



Banco Regional de Desenvolvimento do Extremo Sul

Diretoria de Planejamento
Superintendência de Planejamento

**PROGRAMA DE APOIO AO FORTALECIMENTO DAS
INDÚSTRIAS DE BENS E INSUMOS DE SAÚDE
– PROSAÚDE –**

PS2004-01 IND BENS SAÚDE

MAIO / 2004



BANCO REGIONAL DE DESENVOLVIMENTO DO EXTREMO SUL – BRDE

- Diretor-Presidente ➤ Casildo João Maldaner
- Vice-Presidente e Diretor de Acompanhamento e Recuperação de Créditos ➤ Lélío Miguel Antunes de Souza
- Diretor de Planejamento ➤ Germano Mostardeiro Bonow
- Diretor Financeiro ➤ Geovah José de Freitas Amarante
- Diretor de Operações ➤ Carlos Frederico Marés de Souza Filho
- Diretor Administrativo ➤ Amadeu Luiz de Mio Geara

- Superintendente de Planejamento ➤ Luiz Antônio Marques Concli

Elaboração:

André Gustavo de Miranda Pineli Alves – Economista

Apoio Técnico:

Marinon Porto – Consultor Externo

1. A INEFICÁCIA DAS POLÍTICAS INDUSTRIAIS HORIZONTAIS COMO INSTRUMENTO DE FORTALECIMENTO DAS INDÚSTRIAS DE BENS E INSUMOS DE SAÚDE

Ao longo dos anos 1990, o Brasil passou por uma série de reformas que visaram adequar as instituições e as leis do País aos requisitos de uma moderna economia de mercado, tendo como objetivo último criar as condições para um crescimento econômico equilibrado e sustentável a longo prazo.

Depois de quatro décadas de supremacia, a política econômica de corte desenvolvimentista, baseada na forte intervenção do Estado no domínio econômico, foi posta em xeque no início da década de 1990, devido à estagnação da economia brasileira no decênio anterior. A indústria nacional encontrava-se defasada tecnologicamente e o Estado havia perdido a capacidade de estimular o setor privado em virtude do crescimento explosivo da dívida pública.

Tendo como tarefa premente o combate à inflação, o governo empossado em 1990 optou, entre as alternativas de política disponíveis, pela liberalização da economia e pela conseqüente redução da intervenção do Estado na esfera econômica. Entre as medidas postas em vigor estão a abertura comercial, com a revogação das proibições de importação de uma série de bens e o rebaixamento generalizado de alíquotas, e a privatização de empresas estatais. Ao mesmo tempo, a forma de interação do Estado com os demais agentes econômicos foi reformulada, com o abandono progressivo dos papéis de empresário e de indutor da economia e a assunção do papel de regulador e mantenedor de um ambiente macroeconômico favorável à proliferação dos negócios privados.

As políticas industriais focalizadas, amplamente utilizadas entre as décadas de 1950 e 1980, principalmente no bojo da execução do Plano de Metas (1956-1961) e do II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979), e que se valeram de uma grande gama de incentivos fiscais, cambiais e creditícios ao setor privado deixaram, nos anos 1990, de compor o conjunto de

instrumentos de política econômica utilizados pelo Estado para a realização de seus objetivos. Ao invés de políticas setoriais, foram priorizadas as chamadas políticas industriais horizontais, que supostamente beneficiariam todos os setores da atividade econômica indistintamente. Desta forma, a evolução da estrutura produtiva do País deixaria de sofrer as arbitrariedades impostas pelo Estado e passaria a ser comandada primordialmente pelos sinais emanados do mercado.

Como política industrial horizontal entende-se a adoção de medidas que conferem tratamento igualitário aos diversos segmentos da atividade econômica no que se refere, por exemplo, às alíquotas de importação de insumos e bens finais, à tributação e ao acesso aos instrumentos de crédito. Sob esta visão, as intervenções do Estado na esfera econômica não devem discriminar setores da atividade, sendo pautada, preferencialmente, por ações que elevem de forma generalizada a produtividade, como os investimentos em infra-estrutura e educação, e que produzam os incentivos corretos para o funcionamento eficiente dos mercados, como a proteção dos direitos de propriedade.

A defesa das políticas industriais horizontais, em contraponto às políticas setoriais, é normalmente feita aludindo-se à teoria econômica tradicional, que demonstra que os mercados são eficientes na alocação dos recursos. Através de um único mecanismo – o ajustamento dos preços relativos – os mercados sinalizam as condições de escassez e abundância, permitindo aos agentes econômicos ajustarem suas estratégias de modo a tornar máximo o seu grau de satisfação. Da interação entre produtores, que buscam alcançar o maior lucro possível, e consumidores, que buscam obter a maior satisfação possível do usufruto de sua renda, estabelecem-se, em todos os mercados, os preços e quantidades de equilíbrio entre a oferta e a demanda.

Entre as hipóteses subjacentes à noção de que os mercados se equilibram estão: a) a de que as empresas minimizam seus custos, o que lhes permite maximizar seus lucros; b) a de que os mercados são concorrenciais, ou seja, não existem monopólios ou oligopólios capazes de arbitrar preços; c) a de que todos os agentes econômicos possuem acesso similar a todas as informações relevantes para a sua tomada de decisão; d) a de que os

consumidores são sensíveis a preços, ou seja, que elevações no preço de um bem diminuem a disposição dos indivíduos em consumi-lo e; e) a de que toda e qualquer tecnologia encontra-se disponível para compra por parte das empresas interessadas.

A política econômica adotada no Brasil e em outras partes do mundo nos anos 1990 assumiu como um dado da realidade que todos os mercados funcionavam de forma muito próxima à descrita acima. Portanto, não existiriam setores sujeitos a receber tratamento diferenciado por parte do Estado pois a melhor medida de política econômica seria deixar os mercados funcionarem livremente. Desta forma, a abertura comercial ocorrida na primeira metade dos anos 1990 atingiu todos os setores de maneira praticamente indiscriminada. Do mesmo modo, os controles de preços que vigoravam no final dos anos 1980 foram progressivamente abandonados, com a supressão praticamente total destas intervenções em meados da década de 1990.

Passados quase quinze anos desde o início desse processo de mudança de modelo econômico, verifica-se que os setores da economia brasileira que lograram obter os melhores resultados em termos internacionais foram, em grande medida, os mesmos que já detinham algum grau de vantagens comparativas, como os de papel e celulose, siderúrgico e *commodities* agrícolas. Isso demonstra em grande medida que a principal virtude do intercâmbio comercial sem grandes entraves é o de potencializar as vantagens comparativas detidas pelo país no momento em que se inicia a exposição à competição internacional. Contudo, não se pode dizer que tais setores são os únicos capazes de se beneficiar de uma liberalização comercial. Sem dúvida, vários outros segmentos da economia brasileira apresentaram ganhos expressivos de produtividade ao longo dos anos 1990, apesar de não serem setores nos quais o País possuísse, de início, alguma vantagem comparativa. Nestes setores, a defasagem tecnológica foi, em grande medida, revertida – como ocorreu, por exemplo, na indústria automobilística – as plantas industriais foram racionalizadas, por meio da adoção de técnicas produtivas e gerenciais modernas, e a especulação com estoques sucumbiu diante da possibilidade de concorrência com produtos importados.

A magnitude e extensão dos efeitos das políticas adotadas nos anos 1990 sobre os diferentes segmentos da economia brasileira parecem possuir um acentuado vínculo com as características microeconômicas dos mercados afetados. Como seria de se supor, no caso dos produtos cujos mercados mostram-se competitivos a nível internacional, a abertura comercial mostrou-se bastante salutar, pois proporcionou um maior acesso a bens de capital importados que acabaram permitindo aumentos na produtividade e na competitividade da produção nacional. Este foi justamente o caso das *commodities* agrícolas e dos produtos siderúrgicos.

Em outros setores, entretanto, a abertura comercial teve como resultado mais evidente a desindustrialização, com várias etapas do processo produtivo deixando de ser realizadas no País. Este foi o caso da indústria farmacêutica – indústria na qual as hipóteses subjacentes aos modelos da teoria microeconômica tradicional não prevalecem. Nesse setor, o comportamento da oferta e da demanda, assim como a direção e a magnitude das correntes de comércio são pouco afetados pelos preços relativos. A competição no mercado de bens é enfraquecida pela proteção dos direitos de propriedade intelectual e pela confidencialidade das técnicas de produção empregadas. A demanda é muito pouco sensível às variações nos preços em virtude do grau de essencialidade dos produtos. As empresas multinacionais que operam nesse setor não possuem como foco de suas estratégias a minimização de custos ao nível das plantas produtivas, mas sim a maximização de lucros ao nível da organização como um todo. Por isso, nesse setor predomina o comércio de insumos intra-firma, entre matriz e filial, mesmo quando existem, no país, insumos mais baratos ofertados por produtores locais.

Uma vez libertados das amarras que impediam o seu livre funcionamento, os mercados de insumos de saúde passaram a apresentar déficits comerciais crescentes. Conforme estudo elaborado por Gadelha (2002), o déficit comercial do complexo industrial da saúde – complexo este formado pelos segmentos de equipamentos médicos, órteses e próteses, materiais de consumo hospitalar, vacinas, reagentes para diagnóstico, hemoderivados, medicamentos e fármacos – evoluiu de um patamar de US\$ 750 milhões, no final dos anos 1980, para cerca de US\$ 3,5 bilhões em 2001.

Uma parte significativa dessa deterioração no saldo da balança comercial setorial, apresentada na Tabela 1, pode ser explicada pelas características econômicas dos mercados relacionados à saúde.

**Tabela 1: Déficit Comercial do Complexo Industrial da Saúde - 1997/2001
(Em US\$ milhão FOB)**

Produtos	1997	1998	1999	2000	2001
Equipamentos Não-Eletrônicos	13	12	11	11	11
Equipamentos Eletrônicos	669	710	492	489	657
Próteses e Órteses	48	50	44	56	53
Material de Consumo	137	152	154	157	149
Vacinas	74	68	125	120	121
Reagentes para Diagnóstico	124	129	140	128	126
Hemoderivados	71	92	138	149	199
Medicamentos	673	784	930	848	860
Fármacos	947	1.251	1.245	1.145	1.249
Outros Produtos	12	13	13	27	38
TOTAL	2.768	3.261	3.292	3.130	3.463

Fonte: Gadelha (2002).

A relativa estabilidade do déficit comercial do País nesses setores mesmo depois da maxidesvalorização do real ocorrida em janeiro de 1999 é uma demonstração contundente de que o funcionamento desses mercados não é trivial. Na realidade, a perda de competitividade da produção nacional tem revelado um caráter estrutural, algo que a simples alteração nos preços relativos não é capaz de contornar. A história recente tem demonstrado que no caso desses setores, que têm como característica marcante o fato de serem altamente intensivos em conhecimentos científicos e tecnológicos, existe um alto grau de irreversibilidade nas trajetórias percorridas pelos países e por suas empresas, o que significa que os espaços perdidos pelas firmas instaladas no País dificilmente serão recuperados sem a introdução de mecanismos que alterem os incentivos produzidos naturalmente pelo mercado.

1.1. O PERFIL DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

No caso da cadeia produtiva de medicamentos – responsável por 61% do déficit comercial do complexo industrial da saúde em 2001 – assistiu-se, ao longo dos anos 1990, a uma profunda reorientação das estratégias das empresas instaladas no País por conta da combinação das características econômicas desse segmento com os incentivos gerados pelas políticas macroeconômicas adotadas pelo Governo Federal. Além disso, a indústria local sofreu o impacto da reconfiguração da indústria farmacêutica a nível mundial, que teve como principal elemento a redistribuição internacional das atividades produtivas em decorrência dos processos de fusão e aquisição ocorridos a partir da segunda metade da década de 1980.

Existem cerca de 500 empresas operando no mercado farmacêutico brasileiro, das quais 74 são de capital estrangeiro. Contudo, a participação das empresas de capital nacional no faturamento da indústria é inferior a 20%. Entre as 10 maiores empresas do setor, de acordo com o critério de receita bruta, apenas uma é de capital nacional.

Uma característica comum às grandes multinacionais do setor é a atuação em todos os estágios da cadeia produtiva de medicamentos. Conforme a estratégia competitiva de cada firma, os distintos estágios produtivos são distribuídos entre as plantas industriais localizadas nos diversos países em que atua. De um modo geral, as etapas que apresentam maior conteúdo tecnológico – quais sejam, a de pesquisa e desenvolvimento (P&D) e a de produção de fármacos (princípios ativos) – são reduto exclusivo das matrizes, enquanto as etapas subseqüentes – a fabricação de medicamentos e as atividades de *marketing* e comercialização – são exercidas também pelas subsidiárias.

O mercado farmacêutico pode ser dividido, por motivos analíticos, em dois segmentos: o mercado de produtos de ponta e o mercado de produtos tradicionais.

No primeiro caso, a competição no mercado de produtos é restringida, em parte significativa dos países, pela proteção dos direitos de propriedade

intelectual. Por isso, a introdução de produtos mais eficazes do que os ofertados pela concorrência é a estratégia competitiva predominante nesse mercado pois a inexistência de bens substitutos permite a obtenção de elevadas margens de lucro.

No caso dos produtos tradicionais, cujas rotas de síntese química são difundidas, existe a possibilidade de surgimento de produtos substitutos. Neste caso, as margens de lucro devem ser inferiores àquelas aplicadas sobre os produtos inovadores pois a competição se dá principalmente via preços. Contudo, observa-se, mesmo neste segmento de mercado, a prática de margens de lucro bastante elevadas por parte de empresas multinacionais que, a despeito da existência de competidores potenciais, conseguem criar diferenciais artificiais para seus produtos por meio de técnicas de *marketing*.

Os lucros das grandes multinacionais do setor farmacêutico provêm de duas fontes principais: da introdução de medicamentos inovadores e da venda de fármacos da matriz para as subsidiárias. As altas margens proporcionadas pelos medicamentos inovadores permitem às empresas recuperar os recursos expressivos empregados na pesquisa e desenvolvimento de novas drogas, custos estes estimados atualmente em cerca de US\$ 500 milhões por princípio ativo. Por sua vez, a reserva de mercado imposta às subsidiárias das empresas multinacionais por suas matrizes no que tange à compra de fármacos constitui a principal fonte de lucros dessas empresas no mercado de produtos tradicionais. Este monopólio é usado, inclusive, para remeter lucros disfarçadamente para a matriz por meio da compra de fármacos a preços superfaturados. Portanto, a busca de fornecedores alternativos de fármacos não faz parte das estratégias elaboradas pelas grandes empresas farmacêuticas para suas subsidiárias. De fato, conforme estudo elaborado por Magalhães *et alli* (2003), 62% das importações de fármacos realizadas pelo País referem-se a transações efetuadas entre matrizes e subsidiárias de empresas farmacêuticas transnacionais.

As empresas de capital nacional que atuam no mercado farmacêutico são pouco verticalizadas. São raras aquelas que realizam atividades de P&D ou que produzem fármacos. A absoluta maioria das firmas nacionais produz apenas medicamentos prontos, além realizar as atividades de *marketing* e

comercialização. Os fármacos utilizados por essas empresas em seus processos produtivos são importados ou adquiridos de algum dos cerca de 90 fabricantes instalados no País.

As empresas nacionais, tanto as produtoras de medicamentos quanto as fabricantes de fármacos, apresentam porte bastante reduzido quando comparadas às grandes multinacionais do setor, o que lhes restringe a capacidade de competir no mercado de produtos inovadores. Conseqüentemente, as estratégias dessas empresas se voltam aos mercados de produtos com patente expirada, por meio da produção e comercialização de medicamentos genéricos ou similares. Outro nicho de mercado explorado pelas empresas nacionais é o de fitoterápicos. Dadas as evidentes vantagens comparativas detidas pelo País em decorrência de sua enorme biodiversidade, este segmento mostra-se promissor para as empresas nacionais pois os gastos com P&D são muito menores do que aqueles envolvidos no mercado de produtos sintéticos.

A abertura comercial, a liberalização dos preços e a nova legislação patentária, implantada em 1997, surtiram efeitos contraditórios sobre o mercado farmacêutico brasileiro. Por um lado, observou-se um forte crescimento nas inversões de capital dos grandes laboratórios multinacionais; por outro, houve um enorme crescimento nas importações de fármacos e de medicamentos prontos.

Embora a abertura comercial tenha facilitado o acesso da população aos medicamentos, esta medida mostrou-se ineficaz para aumentar a competição no mercado e, conseqüentemente, inibir as majorações de preços. De fato, os preços dos medicamentos subiram mais do que os índices de inflação na década passada, ao mesmo tempo em que houve uma queda no número de unidades de medicamentos consumidas.

O oligopólio que domina o mercado farmacêutico mundial se reproduz, de forma quase perfeita, no mercado brasileiro. As grandes importadoras são, ao mesmo tempo, as empresas que detêm a maior capacidade instalada no País. Logo, o principal efeito de um aumento nas importações é a diminuição da produção local, ao invés de um aumento da competição no mercado.

Os incentivos gerados pela abertura comercial fizeram com que os medicamentos importados, que no início dos anos 1990 ocupavam apenas 4% do mercado farmacêutico nacional, passassem a representar 18% da receita bruta do setor no final da década.

Da mesma forma, houve um forte deslocamento da demanda de fármacos em direção ao exterior. Quase todas as multinacionais que produziam fármacos no País desativaram suas plantas e tornaram-se importadoras das respectivas matrizes. Com isso, a produção nacional decresceu de um patamar de cerca de US\$ 600 milhões no final dos anos 1980 para menos de US\$ 400 milhões em 2002. As importações, que naquela época atendiam 40% da demanda das empresas farmacêuticas instaladas no País, passaram, uma década depois, a ser responsáveis por mais de 80% do suprimento desse mercado.

Ao contrário do prescrito pela teoria microeconômica, a modificação nos preços relativos causada pela maxidesvalorização cambial de janeiro de 1999 não surtiu efeito significativo sobre os fluxos comerciais internacionais da cadeia farmacêutica. Tanto as importações quanto as exportações de fármacos e medicamentos nos anos posteriores à desvalorização sofreram pequenas variações em relação aos valores verificados nos anos anteriores.

Chama a atenção o fato de que a absoluta maioria dos fármacos e medicamentos importados pelo Brasil se encaixa na categoria de produtos tradicionais. De acordo com o estudo de Magalhães *et alli* (2003), do valor gasto pelo País em 1998 com a importação de fármacos, 83% se referiam a produtos com patente concedida há mais de vinte anos. Entre os itens que mais pesavam na pauta de importações constavam o Ácido Acetil-salicílico e a Dipirona, produtos cujos registros originais de patente datam de 1908 e 1911, respectivamente.

Muitos desses produtos tradicionais que são importados em larga escala pelo País são também produzidos internamente, tanto por empresas de capital nacional como por subsidiárias de multinacionais. A Tabela 12 (no anexo) mostra os valores gastos pelo País, entre 2000 e 2002, com a importação de uma série de fármacos que também são produzidos internamente.

Portanto, não existem grandes entraves de ordem tecnológica para a expansão da produção local, sendo necessário, apenas, uma mudança nos incentivos com os quais as empresas se defrontam no momento de decidir entre importar, produzir ou comprar de terceiros instalados no país.

1.2. O PERFIL DA INDÚSTRIA DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS, ÓRTESES E PRÓTESES E DE MATERIAL DE CONSUMO HOSPITALAR

A indústria de equipamentos médicos, órteses e próteses e materiais de consumo hospitalar, doravante chamada apenas de indústria de equipamentos médicos, caracteriza-se por uma enorme heterogeneidade tecnológica. Entre as dezenas de milhares de itens comercializados no mercado, produtos tradicionais como móveis e têxteis convivem com bens de elevado nível tecnológico, como os aparelhos de diagnóstico por imagem.

Ao contrário do que ocorre na indústria farmacêutica, na qual as grandes firmas multinacionais operam em todos os estágios da cadeia produtiva e possuem produtos voltados a várias classes terapêuticas, na indústria de equipamentos o grau de verticalização das empresas é baixo – o que significa que o comércio intra-firma não oferece grandes obstáculos à internalização da produção – e o nível de especialização produtiva é substancialmente maior. Isso permite a coexistência de grandes firmas multinacionais com uma grande gama de pequenas e médias empresas que operam em nichos específicos.

De fato, no caso brasileiro, as pequenas e médias empresas de capital nacional dominam vários segmentos dessa indústria, embora os nichos de maior complexidade tecnológica sejam ocupados exclusivamente por companhias multinacionais, principalmente por meio de importações.

O pequeno porte relativo é o principal limitador da competitividade das empresas nacionais, principalmente daquelas que fabricam produtos cujas técnicas de produção permitem obter economias de escala expressivas. De acordo com estudo divulgado pela Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos, Hospitalares e de Laboratórios

(ABIMO, 2003), das 374 empresas atuantes no setor no País, menos de 10% faturaram mais de R\$ 50 milhões em 2002.

O mau funcionamento do mercado de crédito nacional é outro entrave para o crescimento do setor. Como muitos dos produtos comercializados apresentam preço unitário elevado, a existência de linhas de crédito de longo prazo para os compradores é essencial para a manutenção da competitividade das empresas instaladas no País. Muitas vezes, as condições de financiamento possuem um peso decisivo na hora de se escolher entre um bem importado ou outro produzido no País.

A abertura comercial também surtiu efeitos contraditórios sobre a indústria de equipamentos médicos. Se por um lado facilitou as importações de insumos – o que contribuiu para aumentar a eficiência das fábricas locais – por outro, levou ao abandono de várias linhas de produtos que eram produzidos no País. No cômputo geral, as importações saltaram de US\$ 272 milhões, no final da década de 1980, para US\$ 1,2 bilhão, em 1998 (Furtado & Souza, 2001). Com isso, o coeficiente de importação¹ do setor passou de 25%, no início dos anos 1980, para 45%, em 2002.

Assim como no caso da indústria farmacêutica, o desequilíbrio na balança comercial do setor de equipamentos médicos parece possuir um caráter estrutural. Embora num primeiro momento pareça ter havido uma diminuição nas importações em decorrência da alteração nos preços relativos causada pela maxidesvalorização do real, as importações voltaram a se elevar em 2001, recobrando o patamar verificado no biênio 1997-98.

¹ O coeficiente de importação é a razão entre as importações e as vendas internas de um determinado setor econômico.

2. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE E A INDÚSTRIA DE BENS E INSUMOS DE SAÚDE

A saúde é, ao mesmo tempo, uma condição essencial para o pleno exercício da cidadania e um elemento fundamental para o desenvolvimento econômico e social de uma nação, uma vez que exerce um forte impacto sobre a produtividade dos indivíduos. A intervenção do Estado no mercado de saúde se justifica não apenas em virtude das falhas existentes neste mercado mas, principalmente, pela necessidade de se ampliar o acesso de todos os indivíduos aos bens e serviços de saúde.

A melhoria das condições de saúde da população depende fundamentalmente de seu acesso a bens e serviços de saúde, tanto os de natureza preventiva quanto os de cunho curativo. Os indivíduos podem usufruir dos bens e serviços ofertados pelo setor público ou então adquirir os bens e serviços vendidos por agentes privados. A escolha entre essas opções é condicionada, principalmente, pela renda do indivíduo, pelos preços relativos, pela qualidade dos diferentes serviços e pelo grau de acesso aos serviços prestados pelo setor público.

A Constituição Federal de 1988 reconheceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado e estabeleceu a equidade na prestação de serviços e a integralidade das ações de saúde como princípios a serem seguidos pelo sistema público de saúde. Com isso, a Constituição criou um oneroso encargo para o orçamento público, haja visto que o acesso aos bens e serviços de saúde, independentemente de seu grau de complexidade, passou a ser incondicional e gratuito.

O orçamento à disposição das autoridades de saúde é pequeno se comparado às enormes necessidades da população. Como a renda de uma parte substancial da população brasileira encontra-se abaixo da linha de pobreza, ou pouco acima dela, o setor público acaba por acolher grande parte da demanda da população por bens e serviços de saúde. Cabe ao Ministério e às secretarias estaduais e municipais de saúde estabelecer critérios alocativos

que permitam conseguir o melhor resultado possível, em termos de condições gerais de saúde da população, a partir dos recursos escassos disponíveis para as ações públicas no setor.

Dada a forte restrição orçamentária com que se defrontam os governos, a minimização dos custos da atenção à saúde mostra-se fundamental para que o acesso ao sistema de saúde seja ampliado e a demanda reprimida, reduzida. A redução dos custos do sistema público de saúde depende de uma série de fatores, como a prevalência das ações preventivas sobre as ações curativas, o aumento da produtividade do trabalho e do capital e a redução dos preços dos insumos utilizados.

De modo análogo, reduções nos preços dos bens e serviços de saúde comercializados no mercado surtiriam impacto positivo sobre o acesso da população a esses bens, com efeitos favoráveis sobre o estado de saúde da população.

A redução dos preços dos bens e serviços de saúde pode ser estimulada pelo aumento da concorrência. A Lei 9.787/99, por exemplo, que criou o medicamento genérico, contribuiu para elevar o acesso da população aos medicamentos pois diminuiu o poder de mercado das marcas líderes. Estudo realizado por Nishijima e Biasoto Jr. (2003) mostra que ocorreram reduções significativas nos preços dos medicamentos de marca após a entrada dos genéricos nos respectivos mercados.

O Estado brasileiro gasta cerca de 3,5% do Produto Interno Bruto (PIB) em ações de saúde. Este valor ainda é bastante inferior ao verificado na maioria dos países desenvolvidos. Dentre os países que compõem o G7 (grupo dos países mais industrializados do mundo), por exemplo, os Estados Unidos são aquele onde a relação gasto público em saúde / PIB é mais baixa: 5,8%. Somando os gastos públicos e privados, estima-se que o Brasil despenda cerca de 8,3% do PIB em ações de saúde.

Tabela 2: Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde Financiadas com Recursos Próprios – Brasil – 2000/2002

Ano	Federal		Estadual		Municipal		Total	
	R\$ milhões	% PIB	R\$ milhões	% PIB	R\$ milhões	% PIB	R\$ milhões	% PIB
2000	20.351	1,85	6.313	0,57	7.347	0,67	34.012	3,09
2001	22.474	1,87	8.252	0,69	9.255	0,77	39.981	3,33
2002	24.737	1,87	10.164	0,77	11.695	0,88	46.595	3,53

Fonte: Ministério da Saúde.

**Tabela 3: Despesa em Saúde em Países Selecionados - 2000
(Em % do PIB)**

País	Público	Privado	Total
Alemanha	8,0	2,6	10,6
Argentina	4,7	3,9	8,6
Austrália	6,0	2,3	8,3
Brasil	3,4	4,9	8,3
Canadá	6,5	2,5	9,0
Chile	3,1	4,2	7,3
Colômbia	5,3	4,0	9,3
Coréia do Sul	2,6	3,3	5,9
Cuba	6,1	1,0	7,1
Espanha	5,4	2,3	7,7
Estados Unidos	5,8	7,3	13,1
França	7,2	2,3	9,5
Holanda	5,5	2,6	8,1
Israel	8,1	2,6	10,7
Itália	5,9	2,1	8,0
Japão	5,9	1,8	7,7
México	2,5	2,8	5,3
Noruega	6,5	1,1	7,6
Portugal	5,8	2,4	8,2
Reino Unido	5,9	1,4	7,3
Suécia	6,2	1,8	8,0
Suíça	6,0	4,7	10,7

Fonte: ONU.

Uma vez que tem se verificado uma tendência de elevação dos gastos em saúde, tanto em termos absolutos quanto relativos, em praticamente todos os países do mundo, em virtude das mudanças demográficas ocorridas nas últimas décadas e do desenvolvimento de novos produtos relacionados à área, deve-se atentar sobre o impacto que isso exercerá tanto sobre os orçamentos públicos quanto sobre os orçamentos das famílias.

A baixa competitividade da produção nacional em muitos segmentos do complexo industrial da saúde e o atraso tecnológico das empresas aqui instaladas certamente implicarão em pressões adicionais sobre a balança comercial advindas da expansão da oferta de serviços de saúde. Com isso, será ampliada a vulnerabilidade da política de saúde brasileira a variáveis que estão fora do controle das autoridades sanitárias, como a taxa de câmbio e o volume de reservas cambiais. Dada a expressiva dependência de importações em setores extremamente sensíveis como os de hemoderivados e imunobiológicos, um ataque especulativo à moeda brasileira pode colocar em risco programas importantes e bem-sucedidos como o Programa Nacional de Imunizações.

Haja vista a importância do setor público como provedor de bens e serviços de saúde à população, principalmente à parcela de baixa renda, e a compressão de seu orçamento por conta do crescimento dos custos dos insumos e da demanda, justifica-se a adoção de medidas de incentivo às empresas do complexo industrial da saúde desde que, numa perspectiva de longo prazo, a relação custo/benefício mostre-se favorável. Em outras palavras, isso significa que a concessão de benefícios fiscais, tributários e/ou creditícios às empresas do complexo é defensável se, passados alguns anos, a redução dos preços praticados no mercado trazer um alívio substancial aos orçamentos do setor público e das famílias.

O caso recente dos medicamentos contra HIV/AIDS, marcado pela ameaça do governo brasileiro de quebrar as patentes de remédios produzidos por grandes laboratórios multinacionais, evidencia que a existência de produtores nacionais é um poderoso instrumento para aumentar a competição e comprimir as margens de lucro das empresas farmacêuticas. De acordo com Gadelha (2002), após o início da produção nacional os preços dos medicamentos contra HIV/AIDS praticados internamente chegaram a cair 71%. Com a redução dos preços, o número de pacientes atendidos pelo programa de controle da doença saltou de 73 mil, em 1999, para 128 mil, em 2003, ao passo que os gastos do Ministério da Saúde com o programa foram reduzidos de R\$ 622 milhões para R\$ 573 milhões.

A dissociação entre os esforços de pesquisa dos grandes laboratórios multinacionais e as necessidades dos países menos desenvolvidos também justifica um tratamento diferenciado, por parte do Estado, às empresas instaladas no país que se dispuserem a realizar atividades de P&D voltadas às chamadas doenças negligenciadas, como a malária, a tuberculose, a febre amarela e a leishmaniose. Países como os Estados Unidos e o Japão utilizam deliberadamente instrumentos como crédito subsidiado, incentivos fiscais e garantia de compras a longo prazo como forma de incentivar a P&D de novas drogas voltadas a doenças que, por acometerem um número relativamente pequeno de pessoas, não despertam o interesse dos grandes laboratórios.

Embora as cláusulas dos acordos multilaterais e regionais dos quais o Brasil é signatário imponham limites à adoção de medidas de incentivo às indústrias do complexo da saúde, a margem de manobra do País foi consideravelmente ampliada a partir da articulação política que culminou na Declaração de Doha (2001), quando a concepção de que os interesses econômicos – expressos na proteção dos direitos de propriedade intelectual dos remédios anti-HIV – não podem se sobrepor às questões ligadas à saúde pública foi ratificada pela maioria absoluta dos países pertencentes à Organização Mundial do Comércio (OMC).

3. O APOIO ÀS INDÚSTRIAS DE BENS E INSUMOS DE SAÚDE COMO POLÍTICA DE DESENVOLVIMENTO DE LONGO PRAZO

O país que abdica do uso de políticas industriais focalizadas está corroborando a sua condição na divisão internacional do trabalho. Com isso, a tendência é que, a longo prazo, os recursos produtivos fluam para os setores econômicos nos quais o país possui vantagens comparativas em detrimento daqueles setores nos quais o país não se mostra competitivo no comércio internacional. Na ausência de barreiras ao comércio internacional, esse país tornar-se-á um exportador líquido dos produtos no qual se especializou e um importador líquido dos demais produtos.

Quando se observa a atual pauta de exportações do Brasil, nota-se que, passadas cinco décadas desde a elaboração do Plano de Metas (1956-1961) – programa que deu início à fase de adensamento das cadeias produtivas industriais do País – ainda é grande o peso dos produtos primários ou semi-elaborados no valor exportado. Na realidade, somente às custas de exportações crescentes de *commodities* agrícolas, minerais e siderúrgicas é que o Brasil tem conseguido obter saldos positivos na balança comercial nos últimos anos.

Apesar desses resultados revelarem que o Brasil tem explorado eficientemente as vantagens comparativas proporcionadas por seus recursos naturais, tal especialização produtiva tende a solapar o potencial de crescimento do País a longo prazo, não apenas em virtude dos limites naturais à expansão da produtividade na exploração de tais recursos mas, também, por causa das diferenças entre a elasticidade-renda da demanda por produtos industrializados e a por *commodities* agrícolas e minerais.

Enquanto a capacidade de consumo de alimentos das pessoas é limitada por fatores fisiológicos, a demanda por outros bens de consumo é potencialmente infinita, sendo limitada, na prática, apenas pelo poder de compra dos indivíduos. De modo semelhante, a descoberta de novos materiais, o desenvolvimento da nanotecnologia e a crescente preocupação da sociedade

com questões ambientais devem, a longo prazo, influir negativamente na demanda por *commodities* minerais.

A idéia de que a exploração das vantagens comparativas é a melhor estratégia a ser seguida por qualquer país em qualquer momento traz consigo uma noção de “vocação” dos povos e países que ignora completamente as inúmeras intervenções econômicas praticadas pelos governos nacionais ao longo da história. Países que hoje advogam o livre comércio abusaram, no passado, de práticas protecionistas. Do mesmo modo, países que hoje condenam as políticas setoriais as praticaram deliberadamente ao longo de seus processos de industrialização. Portanto, ao aceitar sua condição na divisão internacional do trabalho como a “ordem natural das coisas”, um país em desenvolvimento como o Brasil está não apenas ignorando as estratégias adotadas por outros países como, mais importante, está abrindo mão de usar instrumentos que podem contribuir para o aumento da competitividade do País em setores mais dinâmicos da economia mundial.

Muitos são os detratores das políticas industriais focalizadas, que argumentam que os recursos públicos normalmente associados a esses programas trariam maior retorno ao País se fossem aplicados em políticas horizontais. Sob tal enfoque, as distorções e a perda de eficiência acarretadas pelas políticas setoriais não só comprometem o crescimento a longo prazo como também redistribuem arbitrariamente a renda do país.

Contudo, uma vez abandonado o caráter essencialmente estático deste tipo de julgamento, verifica-se que muitos dos programas que seriam *a priori* rejeitados, passariam facilmente pelo crivo de uma avaliação do tipo custo/benefício. Um exemplo notável é o Programa de Modernização da Frota de Tratores Agrícolas e Implementos Associados e Colheitadeiras, mais conhecido pela sigla MODERFROTA, que, como o próprio nome diz, concede financiamento com juros subsidiados para a aquisição de máquinas e implementos agrícolas. De início duramente combatido por segmentos da sociedade contrários a políticas industriais focalizadas, verifica-se, passados quatro anos desde a sua implementação, que o programa contribuiu decisivamente para que a colheita de grãos, que estava estagnada havia vários anos, crescesse 47% entre as safras de 1999/2000 e 2002/2003. Esse grande

salto deu-se muito mais pelo aumento da produtividade da terra do que por um incremento significativo da área cultivada². As vendas internas de máquinas agrícolas, que estavam estagnadas há quase duas décadas, cresceram 72% entre 1999 e 2002. Ademais, o crescimento do mercado interno possibilitou a otimização da produção, o que fez com que várias firmas que antes importavam as máquinas agrícolas que comercializavam optassem por instalar fábricas aqui, transformando o País em plataforma de exportação de seus produtos.

Além de ser essencialmente estática, a visão de que os países devem canalizar seus recursos produtivos para aqueles setores nos quais possui vantagens comparativas ignora a inegável correlação existente entre as inovações e o desenvolvimento econômico. Os países que se especializam na produção de *commodities* têm arrefecidos os incentivos endógenos à inovação, pois a competição nesses mercados se dá principalmente via preços e não por meio da diferenciação de produtos. Países cuja estrutura produtiva volta-se para setores intensivos em tecnologia têm, ao contrário, fortes incentivos à inovação, o que faz com que o crescimento se dê não apenas por meio da ocupação dos mercados existentes como, também, pela “criação de demanda”.

Os setores de bens de saúde tais como os de fármacos e medicamentos, equipamentos médicos, implantes, vacinas e reagentes para diagnóstico caracterizam-se pela introdução constante de inovações, o que lhes confere níveis de dinamismo dificilmente encontrados em outros setores de atividade. A enorme gama de desejos e necessidades humanos não-atendidos relacionados à saúde suscita uma demanda potencial às indústrias desse complexo que constitui um forte estímulo à inovação.

Embora possa contrariar a tese de que o País deva se especializar nos setores nos quais já possui vantagens comparativas, o apoio ao fortalecimento das indústrias produtoras de bens de saúde pode revelar-se plausível tanto sob

² Obviamente, a criação do MODERFROTA não foi o único fator que contribuiu para o crescimento da agricultura brasileira no período recente. Deve-se destacar, também, as condições climáticas favoráveis e os impactos exercidos pela introdução das sementes geneticamente modificadas, pelo ciclo de valorização das *commodities* no mercado internacional e pela ampliação do acesso ao crédito propiciado pela renegociação da dívida agrícola.

uma avaliação do tipo custo/benefício quanto sob a perspectiva de seu potencial de geração de inovações. Além disso, a exemplo do que ocorreu com a indústria de máquinas agrícolas após a criação do MODERFROTA, a modernização tecnológica e o aumento das escalas de produção podem render ao País vantagens comparativas dinâmicas em alguns segmentos do complexo industrial da saúde.

Finalmente, cabe salientar que, ao apoiar o fortalecimento da indústria nacional produtora de bens de saúde, o Estado estará contribuindo não apenas para a geração de renda mas, também, de empregos altamente qualificados.

4. O PROGRAMA DE APOIO AO FORTALECIMENTO DAS INDÚSTRIAS DE BENS E INSUMOS DE SAÚDE – PROSAÚDE

O maior entrave ao fortalecimento das indústrias de bens e insumos de saúde do País é a enorme desigualdade de condições com que as empresas aqui instaladas competem com as estrangeiras tanto no mercado interno quanto no mercado externo.

O poder de compra do Estado é usado por muitos países como instrumento de incentivo às indústrias produtoras de bens de saúde. A forte atuação do Estado, em praticamente todos os países, na área da saúde – seja via regulação, provisão ou produção de serviços – lhe confere um alto poder de indução sobre as indústrias de saúde. Nos Estados Unidos, por exemplo, a legislação permite a discriminação em favor dos produtores locais nas licitações. No Brasil, ao contrário, não é comum se incluir nas concorrências públicas cláusulas de proteção às firmas do País.

Enquanto os países desenvolvidos concedem vultosos incentivos à P&D, as empresas brasileiras até recentemente não contavam com nenhum mecanismo de estímulo à inovação tecnológica. Contudo, apesar de romper com a lógica anterior ao conceder incentivos fiscais e creditícios às atividades empresariais de P&D, os fundos setoriais, instituídos em 2000, têm sido objeto de contingenciamento de recursos – no bojo da política fiscal contracionista do Governo Federal – o que reduz a sua efetividade enquanto mecanismo de incentivo.

O financiamento ao investimento, às vendas internas e às exportações configura outro obstáculo ao crescimento do complexo industrial da saúde no País. Enquanto nos países desenvolvidos a oferta de crédito é farta e as taxas de juros, baixas, no Brasil o financiamento de longo prazo é escasso, restrito basicamente às linhas de crédito oferecidas pelo BNDES, e as condições, incluindo as taxas de juros, não se mostram adequadas ao perfil do setor.

Entre os setores que compõem o complexo industrial da saúde, o de equipamentos, principalmente o segmento especializado na produção de itens de alto valor unitário, é o que mais se ressentida da falta de linhas de crédito

diferenciadas. Devido às dificuldades de acesso ao crédito por parte dos hospitais públicos e filantrópicos, os equipamentos são, muitas vezes, vendidos à vista ou financiados pelo próprio fabricante, enquanto os equipamentos produzidos no exterior são ofertados em condições mais generosas.

Vários fatores apontados neste texto justificam um tratamento diferenciado, por parte do Estado, à indústria de bens e insumos de saúde. Pode-se elencar, por exemplo, o mau funcionamento dos mercados de bens de saúde, o objetivo de reduzir a vulnerabilidade da política de saúde aos humores do mercado financeiro internacional ou, até mesmo, a possibilidade de expandir a inserção do País em um dos setores mais dinâmicos da economia mundial.

Aliada a isso, existe hoje uma janela de oportunidade para a expansão da indústria nacional dada pelo apoio estatal e pela aceitação da população aos medicamentos genéricos. Essa classe de medicamentos ocupa apenas 7% do mercado nacional, enquanto que em alguns países desenvolvidos a sua participação chega a 30%. Um programa bem-sucedido de substituição de importações nos setores de fármacos e medicamentos pode não apenas contribuir para reduzir a dependência externa do País como, também, impulsionar as exportações, uma vez alcançadas escalas de produção que permitam às empresas locais tornarem-se competitivas internacionalmente.

Possibilidades de expansão em outros segmentos do complexo industrial da saúde podem ser vislumbradas a partir dos programas executados atualmente pelo Ministério da Saúde, muitos dos quais apresentam expressiva dependência de insumos importados. Pode-se citar, como exemplo, o Programa Nacional de Imunizações (vacinas), o programa de controle de qualidade do sangue (reagentes para diagnóstico) e os serviços públicos de hemoterapia (hemoderivados). Não se pode esquecer, também, do potencial de indução sobre as empresas do complexo industrial da saúde dos investimentos públicos na rede assistencial e nos laboratórios estatais.

Feitas essas considerações, propõe-se a criação, em consonância com o *status* de prioridade dado ao complexo industrial da saúde no âmbito da Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior do Governo Federal, de um programa de financiamento que efetivamente contemple as especificidades dos setores envolvidos e que permita aumentar a capacidade competitiva das

empresas brasileiras nos mercados interno e externo de bens e insumos de saúde. As condições do programa proposto, que denominar-se-á Programa de Apoio ao Fortalecimento das Indústrias de Bens e Insumos de Saúde – PROSAÚDE – estão relacionadas a seguir³:

³ Cabe salientar que, devido à norma constitucional que proíbe a comercialização do sangue e seus componentes e derivados, somente as instituições públicas estão aptas a atuar na produção de hemoderivados.

Programa de Apoio ao Fortalecimento das Indústrias de Bens e Insumos de Saúde - PROSAÚDE

Início de Vigência:

* 1º de janeiro de 2005.

Clientes:

* Empresas brasileiras públicas e privadas produtoras de fármacos, medicamentos, soros, vacinas, hemoderivados, reagentes para diagnóstico, equipamentos e artigos médicos, odontológicos, hospitalares e de laboratórios.

Itens Financiáveis:

- 1- obras civis, instalações e outros investimentos fixos;
- 2- aquisição de equipamentos novos nacionais;
- 3- aquisição de equipamentos novos importados que não apresentem similar nacional;
- 4- aquisição de softwares nacionais;
- 5- capital de giro associado aos investimentos físicos;
- 6- gastos com a adequação aos padrões regulatórios da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e com certificação de produtos e processos;
- 7- treinamento;
- 8- calibração periódica de equipamentos nacionais e importados;
- 9- participação em feiras e exposições no exterior;
- 10- aquisição de tecnologia desenvolvida por terceiros;
- 11- pesquisa e desenvolvimento;

Taxa de Juros:

* 8,75% ao ano, incluída a remuneração da instituição financeira credenciada de 3% ao ano.

Nível de participação:

- * até 90%, para micro e pequenas empresas privadas e para empresas públicas de qualquer porte.
- * até 80%, para médias e grandes empresas privadas.

Prazo total:

- * itens 1 a 6: até 60 meses, com 24 meses de carência;
- * itens 7 a 9: até 24 meses; com 6 meses de carência;
- * itens 10 a 11: até 120 meses; com 60 meses de carência.

Garantias:

- * Negociadas entre a instituição financeira credenciada e o cliente.
- * Acesso das médias empresas não exportadoras ao FGPC.

As principais diferenças entre o PROSAÚDE e os programas tradicionais do BNDES para o setor industrial são a taxa de juros fixa em 8,75% ao ano, a inclusão de itens específicos das indústrias do complexo da saúde entre os passíveis de ser apoiados e a concessão de prazos de carência e de pagamento mais compatíveis com o prazo de maturação das atividades a ser financiadas.

Pelo fato de a taxa de juros do PROSAÚDE estar desvinculada da Taxa de Juros de Longo Prazo (TJLP) – remuneração básica exigida pelos financiamentos concedidos pelo Sistema BNDES ao setor industrial que é repassada ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) – será necessária a constituição, no orçamento da União, de uma provisão para a equalização das respectivas taxas, em montante suficiente para a cobertura do limite de crédito a ser estabelecido para o Programa.

A título de ilustração, apresenta-se a seguir uma simulação dos gastos anuais do Governo Federal com a equalização da taxa de juros do Programa, considerando as seguintes hipóteses:

- a) Os recursos alocados no PROSAÚDE seriam 100% provenientes do FAT;
- b) A TJLP foi considerada em 10,2% ao ano – valor equivalente à média das taxas em vigor entre julho de 2000 e junho de 2004 – durante todo o período de vigência do Programa;
- c) Os juros incidentes sobre o principal dos financiamentos seriam repassados semestralmente ao FAT;
- d) O valor das contratações do Programa alcançaria R\$ 1 bilhão, sendo todo este montante liberado no primeiro dia de vigência do Programa, com prazo de pagamento de 10 anos e prazo de carência de 2 anos;
- e) O pagamento de juros seria semestral;
- f) A amortização do principal seria semestral, pelo Sistema de Amortização Constante.

Conforme a Tabela 4, os gastos totais do Governo Federal com a equalização da taxa de juros do PROSAÚDE chegariam R\$ 272 milhões ao longo de dez anos. Os maiores desembolsos ocorreriam no segundo e terceiro

anos – quando alcançariam R\$ 43 milhões – decrescendo nos anos seguintes. A média anual dos gastos com a equalização seria de R\$ 27 milhões.

Tabela 4: Simulação dos Gastos do Governo Federal com a Equalização da Taxa de Juros do PROSAÚDE – R\$ Mil

Data	Amortização	Saldo Devedor	Juros		
			TJLP	5,75%	Equalização
01/01/2005	0	1.000.000	0	0	0
01/07/2005	0	1.000.000	50.045	28.508	21.537
Total 2005	0	1.000.000	50.045	28.508	21.537
01/01/2006	0	1.000.000	50.895	28.987	21.908
01/07/2006	0	1.000.000	50.045	28.508	21.537
Total 2006	0	1.000.000	100.941	57.495	43.445
01/01/2007	0	1.000.000	50.895	28.987	21.908
01/07/2007	62.500	937.500	50.045	28.508	21.537
Total 2007	62.500	937.500	100.941	57.495	43.445
01/01/2008	62.500	875.000	47.714	27.175	20.539
01/07/2008	62.500	812.500	44.037	25.084	18.953
Total 2008	125.000	812.500	91.752	52.260	39.492
01/01/2009	62.500	750.000	41.352	23.552	17.800
01/07/2009	62.500	687.500	37.534	21.381	16.153
Total 2009	125.000	687.500	78.886	44.933	33.953
01/01/2010	62.500	625.000	34.991	19.929	15.062
01/07/2010	62.500	562.500	31.278	17.817	13.461
Total 2010	125.000	562.500	66.269	37.746	28.523
01/01/2011	62.500	500.000	28.629	16.305	12.323
01/07/2011	62.500	437.500	25.023	14.254	10.769
Total 2011	125.000	437.500	53.651	30.559	23.092
01/01/2012	62.500	375.000	22.267	12.682	9.585
01/07/2012	62.500	312.500	18.873	10.750	8.123
Total 2012	125.000	312.500	41.140	23.432	17.708
01/01/2013	62.500	250.000	15.905	9.058	6.846
01/07/2013	62.500	187.500	12.511	7.127	5.384
Total 2013	125.000	187.500	28.416	16.185	12.231
01/01/2014	62.500	125.000	9.543	5.435	4.108
01/07/2014	62.500	62.500	6.256	3.563	2.692
Total 2014	125.000	62.500	15.799	8.999	6.800
01/01/2015	62.500	0	3.181	1.812	1.369
Total 2015	62.500	0	3.181	1.812	1.369
TOTAL	1.000.000	0	631.020	359.424	271.596

Confrontando a Tabela 4 com a Tabela 5, a seguir, verifica-se que a média anual da despesa projetada com a equalização da taxa de juros do PROSAÚDE representa apenas 0,9% dos gastos do Ministério da Saúde com a aquisição de medicamentos em 2002. Logo, pode-se concluir que, se a criação do PROSAÚDE permitir, por meio do aumento da eficiência produtiva e do

acirramento da concorrência, uma modesta redução nos preços relativos dos medicamentos adquiridos pelo governo – de apenas 1% – o Programa mostrar-se-á viável sob uma avaliação do tipo custo/benefício, uma vez que o custo do incentivo proposto pelo Programa será menor do que a economia efetuada pelo Governo na compra de medicamentos. Cabe destacar, contudo, que os gastos com a equalização serão, provavelmente, menores, uma vez que o exercício de simulação considerou que a totalidade dos financiamentos seria contratada com prazo de pagamento de 10 anos – prazo que, de acordo com as normas do Programa proposto, seria aplicável apenas para a pesquisa e desenvolvimento e para a aquisição de tecnologia.

Tabela 5: Gastos do Ministério da Saúde com Medicamentos – 2002 – R\$ Mil

Programas Estratégicos	997.179
AIDS	516.000
Hemoderivados	206.401
Tuberculose	12.489
Hanseníase	3.239
Diabetes	91.955
Hipertensão/Diabetes	50.900
Endemias Focais	16.594
Farmácia Popular	74.723
Farmácia Mulher	24.878
Programa de Assistência Farmacêutica Básica*	332.799
Medicamentos de alto custo	489.539
Medicamentos cobertos na atenção hospitalar	1.182.500
TOTAL	3.002.017

Fonte: Cárdenas (2002).

* De acordo com as regras do Programa, o Ministério da Saúde deve repassar anualmente R\$ 1,00 por habitante aos municípios, que devem, em contrapartida, alocar o mesmo valor no programa. O valor apresentado na Tabela inclui tanto o montante repassado pelo Ministério da Saúde quanto a contrapartida concedida pelos municípios.

Deve-se ressaltar ainda que tal comparação leva em conta apenas os gastos federais com a aquisição de medicamentos e hemoderivados. Se a esses forem adicionados os gastos governamentais com equipamentos, órteses e próteses e material de consumo hospitalar, a redução média nos preços dos bens e insumos adquiridos pelo Governo Federal necessária para tornar a relação custo/benefício do Programa menor do que a unidade será certamente bastante inferior.

ANEXO

**Tabela 6: Importações do Complexo Industrial da Saúde – 1997/2001
(Em US\$ milhão FOB)**

Produtos	1997	1998	1999	2000	2001
Equipamentos Não-Eletrônicos	15	14	12	12	11
Equipamentos Eletrônicos	721	766	542	546	713
Próteses e Órteses	66	70	70	87	83
Material de Consumo	225	240	248	259	247
Vacinas	74	69	125	120	124
Reagentes para Diagnóstico	126	131	143	131	127
Hemoderivados	72	93	139	150	201
Medicamentos	785	936	1.116	1.013	1.039
Fármacos	1.193	1.529	1.474	1.334	1.433
Outros Produtos	12	14	14	27	38
TOTAL	3.289	3.862	3.883	3.679	4.016

Fonte: Gadelha (2002).

Tabela 7: Mercado Farmacêutico – Brasil – 1997/2003

Ano	Vendas			Exportações US\$ milhão	Importações US\$ milhão	Coeficiente de Importação
	R\$ milhão	US\$ milhão	Milhões de unidades			
1997	9.210	8.537	1.854	98	768	0,09
1998	10.065	8.660	1.814	136	933	0,11
1999	11.848	6.538	1.779	171	1.110	0,17
2000	12.282	6.706	1.698	152	1.010	0,15
2001	13.428	5.685	1.640	168	1.037	0,18
2002	14.944	5.200	1.615	184	1.035	0,20
2003	16.906	5.566	1.498	202	1.025	0,18

Fonte: GRUPEMEF/FEBRAFARMA.

**Tabela 8: Mercado de Fármacos – Brasil – 1998/2003
(Em US\$ milhão)**

Ano	Produção local estimada	Exportações	Importações	Coeficiente de Importação
1998	598	278*	1.529*	0,83
1999	610	228*	1.474*	0,79
2000	551	189*	1.334*	0,79
2001	476	183*	1.433*	0,83
2002	395	178	863	0,80
2003	412	189	886	0,80

Fonte: ABIQUIF e Gadelha* (2002).

Tabela 9: Mercado de Vacinas – Brasil – 1997/2003

Ano	Mercado Público de Vacinas				Importação US\$ milhões FOB
	Milhões de doses adquiridas		R\$ milhões		
	Nacionais	Importadas	Nacionais	Importadas	
1997	119	195	33	86	74
1998	176	83	43	83	69
1999	232	75	94	124	125
2000	193	111	157	69	120
2001	n/d	n/d	n/d	n/d	124
2002	n/d	n/d	n/d	n/d	116
2003	n/d	n/d	n/d	n/d	123

Fonte: PNI e MDIC/Sistema ALICE.

Tabela 10: Mercado de Equipamentos Médicos e Hospitalares – Brasil – 1997/2002

Ano	Vendas		Exportação	Importação	Coeficiente de Importação
	R\$ milhão	US\$ milhão	US\$ milhão	US\$ milhão	
1997	2.480	2.301	160*	1.027*	0,32
1998	2.479	2.137	166*	1.090*	0,36
1999	2.931	1.610	140	892	0,38
2000	3.338	1.824	153	900	0,35
2001	3.811	1.608	157	1.066	0,42
2002	4.487	1.537	171	919	0,40

Fonte: ABIMO (2003) e Gadelha (2002).

Tabela 11: Origem das Matérias-Primas Consumidas pela Indústria Brasileira de Artigos e Equipamentos Médicos - 2002

Segmentos	Nacional	Importada
Odontologia	65,6%	34,4%
Laboratório	59,9%	40,1%
Radiologia	66,5%	33,5%
Equipamentos Médico-hospitalares	77,4%	22,6%
Implantes	53,7%	46,3%
Materiais de Consumo	75,6%	24,4%

Fonte: ABIMO (2003).

Tabela 12: Importações de Fármacos Produzidos no Brasil - 2000/2002 (Em US\$ FOB)

Produto	2000	2001	2002	2000-2002	RENAME *
Cefaclor e cefalexina monoidratados,e cefalotina sódica	11.673.146	11.868.684	10.172.529	33.714.359	sim
Zidovudina (AZT)	8.280.809	9.590.618	5.779.225	23.650.652	sim
Propilenoglicol	8.121.119	7.627.595	5.364.239	21.112.953	
Bromazepam	129.073	6.864.686	13.519.798	20.513.557	
Midazolam e seus sais	4.892.299	6.465.786	6.504.445	17.862.530	
Cetoconazol	6.191.810	5.139.484	5.820.482	17.151.776	sim
Anfotericina B e seus sais	4.032.429	5.688.493	7.396.207	17.117.129	sim
Ampicilina e seus sais	7.002.387	4.619.732	4.361.190	15.983.309	sim
Carbamazepina	1.842.005	1.782.447	10.249.638	13.874.090	sim
Clonazepam	1.675.991	2.926.631	8.229.205	12.831.827	sim
Enrofloxacin,sais de piperazina	4.926.054	2.387.705	3.281.050	10.594.809	
Sorbitol	3.116.200	3.661.339	3.191.449	9.968.988	
Norfloxacin e seu nicotinato	3.693.412	3.557.962	2.157.274	9.408.648	
Estradiol e outros ésteres,sais e derivados	2.268.168	2.973.143	4.071.486	9.312.797	
Ceftriaxon e seus sais	3.095.142	2.748.276	3.182.832	9.026.250	sim
Óxido de zinco (branco de zinco)	2.493.916	3.369.087	2.149.018	8.012.021	sim
Ácido o-acetilsalicílico	2.442.503	3.216.506	2.288.989	7.947.998	sim
Ácido cítrico	4.480.967	2.046.233	374.356	6.901.556	
Ácido tartárico	3.398.041	1.773.134	1.701.599	6.872.774	
Penicilina G benzatínica	2.341.859	2.512.877	1.697.545	6.552.281	sim
Tiabendazol	3.222.373	2.085.961	915.721	6.224.055	sim
Lamivudina	0	2.269.334	3.678.026	5.947.360	sim
Nistatina e seus sais	1.946.882	1.750.792	1.984.848	5.682.522	sim
Sulfametoxazol	1.785.163	1.412.358	2.014.417	5.211.938	sim
Espironolactona	1.406.795	1.795.386	1.951.985	5.154.166	sim
Aciclovir	3.340.169	482.864	1.297.313	5.120.346	sim
Iodatos de potássio	2.149.146	1.561.000	890.450	4.600.596	
Hidróxido de alumínio	1.946.144	1.150.027	1.156.450	4.252.621	sim
Omeprazol	775.774	1.838.512	1.523.036	4.137.322	
Carbonatos de potássio	1.116.584	1.572.874	1.246.508	3.935.966	
Carbonato de cálcio	914.448	1.465.836	1.464.850	3.845.134	
Ácido benzóico	1.935.444	1.030.462	461.084	3.426.990	sim
Peróxido de hidrogênio	609.142	861.500	1.827.222	3.297.864	sim
Ácido láctico,seus sais e ésteres	1.228.727	1.024.039	811.688	3.064.454	
Metronidazol e seus sais	889.565	995.943	989.886	2.875.394	sim
Citrato de orfenadrina	967.821	752.918	1.125.319	2.846.058	
Diclofenaco de sódio	967.308	827.014	978.392	2.772.714	
Rutosídeo (rutina) e seus derivados	813.672	878.469	1.052.997	2.745.138	
Trimetoprima	728.739	923.769	1.004.674	2.657.182	sim
Albendazol e seu sulfóxido	992.904	860.144	776.482	2.629.530	sim
Mesilato de diidroergotamina	750.096	724.725	1.020.000	2.494.821	
Heparina e seus sais	929.200	569.191	930.735	2.429.126	sim
Levodopa	898.970	754.744	629.360	2.283.074	sim
Fenobarbital e seus sais	823.903	848.363	522.457	2.194.723	sim
Piroxicam	1.217.505	287.053	669.075	2.173.633	
Metilfenidato e seus sais	71.021	85.424	1.952.989	2.109.434	
Álcool benzílico	636.382	620.286	646.259	1.902.927	
Nitrato de miconazol	624.170	551.930	692.143	1.868.243	
Desogestrel	523.500	512.911	821.438	1.857.849	
Morfina	0	554.652	1.298.689	1.853.341	sim
Mebendazol	832.476	468.589	495.651	1.796.716	sim
Diazepam	24.560	325.106	1.353.047	1.702.713	sim

Produto	2000	2001	2002	2000-2002	RENAME *
Hidróxido de magnésio	538.912	377.819	742.964	1.659.695	sim
Cloridrato de fenilefrina	627.471	796.768	173.550	1.597.789	
Iodetos de potássio	577.610	501.394	516.228	1.595.232	sim
Nimodipina	1.033.685	541.541	0	1.575.226	
Fenilefrina e seus outros sais	372.035	527.442	619.050	1.518.527	
Cloreto de amônio	306.564	363.073	720.385	1.390.022	sim
Tiratricol e seu sal sódico	217.800	504.437	592.922	1.315.159	
Penicilina G potássica	562.555	447.526	275.496	1.285.577	sim
Iodo sublimado	362.828	209.913	520.720	1.093.461	
Sulfato de magnésio	393.184	334.959	343.985	1.072.128	sim
Haloperidol	417.463	298.231	322.951	1.038.645	sim
Penicilina G procaínica	341.891	443.062	233.855	1.018.808	sim
Iodatos de cálcio	0	267.764	728.622	996.386	
Propanolol e seus sais	236.853	220.109	428.310	885.272	sim
Diclofenaco de potássio	314.043	259.576	241.313	814.932	
Cloridrato de amiodarona	200.609	202.928	361.680	765.217	
Nicarbazina	345.106	100.825	314.220	760.151	
Insulina e seus sais	4.776	13.900	713.612	732.288	sim
Amitraz	159.238	204.957	352.867	717.062	
Miristato de isopropila	212.448	280.999	212.820	706.267	
Clemastina e seus derivados,sais destes produtos	247.301	260.481	174.267	682.049	
Fembendazol	0	0	664.307	664.307	
Lidocaína e seu cloridrato	93.239	323.356	198.164	614.759	sim
Femproporex	287.660	271.875	0	559.535	
Manitol	158.859	123.122	190.170	472.151	sim
Tiosulfato de sodio	132.547	143.716	181.460	457.723	sim
Tinidazol	157.740	112.122	162.836	432.698	
Fosfato de potássio	136.633	129.374	156.083	422.090	sim
Carbocisteína	264.107	76.009	74.191	414.307	
Sulfato de zinco	38.373	71.468	219.100	328.941	
Ácido salicílico	76.496	79.728	148.895	305.119	sim
Linestrenol	126.825	69.959	91.284	288.068	
Lorazepam	100.240	123.420	52.730	276.390	
Cloridrato de mepivacaina	144.986	57.209	63.008	265.203	
Closantel	168.779	36.745	57.485	263.009	
Bromoprida	70.177	102.720	80.942	253.839	
Codeína e seus sais	23.620	97.432	120.462	241.514	sim
Diclofenaco de dietilamônio	46.183	83.328	79.026	208.537	
Azatioprina	43.869	65.961	80.429	190.259	sim
Fenitoína e seu sal sódico	80.292	45.002	63.530	188.824	sim
Cloxacolam	20.918	90.983	74.919	186.820	
Estavudina	0	0	116.097	116.097	sim
Propiltiouracil	29.205	43.939	42.343	115.487	sim
Prilocaína e seu cloridrato	160	33.465	75.136	108.761	sim
Acetato de sódio	32.048	28.857	14.725	75.630	
Ácido glutâmico	19.913	26.224	12.936	59.073	
Nitrendipina	14.690	12.230	19.553	46.473	
Iodetos de sódio	14.334	9.335	13.201	36.870	
Fempropionato de estradiol	29.900	0	0	29.900	
Quercetina	91	27.000	884	27.975	
Hidrato de cloral	7.436	3.310	15.526	26.272	sim
Cloridrato de petidina	0	0	23.326	23.326	sim
Sulfato de alumínio	2.230	3.070	10.741	16.041	

Produto	2000	2001	2002	2000-2002	RENAME *
Cloridrato de tizanidina	9.280	0	6.147	15.427	
Lactofosfato de cálcio	2.612	11.368	851	14.831	
Sufentanila e seus sais	0	344	11.200	11.544	
Econazol e seu nitrato	22	245	8.580	8.847	
Pilocarpina, seu nitrato ou cloridrato	7.250	974	191	8.415	sim
Hipocloritos de sódio	374	1.093	5.569	7.036	sim
Droperidol	119	3.150	0	3.269	
Fentanil e seus sais	0	1.835	450	2.285	sim
Iodofórmio	0	1.946	0	1.946	
Ramnose	720	1.038	64	1.822	
6-mercaptopurina	0	117	920	1.037	
Mazindol	0	558	368	926	
Cloridrato de bupivacaína	23	487	132	642	
Sulfato de lítio	310	202	122	634	
Temazepam	486	0	0	486	
Cloridrato de difenoxilato	209	0	210	419	
Diclofenaco	0	0	417	417	
Anfepramona	0	0	210	210	
Lapachol	0	66	83	149	
Cloridrato de benzetimida	87	0	0	87	
TOTAL	130.981.327	132.134.680	151.404.567	414.520.574	

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do MDIC/Sistema ALICE e da ABIQUIF.

* Princípios ativos constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), versão 2000.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIMO – Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos, Hospitalares e de Laboratórios. *Estudo setorial da indústria de equipamentos médicos e hospitalares no Brasil, 1999-2002*. 2003.

CÁRDENAS, F. E. Apresentação no seminário internacional “Os desafios para uma assistência farmacêutica integral”, Brasília, 1 out. 2002.

FURTADO, A. T.; SOUZA, J. H. “Evolução do setor de insumos e equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos no Brasil: a década de 90”. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: UNICAMP, 2001.

GADELHA, C. A. G. *Estudo de competitividade por cadeias integradas no Brasil: impactos da zona de livre comércio – cadeia: complexo da saúde*. Campinas: UNICAMP/MDIC/MCT/FINEP, 2002.

MAGALHÃES, L. C. G.; SAFATLE, L. P.; LEAL, J. C.; ÁUREA, A. P.; SILVEIRA, F. G.; TOMICH, F. A. *Evolução, tendências e características das importações e exportações de farmoquímicos e medicamentos: análise da balança de comércio exterior da indústria farmacêutica brasileira, 1990-2000*. Texto para discussão IPEA, n.973, 2003.

NISHIGIMA, M.; BIASOTO JR., G. “Os preços dos medicamentos de referência após a entrada dos medicamentos genéricos no mercado brasileiro”. In: ANPEC – Associação Nacional dos Centros de Pós-Graduação em Economia. *Anais do XXXI encontro nacional de economia*. Porto Seguro: ANPEC, 2003.