência é arbitrário e fixado pela matriz, existe a possibilidade de usa-lo como um mecanismo de manipulação⁴ dos custos de produção ou do volume de lucros das filiais (SILVA, 1999).

Tabela: 2.12

Participação das Empresas Filiais de Matrizes Multinacionais no Total das Importações Brasileiras de Farmacos.

Tipologia das Empresas Importadoras	Participação no valor FOB total das Importações de fármacos (%)							
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	Média
Filiais de Estrangeiras	87	89	85	85	85	83	80	85
Nacionais Privadas	13	11	15	15	15	17	20	15
Total	100	100	100	100	100	100	100	

Fonte: Silva,1999.

Os reflexos de tal prática, quando realizada por uma indústria com faturamento relativamente grande e com um importante volume de transações internacionais (como a de medicamentos), podem atingir proporções significativas na economia de um país.

Por exemplo, quando o superfaturamento nas importações de insumos pode ser transferido para o preço final (demanda inelástica) ocorre uma apropriação de renda e divisas pelo país exportador, que na indústria de medicamentos normalmente significa

³ Preço de transferência é aquele verificado nas relações entre empresas com vínculo acionário.

⁴ Existem limitações para a utilização estratégica dos preços de transferência, podendo-se destacar o montante das importações, que deve permitir um fluxo financeiro adequado e a possibilidade de repasse para o medicamento do incremento de custo causado pelo superfaturamento nas importações do fármaco.

que a renda é transferida para os países desenvolvidos, onde se encontram as matrizes das empresas.

Outro problema relevante é a possibilidade de evasão fiscal camuflada pela prática de preços de transferências superfaturados. Isso porque embora o importador pague um imposto de importação maior sobre o preço de transferência, fazendo com que a operação pareça normal, o reflexo verificado na arrecadação final pode caracterizar um prejuízo para o Estado. Tal resultado é possível porque os diferentes tributos sobre medicamentos no Brasil podem ser divididos em dois grupos:

a) Tributos que incidem diretamente sobre o produto e CPMF:

Imposto de Importação incide sobre produtos que participam do comércio exterior com alíquotas que variam de 3% a 17%, de acordo com a Tarifa Externa Comum do Mercosul;

Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicações (ICMS), com alíquotas internas de 17% ou 18% e alíquotas interestaduais, fixadas por resolução do Senado federal, de 7%, quando os bens ou serviços provenientes dos Estados do Rio Grande do Sul, Paraná, Santa Catarina, São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais se destinem aos demais Estados da federação e de 12% nos demais casos.

Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Crédito e Direitos de Natureza Financeira (CPMF), à alíquota de 0,30%.

b) Tributos que incidem sobre o resultado da Indústria:

Imposto sobre Renda das Pessoas Jurídicas (IRPJ), à alíquota de 15% do lucro apurado até o montante de 240.000,00, acrescida de **10% sobre o valor excedente**;

Contribuição para o Programa de Integração Social e para o Programa do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP), à alíquota de **0,65% sobre a receita auferida;**

Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (CONFINS), à alíquota de **3% sobre o faturamento e a receita bruta;** e

Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), à alíquota de **8% sobre o lucro líquido** ajustado. No período de 01/05/1999 a 31/01/2000 a alíquota foi acrescida de 4 pontos percentuais, e entre 01/02/2000 e 31/12/2000 o acréscimo foi de 1 ponto percentual.

A arrecadação fiscal proporcionada pelo primeiro grupo de tributos não pode ser prejudicada ou diminuída pela prática de preços de transferência, enquanto a arrecadação das importações é afetada positivamente. No entanto, o custo fiscal desse grupo de tributos é facilmente repassado para o preço final do produto, fazendo com que o consumidor arque indiretamente com o ônus tributário.

Embora no segundo grupo os impactos da tributação nos preços dos produtos seja menor, o que evitaria a transferência do custo para o consumidor, os preços de transferência superfaturados, se praticados, atuam sobre o resultado da empresa deprimindo a arrecadação que incide sobre este. É importante notar que a matriz da empresa se apropriaria da diferença. Trata-se, justamente, de uma antecipação mascarada da remessa de lucros para possibilitar a evasão fiscal.

Logo é evidente que existe a necessidade de regular e acompanhar a prática de preços de transferência. Em 1996 o governo brasileiro começou a disciplinar a questão, seguindo o padrão estipulado pela OCDE e EUA, de acordo com o princípio de “preços sem interferência” que estipula três métodos para avaliar os preços de transferência (SILVA, 1999):

1. **Método dos Preços Independentes:** compara os preço de transferência com a média aritmética dos preços de bens idênticos ou similares nas transações entre empresas não vinculadas.



2. **Método dos Preços de Revenda Menos Lucro:** compara o preço de transferência com a média aritmética dos preços de revenda dos bens, diminuídos de descontos concedidos, impostos, comissões, corretagens e uma margem de lucro de 20% calculada sobre o preço de revenda.
3. **Método do Custo de Produção Mais Lucro:** compara o preço de transferência com o custo médio de bens idênticos ou similares no país produtor, acrescido dos impostos e taxas cobradas pelo referido país na exportação e de uma margem de lucro de 20% calculada sobre o custo apurado.

A legislação brasileira (LEI N° 9430, 1996) determina a utilização da metodologia dos preços independentes na verificação da prática de preços de transferência no Brasil (SILVA, 1999). A diferença entre o preço de transferência e o preço sem interferência deve ser submetida à tributação do imposto de renda. No entanto, há três aspectos que devem ser considerados:

- a) A Receita Federal fica dependente da confissão do importador da existência do preço de transferência. Embora a Administração Fiscal possa efetuar de ofício o lançamento, é possível que o importador encontre vantagem em declarar parcialmente o valor praticado e esperar que a Receita não perceba o alcance total do preço de transferência.
- b) Segundo, dada a inelasticidade da demanda por medicamentos o preço de transferência e a maior tributação podem ser repassados integralmente para o preço final do medicamento, transferindo o ônus para o consumidor.
- c) Por fim, um aspecto cambial: estarão remetendo divisas por uma rubrica que não corresponde ao motivo real, isto é, de antecipação de remessas de lucros o que pode não ser percebido pelo Banco Central.

A CPI também chamou a atenção para a inexistência de uma linha de informação entre a Receita Federal e o Banco Central que permita monitorar e taxar devidamente os preços de transferência.

2.2 Evolução dos Preços e Gastos com Medicamentos no Brasil.

Durante as décadas de 1970 e 1980, com exceção dos produtos fitoterápicos, officinais e homeopáticos, os preços de medicamentos no Brasil eram controlados pelo Conselho Interministerial de Preços (CIP). Tal política encontrava grande resistência por partes dos empresários da época, que adotavam vários expedientes para enganar a fiscalização, tais como: cobrança de ágio; pequenas modificações nos produtos (“maquiagem”); adicional de frete; venda casada; preços de transferência; ou uso de insumos inferiores. Não sendo possível a utilização de nenhum subterfúgio, ocorria o desabastecimento do mercado, de forma a impossibilitar a manutenção de tal modelo.

No início do governo Collor, em março de 1990, ainda sob a vigência do CIP, todos os preços da economia foram congelados em decorrência da enorme pressão inflacionária. Em agosto do mesmo ano, tem início a liberação dos preços seguida de um novo salto na inflação, que motivou um segundo congelamento dos preços⁵ em fevereiro de 1991, no início do Plano Collor II.

Em maio de 1991, durante a primeira reunião da recém criada Câmara Setorial da Indústria Farmacêutica, foi autorizado um aumento linear de 8% nos preços, reiniciando o processo de reajustes controlados. Em outubro é retomada a liberação gradativa dos preços e, finalmente, no final do primeiro semestre de 1992, foram liberados todos os preços de medicamentos da linha humana através da portaria MEFP N° 37/92.

Os preços voltam a experimentar um aumento acelerado até o período que antecedeu o Plano Real, quando foram convertidos para URV pela média do período de setembro a dezembro de 1993. Entre junho de 1994 e o final de 1996, o Governo tentou sustentar um acordo informal com a indústria farmacêutica para determinar parâmetros aceitáveis de reajustes. Entretanto, o preço médio por unidade dos medicamentos aumentou 43%. Em 1997 segue-se um novo período (até 1999) de acompanhamento dos preços, com

⁵ Os preços dos medicamentos foram fixados em um nível inferior ao vigente.

resultados, mais uma vez, insuficientes. De fato, os reajustes nos preços dos medicamentos, na década de 1990, se situam sistematicamente acima da inflação.

Tabela:2.21
Reajustes dos Preços de Medicamentos X Inflação (%)

Ano	Reajustes Médios	Inflação (IPC-Fipe)	Diferença	Diferença Acumulada
1984	167,7	178,6	(3,9)	(3,9)
1985	191,1	228,2	(11,3)	(14,8)
1986	24,6	68,1	(25,9)	(45,0)
1987	526,3	367,2	34,1	(15,3)
1988	775,5	891,6	(11,7)	(25,3)
1989	1572,8	1635,7	(3,6)	(28,0)
1990	1737,6	1639,1	5,7	5,7
1991	350,9	458,6	(19,3)	(14,7)
1992	1562,5	1130	35,2	15,3
1993	3509,7	2491	39,3	60,6
1994	732,7	941,3	(20,0)	28,4
1995	20	23,2	(2,6)	25,1
1996	15,3	10	4,8	31,1
1997	5,9	4,1	1,7	33,3

* até junho; Fonte: Relatório NEPP

No entanto, tal índice capta apenas a variação de preços entre dois pontos no tempo. Significando que a introdução de produtos novos no mercado não é percebida até que ocorra a primeira alteração no preço do novo produto (FRENKEL)

Nesse ponto, dada a importância da inovação de produto no processo competitivo do mercado farmacêutico, é interessante analisar um indicador capaz de medir a variação do preço e o reflexo da entrada de novos produtos simultaneamente. O preço médio⁶, embora não seja usado tradicionalmente para medir a evolução dos preços, atende a essa necessidade específica e será incorporado como um indicador complementar da pesquisa.

⁶ Duas observações metodológicas: 1. O preço de uma nova especialidade deve incorporar as vantagens terapêuticas que ela possui; 2. É comum o lançamento de produtos onde a inovação principal é a redução da posologia da terapia. Dado que as informações sobre a quantidade se referem normalmente às embalagens, o preço médio vai depender do modo como a novidade seria incorporada na embalagem.

Tabela:2.22

Vendas em Valor, Unidades e Preço Médio

Ano	Faturamento* US\$ Bilhões	Índice 1990 =100	Unidades Vendidas** Bilhões	Índice 1990 =100	Preço Médio** US\$/Unidade	Índice 1990 =100
1990	3,4	100	1,63	100	1,89	100
1991	3,0	88,2	1,59	97,5	1,61	85,2
1992	3,8	111,8	1,23	75,5	2,32	122,8
1993	5,0	147,1	1,25	76,4	3,07	162,4
1994	6,4	188,2	1,26	77,1	3,71	196,3
1995	8,0	235,3	1,77	108,2	3,57	188,9
1996	9,7	285,3	1,41	86,3	5,14	272
1997	10,2	300	1,34	82,1	5,74	303,7
1998	10,3	302,9	1,29	78,8	6,04	319,6

Fonte: * ABIFARMA

**IMS

Percebemos que a crescente evolução do incremento no preço médio dos medicamentos permitiu um aumento do valor das vendas associado a uma diminuição das quantidades vendidas. Duas explicações são possíveis:

- a) O aparecimento de novas terapias e produtos que permitam reduzir a quantidade de medicamento necessário para completar o tratamento, sendo tal vantagem repassada para o preço médio. No entanto, é importante notar que as unidades a que as informações, tanto do IMS quanto do GRUPEMEF, se referem são as **embalagens** em que as especialidades são comercializadas.
- b) Parte dos consumidores está sendo excluída do mercado conforme os laboratórios elevam os preços e se aproximam da posição monopolista nas curvas de demanda e oferta.

Os dados indicam que a quantidade vendida cai sistematicamente entre 1989 e 1994. Ao passo que em 1995 a estabilidade atingida com o plano real parece dar um novo fôlego à demanda de medicamentos que, no entanto, retorna ao movimento descendente até 1998. O comportamento de clara retomada do consumo com o efeito renda de 1995 minimiza o possível efeito da renovação do arsenal terapêutico.

Nesse caso, o consumo de medicamentos caminha para uma concentração cada vez maior nos níveis superiores de renda. Já vimos que enquanto 2% da população são

responsáveis por pouco menos da metade do faturamento do setor, 51% da população responde por apenas 16%, com um consumo per capita anual de 19 dólares.

Situação que se agrava com o envelhecimento da população e maior incidência e prevalência de doenças crônico-degenerativas que implicam uma terapia contínua, principalmente porque 74,6% dos aposentados, mais vulneráveis a tais enfermidades, ganham até 2 salários mínimos. Tendo o consumo garantido apenas pela política de assistência farmacêutica promovida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ou pela caridade alheia.

Os gastos realizados pelo SUS para o suprimento de medicamentos podem ser divididos em quatro categorias, que se referem ao fornecimento de medicamentos considerados estratégicos (principalmente para os programas de atenção à Aids, Hemoderivados e Diabetes), medicamentos excepcionais pelo alto custo, medicamentos para saúde mental e medicamentos considerados essenciais pelos estados e municípios para a saúde básica de suas populações. Deve ainda ser somada a quantia referente aos medicamentos utilizados durante os procedimentos médicos (um transplante, por exemplo) financiados pelo SUS⁷.

Tabela 2.23
Gastos do SUS com Medicamentos

Programas	Execução em R\$ Milhões
Assistência Básica	124,2
Medicamentos Estratégicos	610,4
Medicamentos Excepcionais	188,5
Saúde Mental	1,9
Total	925,0

Fonte: Ministério da Saúde

O volume total de gastos do SUS com medicamentos equivale a aproximadamente 18% do Faturamento da Indústria Farmacêutica no País. Entretanto, a descentralização promovida pelo SUS para aumentar a autonomia municipal na gestão do sistema de saúde pública diminuiu a capacidade do sistema realizar compras com vantagens de escala, uma vez que a operação é intermediada separadamente pelos municípios.

⁷ Até 1994, o valor do medicamento era discriminado dos demais gastos do procedimento. Atualmente essa informação não existe, mas estima-se que pelo menos 15% do montante (R\$ 6 bilhões em 1999) gasto dessa forma corresponda aos medicamentos embutidos nas contas hospitalares.

2.3 Lei de Patentes

Independente da existência, já constatada, de uma grande concentração oligopólica dentro de cada mercado relevante para o setor, ou seja: de classes terapêuticas, existe um grande número de firmas concorrendo em igualdade na indústria farmacêutica, possibilitando que o desenvolvimento de um produto inovador signifique uma vantagem competitiva capaz de provocar uma nova distribuição dos lucros e da participação das firmas dentro da indústria. De fato, muitas drogas que hoje são líderes em seus mercados simplesmente não existiam 10 anos atrás. Justamente por isso os investimentos em P&D são tão relevantes na indústria farmacêutica, girando em torno de 20% das receitas totais (LISBOA, 2001).

No entanto, para que a inovação se concretize em uma vantagem competitiva real, capaz de gerar lucro extraordinário, **a firma precisa assegurar que ela não seja eficientemente imitada ou superada por qualquer de seus concorrentes** (POSSAS, 1997).

No caso da Indústria farmacêutica dada a generalização de plantas multi-produto e a relativa difusão do padrão tecnológico entre as firmas concorrentes, um novo produto, pode ser facilmente imitado com custos baixos em um curto prazo.

A possibilidade de não assegurar a vantagem obtida por tempo suficiente para realizar ganhos diferenciais com a inovação é um fator que pode levar as firmas a se acautelarem e retardarem a inovação (POSSAS, 1997). Como resultado, surge a oportunidade, muitas vezes preferível, de adotar uma estratégia defensiva, de espera e imitação em relação às inovações, evitando os erros inevitáveis aos pioneiros (FREEMAN, 1974). Tal estratégia foi adotada pelos laboratórios brasileiros que trabalhavam com produtos similares (cópias) àqueles desenvolvidos no exterior por firmas inovadoras. Sendo a disputa, pelo controle do mercado, transferida para a publicidade e propaganda.

No entanto, a legislação de patentes brasileira vinha sofrendo uma crescente pressão de multinacionais e do governo dos EUA desde a década de 1980⁸, a ponto de, em 1988, ser imposta uma sobre taxa de 100% sobre as importações brasileiras aos EUA.

O movimento junto ao governo brasileiro pode ser explicado pela grande importância que as firmas costumam creditar à patente dentro da dinâmica concorrencial na indústria farmacêutica, que pode ser aferida pela quantidade de inovações que **não** teriam sido desenvolvidas ou lançadas na ausência da barreira patentária. Mansfield (1986) estimou esse número para o período 1981-3, com base em questionários submetidos a 100 firmas selecionadas aleatoriamente em 12 setores da indústria de transformação dos EUA, constatando que para a indústria farmacêutica 65% das invenções não teriam sido lançadas e 60% não seriam sequer desenvolvidas sem patentes.

Por fim, o Brasil se viu compelido a alterar sua legislação. A LEI N^o 9.279, de 14 de maio de 1996 alterou a regulação referente aos direitos e obrigações relativos à propriedade industrial, tornando possível patentear qualquer invenção que atenda aos requisitos de novidade, atividade inventiva e aplicação industrial e que não tenha sido levada ao conhecimento público a mais de 12 meses do depósito ou da prioridade do pedido de patente ser promovida. Com isso, o país passou a reconhecer a patente de produto e de processos ou de modificações na indústria de medicamentos e fármacos.

Os principais pontos da nova legislação determinam:

- a) O prazo da patente em 20 anos para novos produtos e 15 anos para modelos de utilidades (variações de produtos e projetos já existentes).
- b) O país vai reconhecer as patentes já concedidas no exterior ou que ainda estejam em fase de desenvolvimento. *Pipeline*.

⁸ Quando o congresso norte-americano autorizou o uso de sanções contra países que permitissem a “pirataria” de produtos.

- c) De acordo com o artigo 45, a lei assegura a continuidade da exploração de um produto patenteado, sem ônus, na forma e condição anteriores.
- d) O titular pode ter a patente licenciada compulsoriamente por decisão administrativa ou judicial se decorridos 3 anos da concessão da patente:
 - 1. Exercer os direitos dela decorrentes de forma abusiva; ou
 - 2. Não explorar o objeto da patente em território brasileiro ou não satisfazer às necessidades do mercado.
 - 3. A licença compulsória pode ser concedida ainda nos casos de emergência nacional ou no interesse público, declarados em ato do Poder Executivo.

2.4 Promoção e Publicidade de Medicamentos.

As atividades de propaganda e *marketing* de medicamentos no Brasil são atualmente reguladas pela Lei nº. 9.294 de 1996, que substituiu a legislação de 1976. De acordo com a nova norma, existem regras diferentes para a publicidade dos medicamentos definidos como éticos e não-éticos.

A princípio os medicamentos classificados como não éticos têm acesso aos meios de comunicação social, como rádio e televisão, para prática de promoção, a única restrição presente na Lei diz respeito à presença obrigatória de advertências sobre o consumo abusivo e efeitos colaterais na peça publicitária.

A promoção dos produtos éticos, por sua vez, é restrita às publicações especializadas dirigidas direta e especificamente a profissionais e instituições de saúde. No entanto, é importante notar que a Lei nº. 9.294 não faz referência à distribuição de amostras grátis, prêmios, patrocínios de congressos e viagens ou a vendas bonificadas, além de outras práticas comuns na promoção de vendas do setor.

Dessa forma, as atividades de propaganda e *marketing* de medicamentos podem ser divididas em dois grupos:

- a) Publicidade Especializada e Técnica, que visa oferecer informações terapêuticas sobre o medicamento em questão.
- b) Promoção Bonificada das Vendas, destinada a médicos e instituições e farmácias, que se resume na tentativa de estimular a venda de medicamentos oferecendo uma contrapartida na forma de bônus para o médico que receita e ou para o funcionário que vende o produto.

Embora, o primeiro grupo seja, como vimos, regulado pela legislação atual, a inexistência de uma fonte independente de informações relativas aos medicamentos e drogas disponíveis dificulta a fiscalização dos possíveis abusos e deixa a sociedade numa posição desconfortável. De fato, a maioria absoluta desse tipo de informação terapêutica é disponibilizada pelos próprios laboratórios em congressos e revistas. Enquanto, os médicos possuem uma formação de farmacologia, terapêutica clínica e farmacoeconomia frágil, tendo pouca capacidade de avaliar as informações recebidas.

A promoção bonificada das vendas, por sua vez, apresenta características distintas quando é destinada a comunidade médica ou as farmácias. Quando os alvos são os médicos, é comum a distribuição de amostras grátis ou o convite patrocinado para eventos, congressos e viagens, com o objetivo de desenvolver a fidelidade do médico à empresa ou ao medicamento. O risco existe no desenvolvimento de um ambiente de trocas de favores e obrigações, onde a escolha do medicamento pode ser tomada não apenas em função da saúde do paciente e da excelência do produto.

As palavras do Presidente do Conselho Federal de Medicina à CPI dos Medicamentos são um alerta para que o problema não seja subestimado:

“Talvez a grande influência que ocorra na prática profissional não se dê nessa visita rotineira de consultórios, aquela entrega de propaganda, de impressos; ela se dá, basicamente, na construção do pensar médico... dentro dos congressos”.

Em todo caso, essa modalidade de promoção bonificada é mais sutil e exige um aporte financeiro relativamente grande, os produtores que não possuem uma boa estrutura de *marketing* usam com mais facilidade o expediente da venda bonificada propriamente dita, que consiste basicamente em oferecer um benefício ao **balconista** para cada unidade vendida, ou a **farmácia** que comprar um determinado medicamento. Dando um incentivo perigoso para que a prescrição médica não seja observada nas farmácias, com implicações sanitárias óbvias.

Os medicamentos bonificados dificilmente são substitutos perfeitos do medicamento prescrito e, na realidade, muito têm eficácia terapêutica duvidosa... em todo caso, o risco de incentivar o balconista a indicar um medicamento distinto do sugerido pelo médico é enorme. Podendo ser fatal no caso de uma *overdose*, reação alérgica, ou lesão renal em decorrência de uma ingestão simultânea de antibiótico, por exemplo.

Existe ainda uma interessante implicação fiscal da venda bonificada de medicamentos. De acordo com a CPI dos Medicamentos de 2000, o tipo mais comum de bônus consiste em oferecer uma unidade extra de medicamento à farmácia para cada medicamento vendido. Como resultado, temos uma sonegação, estimada pelos deputados, de R\$ 600 milhões em ICMS, PIS e COFINS.

Diante desses fatos, se faz urgente a regulamentação da promoção bonificada das vendas de medicamentos, sendo recomendável a proibição legal dessa prática.

Capítulo 3: Regulação do Mercado de Medicamentos

3.1 Determinação e Comportamento dos Preços dos Medicamentos no Brasil.

O setor farmacêutico possui uma série de desequilíbrios estruturais que conferem aos produtores um **poder de mercado** capaz de garantir influência na formação dos preços. Nesse sentido, a determinação dos preços faz parte de uma estratégia competitiva que deve refletir o *market-share* da empresa e a posição da curva de demanda (mais ou menos elástica) que ela pretende atender.

O modelo apresentado por Fiúza e Lisboa (2001) serve exatamente para essa discussão. Para tanto, os dados utilizados foram baseados em amostragens de vendas das distribuidoras às farmácias. Os mercados foram determinados da maneira mais restrita possível: os medicamentos foram agrupados em classes terapêuticas de acordo com a parte do corpo em que atuam (classificação anatômica) e por princípio ativo (PA). A seleção das amostras percorreu os seguintes passos:

- a) Foram excluídos os produtos cujo mercado de consumo fosse basicamente formado por clínicas, hospitais, laboratórios de análise e pronto-socorros (soros, derivados de sangue, vacinas, etc.); e
- b) Foi selecionada para o estudo a marca mais vendida dentro de cada classe, na condição de ter apenas um PA e que a patente não estivesse em vigor.

Feita a seleção dos princípios ativos, os dados foram combinados da seguinte forma:

- a) Faturamentos e doses somados por PA, laboratório e ano de lançamento, que identificam unicamente um medicamento. O número total de doses (já somadas de modo ponderado) foi multiplicado pela concentração mínima (adotada como unidade de medida) para se obter a quantidade vendida do PA contido em cada kg de medicamento. Dividindo-se o faturamento por essa

quantidade, Fiúza e Lisboa (2001) determinaram o preço médio do PA por kg.

- b) Foi estabelecida uma relação entre cada PA e seus possíveis gastos de promoção e propaganda.
- c) Em seguida, realizou-se o levantamento do custo correspondente à matéria-prima importada. Tarefa que encontrou dificuldade, uma vez que, a classificação de importação da NCM (Norma Comum do Mercosul), utilizada para discriminar as importações de fármacos e insumos de medicamentos, é extremamente geral, outro problema foi a qualidade das informações que descreviam medicamentos sem preços FOB e preços FOB sem medicamentos, além disso, muitos laboratórios importam por meio de terceiros (*trading companies*, etc.). Devido a essa série de problemas, optou-se por incluir apenas uma variável *dummy* para o ano de 1999, que deve captar o deslocamento do patamar de preços decorrente da contenção acordada entre laboratórios e Governo Federal à época da maxi-desvalorização do real.

De acordo com os autores, a equação estimada para os preços dos medicamentos-líderes, por kg em R\$ de 1999, pode, portanto, ser explicada em função:

- a) do *market-share* do produto, sendo o mercado definido pelo princípio ativo;
- b) do número de anos em que o produto se encontra no mercado;
- c) a variação dos salários do setor; e uma variável *dummy* para captar o ruído do choque cambial ocorrido em 1999, dado a predominância do uso de matérias-primas importadas

Outras variáveis macroeconômicas, como PIB e taxa de juros foram descartadas por apresentar forte multicolinearidade. Todos os deflacionamentos foram feitos com o IPCA e, quando aplicada a PPC, pelo IPCA e pelo IPA dos Estados Unidos. As regressões foram estimadas tanto para a amostra cheia (1995-1999) como para a amostra restrita (1995-1998).

As principais conclusões, levantadas por Fiúza e Lisboa (2001), indicam que os preços dos medicamentos acompanham a taxa de crescimento dos salários do setor. Sinalizando que variações positivas nos componentes de custo podem ser repassadas aos preços.

Os aumentos de preços também são maiores quando o líder está perdendo participação no mercado frente a entrada de um novo concorrente, o que indica uma preferência pela especialização nas faixas de menor elasticidade preço e **maior renda** do mercado.

Tal movimentação estratégica ocorre porque os fatores que determinam a elasticidade da demanda:

- a) Problemas de informação imperfeita, preferências ou algum tipo de fidelidade do médico que receita o medicamento, à um determinado produto; e
- b) A possibilidade de substituição determinada pela natureza da patologia e pelo tipo de terapia existente.

Não atingem igualmente todos os níveis de renda do país fazendo com que a demanda por medicamentos apresente elasticidade diferente para diferentes níveis de renda, e, principalmente, porque a grande maioria da população brasileira não dispõe do volume de receitas necessário para realizar a sua própria demanda por medicamentos. Em outras palavras: enquanto o nível e a distribuição da renda não forem compatíveis com a demanda nacional por saúde, existirá uma importante elasticidade renda da demanda.

Dessa forma, o produtor não poderá esperar defender as margens de lucros históricas, reduzindo o preço de seu produto frente a entrada de um novo concorrente. Como resultado, os preços devem subir explorando a inelasticidade preço da demanda da população de maior renda.

Por outro lado, os medicamentos similares e genéricos fixam seus preços em uma dada proporção ao preço do líder, buscando atender uma parcela do consumo mais elástica ao preço. Os preços dos concorrentes tenderão ao valor praticado pelo líder conforme a sua participação no mercado aumente, da mesma forma, serão reduzidos frente a entrada de novos concorrentes que provoque a diminuição do volume de venda.

Tabela: 3.11
Distribuição dos Rendimentos da População Brasileira em 1999

Rendimentos em Salários Mínimos	Porcentagem da População em Idade Ativa.
Até 1	16,4
Mais de 1 a 2	13,7
Mais de 2 a 3	9,5
Mais de 3 a 5	7,5
Mais de 5 a 10	6,7
Mais de 10 a 20	3,0
Mais de 20	1,6
Sem Rendimento (1)	40,6
Sem Declaração	0,9
Total	100

(1) Inclusive as pessoas que receberam somente benefícios.

Fonte: PNAD 1999

Isso significa que medidas que facilitem a entrada de genéricos terão efeitos diferenciados sobre os consumidores, de acordo com o segmento a que pertencem: consumidores mais conservadores, que se recusarem a substituir o medicamento líder por um genérico mais barato, sofrerão um aumento nos seus custos de tratamento, enquanto aqueles mais flexíveis, que efetuarem a troca, só encontrarão preços significativamente mais baratos à medida que o mercado se pulverizar entre diversos fornecedores (Fiúza e Lisboa, 2001).

Outra conclusão importante do trabalho econométrico de Fiúza e Lisboa (2001) confirma a existência de um ciclo de vida para o poder de mercado do medicamento líder, que seria crescente e com inclinação negativa ao longo do tempo. No entanto, é importante notar que as estimativas realizadas pelos autores indicam que o tempo entre o lançamento do produto e o momento de inflexão, quando o líder passa a perder poder de mercado, pode ser muito longo, se estendendo além do período da patente (20 anos), o que confirmaria a teoria descrita nas secções anteriores sobre as dificuldades de substituição entre produtos farmacêuticos.

De uma forma ou de outra, o mercado de medicamentos tende a praticar preços elevados e a concentrar a oferta nos consumidores de maior renda, o que, na realidade social brasileira, significa que a esmagadora maioria da população não será capaz de consumir todo o medicamento de que precisa sem a ajuda do Estado que responde por aproximadamente 18% do consumo total.

Quantia insuficiente para o tamanho da demanda, ocasionando problemas crônicos de desabastecimentos. Nesse sentido, a intervenção do aparato estatal, regulando o mercado de medicamentos, se faz necessária para aumentar o mercado de consumo privado com a participação de mais famílias e para otimizar o consumo público, reduzindo os preços pagos pelo SUS.

3.2 Experiência Internacional.

As peculiaridades estruturais do setor e da dinâmica dos preços, descrita acima, legitima a atuação dos governos na tentativa de **intervir e regular o mercado de medicamentos**. Geralmente, as políticas de regulação praticadas têm se concentrado no objetivo de reduzir as falhas de mercado apontadas nas seções anteriores, em particular as falhas associadas à assimetria de informação e decisão, e em alavancar o consumo da população, dado o significado social da demanda por medicamentos, que é entendida como **demanda por saúde**.

De fato, diversos países têm desenvolvido algum tipo de mecanismo de regulação para o setor farmacêutico. As principais alternativas se dividem entre:

- a) A busca de critérios legislativos para estabelecer formas mais éticas de relacionamento entre a indústria e os profissionais de saúde. Bem como, a adoção de medidas restritivas ao registro, propaganda, comercialização e distribuição de medicamentos;
- b) A construção de veículos de informações de preços relativos e características terapêuticas independentes dos laboratórios e revendedores;
- c) Intervenção direta do Estado, seja no controle e negociação de preços ou na prática de políticas de reembolso ou co-pagamento dos gastos com medicamentos; e finalmente
- d) No desenvolvimento de estruturas endógenas de regulação, em outras palavras, no fortalecimento dos agentes de demanda frente aos produtores.

Na Europa predominam iniciativas de intervenção direta, com a maioria países sintetizando algum instrumento de controle de preços ou mecanismo de reembolso dos gastos com um conjunto de medicamentos considerados essenciais. (Fiúza e Lisboa, 2001). As principais alternativas podem ser descritas em um breve resumo:

- a) REEMBOLSO DE GASTOS COM MEDICAMENTOS: as agências de controle de qualidade e vigilância sanitária podem eleger uma lista de medicamentos, considerados essenciais para a saúde pública, e, por tanto, passíveis de reembolso pelo sistema social de saúde.
- b) CO-PAGAMENTO: equivale a um sistema de reembolso parcial.
- c) ACOMPANHAMENTO DOS LUCROS: no Reino Unido, por meio de um programa negociado entre o *Department of Health* (DH) e os laboratórios – chamada *Pharmaceutical Price Regulation Scheme* (PPRS) – o governo controla os lucros dos laboratórios sobre o volume de **vendas de medicamentos ao sistema de saúde**. O nível de lucratividade aceita para as vendas ao sistema público são negociados entre cada laboratório e o DH. Este, a partir de informações financeiras detalhadas dos laboratórios, estabelece uma faixa ou banda dentro da qual os lucros podem variar. Quando os lucros extrapolam essa faixa, os preços são reduzidos (NEPP, 2000)..
- d) PREÇOS DE REFERÊNCIA: em 1989, um sistema de preços de referência foi introduzido na Alemanha para medicamentos com patente expirada, de forma que o valor reembolsado pelo governo fosse idêntico ao preço do medicamento genérico mais barato do mercado (Fiúza e Lisboa, 2001).
- e) CONTROLE DE PREÇOS: na França, aplica-se controle de preços dos medicamentos que integram a lista de medicamentos reembolsáveis pelos planos de saúde, as *Caisses Assurance Maladi*. Os preços são fixados em conjunto pelos Ministros da Saúde, Economia e da Seguridade Social, por meio de instrumento legal. Os preços de produtos não reembolsáveis não são controlados. No entanto, este mecanismo está sendo revisto, para que os laboratórios e seguradoras participem das negociações de preços (NEPP, 2000).

- f) **ORÇAMENTOS DE PRESCRIÇÃO:** na Alemanha, a legislação limita as despesas do sistema público de saúde com o reembolso dos gastos com medicamentos e transfere o ônus de custos excessivos para os médicos que prescreverem produtos mais caros, como forma de incentivo à receita de genéricos (NEPP, 2000).
- g) **PRESCRIÇÃO DE GENÉRICOS:** a prescrição dos medicamentos pelo nome genéricos pode tomar a forma de norma legal em alguns países.

Tabela: 4.21

Políticas Europeias de Controle de Preços e Reembolso de Gastos

País	Política sobre os Preços	Política de Reembolso
Alemanha	Livres para novos produtos	Preço de Referência
Bélgica	Controle de preços e redução gradativa com o tempo	
Dinamarca	Negociação de preços	
Espanha	Controle de preços com base nos custos	
Finlândia	Preços são revisados a cada 2 anos com base em dados farmacoeconômicos	Novos Produtos são reembolsados em 50% por 2 anos
França	Controle de preços	
Grécia	Controle de preços pelo menor preço europeu para a mesma molécula	
Holanda	Controle de preços pelo maior preço europeu para a mesma molécula	Preço de Referência
Irlanda	Controle baseado nos preços de outros países	
Itália	Controle de preços pela média do preço europeu para a mesma molécula	
Noruega		Preço de Referência
Portugal	Controle de Preços	
Reino Unido	Negociação de preços com base nos lucros	
Suíça	Livres para novos produtos	Corte linear de preços para produtos reembolsados

Fonte: Kanavos, 1999 In: Fiúza e Lisboa, 2001.

Os Estados Unidos, em contraposição, se caracterizam pela reduzida participação direta do aparelho estatal no controle dos preços e no financiamento dos gastos com saúde, sendo a quase totalidade dos serviços médicos e hospitalares da população

economicamente ativa coberto através de seguradoras e planos de assistência médica privados.

A alternativa norte americana caminha em direção ao desenvolvimento de estruturas de mercado, e por tanto endógenas ao setor de medicamentos, capazes de reforçarem a posição dos consumidores frente às assimetrias de informação e decisão e ao poder de mercado dos produtores.

Um ponto chave nesse processo foi a evolução do sistema privado de seguro saúde, até a década de 1980, predominava o sistema de reembolso por serviço realizado (*fee for service*) no mercado americano. A principal dificuldade era administrar os crescentes aumentos de custos, decorrentes da rápida sucessão de novas tecnologias e medicamentos para tratamento e diagnóstico, que estavam tornando os planos extremamente caros, mesmo para os padrões norte americanos.

A solução atual foi encontrada com a desregulamentação dos contratos de seguro a partir de meados dos anos setenta, que permitiu o aparecimento de novas formas de seguros (*Managed Care*), caracterizados por introduzir incentivos para que os provedores de serviços médicos considerem internalizem custos e benefícios às decisões terapêuticas.

Sinteticamente, os contratos de *Managed Care* apresentam duas inovações fundamentais. Em primeiro lugar, o segurado deve, ao iniciar o contrato, escolher um médico generalista que será o responsável por indicar e autorizar qualquer procedimento ou gasto com medicamento que julgue necessário. Em segundo lugar, o contrato de pagamento do médico prevê uma quantia fixa mensal, mais uma bonificação inversamente proporcional aos gastos totais realizados com o conjunto de seus pacientes. Dessa forma, os médicos têm, por um lado, incentivo a se preocupar com a satisfação e saúde do paciente no longo prazo. Pacientes insatisfeitos irão procurar outros médicos, reduzindo a sua remuneração mensal. Além disso, economias com procedimentos e gastos com medicamentos no presente reduzem a renda anual do médico (Fiúza e Lisboa, 2001). Por tanto, o sistema *Managed Care* introduz incentivos



para uma gestão mais eficiente do gasto médico, uma vez que torna a linha de informação e de decisão contínua e centralizada.

As informações relevantes sobre os preços praticados no mercado são fornecidas pelos próprios planos de saúde, em tais listas predominam medicamentos genéricos, e sua prescrição constitui condição para a cobertura ou reembolso das despesas associadas ao consumo de medicamentos (NEPP, 2000).

Outra característica do mercado de medicamentos americano que pode contribuir para uma alto-regulação é a concentração dos revendedores em grupos de atacadistas especializados em fornecer medicamentos aos planos de saúde (*Pharmacy Benefit Managers*), em *pools* de farmácias e na possibilidade de venda de produtos farmacêuticos em supermercados. A principal idéia que envolve a existência desta característica é permitir a redução dos preços em compras atacadistas que possa ser repassada ao consumidor final (NEPP, 2000).

3.3 Modelo de Regulação para o Mercado de Medicamentos Brasileiro.

A preocupação com a regulação do setor farmacêutico é necessária uma vez que a estrutura existente e a dinâmica evolutiva da indústria de medicamentos provocam desequilíbrios de mercados que resultam em restrições à oferta e em preços elevados.

A experiência internacional indica que a intervenção estatal na indústria de medicamentos pode conseguir, de fato, diminuir tanto o poder de mercado dos laboratórios produtores como os desequilíbrios, discontinuidades e assimetrias da cadeia de informações e decisões que envolvem o consumo de medicamentos sem engessar o dinamismo tecnológico do setor.

Po isso, muito embora a impossibilidade da simples transposição dos mecanismos desenvolvidos no exterior ao Brasil seja óbvia, as soluções apresentadas devem ser pensadas para a realidade brasileira. As principais características estruturais e institucionais do Brasil foram resumidas nos capítulos anteriores, e nos parece que qualquer alternativa nacional, para a regulação do setor farmacêutico, deve ter como ponto de partida:

- a) A dependência da produção e do consumo de medicamentos às importações de insumos e produtos;
- b) A realidade distributiva da renda brasileira e a divisão do mercado de consumo em segmentos com diferentes elasticidades da demanda; e
- c) As assimetrias existentes nas cadeias de informações e decisões de consumo.

Estruturalmente, a produção de medicamentos brasileira sempre foi multinacional, mas as reformas praticadas ao longo da década de 1990, principalmente a abertura do mercado, permitiram que a produção fosse reorganizada, de acordo com a estratégia global das grandes empresas, para a especialização e internacionalização. Nesse sentido, seria possível desenvolver vantagens importantes de produção, aumentando a flexibilidade da oferta e possibilitando o uso de preços de transferência como mecanismo de distribuição internacional dos custos, ou, de uma maneira perversa, como uma antecipação da remessa de lucros capaz escapar à tributação brasileira.

Em todo caso, a internacionalização da produção significou o aumento da dependência externa do setor, tornando ainda maior a relação dos níveis de preço e da cesta de consumo (bens disponíveis no mercado nacional) com os humores do balanço de pagamentos e as ocasionais mudanças bruscas na taxa de câmbio (SILVA, 1999).

Do ponto de vista da capacidade governamental de regular ou fiscalizar a indústria de medicamentos, a participação de um grande volume de fármacos e medicamentos importados no mercado brasileiro, associado à incapacidade de o Estado fiscalizar os preços de transferência torna impossível adotar uma política de preços baseada na monitoração dos lucros e custos do setor.

Por outro lado, o combate fiscal ao preço de transferência através do IPI significa o aumento da carga **tributária indireta** sobre os consumidores, com efeitos regressivos, incidindo de forma mais perversa sobre a população de renda mais baixa.

Em estudo sobre os reflexos dos impostos indiretos sobre os medicamentos, Magalhães (2001) estimou que entre 20% e 30% do preço final dos medicamentos aos consumidores, inclusive instituições médicas e hospitais, podem ser explicados pela carga tributária. O ICMS é o tributo com maior peso, dado o pequeno número de medicamentos que são isentos⁹. O IPI tem um impacto menor e frequentemente o governo abre mão da arrecadação sobre medicamentos para tentar rebaixar os preços praticados, muito embora, não haja provas de que a renúncia fiscal possa não significar uma redução real e duradoura dos preços. Na verdade, dada a grande capacidade da indústria de medicamentos em repassar custos ao consumidor, os preços são mais flexíveis para cima do que para baixo, e choques que elevem a carga tributária resulta, normalmente, em níveis de preços mais altos (Magalhães, 2001).

Do confronto entre preços elevados e uma renda nacional extremamente concentrada surge um mercado consumidor restrito, onde participam integralmente apenas a minoria mais abastada e o governo (SUS). No entanto, a distribuição da renda nacional é de tal forma desigual que seria necessária uma queda vertiginosa dos preços para que a maioria da população fosse inserida amplamente e de forma independente no mercado consumidor. Movimento virtualmente impossível, uma vez que a inundação do mercado com produtos com preços rebaixados dificilmente significaria maiores lucros para os laboratórios produtores.

Aqui se apresenta, mais uma vez, a dificuldade de conciliar a lógica capitalista que movimenta a produção industrial de medicamentos e as necessidades e demandas sociais por saúde.

⁹ A isenção do ICMS ocorre basicamente em medicamentos contra a AIDS (convênio CONFAZ 51/94) e quimioterápicos (convênio CONFAZ 104/89).

Tabela: 3.31
Distribuição Nacional da Renda – 1999

Rendimentos em Salários Mínimos	Porcentagem da População em Idade Ativa.
Até 1	16,4
de 1 a 2	13,7
de 2 a 3	9,5
de 3 a 5	7,5
de 5 a 10	6,7
de 10 a 20	3,0
Mais de 20	1,6
Sem Rendimento (1)	40,6
Sem Declaração	0,9
Total	100

Fonte: PNAD, 1999.

No entanto, é claro que qualquer redução de preço, mesmo que pequena, teria um impacto positivo nos gastos estatais de saúde, e ampliaria um pouco a base de consumo privado.

Nesse sentido, seria interessante adotar o mecanismo norte americano de seguro-saúde. Os efeitos nos preços médios dos medicamentos seriam reduzidos, mas a reforma do sistema de seguro-saúde privado poderia resultar em dois efeitos desejáveis:

- a) Ampliar as bases do consumo privado, incluindo uma parcela maior da população; e
- b) Talvez o mais importante, poderia incluir mecanismos capazes de diminuir as assimetrias de informações entre as possibilidades de terapia, os preços relativos entre os medicamentos substitutos e a faixa de renda do paciente e sua família.

A demanda por medicamentos é determinada pelas condições sanitárias sociais e uma vez que os rendimentos familiares sejam suficientes para sancionar a realização da demanda, os gastos com medicamentos têm uma participação relativa decrescente no orçamento familiar brasileiro. As despesas com seguros e assistência à saúde, por sua vez, apresenta uma participação crescente para maiores grupos de renda.

Tabela: 3.32

Despesa Média Mensal Familiar, por Classes de Recebimento, Segundo os Tipos de Despesa.

Tipos de Despesa	Renda em Salários Mínimos					
	Total	Ate 2 (1)	Mais de 2 a 3	Mais de 3 a 5	Mais de 5 a 6	Mais de 6 a 8
Desembolso global	100	100	100	100	100	100
Despesas correntes	80,96	94,86	93,26	92,04	90,71	88,38
Despesas de consumo	71,15	92,97	90,37	87,97	85,27	82,6
Assistência a saúde	6,53	9,26	7,48	6,52	6,48	6,72
Remédios	1,88	4,86	3,56	3,49	3,18	2,76
Seguro saúde	1,9	0,76	1,02	0,89	1,49	1,5
Tratamento dentário	0,97	0,28	1,28	0,55	0,61	0,67
Consulta medica	0,26	0,12	0,26	0,23	0,14	0,16
Hospitalização	0,16	0,4	0,02	0,11	0,01	0,05
Óculos e lentes	0,17	0,13	0,09	0,11	0,11	0,23
Outras (Assistência a saúde)	1,19	2,72	1,25	1,14	0,94	1,34
Todos exceto Remédios	4,65	4,41	3,92	3,03	3,3	3,95
Tipos de Despesa	Renda em Salários Mínimos					
	Mais de 8 a 10	Mais de 10 a 15	Mais de 15 a 20	Mais de 20 a 30	Mais de 30	Sem declaração
Desembolso global	100	100	100	100	100	100
Despesas correntes	87,15	84,91	83,51	79,2	73,78	81,8
Despesas de consumo	80,65	77,7	76,51	70,29	59,5	70,44
Assistência a saúde	7,18	6,97	7,48	6,75	5,73	6,94
Remédios	2,59	2,22	1,94	1,79	1,01	1,73
Seguro saúde	2,17	2,1	2,57	2,2	1,9	1,91
Tratamento dentário	0,71	0,9	0,95	1,18	1,07	1,13
Consulta medica	0,23	0,18	0,23	0,21	0,35	0,26
Hospitalização	0,17	0,09	0,37	0,07	0,19	0,15
Óculos e lentes	0,18	0,2	0,15	0,19	0,15	0,27
Outras (Assistência a saúde)	1,14	1,28	1,27	1,11	1,06	1,48
Todos exceto Remédios	4,6	4,75	5,54	4,96	4,72	5,2

Fonte: PNAD, 1996.

Em contraposição com os outros itens do orçamento das famílias com rendimentos entre 20 e 30 salários mínimos, os gastos com seguro saúde aparecem em posição destacada, atrás apenas de habitação, alimentação, transporte, impostos, contribuições trabalhistas e educação. Dessa forma, a reformulação do sistema de seguro saúde brasileiro teria um impacto direto justamente no grupo de renda que constitui o núcleo do mercado de

consumo privado de medicamentos. No entanto, não seria capaz de atingir a maioria da população.

Por outro lado, a lógica do modelo de *managed care* prevê a existência de um médico generalista que acompanhe de forma preventiva a saúde do paciente. Tal acompanhamento pode permitir que as informações sobre a realidade familiar e orçamentária do paciente influam diretamente na prescrição médica. Evidentemente, existem incentivos financeiros que desencorajam a negligência clínica.

Parece evidente que, enquanto persistir o atual quadro de distribuição de renda, o Estado deverá ampliar o volume e a amplitude dos gastos públicos com medicamentos. Dessa forma, supondo-se que o volume de recursos que poderiam ser destinados a essa causa são relativamente rígidos, o dilema do regulador brasileiro se resume em reduzir o custo do governo adquirir os medicamentos.

Evidentemente, poderíamos retornar ao sistema de controle direto e centralizado dos preços, mas é preciso lembrar que houve uma série de problemas com desabastecimento do mercado, e o aumento da dependência externa do setor na década de 1990 pode significar uma fragilidade maior a tal questão.

Também já foi dito que obter preços negociados com os laboratórios envolve a dificuldade de avaliar acertadamente os custos de produção e o volume de lucros no setor.

Qual a alternativa? Como sabemos, o mercado consumidor de medicamentos é concentrado e dividido entre indivíduos autônomos e indivíduos dependentes do Estado. Por outro lado, o Brasil possui o quinto maior mercado de medicamento do mundo, que é responsável por cerca de 3,37% do faturamento global. O consumo *per capita* da população dos estratos superiores de renda se aproxima do consumo europeu e norte americano.

Este mercado está pode ser barganhado com os grandes laboratórios. De uma forma simples: o governo pode exigir, em troca da permissão de participar de mercado

brasileiro privado e com preços liberados, o fornecimento de uma determinada quantidade de medicamento, isentos de tributação indireta, em embalagens genéricas e preços tabelados, para o consumo público.

Dessa forma, teríamos duas cotações de preços distintas, àquela praticada no mercado privado e outra, necessariamente menor, que se destina ao consumo do SUS.

No entanto, tal política não incide sobre o processo de aumento da dependência externa da produção brasileira de medicamentos, podendo inclusive acelerar o processo de internacjonalização, uma vez que os preços de transferências ainda poderiam funcionar como forma de disfarçar os custos e conseguir precionar a remarcação dos preços tabelados.

Nesse sentido, o governo poderia adicionar um bônus ao valor pago para medicamentos com um índice elevado de nacionalização vertical da produção, entendida como a maior participação de empregados, empresas e insumos nacionais na síntese dos medicamentos.

Por outro lado, o sistema de seguros saúde privados precisam ser reformulado, de modo que o consumo da classe média seja alavancado e o mercado interno e o acordo com o governo se tornem mais atrativos.

Conclusão e Considerações Finais.

O mercado de medicamentos brasileiro possui uma série de características estruturais que conduzem ao desequilíbrio da oferta e à concentração do consumo. Mais do que isso, a própria dinâmica setorial que conduz as alterações estruturais de longo prazo indicam a manutenção ou o aumento de tais desequilíbrios.

As reformas institucionais construídas durante a década de 1990 conduziram a maior liberalização do mercado, visando privilegiar o incentivo a pesquisa, através da lei de patentes, e a criação de um mercado de genéricos capaz de regular internamente o setor farmacêutico.

De um modo geral, as expectativas do governo se revelaram infundadas e a necessidade de um novo modelo de regulação se torna cada vez mais clara. Os motivos são diversos, mas algumas questões merecem destaque para explicar a reprodução e aceleração dos desequilíbrios do mercado de medicamentos durante a década de 1990:

- a) Em primeiro lugar, a demanda por medicamentos deve ser entendida como demanda por saúde. Rígida, por tanto. Variando em função do contexto social e não apenas da oferta e dos preços.
- b) A atuação reguladora deve atingir as relações mercantis de publicidade, promoção e parceria que existem entre a comunidade médica, revendedores e os laboratórios produtores. É essencial a existência de uma norma clara e ética permeando tais interações.
- c) O governo brasileiro, do ponto de vista fiscal e de controle sanitário, não tem vantagens com o processo de internacionalização da produção farmacêutica, que deve ser lida como o aumento da dependência ao exterior e às grandes empresas.
- d) A distribuição dos rendimentos nacional força a existência de um mercado de consumo dual. Onde a minoria do extrato superior de renda pode praticar um consumo de alto padrão enquanto a grande maioria da população é

excluída do consumo **necessário** de medicamentos e depende do governo para realizar a sua demanda.

Qualquer proposta de regulação que venha a ser construída para o mercado brasileiro precisa ser capaz de agrupar soluções para tal conjunto de problemas.

Acreditamos, que é essencial a aceitação da característica dual do mercado consumidor e do papel estratégico do Estado, seja como distribuidor de medicamentos, seja alavancando o consumo privado.

No entanto, não é suficiente. O Estado tem sido negligente e desatento em sua função de regulamentar os métodos de promoção e publicidade da indústria farmacêutica e dessa forma contribuiu para a reprodução de assimetrias na cadeia de informação do consumo e para um comportamento de fidelidade pouco ético entre médicos, revendedores e produtores.

Referência Bibliográfica:

RELATÓRIO DA CPI-MEDICAMENTOS, 2000 (Relator: Dep. Ney LOPES)

LEI No. 9.279 DE 14 DE MAIO DE 1996.

FIUZA, Eduardo P.S. & LISBOA, Marcos de B. (2001). *Bens Credenciais e Poder de Mercado: Um Estudo Econométrico da Indústria Farmacêutica Brasileira*. São Paulo.

FREEMAN, Christopher (1974). *The Economics of Industrial Innovation*. Harmondsworth. Pequim.

FRENKEL, Jacob. *Algumas Considerações Sobre o Desempenho Recente da Indústria Farmacêutica no Brasil*. Rio de Janeiro.

GIOVANNI, Geraldo di (1980). *A Questão dos Remédios no Brasil*. São Paulo: Ed. Polis.

GIOVANNI, Geraldo di (1992). *Medicamentos e Equipamentos Médicos: Inovação e Adensamento Tecnológico no Brasil*. São Paulo: tese de doutorado apresentada ao Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.

GIOVANNI, Geraldo di & SILVA, Pedro Luiz B. (2000). *O Setor de Saúde e o Complexo da Saúde no Brasil*. Campinas: Relatório do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – NEPP.

GONZÁLEZ, Alexis Jesús Velásquez (1999). *A Indústria Farmacêutica Brasileira na Década de 90: Mudanças na Pesquisa & Desenvolvimento, na Produção de Fármacos e de Medicamentos*. Campinas: dissertação de mestrado apresentada à UNICAMP.

MAGALHÃES, Luiz Carlos G. de (2001). *Tributação sobre os Gastos com saúde das Famílias e do Sistema Único de Saúde: Avaliação da Carga Tributária sobre Medicamentos, Material Médico-Hospitalar e Próteses/Órteses*. Brasília.

POSSAS, Maria Silvia (1997). *Concorrência e Competitividade (Notas sobre a estratégia e dinâmica seletiva na economia capitalista)*. Campinas: tese de doutorado apresentada à UNICAMP.

SILVA, Ricardo Isidoro (1999). *Indústria Farmacêutica Brasileira: Estrutura e a Questão dos Preços de Transferência*. Rio de Janeiro: tese de doutorado apresentada à Universidade Federal do Rio de Janeiro.

TAVARES, Maria da Conceição (1998). *A Acumulação de Capital e Industrialização no Brasil*. Campinas: Instituto de Economia da UNICAMP.