

BOLETIM MENSAL SOBRE OS SUBSÍDIOS DA UNIÃO

Desoneração dos
Medicamentos

EDIÇÃO 14
Dezembro/2019

MINISTRO DA ECONOMIA

Paulo Roberto Nunes Guedes

SECRETÁRIO ESPECIAL DE FAZENDA

Waldery Rodrigues Júnior

SECRETÁRIO DE AVALIAÇÃO, PLANEJAMENTO, ENERGIA E LOTERIA

Alexandre Manoel Angelo da Silva

SUBSECRETÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SUBSÍDIO DA UNIÃO

Nelson Leitão Paes

COORDENADOR-GERAL DE AVALIAÇÃO DE BENEFÍCIO TRIBUTÁRIO

Rodrigo Leandro Moura

EQUIPE

Ana Cristina Secchi Correia

Igor Vinícius de Souza Geracy

Marisa Socorro Dias Durães

Rafael Luis Giacomin

Boletim mensal sobre os Subsídios da União (benefícios creditícios, financeiros e tributários) que reúne, mensalmente, informações sobre diferentes políticas públicas financiadas por esses subsídios.

Informações:

Secretaria de Avaliação, Planejamento, Energia e Loteria

Tel: (61) 3412-2358/2360

Home Page: <http://www.fazenda.gov.br/orgaos/sefel>

Ministério da Economia

Esplanada dos Ministérios, bloco P, 2o andar, sala 211. 70048-902 - Brasília-DF

É permitida a reprodução total ou parcial do conteúdo deste boletim desde que mencionada a fonte.

Sumário Executivo

- (i) A desoneração dos medicamentos é um mecanismo importante para o financiamento da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, instituída com base nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, que orientam a Política Nacional de Saúde. Em 2018, foi despendido R\$ 11,8 bilhões com esse subsídio tributário, equivalente a 4% do total do gasto tributário federal, valor próximo do gasto direto da provisão pública de medicamentos via SUS, que registrou R\$ 13,9 bilhões.
- (ii) As despesas das famílias brasileiras com medicamentos representam o principal item de dispêndio com saúde, comprometendo 2,5% do rendimento médio domiciliar. Esse comprometimento é bem superior entre os 10% mais pobres, registrando 8,3%.
- (iii) O governo também é um grande comprador de medicamentos e compromete parcela significativa do seu orçamento com esses produtos. Segundo dados da ANVISA (2018), a Administração Pública Federal, Estadual e Municipal respondeu pelo faturamento de 17,4% desse mercado em 2017, apesar de a quantidade de medicamentos adquirida ter respondido por apenas 4,8% dos medicamentos comercializados.
- (iv) O déficit de acesso a medicamentos é elevado - 13,8% das pessoas que tiveram medicamentos prescritos não conseguiram acessá-los por indisponibilidade de sua oferta na rede pública ou por não terem capacidade de pagamento por esses bens na rede privada. A incidência do déficit é consideravelmente maior entre os 20% mais pobres da população (23,5%) do que entre os 20% mais ricos (5,6%).
- (v) O déficit de acesso a medicamentos também foi mensurado por um indicador de ônus financeiro excessivo das famílias – quando comprometem 20% ou mais da renda familiar na compra de medicamentos. Verificou-se que esse ônus com medicamentos afeta cerca de 6,5 milhões de pessoas e que a sua incidência é bastante desigual – 42% das pessoas nessa situação situam-se entre as 10% mais pobres da população.
- (vi) O quadro de iniquidade de acesso a medicamentos motivou a realização de simulações hipotéticas para avaliar a progressividade da política de desoneração de medicamentos e os seus efeitos sobre a situação fiscal, os indicadores sociais e o ônus financeiro excessivo das famílias com medicamentos. Esses exercícios foram elaborados a partir de uma reoneração do PIS/Cofins incidente sobre medicamentos e realocação da arrecadação para diferentes alternativas de políticas.
- (vii) O Boletim aponta para a necessidade de aprimoramento da eficiência e da equidade do atual modelo da política pública de assistência farmacêutica do Governo Federal, tanto na modalidade de provisão pública direta e gratuita, como na modalidade de financiamento público do consumo privado por meio de subsídios tributários. Torna-se necessária maior ênfase na ampliação do acesso a públicos mais vulneráveis, que sofrem mais com a falta de acesso integral a medicamentos.

1 Introdução

A desoneração dos medicamentos constitui um subsídio tributário estratégico para o financiamento da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, instituída com base nos princípios de universalidade, integralidade e equidade que orientam a Política Nacional de Saúde. Esse benefício tributário alcançou um valor estimado em R\$11,8 bilhões em 2018, equivalente a 4% do total do gasto tributário federal, próximo do atual nível de gastos diretos do Governo Federal com medicamentos (R\$ 13,9 bilhões em 2018).

É importante considerar os subsídios tributários para financiar o acesso privado a medicamentos neste cenário desafiador para o financiamento da saúde pública, caracterizado por restrições fiscais, envelhecimento da população e avanços nas fronteiras tecnológicas do setor de saúde, que pressionam o Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, há evidências de desigualdades sociais e regionais no acesso a medicamentos no país, que devem ser consideradas em uma avaliação da efetividade do modelo de financiamento da política de assistência farmacêutica praticada no país.

Nesse contexto, a proposta deste Boletim é oferecer evidências sobre a efetividade e a equidade da política de desoneração de medicamentos, tendo em vista o objetivo de universalização do acesso preconizado na política pública de assistência farmacêutica. A análise foi realizada por meio de indicadores elaborados com base na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 e por intermédio de estimativas de apropriação dos benefícios tributários elaboradas a partir da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2017-2018.

Na próxima seção, é apresentada uma breve caracterização da política de desoneração dos medicamentos. A terceira seção trata do acesso à medicamentos no país. A quarta seção abarca comparações dos gastos diretos *versus* gastos tributários com medicamentos. Por fim, são apresentadas as considerações finais.

2 Política de desoneração de medicamentos

A desoneração de medicamentos é regida pela Lei nº 10.147/2000, que previu regime especial de utilização de crédito presumido da Contribuição para os Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/Pasep) e da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), destinado às pessoas jurídicas que procedam à industrialização ou à importação de produtos determinados. Trata-se de um benefício tributário concedido às empresas, com o objetivo de reduzir os preços e ampliar o acesso da população aos medicamentos, essenciais para garantir o direito à saúde. Dessa forma, constitui um importante instrumento da Política Nacional de Assistência Farmacêutica – (PNAF)¹, que propõe conjunto amplo de ações (pesquisa, desenvolvimento, produção, seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos medicamentos e insumos) com o objetivo de garantir o acesso e o uso racional de medicamentos para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva. A concessão dos benefícios tributários é condicionada a uma sistemática estabelecida pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED (Lei 10.742/2003) –, que especifica, na esfera federal, a tributação dos medicamentos de acordo com uma classificação fiscal definida em uma lista positiva, negativa ou neutra, com o intuito de tentar garantir o repasse nos preços decorrente da redução da carga tributária sobre os medicamentos². Além disso, compete a essa Câmara o estabelecimento de critérios para a fixação e reajuste de preços de medicamentos, o que ocorre anualmente, baseada em um modelo de fixação de teto dos preços³.

¹ Instituída pela Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004.

² Vale lembrar que, na esfera estadual, os medicamentos estão sujeitos à incidência do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), com alíquotas que variam de 12% a 20% a depender do Estado.

³ Segundo Teixeira (2006), a principal vantagem desse modelo de fixação de um preço máximo é o estímulo à eficiência produtiva, de modo que o setor de farmacêuticos tem maior interesse em minimizar custos e, assim, poderem se apropriar de maiores níveis de lucro. No entanto, segundo a autora, esse modelo se baseia na estimação de custos afim

A lista positiva isenta o pagamento de PIS/PASEP e COFINS sobre o faturamento da venda de medicamentos selecionados cujas substâncias ativas constam do anexo do Decreto nº 3.803/2001, que regulamenta o regime especial de utilização de crédito presumido de que trata o art. 3º da Lei nº 10.147/2000⁴. Segundo dados da ANVISA (2018), aproximadamente 65% dos medicamentos comercializados no mercado brasileiro eram isentos desses tributos em 2017. Por sua vez, a lista negativa descreve os medicamentos que não constam da lista positiva ou que são produzidos/importados por empresas que não optem pelo regime de crédito presumido, implicando alíquota de PIS/PASEP e COFINS de 12%. Os demais medicamentos são classificados em lista neutra e a alíquota de PIS/PASEP e COFINS é de 9,25%⁵. Vale destacar o grande impacto econômico e fiscal desse modelo de tributação, tendo em vista a magnitude do mercado farmacêutico no Brasil, constituído por 214 empresas, que comercializaram aproximadamente 4,4 bilhões de caixas de medicamentos e tiveram faturamento em torno de R\$ 70 bilhões em 2017 (ANVISA, 2018).

Os incentivos tributários ao consumo de medicamentos também têm grande potencial de alcance sobre a população. Segundo dados da POF 2017-2018, apresentados na Tabela 1, os medicamentos estão presentes na cesta de consumo da grande maioria das famílias brasileiras, independentemente do nível de renda, destacando-se quando comparado entre os demais gastos em saúde. Observa-se que 80,6% do total dos domicílios incorreram em despesas com medicamentos e 26,4% dos domicílios receberam medicamentos por doação (provisão pública), a exemplo dos recebidos em postos de saúde. Por sua vez, entre os demais itens de saúde, a maior prevalência é o dispêndio em planos de saúde, presente em 26,4% dos domicílios.

Tabela 1: Domicílios que incorreram em despesas, por tipo de despesa de saúde, por quintil do rendimento domiciliar per capita dos moradores (%)

Tipo de despesa	Quintil do rendimento domiciliar per capita					Total
	1	2	3	4	5	
Medicamentos (A)	72,2	78,3	80,8	82,7	85,5	80,6
Medicamentos recebidos em postos de saúde* (B)	26,1	28,0	31,8	27,9	19,6	26,4
A + B	81,1	85,1	88,0	88,1	89,0	86,7
Plano seguro saúde	3,8	9,7	17,3	30,0	55,8	26,4
Consulta médica	8,2	12,7	16,8	19,8	23,5	17,1
Exames diversos	8,0	10,0	12,0	11,8	11,7	10,9
Material de tratamento**	5,9	8,4	9,7	11,0	15,1	10,5
Consulta e tratamento dentário	2,9	4,7	5,8	7,0	11,3	6,8
Outras	2,4	3,9	4,8	6,4	11,5	6,3

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados da POF 2017-2018 – IBGE.

(*) Medicamento obtido por doação, quando, na aquisição do produto pelo morador, não houve nenhum dispêndio em dinheiro, cheque, cartão ou bens e serviços, ou seja, o produto foi adquirido ou obtido sem nenhum custo. (**) Inclui seringa, termômetro, teste de gravidez, óculos e lentes etc.

O amplo consumo de medicamentos pela população torna o dispêndio com esse item o mais relevante na despesa total das famílias com assistência à saúde. Conforme Tabela 2, o gasto com medicamentos corresponde a 2,5% do rendimento total das famílias em 2018 e representa cerca de 40% do gasto total com saúde (6,3% do rendimento total). Ademais, a composição das despesas com saúde, segundo o quintil de

de se obter a taxa interna de retorno, os quais são suscetíveis a arranjos contábeis pelas empresas, não refletindo a real evolução de suas despesas na produção. Ademais, com o reajuste garantido, acaba-se desestimulando a minimização de custos com conseqüente repasse ao preço decorrente de investimentos desnecessários, prejudicando o consumidor. Outra desvantagem é que a Câmara pode estar sujeita a pressões de *lobby* do setor por reajustes maiores ao longo do tempo.

⁴ Os medicamentos estão sujeitos à tributação monofásica, ou seja, com incidência do PIS/PASEP e COFINS somente na indústria ou importador, sendo que, o restante da cadeia, como distribuidor e varejo, não se submete à incidência da tributação.

⁵ Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - Comunicado nº 5, de 31 de março de 2016.

renda familiar, mostra claramente a importância da despesa com medicamentos no total de despesas com saúde das famílias de menor nível de renda, enquanto que, para as famílias de maiores níveis de renda, predominam os gastos com plano de saúde.

Tabela 2: Participação das despesas de saúde no rendimento total dos domicílios, por quintil e modalidade de gasto

	1	2	3	4	5	Total
Medicamentos	5,6%	4,1%	3,6%	2,9%	1,8%	2,5%
Plano seguro saúde	0,9%	0,8%	1,2%	1,7%	2,8%	2,2%
Consulta médica	0,7%	0,6%	0,6%	0,4%	0,3%	0,4%
Consulta e tratamento dentário	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
Material de tratamento	0,5%	0,4%	0,4%	0,3%	0,2%	0,3%
Serviço de cirurgia	0,2%	0,3%	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%
Exames diversos	0,6%	0,4%	0,4%	0,3%	0,1%	0,2%
Tratamento médico e ambulatorial	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Outras	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Hospitalização	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Despesa com assistência à saúde	9,3%	7,1%	6,8%	6,4%	6,0%	6,3%
Despesa não monetária com remédios recebidos em postos de saúde	2,7%	1,6%	1,3%	0,9%	0,2%	0,6%

Fonte: POF 2017-2018 – IBGE.

Outra questão relevante diz respeito ao consumo de medicamentos por perfil etário. Conforme a Tabela 3, esse consumo está concentrado na população com idade entre 30 a 59 anos de idade (55,3%), seguido daquela com 60 anos ou mais (28,5%), enquanto que a população com idade de 15 a 29 anos e de 0 a 14 anos respondem por apenas 15,7% e 0,5%, respectivamente. Isso indica que a população em idade adulta e os idosos, que avançam no processo de transição demográfica e que consomem medicamentos mais caros, respondem pela maior parcela dos beneficiários da política de desoneração dos medicamentos.

Tabela 3: Consumo mensal de medicamentos por faixa etária

Faixa etária	Quantidade consumida	% Quantidade	Valor médio dos medicamentos	Valor total dos medicamentos
0 a 14	735.826	0,5	40,66	29.918.090,26
15 a 29	22.242.973	15,7	34,58	769.105.890,33
30 a 59	78.512.742	55,3	49,00	3.847.390.508,91
60 ou mais	40.432.601	28,5	68,28	2.760.762.982,28
Total	141.924.142	100	52,19	7.407.177.471,78

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados da POF 2017-2018 – IBGE.

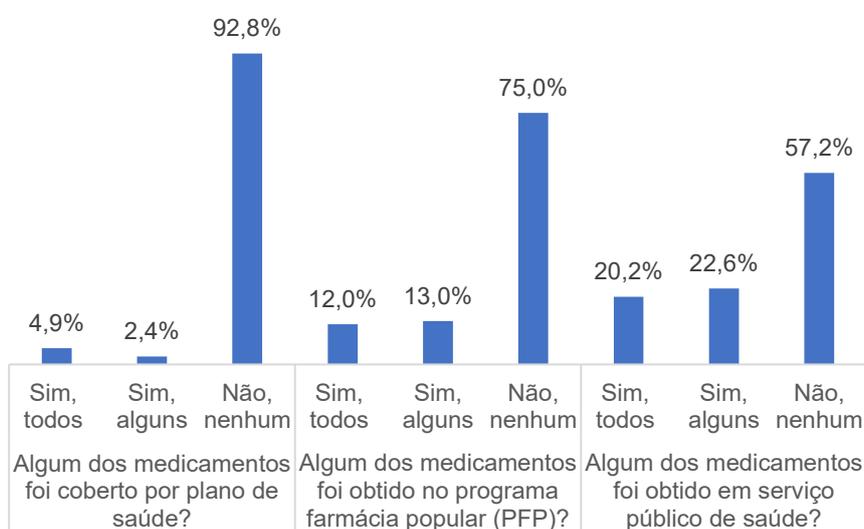
O governo também é um grande comprador de medicamentos e compromete parcela significativa do seu orçamento com esses produtos. Segundo dados da ANVISA (2018), a Administração Pública Federal, Estadual e Municipal respondeu pelo faturamento de 17,4% desse mercado em 2017, apesar de a quantidade de medicamentos adquirida ter respondido por apenas 4,8% dos medicamentos comercializados.

3 Acesso a medicamentos no Brasil

O acesso a medicamentos representa um indicador fundamental para a garantia do direito à saúde, conforme a Organização das Nações Unidas⁶. A falta de acesso a medicamentos pode promover o agravamento de doenças e o retorno das pessoas aos serviços de saúde, além de onerar a atenção secundária e terciária (Arrais et al, 2005 apud Drummond et al, 2018). As evidências internacionais disponíveis, no entanto, apontavam que, no início do século XXI, uma em cada três pessoas no mundo não dispunha de acesso a esses insumos, sendo o problema concentrado nos países de baixa e média renda, onde essa proporção alcançava até 50% (OMS, 2001).

No Brasil, embora em menor escala, as estatísticas da PNS 2013 apontavam alguma dificuldade de acesso a medicamentos pela população. Segundo a pesquisa, 82,5% das pessoas que tiveram medicamentos prescritos em seu último atendimento médico conseguiram ter acesso total aos medicamentos, 10,0% conseguiram obter apenas alguns deles e 7,6% não conseguiram acesso a nenhum dos medicamentos receitados. É importante ponderar que a prevalência do acesso integral aos medicamentos associa-se principalmente à compra dos medicamentos na rede privada. Como pode ser observado no Gráfico 1, o acesso aos medicamentos prescritos não foi obtido pelo SUS em 57,2% dos casos⁷; não foi possível pelo Programa Farmácia Popular (PFP) em 75% dos casos; e via planos de saúde, em 92,8% dos casos. Além disso, a provisão gratuita dos medicamentos no âmbito do SUS atendeu integralmente a apenas 20,2% dos usuários e, parcialmente, a 22,6% dos pacientes. No caso do PFP, que provê acesso por meio da rede privada de farmácias (de modo gratuito ou mediante copagamento), os índices de atendimento integral e parcial foram um pouco menores, alcançando 12% e 13% respectivamente.

Gráfico 1: Acesso a medicamentos prescritos por modalidade de provisão



Fonte: Elaborado pelos autores a partir de dados da PNS 2013.

⁶ Hogerzeil H. V., Mirza Z. *The world medicines situation 2011: access to essential medicines as part of the right to health*. Geneva: World Health Organization; 2011.

⁷ Cabe destacar que a não obtenção do medicamento, como reportado no Gráfico 1, pode ser um problema de escassez de oferta pública de medicamentos (Gráfico 2), mas também um problema do lado da demanda. Nesse sentido, é possível que boa parte da população não tenha nem mesmo tentado obter os medicamentos junto ao SUS ou ao PFP, ou seja, adquiriram diretamente na rede privada. Neste caso, pode ser devido à falta de informação – conhecido na literatura econômica como informação assimétrica – ou, para aqueles de maior faixa de renda, devido ao custo elevado de locomoção e espera que não compensaria a ida até o posto público de saúde.

A relação de dependência entre o acesso a medicamentos e os dispêndios monetários contrapõe-se à concepção de sistema de saúde público universal e igualitário do SUS. Do mesmo modo, indica a possibilidade de iniquidades no acesso a medicamentos, decorrentes das desigualdades socioeconômicas e da heterogeneidade de capacidade de pagamento dos usuários. Isso é indicado no Gráfico 2, que trata dos motivos pelos quais os usuários não conseguiram acessar integralmente os medicamentos prescritos. Pôde-se verificar que as principais razões foram a indisponibilidade dos medicamentos nos serviços de saúde (54,8%) e a falta de dinheiro (13,0%), o que evidencia que as pessoas que têm menores níveis de rendimentos sofrem mais com o problema de falta de acesso.

Gráfico 2: Motivos de não ter conseguido acesso a todos os medicamentos receitados



Fonte: Elaborado pelos autores a partir de dados da PNS 2013.

A Tabela 4 apresenta mais evidências sobre o problema específico de acesso à provisão pública de assistência farmacêutica, ao calcular o déficit de acesso a medicamentos. Esse indicador é definido como a proporção de pessoas que não conseguiram obter no serviço público de saúde pelo menos um dos medicamentos receitados no último atendimento de saúde, em decorrência de algum dos seguintes motivos: (i) porque a farmácia da rede pública estava fechada, ou (ii) os medicamentos não estavam disponíveis na rede pública, ou (iii) não eram oferecidos no PFP, ou (iv) porque os indivíduos não tinham dinheiro para comprar o remédio. Pode-se observar que 13,8% das pessoas não conseguiram obter medicamentos por algumas dessas razões e que a dimensão do problema era condicionada pelo nível de renda e pela localização geográfica dos indivíduos. No que tange à dimensão da renda, a incidência do déficit era consideravelmente maior entre os 20% mais pobres da população (23,5%) do que entre os 20% mais ricos (5,6%). No que diz respeito à dimensão territorial, constatou-se que o déficit era maior nas regiões menos desenvolvidas do país, ao registrar índices mais elevados nas regiões Norte (20,8%) e Nordeste (15,1%).

Tabela 4 – Déficit de acesso a medicamentos¹ - 2013

Quartil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
1	29,6%	23,1%	21,9%	25,0%	20,1%	23,5%
2	20,9%	16,6%	18,3%	14,2%	17,7%	17,4%
3	20,4%	10,8%	15,5%	17,8%	18,8%	15,4%
4	15,8%	7,1%	11,4%	11,1%	11,0%	10,8%
5	6,9%	5,9%	5,7%	5,0%	5,8%	5,6%
Total	20,8%	15,1%	12,9%	12,6%	13,7%	13,8%

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de dados da PNS 2013.

Nota: ¹Proporção de pessoas que não conseguiram obter no serviço público de saúde pelo menos um dos medicamentos receitados no último atendimento de saúde, pois a farmácia estava fechada, ou os medicamentos não estavam disponíveis, ou não conseguiu o(s) medicamento(s) no Programa Farmácia Popular (PPF), ou não tinha dinheiro para comprar.

Vale ressaltar que o problema de acesso a medicamentos no país não deve ser compreendido somente por meio de indicadores que mensuram a obtenção integral dos fármacos requeridos para a promoção das condições de saúde da população. Como aponta Luiza (2016), o consumo de medicamentos é influenciado, entre outros aspectos, pela baixa elasticidade da demanda ao preço, tendo em vista que se trata de um bem essencial para garantir a manutenção de tratamento médico e mitigação de sofrimento. Dessa forma, os usuários podem ser compelidos a adquiri-los, mesmo que os preços de mercado sejam elevados, comprometendo um percentual elevado do rendimento das famílias.

Nesse contexto, é importante dimensionar o impacto econômico do acesso das famílias aos medicamentos, uma vez que a sua obtenção pode requerer medidas extremas que afetam os seus níveis de bem-estar, como recorrer à justiça, desfazer-se de bens, reduzir outras despesas essenciais ou contratar empréstimos. Segundo a POF 2017-2018, a despesa com medicamentos não representa percentual elevado no total do orçamento das famílias, ao comprometer 2,5% do rendimento médio domiciliar no Brasil (Tabela 5). Apesar de os gastos absolutos com medicamentos aumentarem com o nível de renda (coluna B), observa-se que as famílias mais pobres comprometem uma parcela bem maior da sua renda com essas despesas (coluna B/A), o que reflete a natureza fortemente regressiva dessa despesa. Em outras palavras, a desigualdade é expressiva, uma vez que os 10% mais pobres comprometem 8,3% da sua renda com medicamentos, enquanto os 10% mais ricos comprometem 1,6%, o que representa uma diferença de mais de cinco vezes.

Tabela 5: Participação da despesa com medicamento no rendimento domiciliar e na despesa com consumo, por decil de rendimento domiciliar (R\$ mensal)

Decil	Média do rendimento domiciliar ¹	Média da despesa monetária de consumo com medicamentos	B / A
	A	B	
1	466,27	38,86	8,3%
2	1.121,14	50,19	4,5%
3	1.544,83	64,38	4,2%
4	1.906,19	76,39	4,0%
5	2.446,69	84,50	3,5%
6	2.522,74	95,10	3,8%
7	3.157,92	101,19	3,2%
8	4.173,15	109,25	2,6%
9	5.696,20	143,84	2,5%
10	14.475,45	226,37	1,6%
Total	4.303,81	107,39	2,5%

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados da POF 2017-2018 – IBGE.

¹Inclui apenas o rendimento monetário mais a variação patrimonial.

A dificuldade de acesso aos medicamentos também pode ser qualificada por meio da definição de um parâmetro que indique a possibilidade de ônus financeiro excessivo com essas despesas. A Tabela 6 apresenta estimativas referentes a pessoas em famílias com gasto em medicamentos igual ou superior a 20% da sua

renda (parâmetro bastante elevado quando comparado à média nacional de 2,5%)⁸. As iniquidades sociais são bastante evidentes, destacando-se que 42% das pessoas nessa situação (2,7 milhões) situavam-se entre as 10% mais pobres da população.

Tabela 6: Número de pessoas em família com ônus excessivo e valor anual do ônus excessivo antes da reoneração, por decil do rendimento domiciliar per capita

Decil do rendimento domiciliar per capita	Ônus acima de 20%			
	Pessoas		Valor anual do ônus	
	Absoluto	%	R\$ (milhões)	%
1	2.737.557	42,2%	873,58	19,9%
2	818.769	12,6%	377,51	8,6%
3	669.189	10,3%	450,90	10,3%
4	569.095	8,8%	558,04	12,7%
5	448.799	6,9%	383,50	8,7%
6	522.581	8,1%	652,57	14,8%
7	331.247	5,1%	374,63	8,5%
8	169.584	2,6%	185,61	4,2%
9	167.332	2,6%	342,24	7,8%
10	46.123	0,7%	199,93	4,5%
Total	6.480.276	100,0%	4.398,50	100,0%

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados da POF 2017-2018 – IBGE.

Esses indicadores reforçam a percepção de grande vulnerabilidade do público de baixa renda no acesso aos medicamentos. Esse público é o que mais sofre com a falta de acesso integral aos medicamentos de que necessita e também aquele que compromete maior parcela relativa de seus rendimentos com esses produtos. A necessidade de melhorias na equidade é, portanto, um dos principais desafios da política pública de assistência farmacêutica. Nesse sentido, é primordial avaliar as implicações do fortalecimento da política de desoneração de medicamentos no âmbito da política pública de assistência farmacêutica. Isso será tratado na próxima seção.

4 Gastos diretos *versus* gastos tributários com medicamentos

A implementação da PNAF⁹ consolidou a inclusão da assistência farmacêutica no campo de atuação do SUS¹⁰ e definiu um modelo de gestão e financiamento da provisão pública de medicamentos compartilhado pelos três entes da Federação. Mais especificamente, a oferta de medicamentos no SUS está organizada em três componentes que compõem o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica

⁸ Não foi encontrada na literatura uma definição precisa do conceito de ônus financeiro excessivo com gastos em medicamentos.

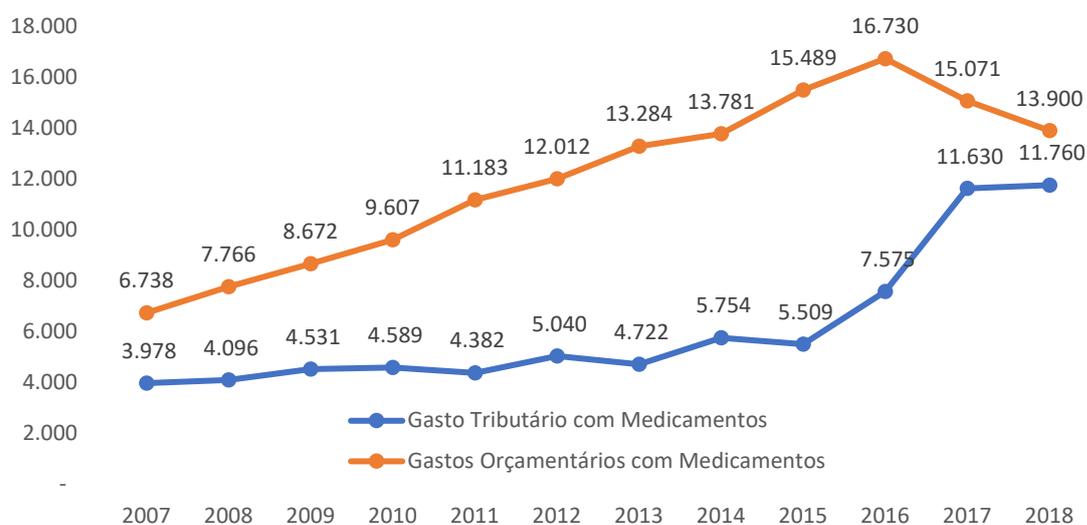
⁹ Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004.

¹⁰ Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

(Básico, Estratégico e Especializado)¹¹, bem como por meio do Programa Farmácia Popular. Os recursos orçamentários federais correspondem a principal fonte de financiamento desse modelo de assistência farmacêutica, tendo abarcado mais de 80% do total de recursos públicos alocados pelas três esferas de governo para essa finalidade em 2016 (Vieira, 2018).

Além da modalidade de execução direta dessa política, via despesas orçamentárias, a atuação do Governo Federal, enquanto executor de políticas de acesso a medicamentos, concretiza-se também por meio dos subsídios (gastos) tributários. A evolução dos recursos federais destinados ao financiamento da assistência farmacêutica sob as modalidades de subsídios (gastos) tributários e de gastos diretos é apresentada no Gráfico 3.

Gráfico 3: Comparação da evolução dos gastos tributários e gastos orçamentários com medicamentos (em R\$ milhões, constantes de 2018)



Fonte: Elaborado pelos autores a partir de dados da Secretaria da Receita Federal e do SIOP/ME.

Releva notar que o volume dos benefícios tributários não apenas é bastante expressivo (R\$ 11,7 bilhões em 2018), como também apresenta uma forte trajetória de crescimento, a partir de 2016, o que indica uma convergência com o atual nível de gastos diretos da União com essa finalidade. Os gastos diretos, ao contrário, cresceram continuamente até alcançar o seu pico em 2016 (R\$ 16,7 bilhões) e desde então vem apresentando queda (R\$ 13,9 bilhões em 2018). Dessa forma, observa-se um cenário de ampliação no nível total de financiamento federal para provisão de assistência farmacêutica, com uma tendência de fortalecimento do uso de subsídios tributários para o financiamento dessa política, em contraposição a diminuição nos gastos diretos.

Essa diminuição justifica-se, em grande medida, pela crise econômica enfrentada no biênio 2015-2016 e o consequente cenário de restrição fiscal imposto, em especial, relativo ao Novo Regime Fiscal estabelecido pela Emenda Constitucional nº 95/2016. De outra forma, esse mesmo cenário restritivo não permitiu impor

¹¹ O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) reúne as despesas com transferências para estados e municípios adquirirem medicamentos de atendimento básico e com os medicamentos do Programa Saúde da Mulher. O Componente Especializado (CEAF) responde por despesas com medicamentos de alto custo e voltados a atendimentos de alta complexidade e por transferências para a aquisição municipal de medicamentos para a primeira linha de cuidado, principalmente para doenças de atendimento hospitalar e ambulatorial. Por fim, o Componente Estratégico (CESAF) é voltado aos medicamentos para doenças e agravos com marcante importância epidemiológica, de perfil endêmico, negligenciadas e de grande impacto socioeconômico (INESC, 2018).

limitações para o financiamento de acesso a medicamentos por meio de subsídio tributário, que apresentou substancial crescimento nos últimos anos.

Dessa forma, torna-se fundamental avaliar se esse modelo de política pública, caracterizado por ampliação do uso de subsídios tributários, é efetivo para prover o acesso universal a medicamentos. Assim, focou-se em uma avaliação da progressividade da política de desoneração dos medicamentos, realizada por intermédio de estimativas da apropriação desses benefícios tributários por distintas classes de renda da população, com base nos dados informados pela POF 2017-2018, divulgada recentemente pelo IBGE.

O cômputo dessa variável foi realizado a partir da multiplicação do gasto com medicamentos por domicílio (informado na POF) pela alíquota tributária modal de PIS/COFINS desses produtos (9,25%), assumindo-se a hipótese de que a redução da alíquota dos tributos seria integralmente repassada pelas empresas para o preço final dos medicamentos. Por meio dessa metodologia, foi estimado um gasto tributário na ordem de R\$ 8,2 bilhões¹² anuais, decorrente das despesas de medicamentos da POF 2017-2018, referente a um gasto monetário total das famílias com esses produtos de R\$ 88,9 bilhões, em valores de 2018.¹³

A análise do consumo familiar de medicamentos também incorporou uma variável de gastos não monetários com medicamentos, disponível na POF, que está associada a produtos adquiridos ou obtidos sem nenhum custo, como os remédios recebidos em postos de saúde¹⁴. Adotou-se esta variável como *proxy* da provisão gratuita de assistência farmacêutica no âmbito do SUS. A estimativa monetária desse consumo gratuito de medicamentos em 2018 alcançou a ordem de R\$ 22,8 bilhões (25% do gasto monetário privado)¹⁵.

O Gráfico 4 apresenta as estimativas de apropriação, ordenadas por centil de rendimento domiciliar *per capita* da população, dos benefícios tributários da desoneração dos medicamentos (linha cinza), dos remédios recebidos em postos de saúde (linha amarela) e do rendimento domiciliar *per capita* em 2018 (linha azul). Verifica-se que a política de desoneração dos medicamentos (linha cinza) é bastante regressiva, ressaltando-se a grande desigualdade entre os benefícios destinados aos 20% mais pobres da população, que se apropriam de 6,3% do gasto tributário total, e os alocados aos 20% mais ricos, que se apropriam de 43,5% do total. A distribuição dos benefícios dessa política, no entanto, é menos concentrada do que a distribuição de renda (linha azul), em que os 20% mais pobres apropriam-se de somente 2,8%, enquanto os 20% mais ricos ficam com 59,6% do total.

A distribuição dos remédios recebidos em postos de saúde (linha amarela) também é regressiva até alcançar o nível próximo dos 10% mais ricos, quando converge para a curva de igualdade. No entanto, percebe-se que a apropriação de medicamentos gratuitos (linha amarela) é bem menos concentrada do que a política de

¹² A diferença entre a estimativa deste estudo e o gasto tributário informado pela Secretaria da Receita Federal (11,8 bilhões) pode estar associada às diferenças de metodologia e de bases de dados utilizadas. Entre outros aspectos, vale destacar que a SRF realiza estimativas com base em dados de faturamento encaminhados diretamente pelas empresas. Além disso, os registros da POF não permitem captar gastos com medicamentos realizados por pessoas jurídicas (como hospitais privados), que também compõem a base de cálculo dos benefícios tributários.

¹³ Uma ressalva importante do trabalho realizado é que apenas 65% dos medicamentos são atualmente desonerados pelo PIS/Cofins. No entanto, neste boletim, as variáveis analisadas foram baseadas nas despesas referentes a 100% dos medicamentos consumidos. Essa limitação se deve à dificuldade de identificar na POF os medicamentos beneficiados pela desoneração.

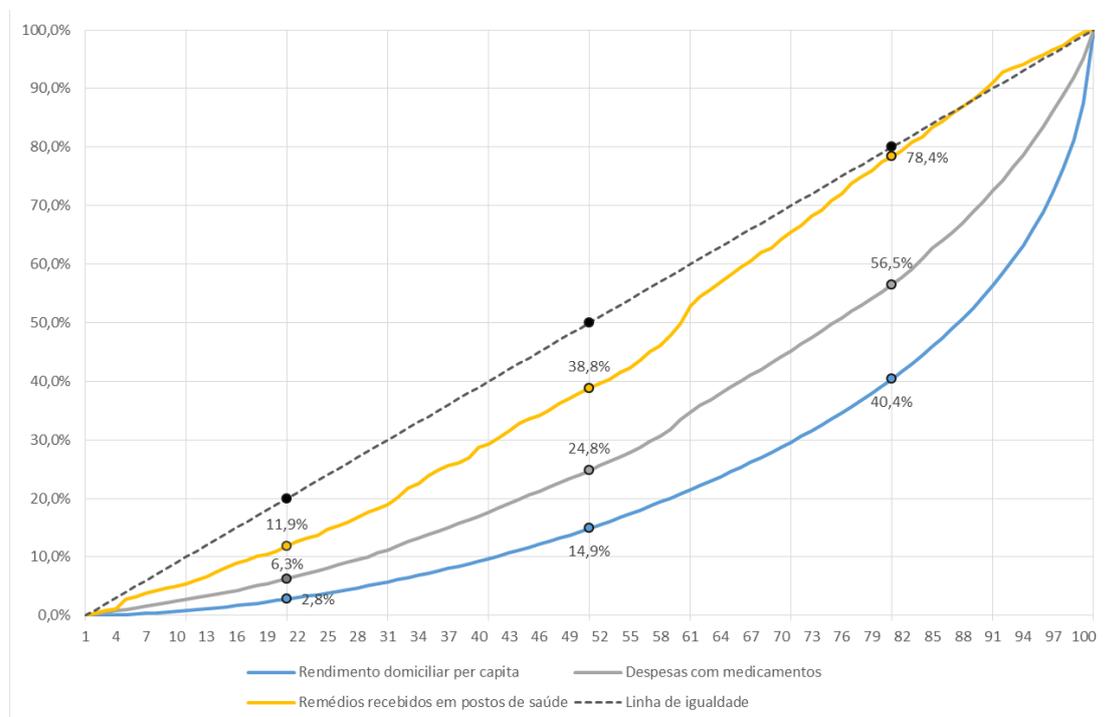
¹⁴ Refere-se as despesas não monetárias com medicamentos na forma de doação:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101670>

¹⁵ Vale ressaltar que esse valor do consumo gratuito de medicamentos estimado pela POF abarca o fornecimento de medicamentos pelos três entes da Federação, o que justifica, em parte, o fato desse valor ser consideravelmente superior ao orçamento da União com despesas com medicamentos do Gráfico 1 (R\$ 13,9 bilhões, em 2018). Como apontado nesse capítulo, os recursos da União para fornecimento de medicamentos respondem por aproximadamente 80% do total de recursos públicos alocados no país (Vieira, 2018).

desoneração dos medicamentos (linha cinza) – os 20% mais pobres apropriam-se de 11,9% dos benefícios, enquanto os 20% mais ricos, de 21,6%.

Gráfico 4: Proporção acumulada do rendimento domiciliar per capita e despesas monetárias, por centil de rendimento domiciliar da população:



Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados da POF 2017/2018 – IBGE.

Isso indica que a assistência farmacêutica gratuita do SUS, ainda que regressiva, constituiria uma modalidade de provisão de medicamentos menos desigual do que a concessão de subsídios tributários para o financiamento privado. **No entanto, para que essa provisão pública se torne igualitária ou progressiva é necessário elevar o acesso para a população de baixa renda.** Esse ponto é demonstrado: (i) no Gráfico 2, que aponta a dificuldade de acesso, seja pela baixa oferta de medicamentos no sistema de saúde ou pela baixa capacidade de pagamento; (ii) na Tabela 5, que reporta o maior peso no orçamento das famílias mais pobres no consumo de medicamentos e; (iii) na Tabela 2, que evidencia a maior dependência do SUS por essas famílias para aquisição de medicamentos. Esses resultados levam à conclusão que, de fato, a provisão pública de medicamentos precisa alcançar um percentual maior da população dos estratos inferiores de renda.

Assim, essa análise da progressividade da aplicação direta de recursos orçamentários frente à política de desoneração de medicamentos reforça a necessidade de um debate sobre a sustentabilidade e as possibilidades de aprimoramento da eficiência e da equidade da política pública de assistência farmacêutica. Sob uma perspectiva ampla do fenômeno de falta de acesso a medicamentos no país, parece necessário ampliar a assistência farmacêutica gratuita para alcançar públicos que não conseguem acessar esses bens por falta de capacidade de pagamento, bem como aprimorar a provisão financiada por subsídios tributários, de forma a mitigar de forma mais efetiva o problema de acesso integral a medicamentos, concentrado nas pessoas de menor renda.

5 Considerações Finais

Este boletim apresentou a caracterização da política de desoneração dos medicamentos e evidências sobre a efetividade e a equidade dessa política. Trata-se de subsídio tributário estratégico para o financiamento da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, instituída com base nos princípios de universalidade, integralidade e equidade que orientam a Política Nacional de Saúde.

Chama atenção a trajetória crescente desse benefício tributário nos últimos anos e o elevado patamar alcançado em 2018, quando registrou R\$11,8 bilhões, equivalente a 4% do total do gasto tributário federal, compensando a queda na provisão pública de medicamentos via SUS, que apresentou diminuição nos últimos anos, chegando ao patamar de R\$ 13,9 bilhões, em 2018.

As informações apresentadas neste Boletim evidenciam a relevância das despesas das famílias brasileiras com medicamentos, que representam o principal item de dispêndio com saúde, comprometendo 2,5% do rendimento médio domiciliar. No entanto, esse comprometimento é bem superior entre as famílias mais pobres, registrando 8,3% da renda das famílias situadas no primeiro décimo de rendimento.

Nesse sentido, uma questão relevante apresentada diz respeito ao déficit de acesso à medicamentos no País. Observou-se que 13,8% das pessoas que tiveram medicamentos prescritos não conseguiram acessá-los por indisponibilidade de sua oferta à rede pública ou por não terem capacidade de pagamento por esses bens na rede privada. A incidência do déficit é consideravelmente maior entre os 20% mais pobres da população (23,5%) do que entre os 20% mais ricos (5,6%). Em relação à dimensão territorial, foi constatado que o déficit de acesso é maior nas regiões Norte (20,8%) e Nordeste (15,1%).

A avaliação realizada aponta para a necessidade de aprimoramento da eficiência e da equidade do atual modelo da política pública de assistência farmacêutica do Governo Federal, tanto na modalidade de provisão pública direta e gratuita, como na modalidade de financiamento público do consumo privado por meio de subsídios tributários. Parece necessário qualificar esse arranjo de políticas para efetivar o acesso universal aos medicamentos, com ênfase na ampliação do acesso a públicos mais vulneráveis, que sofrem mais com a falta de acesso integral a medicamentos.

Esse desafio exige a redução das iniquidades regionais na política de assistência farmacêutica. Além disso, as informações apresentadas têm relevância crescente em um cenário de restrições fiscais, envelhecimento populacional, aumento das doenças crônicas não transmissíveis e de avanços nas fronteiras tecnológicas do setor de saúde, que pressionam a demanda e a capacidade de oferta pública dessa política pública.

Por fim, vale ressaltar que, na desoneração dos medicamentos, os preços desses produtos são monitorados e submetidos ao controle do Governo, por meio do CMED. Desse modo, é possível assumir que o aumento de preços dos medicamentos em decorrência de eventual descontinuidade de subsídios tributários para o setor farmacêutico seria avaliado e definido no âmbito dessa Câmara, a quem cabe a fixação do preço máximo desses produtos. Como o arcabouço regulatório que rege o controle de preços desse setor não foi o foco deste Boletim, não existem elementos suficientes para estimar precisamente os efeitos de eventual alteração na estrutura de tributação desse setor sobre o preço final dos medicamentos, o orçamento dos programas públicos de aquisição de medicamentos e o orçamento das famílias.

Referência Bibliográfica

ANVISA. *Anuário Estatístico do Mercado Farmacêutico 2017*, Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2018.

DRUMMOND, E. D. et al. Acesso da população brasileira adulta a medicamentos prescritos. *Rev. Bras. Epidemiol*, v. 21, 2018.

HOGERZEIL H. V, MIRZA Z. *The world medicines situation 2011: Access to essential medicines as part of the right to health*. Geneva: World Health Organization; 2011.

TEIXEIRA, L. S. Reajustes de preços administrados no setor da saúde. Brasília: Câmara dos Deputados, 2006 (Biblioteca digital).

VIEIRA, F. S. Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016. Rio de Janeiro: Ipea, 2018 (Texto para discussão, n. 2356).