Parte III - Prospeção em medicamentos: resultados do projeto inovação

9 Medicamentos: políticas de acesso, segmentação da demanda e progresso técnico

Jacob Frenkel

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

FRENKEL, J. Medicamentos: políticas de acesso, segmentação da demanda e progresso técnico. In: BUSS, P.M., CARVALHO, J.R., and CASAS, C.P.R., orgs. *Medicamentos no Brasil: inovação e acesso* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, pp. 167-197. ISBN: 978-85-7541-597-9. Available from: doi: [10.7476/9788575415979.0011](https://doi.org/10.7476/9788575415979.0011). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/447g2/epub/buss-9788575415979.epub>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Medicamentos

políticas de acesso, segmentação da demanda e progresso técnico

Jacob Frenkel

A avaliação das políticas governamentais aplicadas ao segmento farmacêutico nos três últimos decênios indicaria inicialmente a amplitude dos temas necessários a uma política abrangente para a indústria farmacêutica. Dessa avaliação, de forma resumida, poderíamos afirmar que tal política deveria envolver os seguintes componentes: produção, comercialização, tecnologia, acesso e a superestrutura legal-regulatória.

Nos últimos três decênios, houve várias configurações e ênfases nas políticas estabelecidas pelos órgãos públicos com relação aos componentes citados. Tais ênfases às vezes introduziram conceitos originais, específicos para o segmento; no entanto, na maioria das vezes eram adaptações de instrumentos e objetivos já utilizados nas políticas econômicas dominantes nos respectivos períodos.

Na década de 1970, a ênfase básica esteve relacionada com as condições de comercialização, ou seja: o controle de preços. O controle de preços era componente importante da estratégia de combate à inflação no período, e o segmento farmacêutico foi um dos principais setores objeto desse controle. Houve, entretanto, paradoxalmente, dado o quadro político institucional da época, a criação de um instrumento específico – e talvez o mais importante já estabelecido quanto aos seus objetivos específicos – relacionado à questão do acesso aos medicamentos: a Central de Medicamentos (Ceme).

Na década de 1980, fruto da experiência da política industrial que implantou a petroquímica no país, com os objetivos de substituição acelerada das importações e geração

interna de tecnologia, a ênfase da política governamental foi na implantação de uma indústria químico-farmacêutica, com preferência por empresas de capital nacional, e na formação de quadros técnicos nas principais universidades do país.

Embora os dois instrumentos citados (controle de preços e criação da Ceme) continuassem a existir durante aquela década, a ênfase certamente foi voltada para as questões de implantação de uma produção nacional de matérias-primas químico-farmacêuticas com crescente geração de tecnologia autóctone.

Quanto à década de 1990, podemos dividi-la em dois períodos. Na primeira metade, fruto da influência das idéias neoliberais que passaram a dominar a política econômica do período, praticamente desmontou-se todo o arcabouço institucional e de instrumentos de políticas criado nas duas décadas anteriores. Aboliu-se o controle de preços; eliminaram-se os instrumentos de incentivo à produção nacional; reduziu-se drasticamente a estrutura de tarifas que dificultava a entrada de produtos importados, tanto de fármacos quanto de especialidades já prontas para o consumo; diminuíram-se os recursos para o desenvolvimento tecnológico e a Ceme foi fechada, no bojo de sucessivos escândalos de corrupção e malversação de recursos.

No entanto, na segunda metade dessa década, houve um intenso movimento de modificação na superestrutura legal e regulatória: a mudança da lei de patentes (lei n. 9.787, de 1999), a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (lei n. 9.782, de 1999), da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (lei n. 9.961, de 2000), da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) (lei n. 10.742, de 2003) e a lei criando os medicamentos genéricos (lei n. 9.279, de 1996), a qual foi concebida como um importante instrumento de acesso – e, como se verá a seguir, com pouco sucesso quanto a este objetivo (Quadro 1).

Quadro 1 – Principais instrumentos de política criados nos últimos trinta anos

1) Controle de preços
2) Central de Medicamentos
3) Política tecnológica: formação de recursos humanos em química e ciências da saúde
4) Política industrial: incentivo à produção de fármacos nacionais – década de 1980
5) Política de medicamentos genéricos
6) Nova legislação patentária
7) Política comercial: redução tarifária
8) Criação da Anvisa
9) Política de medicamentos de alta complexidade: oncológicos
10) Políticas para laboratórios oficiais
11) Políticas de acesso para algumas patologias específicas
12) Banco de preços para licitações do Sistema Único de Saúde (SUS)
13) Farmácia Popular

Existem, especificamente, outros elementos constituintes de uma política abrangente detectados no período considerado. No entanto, não houve uma ênfase explícita e coordenada na fixação de objetivos e instrumentos para esses elementos, como é o caso do papel dos laboratórios públicos, talvez com a exceção da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), na produção e na pesquisa de vacinas.

Como citado em trabalhos anteriores (Frenkel, 2001, 2002, 2005), a elaboração de políticas públicas depende de alguns elementos lógico-estruturantes indispensáveis para aumentar a efetividade potencial: inicialmente, da fixação clara de objetivos, de uma correta compreensão da dinâmica que rege os agentes econômicos envolvidos, da idealização de um conjunto de instrumentos e ações que possam induzi-los a se mover na direção dos objetivos fixados. Por último, mas não menos importante, depende de uma visão ideológico-política do que se espera ser o papel do governo e do grau de interferência que deverá consubstanciar a sua ação na consecução dos objetivos.

As diferentes políticas e os instrumentos criados na década de 1990 apresentaram vários graus de intensidade de interferência governamental, de clareza dos objetivos e da precisão efetiva dos instrumentos e ações idealizados. Uma análise retrospectiva e a precisa identificação de possíveis erros, tanto da intensidade do uso de certos instrumentos como do perfil institucional dos instrumentos idealizados, poderiam induzir um conjunto de instrumentos mais efetivos para se alcançarem os objetivos.

Cabe ressaltar uma evolução de caráter ideológico nos principais instrumentos de política já citados: a diminuição da intervenção direta, discriminatória, do Estado nas políticas indutoras dos agentes econômicos, trocando-as por intervenções regulatórias, estabelecendo regras para o funcionamento dos mercados, e também por instrumentos de políticas chamados de lineares – geralmente alterações legais que visam mudar parâmetros de funcionamento dos mercados e afetam ‘todas’ as empresas envolvidas no segmento, supostamente da mesma maneira. Tais intervenções baseiam-se num conceito ideológico, de caráter liberal, de que as intervenções governamentais devem ser do tipo *market friendly*, ou seja, devem fortalecer o mercado como principal instrumento de operação da economia em geral, ou de um segmento em particular, por ser esse tipo de instrumento o mais eficiente entre os instrumentos da ação governamental.

No primeiro tipo de intervenção, o Estado provoca uma ruptura na situação dos mercados, alterando drasticamente os parâmetros do processo competitivo, reconhecendo falhas nesse processo – seja em decorrência de desigualdades entre os agentes econômicos em competição e, portanto, induzindo e fortalecendo a ação de alguns agentes com relação a outros; seja em decorrência de características estruturais que não permitiriam o pleno funcionamento dos processos competitivos, como o excesso de concentração de mercado nas mãos de uma ou de poucas empresas. Um bom exemplo desse tipo de instrumento foi o caso da portaria n. 4, de 1984, da antiga Secretaria de Tecnologia Industrial do Ministério da Indústria e Comércio (STI), para induzir a produção de fármacos no país, pela qual concedia-se uma proteção alfandegária e de licença de produção, favorecendo o primeiro produtor que adentrasse o mercado, ao mesmo tempo que criava barreiras à entrada de

novos fabricantes. Nas políticas lineares, as restrições e os incentivos aplicam-se a todos os agentes, induzindo a competição entre eles, como foi o caso da abertura comercial e da redução de alíquotas de importação durante a década de 1990.

A princípio não existe nenhuma avaliação absoluta que possa estabelecer se um tipo de instrumento é superior ou inferior a outro; o que existe são diferenças ideológico-políticas sobre como o Estado deve atuar na consecução de seus objetivos, e quais devem ser esses objetivos. Tentar-se-á, a seguir, não se deter nessa dicotomia, adotando ambos os tipos de instrumentos como válidos, desde que considerados adequados tecnicamente e que sejam econômica e politicamente viáveis.

DOS OBJETIVOS

A escolha dos objetivos de uma política governamental certamente é a fase mais carregada de carga ideológica e visão política, mas é a etapa inicial necessária para se construir o arcabouço lógico sobre o qual serão montados os instrumentos e as ações a serem implementadas. Para diminuir o risco de uma visão excessivamente limitada, ou parcial, e possibilitar uma crítica explícita, é necessário indicar os pressupostos que levaram à escolha dos objetivos.

Diante dessa questão metodológica, ao se fixarem alguns objetivos para se constituir uma política abrangente para o segmento farmacêutico, adotar-se-á sempre a postura de, ao se definir um objetivo, explicitar o atual problema a que ele está relacionado.

Em razão dos problemas atuais referentes ao segmento farmacêutico, pode-se tentar selecionar os objetivos principais de uma política abrangente para o segmento farmacêutico, em ordem decrescente de importância e numa perspectiva de curto e médio prazos: a ampliação substancial do acesso ao medicamento, dado o reconhecimento cada vez maior de que as políticas implantadas na última década pouco contribuíram para melhorar o acesso generalizado das classes de renda mais baixa, inclusive com indicações de uma piora no acesso aos medicamentos nas faixas de renda mais alta da população; o aumento da produção interna tanto de fármacos quanto de especialidades, de forma a reverter o forte aumento do déficit da balança comercial do setor; o desenvolvimento científico e tecnológico acoplado à evolução da política de saúde, a fim de permitir maior autonomia econômico-tecnológica do país e maior aderência entre as necessidades mais prementes da sociedade e a capacidade do sistema produtivo de atender a elas.

DO ACESSO

Dos múltiplos objetivos de políticas definidos e instrumentos/ações idealizados durante a década de 1990, algumas consequências economicamente desfavoráveis sobressaem mais do que outras na área de medicamentos, tais como: o não-aumento das unidades vendidas no âmbito do mercado regular das farmácias; a alta dos preços em dólar; o crescente déficit da balança comercial setorial. Dentre estas, a que talvez mais sobressaia é a questão do acesso aos medicamentos.

Considerando o mercado farmacêutico regular, ou seja, as vendas efetuadas pela rede de farmácias privadas no país, o número de unidades vendidas é hoje menor que em 1989, início de um longo processo de implantação de políticas de cunho liberal, cujos principais elementos já foram descritos aqui. As Tabelas 1, 2 e 3 mostram a evolução da demanda de medicamentos efetivamente realizada nas farmácias privadas do país. Como se pode observar, embora a população do país tenha aumentado em cerca de vinte milhões de pessoas durante o período considerado, o número de unidades vendidas pelo principal agente de comercialização, a farmácia, diminuiu em 20% no mesmo período.

Essas informações referem-se ao consumo global. Sobre a disparidade do consumo entre os diferentes níveis de renda, os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referentes às despesas com medicamentos nos orçamentos familiares, indicam que a proporção das despesas com medicamentos entre o nível de renda mais alto, acima de trinta salários mínimos, e o nível mais baixo, de um salário mínimo, é de praticamente 300% a mais. Considerando-se que o medicamento, quando necessário, seria um produto de uso compulsório, como instrumento de restauração do estado de saúde, a sua não-utilização estabeleceria de imediato, em princípio, um hiato de carência absoluta na política de saúde do governo.

Cabe salientar que existem nos três níveis governamentais – municipal, estadual e federal – vários programas de distribuição gratuita de medicamentos para compensar as faltas mencionadas, cuja importância relativa é difícil de estimar com precisão.

Os dispêndios realizados com a aquisição de medicamentos na esfera do governo federal são bastante significativos, cerca de US\$ 1 bilhão, com concentração em dois programas muito específicos: 60% dos recursos estão vinculados aos tratamentos quimioterápicos e da Aids e poucos recursos em outros programas com patologias muito mais difundidas entre a população. Portanto, reforça-se a visão de que existe no momento uma grande parcela da população sem acesso aos medicamentos de que necessita.

Tradicionalmente, as observações feitas aqui induziriam, para efeito de políticas públicas, um conjunto de sugestões que se voltariam unicamente para maior ação governamental direta no aumento do acesso ao medicamento. No entanto, apesar de essa ação ser necessária, a discussão será ampliada com a inclusão de outras possibilidades, em que os papéis dos setores privado e governamental poderiam interagir em diferentes graus, para diferentes segmentos da população, promovendo melhor alocação de recursos, atingindo eficácia maior e, principalmente, permitindo abrangência social mais ampla.

Tabela 1 – Mercado brasileiro de especialidades farmacêuticas (comercializadas pelas farmácias) em valores e unidades – 1989-2006

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Vendas (US\$ 1.000)	2.037.785	3.035.660	2.566.116	2.862.605	3.835.911	4.670.758	6.313.641	7.256.983	7.694.534	7.768.496	5.755.341	6.141.285	5.234.415	4.849.755	4.615.790	5.903.173	7.953.414	9.843.810
Unidades (milhares)	1.556.393	1.634.174	1.592.700	1.233.899	1.248.119	1.259.365	1.767.777	1.410.780	1.341.537	1.295.037	1.269.630	1.289.193	1.257.311	1.103.406	1.219.383	1.333.392	1.374.832	1.434.360
Preço médio	1,31	1,86	1,61	2,32	3,07	3,71	3,57	5,14	5,74	6,00	4,53	4,76	4,16	4,40	3,79	4,43	5,79	6,86

Fonte: IMS Health, 2006.

Tabela 2 – Variações em percentual das vendas, quantidades e preço médio das especialidades farmacêuticas do mercado brasileiro – 1989-2006

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Variações das vendas (*)	48,97	-15,47	11,55	34,00	21,76	35,17	14,94	6,03	0,96	-25,91	6,71	-14,77	-7,35	-4,82	27,89	34,73	23,77
Variações das quantidades (*)	5,00	-2,54	-22,53	1,15	0,90	40,37	-20,19	-4,91	-3,47	-1,96	1,54	-2,47	-12,24	10,51	9,35	3,11	4,33
Variações do preço médio (*)	41,88	-13,27	43,99	32,47	20,68	-3,70	44,03	11,50	4,59	-24,43	5,09	-12,61	5,57	-13,88	16,96	30,67	18,63

(*) As variações em cada coluna estão referidas ao ano anterior.

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados da Tabela 1.

Tabela 3 – Índices de vendas, quantidades e preço médio das especialidades farmacêuticas do mercado brasileiro – 1989-2006

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Índices vendas	100	148,97	125,93	140,48	188,24	229,21	309,83	356,12	377,59	381,22	282,43	301,37	237,99	226,51	289,69	390,30	483,06
Índices quantidades	100	105,00	102,33	79,28	80,19	80,92	113,58	90,64	86,20	83,21	81,58	82,83	70,90	78,35	85,67	88,33	92,16
Índices preço médio	100	141,88	123,06	177,19	234,73	283,27	272,78	392,88	438,07	458,16	346,22	363,83	335,70	289,11	338,13	441,84	524,16

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados da Tabela 1.

A SEGMENTAÇÃO DO MERCADO

Para se entenderem as possibilidades mencionadas aqui, tem-se que refletir sobre alguns aspectos da lógica que vem movendo a ação governamental com relação ao acesso aos medicamentos. Essa lógica nos remete a uma análise da segmentação da demanda desses produtos. O governo, nos últimos trinta anos, trabalhou com uma hipótese implícita de que existem somente dois grandes segmentos ('mercados') quanto à demanda de medicamentos, caracterizados principalmente pela capacidade de pagar ou não por eles.

Para o segmento que pode pagar, o governo tem utilizado sistematicamente como seu principal instrumento de ação o controle de preços, com exceção do período 1995-2000. Para o segundo segmento, desde a criação da Ceme, a política básica vem sendo a compra e a distribuição gratuita de medicamentos por parte do governo federal, com programas próprios e/ou em colaboração com os governos estaduais e municipais.

Essa dicotomia político-analítica do mercado farmacêutico tem limitado a possibilidade de novas ações que ampliem efetivamente o acesso ao medicamento. Por um lado, tem imposto um único instrumento de ação sobre o mercado 'normal' de medicamentos, ou seja, o controle de preços; por outro, devido à conceituação dicotômica, dá uma dimensão numérica ao segmento de mercado restante que praticamente inviabiliza, *a priori*, a possibilidade de uma ação efetiva, em razão dos recursos que seriam necessários para um atendimento adequado dessa imensa parcela da população não atendida no primeiro segmento.

Mesmo o medicamento genérico enquadra-se nesse ponto de vista. Foi introduzido para competir no segmento dos medicamentos pagos, supostamente para abaixar os seus preços e conseqüentemente ampliar a dimensão relativa do segmento. O resultado é conhecido e paradoxal: alguns efeitos sobre os preços e nenhum efeito sobre o aumento da quantidade total demandada dos medicamentos nos mercados regulares.

Acredita-se que um novo aparato conceitual deva ser introduzido na análise da questão do acesso ao medicamento, o qual permitirá criar novos instrumentos de ação mais efetivos na ampliação desse acesso. Esse novo aparato seria semelhante ao que as empresas utilizam para fixar políticas de preços e de produtos quando se inter-relacionam com o potencial de demanda: o conceito de segmentação do mercado.

A segmentação do mercado é o reconhecimento de que cada mercado é composto de segmentos distintos, consistindo em compradores com diferentes necessidades, estilos de compra e respostas a variações na oferta. Nenhuma oferta ou enfoque ao mercado satisfará a todos os compradores. 'Cada segmento de mercado representa uma oportunidade diferente'. (Kotler, 1985: 88) (grifo do autor)

É exatamente esta última frase que se tentará utilizar para demonstrar que, ao se fazer uma segmentação da população quanto às condições econômicas do uso dos medicamentos, novos instrumentos de acesso poderiam ser idealizados, permitindo uma política mais flexível, mais abrangente e economicamente viável.

A segmentação sugerida seria baseada essencialmente nos seguintes fatores diferenciais da demanda: renda e elasticidade de preço dos consumidores, vínculo empregatício, acesso à saúde suplementar e características terapêuticas de alguns tipos de medicamentos.

Algumas iniciativas referentes a uma potencial segmentação do mercado já existem efetivamente, no entanto foram criadas em razão de pressões políticas efetivas dos consumidores (pacientes), como é o caso dos programas de medicamentos de alta complexidade (quimioterápicos) e da Aids, e não por uma visão orgânica, preestabelecida, baseada numa lógica analítica dos tipos de segmento que compõem a demanda de medicamentos. E mesmo nesses casos foram estabelecidas aceitando-se a dicotomia conceitual mencionada, isto é, ou o paciente paga pelos medicamentos ou eles são fornecidos gratuitamente pelo Estado.

Iniciando a racionalização sobre um possível processo de segmentação, levem-se em consideração os fatores renda e elasticidade-preço. Segundo estes, e sintetizando suas características, o mercado poderia ser segmentado em quatro grandes segmentos (Quadros 2 e 3):

- 1) Um segmento de alta renda e inelástico ao preço, constituído pela população de alta renda, que se abastece regularmente nas farmácias, segue a periodicidade e as quantidades recomendadas pelos médicos e se utiliza dos medicamentos de última geração tecnológica. O comportamento inelástico ao preço deve-se principalmente ao fato de despesas com medicamentos representarem uma pequena fração de suas despesas regulares. Será chamado de segmento A.
- 2) Um segmento de renda intermediária e/ou renda fixa (aposentados), em que os medicamentos têm uma participação relativamente maior nas despesas, tornando-os, portanto, sensível aos preços, já que o segmento também se abastece no mercado regular das farmácias. Este segmento esforça-se, em termos de renda disponível, para manter a regularidade e a abrangência terapêutica recomendada pelos medicamentos. Será chamado de segmento B.
- 3) Um segmento de baixa renda e/ou de renda fixa (aposentados) que ocasionalmente consegue se abastecer no mercado regular nos níveis dos preços atuais e descontos ocasionais, sendo assim menos sensível aos movimentos de preços desse mercado; que canaliza sua demanda complementar para os programas governamentais, quando estes se ajustam às suas necessidades, e adicionalmente recorre a terapias alternativas vinculadas à tradição popular – as quais, cabe lembrar, também têm preços. Esse fato é importante para nosso racional, pois indicaria que esse segmento pode dispor de recursos para pagar por um medicamento desde que os preços sejam compatíveis com a sua renda. Ademais, apresenta sérias dificuldades para manter a rotina medicamentosa em termos de abrangência e regularidade recomendada, tendo como consequência um consumo de medicamentos parcial ou intermitente. Será denominado de segmento C.
- 4) Um segmento com níveis de renda muito baixos, em que esse fator torna-se o grande limitador de acesso, ou seja, não são mais os preços e sim a renda abso-

luta a barreira ao acesso, o que tornaria a sua elasticidade-preço praticamente nula. Sendo assim, em qualquer nível de preços esse segmento não consegue se abastecer de medicamentos no mercado regular, sobrando como única alternativa o atendimento das farmácias hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS). Será chamado de segmento D.

Quadro 2 – Segmentação da demanda segundo elasticidade do preço

MERCADO CLASSE A
Medicamentos de última geração e alta capilaridade no acesso geográfico, inelástico ao preço.
MERCADO CLASSE B
Acesso ao mercado classe A, mas alta elasticidade-preço.
MERCADO CLASSE C
Eventual acesso ao mercado classe A, dependente do SUS para acesso a medicamentos crônicos/ regulares, baixa capilaridade no acesso geográfico, média/baixa elasticidade-preço.
MERCADO CLASSE D
Quase nenhum acesso ao mercado classe A, dependente do SUS, baixa capilaridade, baixa elasticidade-preço (devido à baixa renda).
MERCADO CLASSE E
Nenhum acesso ao mercado classe A, dependente totalmente do SUS, baixa capilaridade, inelástico ao preço (devido ao nível de pobreza absoluta).

Quadro 3 – Proposta de segmentação de políticas

1) MERCADO NORMAL
Classes A, B
2) MERCADO DE GENÉRICOS
Classes A, B, C (pouco acesso)
3) PROGRAMA DE MEDICAMENTOS DO TRABALHADOR
Classes A, B, C; trabalho formal
4) PROGRAMAS DE MEDICAMENTOS DE PLANOS DE SAÚDE
Classes A, B, C; trabalho formal
5) PROGRAMA DE MEDICAMENTOS POPULARES (FARMÁCIA POPULAR)
Classes C, D
6) PROGRAMA DE MEDICAMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE
7) PROGRAMAS GRATUITOS DE MEDICAMENTOS
Classes D, E

Nessa segmentação, poder-se-ia incluir um outro dado: o fato de o consumidor ter ou não um vínculo empregatício regular. O vínculo empregatício pode permitir a criação de mecanismos de acesso aos medicamentos por meio das empresas a que os trabalhadores estão vinculados. Esses mecanismos podem ser complementados com potenciais instrumentos de políticas governamentais que venham a ser criados para esse segmento.

Adicionalmente, outro fator de segmentação quanto ao acesso dos medicamentos já está se desenvolvendo, originário da própria dinâmica competitiva do mercado em que os agentes envolvidos estão operando. É o dos consumidores com vinculação a uma entidade de saúde suplementar (empresas de gestão de saúde suplementar – os usualmente chamados planos de saúde). Segundo a ANS, existem cerca de 38 milhões de pessoas com vínculos contratuais aos vários tipos de saúde suplementar. A grande maioria desses agentes ainda não inclui entre os seus serviços mecanismos de acesso aos medicamentos, a não ser enquanto o paciente está internado. No entanto, vários deles começaram a oferecer aos seus usuários descontos significativos sobre extensas listas de medicamentos em redes de farmácias credenciadas e sujeitas à gestão de empresas especializadas – as chamadas PBMs (sigla da nomenclatura em inglês para esse tipo de empresa: Pharmaceutical Benefits Management). No entanto, sabe-se que não é tecnicamente difícil a criação de mecanismos operacionais para a inclusão de subsídios/benefícios aos medicamentos por parte dos planos de saúde.

Finalmente, o outro fator de segmentação a considerar, e que já existe explicitamente na política governamental, é o dos medicamentos chamados de ‘alta complexidade’, ou de ‘alto custo’. Estes compõem um segmento à parte por causa de algumas características que os diferenciam da maioria dos medicamentos: inicialmente porque têm preços muito maiores do que a média dos produtos comercializados nas farmácias regulares; em segundo lugar porque, para a maioria deles, exigem-se procedimentos clínicos para a sua utilização. Portanto, devido a essas características, eles não são vendidos nas farmácias regulares e sim em clínicas especializadas. São geralmente relacionados a tratamentos quimioterápicos para neoplasias ou doenças raras.

A segmentação é necessária, pois, em razão dos altos preços e do tipo de patologia para os quais são necessários, somente pacientes com rendas muito elevadas teriam acesso a esses tipos de medicamentos no mercado regular. Cabe ressaltar que para esses produtos prevaleceu também a dicotomia já mencionada: ou se tem acesso aos medicamentos no mercado regular ou gratuitamente por meio do programa governamental.

A nova segmentação permitirá criar um conjunto mais amplo de instrumentos de ação, que por sua vez melhorará a alocação de recursos e ampliará os mecanismos de acesso para todos os níveis de renda da população.

Será acrescentado agora outro novo conceito, que opera em vários países com diferentes sistemas de acesso aos medicamentos e que no Brasil é pouco utilizado: o co-pagamento. Trata-se do pagamento parcial do medicamento por parte do consumidor de acordo com critérios fixados pela entidade concedente do benefício. No caso das ações governamentais, atualmente todo o montante da despesa é coberto pelo governo, ou seja, o subsídio é total. No entanto, este poderia ser variado de acordo com a segmentação sugerida.

Cabe lembrar ainda que, em termos das consequências das políticas de liberalização comercial, implementadas durante a década de 1990, a ampliação do acesso relacionado ao modelo atual de produção e coeficientes de importação implicaria um agravamento da deficitária situação da balança comercial do setor. Caso se pretenda, no mínimo, manter a

situação atual da balança comercial ou melhorá-la, necessariamente deverá se acoplar à política de acesso uma de incentivo à produção interna, seja de especialidades, seja de fármacos. Assim, uma correta política de acesso deve levar em consideração um diagnóstico tanto da constituição estrutural da oferta quanto da demanda de medicamentos no país.

Segmento A

Este segmento, como já dito, pretende ter acesso rotineiro aos medicamentos necessários – sejam eles mais antigos, sejam de última geração – na farmácia mais próxima e espera pagar um preço justo pelos produtos e pela facilidade logística. No entanto, como a proporção do que ele gasta com medicamentos é relativamente pequena com relação à renda, os preços não são a questão essencial do seu acesso. Paradoxalmente, no entanto, para este segmento, o principal instrumento de ação governamental tem sido o controle de preços.

Caberia perguntar neste momento: qual é a razão por que se aplica uma política de controle de preços se o principal segmento da demanda desse mercado é insensível aos preços?

A resposta conteria certamente argumentos de caráter geral, associados a características estruturais da indústria farmacêutica – a concentração da oferta por classe terapêutica e a separação entre quem indica o medicamento (o médico, que não tem compromisso com o pagamento) e quem o paga (o paciente), resultando desses fatos um poder de mercado excessivo por parte das empresas da indústria.

Embora os argumentos possam ser verdadeiros, o instrumento de controle é inadequado. Para entender a questão, deve-se recuperar a diferença conceitual entre ‘nível de preço’ e ‘variação de preço’. Quando o medicamento é lançado, o seu nível de preço é baseado no diferencial terapêutico que o medicamento tem com relação aos já existentes, ou seja: em princípio, quanto maior o diferencial, maior o nível de preço. Medicamentos com molécula e ação terapêutica novas terão preços com níveis mais elevados do que outros com inovações menores. No entanto, não necessariamente terão os reajustes maiores de preços, pois como já têm níveis mais altos, e conseqüentemente *mark ups*¹ maiores, podem se submeter a menores aumentos de preços em processos inflacionários, a curto e médio prazos.

Como exemplo dessa possibilidade, em trabalho anterior realizado pelo autor (Frenkel, 2001) com uma amostra de 43 laboratórios, as informações indicavam que o reajuste de preços no período analisado tinha sido maior entre os produtos com níveis de preços mais baixos do que entre os produtos com níveis de preços mais altos, e pertencentes aos grandes laboratórios.

Dessa forma, deve-se ter clareza de que o fato de controlar o aumento de preços não significa diminuir o nível de preços dos medicamentos, mas somente os seus aumentos. Os preços dos medicamentos continuarão elevados em termos relativos, a não ser que o período de controle seja relativamente longo com relação à taxa de inflação, provocando assim uma perda substancial do valor real dos produtos controlados – fato este que não tem acontecido nos últimos anos, quando a inflação tem sido relativamente baixa e o reajuste de preços semestral ou anual, provocando, assim, somente uma pequena queda em termos reais.

O principal fator de redução do nível de preços é o aumento da oferta de produtos semelhantes – e que no caso da indústria farmacêutica, após a implantação da nova legis-

¹ Pode ser traduzido como margem de ganho ou lucro. Refere-se ao valor acrescido ao preço de custo para estabelecer o preço de venda do produto.

lação patentária, corporificou-se potencialmente na política de medicamentos genéricos. Ao se estimular a competição com produtos semelhantes – característica terapêutica garantida com testes de bioequivalência – e se permitir a substituição do receituário médico, criaram-se condições competitivas para uma redução dos níveis de preços dos produtos de referência e, secundariamente, para pressões sobre potenciais aumentos de preços.

Os outros argumentos favoráveis ao controle de preços adviriam de fatos que na realidade estariam vinculados a elementos segmentadores da demanda – o que demonstraria a necessidade de uma segmentação mais detalhada da demanda segundo a renda –, tais como o aumento de preços que afetaria fortemente as pessoas com rendas mais baixas e aqueles com renda fixa, referindo-se principalmente aos aposentados. Ao se segmentar a demanda e se criarem instrumentos de política específicos para esse conjunto de consumidores – com renda mais baixa ou fixa –, esses argumentos perderiam o sentido.

Ademais, o teste definitivo da validade de um instrumento de política governamental é o grau de eficácia que resulta da sua aplicação ante o objetivo pretendido. Se o instrumento controle de preços, de forma generalizada, fosse eficaz, certamente o aumento de preços do segmento seria menor que o do índice geral da inflação, e a demanda de medicamentos no mercado regular não teria diminuído da forma como ocorreu. Assim, tende-se a concluir que a sua reutilização no período recente explica-se mais pela ausência de outro instrumento de ação efetiva do que pela eficácia do instrumento em questão.

Cabe lembrar ainda que os consumidores do segmento A, além do seu alto nível de renda, ocupam empregos com vínculos empregatícios permanentes e geralmente têm acesso às entidades de saúde suplementar, por meio de contratos pessoa física ou da empresa onde trabalham. Para eles, a criação de novos mecanismos de acessos/benefícios ao medicamento, pela empresa ou pela saúde suplementar, lhes causaria um ganho econômico adicional.

Portanto, o segmento A é o que menos precisa de políticas específicas, apesar de poder ser favorecido indiretamente pela elaboração de instrumentos e políticas de acesso que sejam implementados para os outros segmentos.

Se, por um lado, os dados dos Quadros 2 e 3 mostram um hiato e uma carência crescente; por outro, indicam uma imensa oportunidade de novos negócios, desde que se consiga criar instrumentos de política adequados a ampliar o acesso da população aos medicamentos.

Segmento B

Neste segmento, os consumidores têm níveis de renda menores que no segmento anterior. No entanto, ou a renda é suficiente para absorver as despesas rotineiras com medicamentos ou eles complementam as suas necessidades com medicamentos genéricos. Geralmente têm vínculo empregatício permanente, o qual pode incluir a cobertura de um plano de saúde, e abastecem-se regularmente nas farmácias existentes. Incluem-se neste segmento os estratos superiores dos aposentados.

Para este segmento, o principal instrumento de política foi a implementação do medicamento genérico que, com a redução de preços em relação ao medicamento de referência

e com a possibilidade de substituição na farmácia (desde que o médico não explicita a restrição à substituição), permitiu um benefício substancial (cerca de 30% a 40% de redução das despesas).

A restrição principal com relação à política de genéricos é que estes limitam-se aos fármacos com patente expirada, ou que já eram comercializados no momento da implantação da nova legislação, o que faz com que sejam medicamentos relativamente antigos. Portanto, o acesso deste segmento aos medicamentos mais recentes, os quais são introduzidos no mercado com melhorias terapêuticas que podem ser significativas, fica circunscrito ao funcionamento normal do mercado de medicamentos. Assim, para o segmento B, e com conseqüências semelhantes para o segmento A, os instrumentos básicos de política deveriam ter o foco na melhoria ao acesso de medicamentos novos e na possibilidade de intensificar a concorrência de preços dos genéricos.

Quanto ao primeiro foco, existe um instrumento em proposição (projeto de lei n. 863/03) afetando os consumidores com vínculo empregatício regular. Tem sido denominado de Programa de Medicamento do Trabalhador (PMT) e seria um programa de medicamentos vinculados às empresas, semelhante ao Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), pelo qual as empresas poderiam deduzir o valor gasto com os medicamentos dos funcionários e seus dependentes até uma certa proporção do imposto de renda a pagar, desde que elaborado um programa de assistência farmacêutica na empresa.

Essa proposta refere-se somente à possibilidade de deduções do lucro tributável, ou seja, deduções do imposto de renda da pessoa jurídica. As fontes de financiamento deveriam ser ampliadas, ou seja, as potenciais deduções deveriam advir também de impostos estaduais e municipais, tal como o imposto sobre serviços, superpondo-se ou não aos tributos federais – ampliando assim a base das empresas que poderiam aderir ao programa, quaisquer que sejam as suas características: grandes, médias ou pequenas; industriais, agrícolas, comerciais e de serviços; e inclusive as microempresas que contribuem pelo Simples.

Poder-se-ia também, para evitar que o mecanismo favoreça os funcionários com renda mais alta, fixar proporções diferenciadas do benefício por faixas salariais, com proporções de subsídios maiores para os trabalhadores com renda mais baixa, aumentando-se o copagamento dos estratos salariais mais altos, mesmo restringindo-se os subsídios até certo nível salarial.

Como a maioria dos funcionários de uma empresa está em faixas etárias com baixo índice de utilização de medicamentos, para alcançar maior abrangência social o benefício poderia ser estendido aos familiares (ou dependentes) diretos dos funcionários, tanto ascendentes como descendentes. Cada empresa poderia fixar um nível de subsídio para a compra dos medicamentos de acordo com a sua capacidade financeira e o teto estabelecido para as deduções, lembrando que esse nível de subsídio passaria também a ser um fator diferencial competitivo quando da oferta de trabalho pela empresa. Portanto, a intensidade e a extensão do benefício seriam um fator explícito na escolha do emprego por parte do candidato. Este instrumento permitiria o acesso aos medicamentos mais recentes e que geralmente têm um nível de preços maior do que os já existentes no mercado.

Outro instrumento que também já está tramitando na forma de projeto de lei e que afetaria uma parte substancial do segmento B é a internalização pelas empresas gestoras de saúde (planos de saúde, seguradoras, autogestão etc.) da assistência farmacêutica. Esse fato repercutiria sobre as duas limitações mencionadas da política de genéricos – a limitação a produtos antigos e os níveis de preços ainda relativamente altos.

A inclusão de subsídios ao acesso aos medicamentos por parte das empresas gestoras de saúde seria realizada com a mesma metodologia dos atuais serviços médicos, por meio do cálculo atuarial da sua utilização com relação à população total pagante, sendo que o processo competitivo entre elas determinaria o nível do subsídio e o aumento das mensalidades decorrentes.

Segmento C

Neste segmento se encontra uma gama diversificada de situações por parte da população que o compõe. Uma descrição detalhada dos grupos sociais que integram este segmento exigiria uma pesquisa específica para as suas identificações e características. A título de exemplos, para se vislumbrar uma potencial tipologia, podem ser citados alguns grupos: funcionários de empresas privadas e estatais com estratos mais baixos de renda, comerciários, a maior parte dos aposentados, autônomos com rendas baixas, empregados domésticos etc.

Do ponto de vista do acesso ao medicamento no mercado regular, os grupos deste segmento têm uma inter-relação restrita e intermitente, isto é: ou não se utilizam de todos os produtos necessários à correta cobertura terapêutica da patologia, restringindo o uso de medicamentos aos mais baratos, sejam genéricos, sejam de marcas; ou utilizam somente aqueles considerados mais importantes – geralmente orientados pelo balconista da farmácia, ou mesmo por orientação médica eventual – ou ainda usam o medicamento de forma intermitente, de acordo com o ciclo dos sintomas “melhora – pára de usar; piora – volta a usar”.

A outra forma de acesso seria por meio das farmácias hospitalares/postos de saúde vinculados aos programas de assistência farmacêutica do SUS.

Cabe frisar que este segmento utiliza-se também dos medicamentos baseados nas crenças populares, geralmente ervas, o que é sabido e de farto uso entre as classes mais populares.

As ações comentadas para os segmentos A e B teriam alguma repercussão sobre os estratos mais privilegiados deste segmento, mas com poucos efeitos sobre a grande maioria. Para o segmento C, deveria haver uma ação mais intensiva do governo com relação aos níveis de preços dos medicamentos genéricos. Essa ação não poderia se circunscrever à expectativa da ação dos processos competitivos dos mercados sobre os preços dos genéricos; deveria se processar de tal forma a induzir uma redução substancial, drástica, dos preços dos genéricos e permitir um acesso geográfico tão facilitado quanto o do mercado regular. A hipótese básica que orienta a ação para este segmento é de que ele poderia pagar pelo medicamento desde que houvesse uma redução significativa dos preços.

Serão descritos a seguir os elementos básicos de um sistema que possa atingir os objetivos mencionados. Os detalhes operacionais plenos serão desenvolvidos em etapa

posterior. Para efeito de identificação neste trabalho, esse sistema será chamado de Sistema de Medicamentos Populares.

Como observação inicial quanto à estrutura de financiamento, esta poderia ser semelhante à existente atualmente no SUS quanto aos programas de assistência farmacêutica, em que o governo federal soma os seus recursos aos dos governos estaduais e municipais numa proporção fixa.

Do ponto de vista da abrangência terapêutica, criar-se-ia uma lista de medicamentos que tivesse cobertura de acordo com as prioridades fixadas pelo quadro nosológico dos grupos sociais que compõem o segmento; poder-se-ia utilizar, se for o caso, a lista atualizada da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).

Quanto à infra-estrutura de produção, de logística e de distribuição, utilizar-se-iam aquelas já existentes nos atuais agentes econômicos, ou seja, os laboratórios, os distribuidores e as farmácias regulares que queiram se inscrever no Sistema Popular. Dessa forma, aproveitar-se-ia a capacidade ociosa existente e não haveria necessidade de investimentos adicionais, o que permitiria concentrar os recursos na maximização da quantidade de medicamentos a serem comprados e distribuídos, permitindo assim atingir o maior número de pessoas/usuários possíveis.

O governo licitaria diretamente as quantidades dos laboratórios produtores, privados e estatais, e os serviços de logística dos distribuidores. Quanto à capilaridade do acesso, utilizar-se-iam farmácias credenciadas da rede de farmácias regulares; o governo credenciaria aquelas que estivessem dispostas a se sujeitar às regras vigentes no Sistema de Medicamentos Populares.

As licitações de grandes quantidades de fármacos/medicamentos permitiriam ao Sistema obter descontos substanciais sobre os níveis atuais, induzindo diretamente os laboratórios produtores ao processo de competição em preços, e se apropriar dos descontos hoje oferecidos por eles para os distribuidores e/ou para as farmácias. Os distribuidores cobrariam pelos seus serviços de logística, também licitados, os quais poderiam ser incluídos como uma margem fixa acima dos preços licitados nos laboratórios. As farmácias, por sua vez, não comprariam os medicamentos, pois estes já teriam sido pagos aos laboratórios; elas seriam meramente prestadoras de serviços, ou seja, cobrariam por dispor e fornecer o produto ao consumidor final. A farmácia cobraria uma margem prefixada como pagamento pelos serviços de atendimento ao consumidor, embutida no preço cobrado a ele. Esse mecanismo evitaria os riscos de inadimplência associados às transações comerciais com a farmácia, pois esta não compraria os medicamentos e sim receberia, como prestadora de serviços, por unidade vendida.

A farmácia solicitaria o medicamento aos distribuidores, como normalmente o faz, de acordo com as suas vendas, e os distribuidores reporiam os estoques normalmente, solicitando-os aos laboratórios, também como o fazem no mercado regular. Cabe observar que os distribuidores também seriam pagos como prestadores de serviços, não ocorrendo transações comerciais com os laboratórios licitados. Os laboratórios organizariam a sua produção de acordo com o movimento global até atingir o valor por quantidades licitadas que for estabelecido pelo governo.

Os usuários/pacientes poderiam utilizar o Sistema por meio de uma receita SUS, que conteria o nome do paciente, e de um documento de identidade, ou a própria carteira do SUS, pagando o preço estipulado pelo medicamento.

Quanto aos preços, estes dependeriam do nível que poderia ser atingido com o Sistema de Medicamentos Populares por meio das licitações diretas, do nível de subsídio que os governos tenham capacidade de financiar. O pagamento do medicamento na farmácia poderia conter vários níveis de subsídio, conforme a decisão política a ser definida e os recursos que a estrutura de financiamento permitisse. A farmácia recolheria o montante líquido predefinido para uma conta específica do programa e reporia então as unidades vendidas.

Outra grande inovação estaria na forma de gestão do processo. Todas as farmácias credenciadas teriam um computador e estariam conectadas, via Internet, a uma base de dados que conteria a lista de medicamentos, os usuários do sistema e os médicos. A venda seria registrada, e seriam capturadas as informações sobre o usuário, o médico prescritor, o medicamento, as quantidades, a farmácia e a data. Essas informações seriam transferidas para uma central e utilizadas para a gestão do programa. Algumas seriam enviadas para o distribuidor para efeito de reposição da unidade vendida, e este último enviaria o pedido para o laboratório para repor o seu estoque, também por unidade vendida. As outras informações seriam utilizadas para acompanhamento do programa, tanto nos seus aspectos terapêuticos quanto nos gerenciais.

Cabe salientar que o modelo descrito é um entre várias possibilidades de articulação dos agentes econômicos envolvidos na produção e na distribuição de medicamentos.

Entre o início deste trabalho e sua versão final, o governo federal criou um novo programa de acesso aos medicamentos, a chamada Farmácia Popular, pelo decreto n. 5.090, de 20 de maio de 2004 – o qual regulamenta a lei n. 10.858, de 13 de abril de 2004, e posteriormente seria complementado pela portaria n. 491, de 9 de março de 2006, a qual dispõe sobre a expansão do programa.

Do ponto de vista dos conceitos emitidos neste capítulo, a Farmácia Popular seria um reconhecimento por parte do governo da utilização de instrumentos diferenciados para cada segmento do mercado. Ela seria um novo instrumento para aumentar o acesso das classes C e D aos medicamentos genéricos por meio de um subsídio sobre os preços desses itens. Adicionalmente é introduzido outro mecanismo novo, já mencionado aqui, que é o co-pagamento. Deduzido o subsídio do preço de referência dos medicamentos, o comprador paga uma parte do medicamento. Portanto, a dicotomia enfrentada pelo mercado brasileiro quanto à forma de pagamento – ou pagava-se integralmente ou o medicamento era totalmente subsidiado – alterou-se estruturalmente. Agora existe uma terceira forma: uma parte é subsidiada, e o nível de subsídio pode variar de acordo com o segmento em que se quer atuar; e a outra é paga pelo comprador.

Apesar do avanço que esse mecanismo pode introduzir na ampliação de políticas de acesso, é necessário avaliar a sua forma de inserção nos mecanismos de mercado e a sua efetividade, pois pode-se incorrer facilmente no erro de subsidiar segmentos que não precisariam ser subsidiados e de não atender outros que precisariam. Uma avaliação

objetiva da forma como o mecanismo seria introduzido e de suas potenciais vantagens e desvantagens escapa dos objetivos do presente trabalho.

Segmentos D e E

Para o segmento D, continuar-se-ia basicamente com o sistema que existe atualmente, em que os princípios básicos são a gratuidade e o acesso por meio das farmácias hospitalares do SUS.

A mudança básica deveria concentrar-se na forma de gestão, a qual se configuraria de forma semelhante à descrita no segmento anterior: licitações diretamente aos laboratórios, incluindo o serviço de logística dos distribuidores, os quais reporião os medicamentos por demanda explícita dos pontos de distribuição. Esses pontos de distribuição (farmácias do SUS), por sua vez, de forma semelhante às farmácias no segmento C, estariam interligados a uma base de dados e registrariam as compras. A partir daí ter-se-iam tanto as informações terapêuticas de uso quanto as necessárias para a reposição e, portanto, a demanda por ponto de distribuição e agregada para o sistema.

Esse sistema trabalharia de forma complementar com o do segmento C; se o usuário tivesse recursos momentâneos para pagar o medicamento, ele o obteria na farmácia credenciada, senão o obteria gratuitamente na farmácia hospitalar. Cabe lembrar que, com o sistema de gestão, ambos os usos estariam registrados. Assim, a informação terapêutica do uso independeria do fato de o usuário se valer de um sistema ou de outro ou, ainda, de ambos.

POTENCIAIS TECNOLÓGICOS DOS PRINCIPAIS AGENTES ECONÔMICOS ENVOLVIDOS

O desenvolvimento tecnológico é um dos elementos primordiais do processo competitivo de longo prazo dos segmentos industriais, sendo que, para o segmento farmacêutico, esse fato se transforma no principal fator e se corporifica no lançamento contínuo de produtos novos (novas moléculas com propriedades terapêuticas diferenciadas). Esses produtos novos podem ser classificados por uma gradação decrescente do caráter inovador, que geralmente está também relacionado às dificuldades técnicas de sua obtenção: partindo da situação inovadora limite, que é a de novas moléculas com propriedades terapêuticas inéditas; passando por moléculas com estruturas básicas conhecidas e modificações marginais (suficientemente diferenciadoras para permitir a ultrapassagem das barreiras das patentes), além de propriedades terapêuticas semelhantes (são os chamados *me too's*); passando por novas propriedades terapêuticas de moléculas conhecidas ou ainda por novas formas de utilização (novas formas de apresentação) de medicamentos conhecidos.

Como já é sobejamente conhecido, a indústria farmacêutica é composta de quatro estágios tecnológicos, e cada um deles é composto por um conjunto de conhecimentos e operações específicos de pouca utilidade para os outros estágios. Embora as empresas possam operar isoladamente em algum dos estágios, para lançar o medicamento no mercado

necessariamente houve uma interação com os outros estágios, ou empresas com diferentes capacitações tecnológicas, mesmo que operando em diferentes locais ou países; ou com instituições de pesquisas, nacionais ou estrangeiras; ou ainda por meio de informações obtidas na literatura científica ou da contratação de consultores internacionais. O que significa que, apesar de a empresa não poder controlar todos os estágios tecnológicos internamente, interagindo com outras empresas ou instituições ela pode obter os produtos/informações referentes aos outros estágios, complementando as suas operações e conseguindo uma dinâmica de lançamento de produtos que a permita competir com empresas que controlam mais estágios do que ela, ou todos os estágios, como é o caso das grandes multinacionais.

Essas características se reproduzem fielmente na indústria farmacêutica brasileira. Para tanto, há três tipos básicos de empresas operantes no país: subsidiárias multinacionais, laboratórios nacionais e laboratórios oficiais.

Empresas multinacionais

As multinacionais operam com produção de especialidades e nas atividades comerciais e de *marketing*. Algumas empresas tinham plantas produtoras de farmoquímicos, mas na sua quase totalidade, durante a década de 1990, foram fechadas e sucateadas ou ainda vendidas (em alguns casos, para produtores independentes estrangeiros ou para grupos nacionais).

Na segunda metade da década de 1990, devido à existência de um sistema de incentivos fiscais, algumas subsidiárias passaram a realizar atividades de pesquisas clínicas de novos produtos no país. Mesmo nessas atividades, a interação tecnológica básica da subsidiária é com a matriz; as pesquisas em questão são solicitadas e geridas dentro de um plano global de pesquisa e desenvolvimento (P&D) determinado pela última. Assim, pode-se afirmar que a estratégia tecnológica da subsidiária é passiva, ou seja, cabe a ela um papel predefinido pela matriz em termos de divisão internacional do trabalho intrafirma. Nos últimos anos, esse papel é cada mais restrito ao quarto estágio (comercialização e *marketing*) e a especializações em linhas de produção de formas de apresentação (comprimidos, líquidos etc.). A subsidiária pode, por solicitação da matriz, participar também na gestão de atividades de pesquisas clínicas em parcerias com pesquisadores, institutos ou universidades no país.

Esta última possibilidade não deve ser desprezada do ponto de vista da sua importância científica e tecnológica, pois as diferentes fases envolvidas no desenvolvimento de novos produtos envolvem algumas atividades de caráter científico e tecnológico apurados – os quais, a curto prazo, gerariam oportunidades de empregos significativas para mestres e doutores com formação nas diferentes áreas da saúde. A longo prazo, atividades rotineiras e perenes nessas áreas consolidariam centros de estudos específicos, que controlariam a rotina operacional e os conhecimentos atualizados relacionados às fases clínicas do desenvolvimento de novos medicamentos. Tais centros especializados estariam capacitados a colaborar também para complementar as pesquisas de laboratórios nacionais e estatais, integrando internamente (no país) o ciclo das atividades necessárias ao desenvolvimento

total de novos produtos. Um fenômeno semelhante já aconteceu com as atividades especializadas relacionadas aos testes de bioequivalência exigidos para os lançamentos de medicamentos genéricos. Existem hoje vários centros, vinculados a universidades públicas, capazes de realizarem os testes necessários, com padrões de qualidade reconhecidos internacionalmente e ocasionando fontes de rendas complementares substanciais, tanto para os pesquisadores como para as instituições.

Laboratórios privados nacionais

Quanto aos laboratórios privados nacionais, geralmente operam na produção de especialidades e nas atividades comerciais e de *marketing*. Poucos também operam na produção farmacêutica, e vários já realizam atividades de P&D em conjunto com universidades no país. Tais empresas tiveram que alterar significativamente as suas estratégias comerciais em razão da nova legislação patentária e posteriormente da entrada dos genéricos.

Desde a década de 1960, esses laboratórios tinham como ação estratégica básica o lançamento de medicamentos similares aos novos medicamentos líderes lançados pelas subsidiárias no país (ou no exterior). Controlando a tecnologia de produção de especialidades, buscavam fontes alternativas de fármacos no exterior e centralizavam os seus investimentos na composição de fortes equipes de vendas que pudessem disputar quantitativa e qualitativamente as preferências dos médicos, em igualdade com os concorrentes multinacionais. Essa estratégia permitiu que vários deles crescessem significativamente, conseguindo a liderança de mercado em várias classes terapêuticas e posições entre os maiores laboratórios do país.

Com a mudança da legislação patentária, bloqueando o acesso ao lançamento de similares de novos produtos, esses laboratórios tiveram que mudar a estratégia básica, senão correriam o risco de perder parcelas significativas de mercado a médio e longo prazos, pois passariam a operar somente com produtos relativamente antigos – produtos que na data da promulgação da nova lei já estavam sendo comercializados e que, embora alguns fossem relativamente novos naquele momento, rapidamente tornar-se-iam *commodities*. Ou então produtos patenteados que somente poderiam ser comercializados após a expiração das patentes, por meio de similares ou de genéricos.

Vários laboratórios começaram a procurar alternativas estratégicas, dada a situação estrutural criada pela nova legislação. As alternativas que surgiram resumem-se basicamente a duas, com algumas variantes circunstanciais: procura de parcerias com empresas tecnológica e/ou comercialmente complementares, ou definição de linhas de pesquisas com a terceirização de atividades com maior densidade tecnológica e científica em instituições de pesquisa.

Embora as duas alternativas tenham em comum a característica de buscar externamente a complementaridade em atividades não-internalizadas, na primeira opção os investimentos em P&D já foram realizados pela empresa parceira, ou seja, os riscos do desenvolvimento foram assumidos por esta última, e o seu interesse na parceria é explorar, de imediato, a parcela de mercado que o laboratório nacional já possui e a eficácia de sua

equipe de venda, sem ter que investir adicionalmente na sua constituição. Na segunda opção, o financiamento às atividades de P&D é realizado pelo laboratório nacional com os riscos inerentes de consecução e financeiro – mesmo quando o projeto é realizado com financiamentos especiais do governo, o risco é do laboratório, pois os financiamentos têm de ser amortizados e são acrescidos de juros.

A introdução dos medicamentos genéricos não interferiu nos procedimentos descritos aqui. Na realidade, a estratégia de lançamento de genéricos foi semelhante à de medicamentos similares: escolheram-se os produtos a serem lançados, influenciados primordialmente pelas parcelas de mercado dos produtos de referência; registraram-se os produtos; realizaram-se os estudos de bioequivalência (quando necessários); localizaram-se fornecedores de matérias-primas; desenvolveram-se as formas de apresentação (quando o laboratório já não trabalhava com um similar) e os produtos foram lançados com preço inferior ao de referência, mas ainda com nível alto (cerca de 30% menor). Cabe salientar que a política de genéricos e a estratégia descrita permitiram que vários laboratórios nacionais aumentassem significativamente os respectivos faturamentos, transformando-se em laboratórios líderes em termos de parcelas de mercado (laboratórios EMS e Medley). Alguns poucos laboratórios nacionais que operam também com a produção regular de fármacos poderiam, também, participar de atividades de P&D relacionadas ao conjunto de conhecimentos associados ao desenvolvimento de processos químicos orgânicos e engenharia química.

Existe um segmento farmoquímico ativo no país, sendo a maioria das empresas nacionais existentes resultantes da política industrial adotada durante a década de 1980. Apesar das vicissitudes por que passaram com as mudanças de política implantadas na década de 1990, elas continuaram produzindo, acumularam experiência tecnológica e modificaram as suas linhas de produtos – abandonando produtos economicamente inviáveis, iniciando a produção de outros e, para corroborar a viabilidade econômica e tecnológica de seu desempenho recente, aumentando o *quantum* e o valor das exportações. Do ponto de vista tecnológico, essas empresas acumularam conhecimentos tecnológicos e se tornaram capazes de copiar/melhorar processos produtivos de uma vasta gama de fármacos. No entanto, devido à nova lei patentária, deveriam se resignar inicialmente a produtos com patentes expiradas.

Tal capacidade tecnológica acumulada, se associada à evolução ocorrida nos campos de conhecimento relacionados com a química orgânica nas melhores universidades do país, e com uma engenharia financeira apropriada dos órgãos financiadores, poderia fazer com que essas empresas entrassem na pesquisa e na produção de *me too's*. A questão crucial é que essas empresas não operam no terceiro e no quarto estágios, portanto precisariam, para a viabilidade econômica do empreendimento, de uma parceria com os laboratórios nacionais.

A possibilidade tecnológica de participar de lançamento de *me too's* abriria um novo capítulo nas oportunidades de expansão dos laboratórios nacionais, pois este é, depois do lançamento de medicamentos com moléculas e ações terapêuticas novas, o principal instrumento de competição da indústria farmacêutica em termos globais e locais.

Um exemplo das potencialidades tecnológicas acumuladas na área da produção de fármacos – e da necessidade de a empresa ter acesso tanto a este estágio quanto ao de especialidades – é o fato de que um dos laboratórios nacionais que também produz fármacos desenvolveu um *me too* para o Viagra, em parceria com uma universidade pública. Para tanto, é necessária uma análise do processo competitivo e de uma política governamental adequada.

Laboratórios estatais

Quanto aos laboratórios estatais, na sua maioria absoluta operam somente na produção de especialidades e vendem quase que exclusivamente para órgãos governamentais, não tendo assim nem capacidade nem conhecimento acumulado no estágio de comercialização/*marketing* do segmento. Como não geram excedentes financeiros, não têm graus de liberdade para elaborar estratégias próprias de desenvolvimento tecnológico, ficando dependentes das políticas governamentais dos órgãos públicos aos quais estão vinculados. Dessa forma, qualquer alteração ou incremento nas atividades tecnológicas passaria por alterações estruturais nas suas funções, objetivos e formas de financiamento.

No entanto, apesar dessas limitações, tais laboratórios podem se tornar instrumentos importantes na ampliação da demanda de fármacos e de especialidades decorrente de uma política explícita de melhoria do acesso ao medicamento, integrando políticas estaduais e municipais a uma política federal e completando as ações governamentais voltadas principalmente para os segmentos C e D.

INTER-RELAÇÃO ENTRE OS SEGMENTOS DE MERCADO E OS POSSÍVEIS DESENVOLVIMENTOS TECNOLÓGICOS

A visão básica deste capítulo consiste das seguintes idéias-chave:

- 1) É necessário centrar a política de medicamentos no objetivo de ampliação significativa do acesso ao medicamento.
- 2) Esse objetivo é politicamente necessário e viável, dada a evolução no último decênio do mercado de medicamentos, quando se constata uma diminuição significativa da demanda de medicamentos no mercado regular.
- 3) A política de acesso ampliaria significativamente o mercado brasileiro, e esse aumento serviria de objetivo básico para organizar uma política ampla para o setor, incluindo aí um conjunto de instrumentos para o desenvolvimento tecnológico acoplado à ampliação quantitativa e qualitativa desse mercado.
- 4) A ampliação e os instrumentos de ação deverão obedecer a uma lógica que leve em conta uma segmentação da demanda de medicamentos, sendo que esses instrumentos deverão ser específicos para cada um dos segmentos, de forma a serem mais eficientes e eficazes.

- 5) Segundo essas especificações, os instrumentos de política a serem criados incluiriam aqueles de caráter tecnológico. Estes acoplariam um conjunto de instrumentos de incentivos/apoios que permitiriam vincular cada segmento da demanda à capacidade tecnológica e de inovação das empresas e instituições de pesquisas localizadas no país.
- 6) Para aumentar a viabilidade política de sua implementação, mantidas as condições explicitadas pela política econômica do atual governo, os instrumentos de ação deveriam ser, na medida do possível, *market friendly*, ou seja, adaptados aos processos competitivos existentes nos diferentes mercados e segmentos, aproveitando-se ao máximo as condições operacionais existentes, de modo a otimizar os investimentos já realizados e a utilizar as capacidades produtivas/comerciais já existentes – evitando-se assim desperdícios e, rapidamente, induzindo as empresas envolvidas a se envolverem com os objetivos da política setorial. Desse modo, um aumento significativo do mercado certamente seria um forte estímulo para as empresas modificarem as suas estratégias atuais, adaptando-as às novas perspectivas, criando necessidades de novos investimentos e novas formas de atuação na busca de crescentes parcelas de mercado.

O processo de competição no segmento A e potenciais interações com o desenvolvimento tecnológico no país

No segmento A, o processo de competição é essencialmente baseado no lançamento de novos produtos, incluindo *me too's*, e na propaganda médica. Acoplar esse processo ao desenvolvimento técnico no país passa necessariamente pela capacitação tecnológica associada ao lançamento de novos produtos, o que implica, por sua vez, uma estrutura organizacional que coordene as atividades de pesquisa, uma engenharia financeira compatível com a manutenção de equipes de pesquisa internas ou terceirizadas – durante prazos relativamente longos e riscos de insucesso consideráveis – e a capacidade financeira de montar e manter grandes equipes de vendas, as quais geralmente absorvem cerca de 20% a 25% da receita líquida das empresas concorrentes no mercado de produtos éticos.

Quanto às empresas multinacionais

As empresas multinacionais concentram suas pesquisas básicas em poucos locais em que haja abundância de recursos técnicos e humanos e onde possam controlar todas as etapas do processo de desenvolvimento nos estágios I e II, respectivamente a pesquisa e o desenvolvimento de novas moléculas e o desenvolvimento até a escala industrial dos processos de produção químico-biológicos inerentes. Nos últimos anos, elas têm descentralizado atividades de P&D relacionadas às fases clínicas do desenvolvimento de novos produtos (são denominadas de pesquisas multicentro), utilizando-se de centros de pesquisas clínicas em várias partes do mundo, incluindo o Brasil. No entanto, com relação ao estágio II, pelo contrário, centralizaram a produção de fármacos em alguns poucos países,

sendo que, em nosso caso, no decurso da década de 1990, tal fato implicou o fechamento ou venda das instalações produtivas no país.

Pelo comportamento dessas empresas nos últimos dez anos, pouco se pode esperar em termos de um engajamento maior quanto a atividades de P&D no país, a não ser em pesquisas clínicas das fases II ou III ou, então, em experiências controladas sobre os efeitos dos medicamentos com pacientes sadios e pacientes com a patologia a ser tratada pela nova droga.

Uma política governamental que centralizasse seus objetivos no aumento do acesso teria pouca repercussão sobre a dimensão do mercado correspondente ao segmento A e, provavelmente, não alteraria o comportamento competitivo das subsidiárias estrangeiras nesse mercado. Elas já possuem instalações no exterior capazes de atender tanto à demanda de geração de produtos novos como também à de fármacos. Além disso, têm fortes capacidades ociosas nas suas plantas de especialidades localizadas no país.

Apesar dessas informações, segundo a Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma, 2006), entidade que congrega um conjunto de subsidiárias vinculadas a laboratórios que investem em pesquisa de primeira linha, houve um investimento no país de R\$ 112 milhões em 2002 e planejava-se investir em média R\$ 175 milhões por ano até 2006. Embora a Interfarma não tenha explicitado as atividades nas quais estão sendo feitos os investimentos, sabe-se que a maior parte refere-se a atividades de caráter clínico.

Portanto, para essas empresas, a capacidade de competição no segmento A é derivada da capacidade global de investimento e desenvolvimento de P&D de toda a empresa. Dada a dimensão e o tamanho relativo do mercado brasileiro nas atividades globais da empresa, mesmo se houvesse uma ampliação do mercado não haveria uma modificação a curto e médio prazos sobre o comportamento tecnológico da subsidiária, pois o processo competitivo permaneceria o mesmo e as vantagens relativas da geração de P&D no exterior também continuariam.

A realização e a intensificação de pesquisas clínicas no país por parte das empresas multinacionais são importantes numa visão de médio prazo, pois permitiriam criar uma rede de centros especializados, técnicos qualificados dos vários campos de conhecimento da área da saúde (biomédicos, enfermeiros, bioestatísticos, médicos etc.) operando com padrões técnico-científicos reconhecidos internacionalmente – o que permitiria internalizar e completar, no Brasil, o conjunto das atividades clínicas relacionadas à pesquisa e ao lançamento de produtos novos.

Quanto às empresas nacionais

Para o segmento A, dado que o instrumento básico de competição neste segmento é o lançamento de produtos novos, no estágio tecnológico atual os laboratórios nacionais mais dinâmicos têm adotado a estratégia de buscar parcerias no exterior para manter o ritmo de lançamentos. Do ponto de vista tecnológico, essa estratégia tem poucos efeitos sobre uma intensificação da capacidade tecnológica do laboratório. Tais efeitos resumem-se a manter um sistema de informações que acompanhe permanentemente a evolução

de novas moléculas, de suas propriedades terapêuticas e da localização de inovadores, geralmente de empresas médias (pelo padrão internacional) estrangeiras, que tenham interesse econômico em promover uma comercialização conjunta no país sem ter de realizar investimentos na criação de fortes equipes de vendas.

A outra possibilidade é aprimorar os mecanismos de financiamento existentes, adaptando-os aos riscos e prazos associados ao lançamento de produtos novos, de forma a permitir que essas empresas comecem a participar de forma autóctone do processo de competição desse segmento. Como já comentado, o principal instrumento poderia ser a ação coordenada (empresas-universidades-órgãos financiadores) para o lançamento de *me too's*, incluindo nessa ação parcerias entre laboratórios nacionais para desenvolvimento e lançamento conjunto desses produtos. Tais parcerias permitiriam um esforço financeiro menor para cada uma das empresas parceiras e, portanto, uma redução do risco individual. Como já foi dito, parcerias para lançamentos conjuntos são estratégias corriqueiras no segmento farmacêutico; é o que se chama de *co-marketing*.

Considerando-se ainda o segmento A e o processo de competição inerente, a busca de novos produtos pelos laboratórios nacionais poderia se dar com a pesquisa sistemática da nossa flora. O país já dispõe de vários grupos de pesquisas de alto nível científico nessa área, e a parceria universidade-empresa poderia trazer bons resultados a médio prazo. Novamente, nesse caso o principal instrumento indutor deveria ser uma forma de financiamento adequada, seja ao período temporal envolvido, seja aos riscos tecnológicos e comerciais inerentes.

O processo de competição no segmento B e potenciais interações com o desenvolvimento tecnológico no país

No segmento B, existe uma dicotomia institucional acentuada em termos do tipo de produtos e, conseqüentemente, dos respectivos processos de competição: os produtos novos e os genéricos. Quanto aos primeiros, já se descreveu o seu processo no item anterior. Quanto aos genéricos, o processo de competição apresenta particularidades próprias, diferenciadas, que têm de ser compreendidas para efeito dos objetivos deste capítulo.

Os produtos genéricos são cópias de produtos já existentes, com patentes expiradas ou já comercializadas quando da implementação da nova legislação patentária.³ Para efeito do processo de competição, a sua principal característica é que é comercializado sem marca própria (sem nome de fantasia).

O conceito que induziu o processo político-institucional para o lançamento dos medicamentos genéricos foi que ao se retirar a marca como identificadora do medicamento – sendo comercializado somente com o nome do fármaco correspondente e com a garantia de equivalência terapêutica – os produtos tornar-se-iam *commodities*, ou seja, indiferenciados para o consumidor (pagador), passando a competir entre si em preços. A competição em preços reduziria o seu nível; assim, com a queda de preços, a quantidade demandada aumentaria significativamente.

Os medicamentos genéricos têm aumentado de forma perene sua participação no mercado brasileiro. Em 2004, a sua participação era de 9,86% do mercado total privado, em

³ Uma descrição detalhada de produto genérico pode ser encontrada em Frenkel (2001) e Romano & Bernardo (2001).

unidades; em 2005, 11,91%; e em 2006, 14,17% (Progenéricos, *apud* IMS Health, 2006). No entanto, cabe salientar que não contribuíram para um aumento do mercado total, o que indicaria mais uma substituição de fontes de oferta, por parte dos consumidores, do que um aumento do mercado. O potencial de crescimento de mercado brasileiro certamente ainda não foi plenamente atingido, pois em países onde a política de genéricos é mais antiga e/ou o governo adota outros procedimentos para o acesso, a participação relativa é bem maior. Em 2004, nos EUA a participação era de 35% em termos unitários; no Canadá, 30%; no Reino Unido, 34%; e na Alemanha, 29% (IMS Health, 2006).

Os principais fatores que amortecem o aumento potencial da quantidade demandada são: 1) os preços dos genéricos, os quais, apesar de inferiores aos dos medicamentos de referência e de similares, ainda têm um nível relativamente alto; 2) a concorrência em preços, que não está acontecendo com a intensidade inicialmente prevista; e 3) a entrada de grandes pagadores no mercado, como os planos de saúde e as autogestões. Estes fatores devem-se à forma como os produtos genéricos são comercializados.

Com a ausência de marcas e a possibilidade de substituição garantida por lei, o poder de indução do consumo foi transferido do médico para a farmácia. Nos medicamentos com marcas, o médico, por meio da influência dos representantes e do *marketing* dos laboratórios, é o principal instrumento da difusão do consumo, decidindo o medicamento que o paciente deverá utilizar. No genérico, a farmácia escolhe que produto incluirá no seu estoque, de que laboratório irá comprar e qual oferecerá ao paciente em substituição ao medicamento de referência. Essa escolha não é necessariamente feita pela possibilidade de oferecer o menor preço para o consumidor, mas sim pela melhor margem que as farmácias obtiverem dos diferentes laboratórios que oferecem os produtos genéricos.

Portanto, não é a escolha do consumidor (e pagador) no momento da compra que regula o preço, e sim a escolha da farmácia buscando as melhores condições de margem e prazo. O consumidor escolhe o genérico entre aqueles que a farmácia tem em seu estoque para lhe oferecer. Para obter o menor preço do genérico, o consumidor teria que pesquisar preços do mesmo produto em farmácias que comercializam genéricos de laboratórios diferentes. Mesmo assim, o consumidor acaba associando o diferencial de preço à farmácia e não ao laboratório produtor. Tudo isso dificulta o processo de competição em preços entre os genéricos, pois implica gasto de tempo adicional por parte do consumidor, e este dificilmente associa o preço ao produtor, e sim à farmácia.

Existem mais alguns detalhes no processo de comercialização que dificultam o processo de competição em preços. A maioria das farmácias, principalmente as farmácias independentes, não compra diretamente os produtos dos laboratórios e sim dos distribuidores. As farmácias independentes geralmente apresentam problemas de fluxo de caixa e tentam manter níveis muito baixos de estoques. Para compensar essa estratégia, os distribuidores, no processo de competição que se estabeleceu na disputa pela demanda das farmácias, passaram a entregar os medicamentos até duas vezes por dia, assumindo para si a impossibilidade financeira da realização dos estoques mínimos que as farmácias teriam de compor, de forma a preencher as lacunas ocorridas nos estoques durante o dia e evitar

as faltas eventuais para o consumidor. Portanto, são os distribuidores que estabilizam a oferta mínima nas farmácias, passando a ter assim um forte poder de influenciar a oferta de produtos por parte delas.

Nesse contexto, o processo de competição que se instalou entre os produtos genéricos passa pelo poder de compra que o distribuidor tem e o seu grau de interferência sobre o estoque/oferta da farmácia.

O distribuidor, por sua vez, compra diretamente da indústria e barganha o maior desconto possível sobre o preço de fábrica do genérico, com o argumento de que será ele que influenciará a demanda das farmácias. Dessa forma, o processo de competição em preços previsto originalmente acontece, na realidade, entre a oferta da indústria e a demanda dos distribuidores, aumentando a margem destes últimos. Ao oferecerem os produtos para as farmácias, os distribuidores introduzem duas novas variáveis no processo competitivo: frequência das entregas e prazo de pagamento. Dadas as condições financeiras da farmácia e a política de estoques mínimos, essas condições acabam prevalecendo sobre os preços pelos quais os produtos serão ofertados para o consumidor, fazendo com que a escolha não seja necessariamente realizada pelo genérico com menor preço.

Portanto, nesse processo, a farmácia compra do distribuidor o medicamento genérico que ele oferece com as melhores condições de logística (frequência da entrega) e prazo de pagamento e que lhe permita a melhor margem de lucro.

De forma semelhante se processa o relacionamento entre os laboratórios e as grandes redes de farmácias. Estas compram diretamente dos laboratórios os seus suprimentos e se comportam como se distribuidores fossem, escolhendo entre os ofertantes aqueles que melhores condições lhes oferecem, e que não são necessariamente as que permitem o melhor preço para o consumidor.

Como se vê, o papel do consumidor (paciente) como indutor do processo de competição em preços entre os produtos genéricos é muito limitado, pois ele geralmente não tem a informação de quais/quantos produtos substitutos existem e quais são os seus respectivos preços, restringindo a sua ação à escolha entre as opções que a farmácia lhe oferece – e que nem sempre são as melhores em termos de preços existentes no mercado.

Para esse processo de competição, inicialmente com relação à questão da melhoria de acesso, seria necessária uma intensificação do processo de competição em preços por parte dos fabricantes. Para tanto, o passo mais importante seria manter as condições que favorecem o aumento da oferta, seja em termos de abrangência terapêutica, seja em termos do número de laboratórios ofertantes. Aumentando a oferta, apesar de haver um amortecimento da transferência do processo de competição para os preços praticados pelas farmácias, devido ao papel já descrito dos distribuidores, os laboratórios, em número crescente, disputariam a parcela da demanda controlada pelos distribuidores, oferecendo melhores condições comerciais de preço e prazo de pagamentos. Isso induziria a uma intensificação da competição por melhores condições oferecidas pelas farmácias aos consumidores.

Uma forma adicional para acelerar o acesso neste segmento, por meio da queda dos níveis de preços, seria a introdução de compradores institucionais de grande porte, os

quais, controlando parcelas significativas da demandam, poderiam alterar o processo de competição vigente. Ações desse tipo seriam, por exemplo, a incorporação do fornecimento de medicamentos por parte dos planos de saúde, assim como a de programas de medicamentos por parte das empresas para seus funcionários. Tais ações poderiam ocorrer com vários níveis de subsídio para o usuário e/ou funcionário, estabelecidos de acordo com os processos e estratégias de competição que se estabeleçam entre esses novos agentes.

Do ponto de vista do processo de competição, o fato novo seria a introdução dessas novas entidades pagadoras no processo de consumo de medicamentos, pois esses novos agentes, subsidiando o consumo e, portanto, pagando uma parte das despesas, teriam interesse em pagar o menos possível. Para tanto, interfeririam no processo de competição atual induzindo a competição por preços para atender às parcelas significativas da demanda representadas pelos usuários dos planos de saúde e funcionários das empresas.

Do ponto de vista de oportunidades de desenvolvimento tecnológico e de incorporação de inovações, o processo de competição descrito, baseado no aumento da oferta, tanto de abrangência terapêutica quanto de produtos já existentes, abre principalmente a possibilidade de desenvolvimento de processos produtivos relacionados com a produção dos fármacos que compõem a base dos produtos genéricos já lançados, ou que venham a ser. Atualmente, a maior parte desses fármacos são importados dos países de origem das subsidiárias operantes com genéricos e/ou de países alternativos europeus (Itália e Espanha) e asiáticos (Índia e China). Uma política de ampliação do acesso para este segmento ocasionaria um aumento das importações de fármacos a curto prazo, agravando a já deficiente balança comercial. Portanto, acoplada à nova política de acesso, deveria haver a criação de mecanismos que induzissem o desenvolvimento de processos e a produção dos fármacos importados.

Como visto nos parágrafos anteriores, para tornar mais eficaz a política de acesso, seria necessário aumentar a oferta de medicamentos genéricos. Não obstante, isso aumentaria a demanda de fármacos, o que, dada a estrutura produtiva atual, significaria um aumento imediato das importações, onerando adicionalmente a balança comercial do segmento, que já se apresenta negativa.

Para não agravar tal situação, ter-se-ia que aumentar a produção interna ou aumentar as exportações. Esta segunda condição vem se verificando, mas num ritmo demasiadamente lento, o que implicaria um esforço adicional para induzir um aumento da produção interna.

Além dessa questão, existe uma outra. Ao se induzir a produção interna, deve-se levar em consideração os preços praticados atualmente, ou seja: os laboratórios operantes com genéricos precisariam no mínimo manter os custos atuais – e para acelerar a transferência da sua demanda das importações para a oferta interna, se possível com preços cadentes. Como a maioria das alíquotas de importação aplicadas para os fármacos é zero, preços cadentes somente seriam conseguidos pelos produtores de fármacos com condições produtivas que favorecessem a produtividade (desenvolvimento de processos e economias de escala) e/ou algumas isenções de impostos (a curto prazo).

As economias de escala pretendidas somente poderiam ser conseguidas com alterações na estrutura da demanda, pois ao haver um aumento da oferta com a entrada de novos

laboratórios, a demanda de fármacos encontra-se segmentada entre eles – sendo que vários desses laboratórios se abastecem em seus países de origem, ou com fornecedores tradicionais, sobrando para os produtores nacionais, em princípio, somente uma pequena parcela da demanda potencial.

Para induzir a demanda interna, haveria necessidade de aumentar as alíquotas de importação, o que, num primeiro instante, aumentaria os custos de importação dos laboratórios. Conseqüentemente, estes exerceriam uma pressão ascendente sobre os preços dos genéricos, o que contrariaria o objetivo da política pretendida, que é o de reduzi-los. Portanto, a curto prazo seriam necessárias algumas ações compensatórias adicionais para alterar essa dinâmica perversa. Entre essas ações poderia haver uma redução de impostos – tal como o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) – na compra da produção interna de fármacos que compensasse os aumentos das alíquotas, e uma política de compras governamentais que pudesse ampliar a demanda a ponto de criar as condições de economias de escala necessárias à otimização dos processos produtivos.

A extensão da demanda interna por compras governamentais de medicamentos genéricos é na realidade uma ação que permearia todos os segmentos da demanda de medicamentos mencionados, com exceção talvez do segmento A – pois são esses os produtos em que pode haver produção alternativa aos inovadores originais, já que não estão cobertos pela nova legislação patentária. Sendo assim, o desenvolvimento de processos e a produção interna de fármacos apresentam-se como os principais objetivos de política tecnológica vislumbrados pela ampliação do mercado de produtos genéricos, associados à melhoria do acesso dos segmentos B, C e D.

Tanto o desenvolvimento dos processos como os investimentos necessários à produção e à obtenção das economias de escala necessitariam de esquemas de financiamentos compatíveis com a dimensão dos montantes necessários e dos riscos envolvidos, dados o tamanho relativo e as condições econômicas das empresas envolvidas, além do tempo necessário para que as empresas entrantes pudessem alcançar margens de lucratividade adequadas.

O exemplo do segmento B ilustra com precisão a intrincada interação que é necessária para elaborar uma política de medicamentos que associe os objetivos de melhorar o acesso com desdobramentos sobre melhorias da capacidade tecnológica do país. Isso num contexto em que a intervenção governamental seja limitada, de acordo com os novos conceitos que orientam a política econômica do país, e em respeito a seus compromissos internacionais.

Inicialmente significa entender a estrutura do processo competitivo, explicitar o objetivo a ser alcançado, verificar se o processo competitivo *per si* permite alcançar o objetivo. Caso contrário, cabe pensar que interferências adicionais são necessárias, quais são as inter-relações com o desenvolvimento tecnológico, e finalmente qual é o conjunto de ações – em âmbito fiscal, aduaneiro, institucional e de financiamentos – que permitiria induzir os agentes econômicos a atuarem na consecução dos objetivos pretendidos.

O processo de competição nos segmentos C e D e potenciais interações com o desenvolvimento tecnológico

Característica básica diferenciada é a demanda governamental. A política de acesso dos segmentos C e D tem em comum uma intervenção mais acentuada do governo e o fato de ser baseada em medicamentos genéricos.

A intervenção governamental altera e molda o processo básico de competição, envolvendo a introdução de um novo pagador no processo, o próprio governo, a logística da distribuição, a estrutura dos impostos, a gestão do uso e da reposição e até os preços finais dos produtos. Dessa forma, o processo de competição passa a ser orientado por diretrizes emanadas diretamente pela política de ampliação do acesso.

Esse processo apresenta-se dicotômico quanto ao grau de intervenção. Ele é direto e intenso quanto à escolha dos produtos que comporão a lista de medicamentos, baseados no diagnóstico do quadro nosológico e terapêutico da população dos segmentos C e D e na intervenção direta do processo de fixação de preços, seja na licitação das matérias-primas, seja na fixação dos subsídios e preços das formas de apresentação finais disponíveis aos consumidores/pacientes. No entanto, o processo de competição é aberto quanto às possibilidades de entrada, tanto na oferta de matérias-primas quanto na capilaridade geográfica da distribuição dos produtos finais (no caso do segmento C).

Cabe salientar que essa dicotomia é interessante do ponto de vista das medidas necessárias à sustentação das políticas a serem implantadas. Isto porque, ao mesmo tempo que se utilizam instrumentos aceitos como característicos da ação governamental, os quais permitem manter um direcionamento preciso das ações ante os objetivos que se pretende atingir – ampliar o acesso econômico e geográfico –, também se evitam situações politicamente desfavoráveis e de difícil sustentação no momento político atual, como a possibilidade de se criar uma reserva de mercado para empresas específicas.

Associado a essa estratégia, um novo e importante elemento indutor é incorporado à ação governamental: uma ampliação significativa do mercado de medicamentos. Esse elemento permitirá novas condições de negociação com os agentes econômicos que venham a se envolver no processo, principalmente quanto aos aspectos relacionados ao desenvolvimento tecnológico.

Como já foi salientado, potencialmente as principais atividades tecnológicas associadas aos segmentos C e D estariam relacionadas ao desenvolvimento de processos e à produção dos fármacos. A centralização das compras de matérias-primas e a dimensão do novo mercado que se abre podem ser fortes elementos indutores dessas atividades tecnológicas. Para tanto, seria necessário introduzir na licitação alguns elementos que induzissem à participação na produção interna no país e que oferecessem um contrato com prazos mais extensos e quantidades maiores.

As grandes dificuldades citadas para o caso da produção de fármacos no país são a concorrência predatória em preços do mercado internacional e a dimensão do mercado brasileiro. O modelo competitivo descrito aqui permite o controle correto sobre essas duas variáveis.

De forma complementar, mas não menos importante, estaria a criação de fontes de financiamentos adequados ao porte e ao prazo desses novos empreendimentos. Além de equipes multidisciplinares, consultores internacionais e instrumentos científicos de última geração, necessários ao desenvolvimento de processos, a produção de fármacos exige investimentos relativamente vultosos em equipamentos e plantas produtivas. Ao controlar as compras e a dimensão do mercado, o governo diminui o risco e permite a obtenção de escalas compatíveis com a otimização dos processos, aspectos estes referentes à demanda. No entanto, o aumento da oferta exige investimentos que certamente estão acima da capacidade financeira das empresas atualmente operantes no país, as quais vêm operando com dificuldades no último decênio. Assim, seria necessária a criação de linhas especiais de financiamento, envolvendo desde as atividades de P&D até o capital de giro suficiente para produzir grandes quantidades de fármacos.

Cabe acentuar também que um fortalecimento da capacitação tecnológica no desenvolvimento e na produção de fármacos, por meio da política de ampliação de acesso aos segmentos C e D, fortalece a possibilidade de competição das empresas na geração de produtos *me too's*, elemento importante do processo de competição para os segmentos A e B, inclusive na pesquisa e no lançamento de produtos novos.

Acredita-se que as ações governamentais, visando ampliar o acesso aos segmentos C e D, têm – como poucas vezes se viu – um potencial de criação de condições políticas e econômicas para a indução da ampliação das atividades tecnológicas e produtivas relacionadas ao desenvolvimento e à produção de fármacos no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA DE PESQUISA (INTERFARMA). Disponível em: <www.interfarma.org.br>. Acesso em: 2006.
- FRENKEL, J. O mercado farmacêutico brasileiro: a sua evolução recente, mercados e preços. In: NEGRI, B. & DI GIOVANNI, G. (Orgs.) *Brasil, Radiografia da Saúde*. Campinas: Unicamp, 2001.
- FRENKEL, J. Cadeias em que predomina o comércio intrafirma: farmacêutica. In: MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO, INDÚSTRIA E COMÉRCIO EXTERIOR (Org.). *Estudo da Competitividade das Cadeias Integradas no Brasil: impactos da zona de livre comércio*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, 2002.
- FRENKEL, J. Consecuencias de las políticas liberales sobre el mercado farmacéutico brasileño y posibilidades de cambio. In: GUSMAN, A. & VINIEGRA, G. (Orgs.) *Industria Farmacéutica y Propiedad Intelectual: los países en desarrollo*. Cidade do México: Miguel Angel Porrúa, 2005.
- INTERCONTINENTAL MARKETING SERVICES (IMS HEALTH). Pharmaceutical Market Brazil (PMB) 2006. Disponível em: <www.imshealth.com.br>. Acesso em: 2006.
- KOTLER, P. *Marketing: edição compacta*. São Paulo: Atlas, 1985.

NEGRI, B. & DI GIOVANNI, G. *Brasil, Radiografia da Saúde*. Campinas: Unicamp, 2001.

ROMANO, R. & BERNARDO, P. J. B. Padrões de regulação de preços do mercado de medicamentos. In: NEGRI, B. & DI GIOVANNI, G. *Brasil, Radiografia da Saúde*. Campinas: Unicamp, 2001.