

# Aspectos económicos da escolha do sistema de participação de medicamentos

Pedro Pita Barros<sup>1</sup>

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>2</b>
<b>2 CONTEXTO GENÉRICO.....</b>	<b>5</b>
<b>3 ESCOLHA DO MODELO DE PARTICIPAÇÃO .....</b>	<b>7</b>
3.1 FORMAS DE PARTICIPAÇÃO E CONTEXTO.....	7
3.2 A TENSÃO ENTRE SEGURO E EXCESSO DE CONSUMO.....	10
3.2 O PAPEL DO MÉDICO .....	11
3.3 COMPARAÇÃO ENTRE SISTEMAS DE PARTICIPAÇÃO .....	13
3.4 A IMPORTÂNCIA DA SENSIBILIDADE DA PROCURA AO PREÇO .....	16
3.5 EVIDÊNCIA SOBRE OS EFEITOS DE PREÇOS DE REFERÊNCIA .....	20
<b>4 OUTROS ASPECTOS RELEVANTES .....</b>	<b>21</b>
4.1 CUSTOS DE REPARTIÇÃO DE CONSUMO.....	22
4.2 OUTROS CUSTOS .....	22
4.3 INCENTIVOS À INOVAÇÃO .....	24
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>24</b>

---

<sup>1</sup> Professor Associado, com Agregação. Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa. Email: ppbarros@fe.unl.pt.

## 1 Introdução

Nos últimos anos, tem-se dedicado grande atenção à redução da despesa pública com medicamentos. Um exemplo recente (Outubro) da importância crescente dos aspectos económicos na utilização de novos medicamentos em serviços nacionais de saúde é o da rejeição pelo National Institute for Clinical Excellence do produto Relenza da Glaxo Wellcome para ser pago pelo NHS inglês.<sup>2</sup> Um pouco por todo o lado, tem-se assistido à adopção de uma “quarta barreira” na aprovação de novos medicamentos para comparticipação. Esta quarta barreira é o requisito de “custo-efectividade”, para além dos já tradicionais requisitos de segurança, eficácia e elevada qualidade.

Esta é uma forma pela qual as autoridades económicas procuram racionalizar ou limitar o uso excessivo de medicamentos (ou de qualquer outra terapia). O problema económico fundamental que está na raiz desta preocupação é bem conhecido: havendo um terceiro pagador (Estado ou companhia de seguros) que assegura, num primeiro momento, que os gastos médicos futuros serão pagos sem risco financeiro para o utilizador, este último, ou quem por ele decida, tenderá, num segundo momento, quando a necessidade de uso de recursos médicos se materializar, a utilizá-los até que o benefício marginal seja nulo. De um ponto de vista económico, para a sociedade seria óptimo que os recursos fossem utilizados apenas até ao ponto em que o benefício marginal seja idêntico ao seu custo de oportunidade na margem (custo marginal).

O modo de fazer com que a decisão individual seja alinhada com os objectivos da sociedade, em termos de utilização eficiente de recursos, consiste na imposição de um preço igual ao custo de oportunidade de quem usa os recursos. Porém este mecanismo, que funciona na generalidade dos bens e serviços, impõe um risco financeiro excessivo a cada cidadão. A

---

<sup>2</sup> Relenza é um medicamento anti-gripe.

cobertura desse risco, com a introdução do terceiro pagador, gera a divergência de interesses entre a decisão individual e o ponto de vista da sociedade no momento de consumo de recursos.<sup>3</sup> A definição do sistema de comparticipação de medicamentos surge dentro deste problema.

O sucesso das diversas abordagens tem sido reduzido. Apesar de em alguns países, por via da regulação directa dos preços, ser claro que o nível de preços de medicamentos individuais é baixo comparativamente com outros países europeus, não deixa de se registar que a despesa com medicamentos continua a aumentar. Esta dinâmica surge, pelo menos parcialmente, como resultado da introdução de novos medicamentos, mais caros que os anteriores (nos casos em que estes existam). Como resultado, tem-se vindo a dar mais atenção aos fundamentos económicos das escolhas de organização do sistema de saúde.

O problema geral defrontado é o de controlar, se possível conter, os custos com medicamentos. Para tratar este problema duas grandes vias de actuação têm sido experimentadas: (a) influenciar a procura, o comportamento de médicos e doentes; e (b) influenciar a oferta, o comportamento das companhias farmacêuticas, e das farmácias, sempre que estas têm um papel activo.

Na primeira via, surgem medidas destinadas a influenciar a procura de medicamentos, como o encorajar de prescrição dos medicamentos de preço mais baixo. Exemplos de actuação são as experiências de *managed care*, programas de educação e informação, mas também partilha de custos e fixação de orçamentos aos médicos. Para influenciar a decisão do doente (ou do seu “agente”, o médico) existe ainda a possibilidade de impor um custo fixo por receita. Vários estudos indicam que a procura é de facto sensível a estes co-pagamentos.<sup>4</sup> Contudo, este tipo de medida não afecta os incentivos

---

<sup>3</sup> Este problema é genericamente conhecido como problema de risco moral ex-post-

<sup>4</sup> Veja-se a este respeito a discussão em Nick Freemantle e Karen Bloor, 1996, “Lessons from international experience in controlling pharmaceutical expenditure, I: influencing patients”, *British Medical Journal*, **312**: 1469-1471.

das companhias farmacêuticas nas suas políticas de estabelecimento de preços.

A segunda linha de actuação envolve medidas que procuram influenciar o comportamento e desempenho de produtores, farmácias (sempre que estas tenham um papel activo) e prescritores. Dentro das medidas do lado da oferta, uma das mais populares é o estabelecimento de preços de referência. Tem como objectivo a utilização do medicamento terapêuticamente equivalente com o menor custo.

Pode envolver a simples substituição de um medicamento de marca por um genérico (limita obviamente a aplicação aos casos em que a patente expirou), a substituição dentro de classes terapêuticas (produtos quimicamente relacionados mas não idênticos) ou mesmo uma substituição entre produtos com os mesmos objectivos terapêuticos (podendo não estar quimicamente relacionados). Existem igualmente exemplos de controles legislativos de preços, reduções programadas de preços e de criação de formulários de medicamentos.

Em geral, nenhuma medida, do lado da procura ou da oferta, provou ser universalmente efectiva por si só. Apesar da diversidade de experiências de mecanismos que procuram controlar a despesa com medicamentos, o resultado final tem sido geralmente o mesmo: um relativo insucesso. Os controles de preços aparentemente garantem preços mais baixos, mas não limitam a despesa (preço vezes quantidade).

Ainda assim, uma forma com alguma efectividade no controlar da despesa em produtos farmacêuticos tem sido a de promoção de forças concorrenciais. Em particular, a combinação de concorrência entre companhias farmacêuticas (com a indução de uma maior sensibilidade da procura dirigida a cada empresa ao preço), com liberdade de acesso a medicamentos (significando liberdade de prescrição, aprovação de novos medicamentos sem demoras excessivas e decisão rápida – positiva ou negativa – sobre participação) e aumento da consciência do doente e do médico face aos

custos reais das opções disponíveis (co-pagamentos, difusão da informação, etc...)

É neste ambiente geral que se revela frutuoso discutir os fundamentos económicos de um sistema de comparticipação de medicamentos. A discussão será feita a um nível suficientemente geral para ser aplicável a qualquer entidade comparticipadora, seja o Estado, companhias de seguros ou sub-sistemas de saúde. Por comodidade, irá usar-se o caso do Estado como referência.

## **2 Contexto genérico**

O mercado de produtos farmacêuticos não pode ser analisado de forma completamente independente do que é normalmente denominado sector da saúde. A interdependência surge quer do papel dos diversos agentes quer do juízo social sobre este mercado.

Relativamente a este último aspecto, é claro que os princípios gerais que enformam a análise do sector da saúde como um todo também são aplicáveis ao mercado de produtos farmacêuticos.

Em particular, é aqui válido o princípio de igual e livre acesso a cuidados de saúde/medicamentos, independentemente da situação financeira ou condição social do indivíduo. Um outro princípio tipicamente defendido é o da solidariedade no financiamento das despesas com medicamentos.

Enquanto o primeiro princípio tem implicações para a definição do mercado farmacêutico no que toca à relação do doente, no momento de consumo, com o medicamento, já o segundo princípio coloca a discussão numa etapa prévia. Se é desejável que no momento de consumo o primeiro princípio seja aplicado, torna-se fundamental que os fundos necessários à inerente responsabilidade financeira, transferida para terceiros por um qualquer mecanismo de seguro, sejam recolhidos.

O segundo princípio tem, então, implicações para a forma como a sociedade deseja que seja organizada a recolha desses fundos. Em Portugal, a aplicação deste princípio traduz-se numa intervenção do Estado na recolha desses fundos, sobretudo obtidos por tributação, e também na definição da sua quota parte de responsabilidade financeira no momento de consumos.

Com a sua intervenção, o Estado tem normalmente um conjunto de objectivos distintos, que frequentemente se revelam contraditórios. Os diferentes objectivos são, de um modo simples, a equidade geográfica, a equidade entre classes de risco e de rendimento, obtenção de eficiência e manutenção de um nível de despesa pública adequado.

O objectivo de equidade traduz-se num desejo de, por um lado, o acesso aos medicamentos não ser limitado por motivos de capacidade financeira, e por outro lado, determinar-se que os consumidores pagam os mesmos preços para um mesmo medicamento, qualquer que seja o local em que este é adquirido.

O objectivo de eficiência significa, normalmente, o desejo de que o consumo de medicamentos corresponda à escolha da terapia mais racional.

Finalmente, dado o papel do Estado como canalizador de fundos da sociedade para a aquisição de medicamentos, no actual contexto económico português, é impossível deixar de se considerar o papel que as restrições macroeconómicas têm sobre as despesas públicas. Naturalmente, daqui decorre um interesse próprio do Estado em garantir uma baixa despesa pública em medicamentos.

Apesar de a discussão apresentada se ir centrar nos “efeitos de mercado”, entendidos como as reacções dos agentes económicos relevantes a diferentes sistemas de comparticipação, é necessário não esquecer que existem outros instrumentos que podem ser utilizados no sentido de se ter

um consumo mais eficiente de medicamentos:<sup>5</sup> campanhas de informação junto da população ou junto dos médicos, acordos de preços com a indústria, quer com controle directo sobre os preços quer com controle sobre crescimento da despesa, etc...

### **3 Escolha do modelo de comparticipação**

#### ***3.1 Formas de comparticipação e contexto***

Para discutir o tipo de comparticipação adequada, torna-se necessário definir três formas básicas de organizar o sistema de comparticipação:

1. Seguro geral – é um sistema de comparticipação em que o Estado, enquanto entidade responsável pelo pagamento (de parte) da despesa com medicamentos, estabelece que paga uma percentagem fixa do preço do medicamento. É a forma mais tradicional de comparticipação. Significa que os medicamentos mais caros recebem uma comparticipação, em valor absoluto, maior.
2. Listas preferenciais (formulário) – o Estado define um conjunto de medicamentos aos quais assume responsabilidades de pagamentos, enquanto os restantes medicamentos não incluídos terão que ser pagos integralmente pelo indivíduo, no momento de consumo. Os medicamentos incluídos recebem uma comparticipação definida como uma percentagem do preço de venda.
3. Preços de referência – entendidos aqui como uma forma mitigada de estabelecer uma lista preferencial. Um medicamento não incluído na lista dá origem a uma participação financeira do Estado idêntica ao custo, para o Estado, do consumo do medicamento terapeuticamente equivalente tomado como referência. A comparticipação é igual, em valor absoluto, para todos os medicamentos. Os medicamentos com preço mais elevado recebem uma comparticipação percentual menor. Na prática, diversas

---

<sup>5</sup> Para uma análise recente do ambiente geral a nível europeu, que vai além dos aspectos de comparticipação de medicamentos, mas que com eles interagem, veja-se Panos Kanavos e Elias

formas de preços de referência têm sido sugeridas: preço médio numa determinada categoria, o preço mais baixos, ou preço mais baixo acrescido de uma margem. Ir-se-á tomar a definição de preço de referência baseada no preço mais baixo. As propriedades qualitativas da discussão permanecem as mesmas se se adoptar qualquer uma das outras possibilidades.

Tradicionalmente, a forma de comparticipação adoptada é a de igual valor percentual do preço (com eventuais variações de acordo com o tipo de medicamento, mas não discriminando dentro de uma mesma classe terapêutica). Recentemente (final da década de oitenta), vários países avançaram para a introdução de preços de referência ou mesmo de listas preferenciais. O factor comum que tem originado a introdução de preços de referência é o seu efeito sobre a despesa pública em medicamentos. A maior parte da literatura actualmente existente sobre preços de referência é essencialmente descritiva.<sup>6</sup>

Os países que primeiro introduziram o instrumento de preços de referência não regulavam directamente o preço dos medicamentos (isto é, havia liberdade de fixação de preços para as companhias farmacêuticas). A segunda característica marcante é que esses países possuíam já uma penetração de genéricos significativa (acima de 10%). Finalmente, mais de metade da despesa em medicamentos era realizada pelo sector público.

Destas três características, apenas a última se encontra preenchida no caso português. Tipicamente, o objectivo de preços de referência é limitar o preço dos medicamentos referenciados, através da alteração da procura dirigida aos produtos com preços mais elevados, e da reacção destes, com a diminuição do preço, para não perderem mercado.

---

Mossialos, 1999, "Outstanding regulatory aspects in the European pharmaceutical market," *Pharmacoeconomics*, **15**: 519-533.

<sup>6</sup> Para uma recensão recente da literatura sobre preços de referência, veja-se Guillem López-Casasnovas e Jaume Puig-Junoy, 1999, *Review of the literature on reference pricing*, Universitat Pompeu Fabra.



Embora seja tentador argumentar que em Portugal apenas o primeiro efeito será possível, não há nada que impeça uma companhia farmacêutica de apresentar uma proposta de diminuição no preço nos medicamentos que vende. Se não existem casos desse tipo, é porque a concorrência ainda não força isso (ou o preço fixado é já bastante baixo, o que constituirá sempre a defesa apresentada pelos produtores).

Como referido, uma característica associada aos preços de referência como instrumento de política é a possibilidade das companhias farmacêuticas terem liberdade na fixação de preços. Não é aparente que em Portugal esteja a ser equacionado o abandono da regra de determinação administrativa dos preços do medicamentos, com referência a um cabaz de preços.<sup>7</sup>

Até certo ponto, a utilização de comparações internacionais para estabelecimento de preços regulamentados (com a determinação do preço baseado no preço médio de um cabaz de países) tem algumas características de preços de referência. Não é contudo perfeito. Se as companhias estabelecerem preços elevados nos mercados de referência, o próprio preço regulamentado virá também elevado. E se a regra de fixação do preço for anunciada, então as empresas têm um incentivo adicional a estabelecer um preço elevado nos países âncora (os que irão servir de referência para os restantes). É igualmente claro que nem todos os países podem seguir este sistema. Necessariamente no primeiro país onde um novo medicamento seja lançado, o preço terá que ser determinado de outra forma. É razoável esperar que as companhias farmacêuticas escolham estrategicamente a ordem dos países onde vão introduzindo sucessivamente os seus novos medicamentos.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> A discussão que aqui se apresenta trata unicamente dos medicamentos que apenas podem ser vendidos com uma receita médica, e que são susceptíveis de serem comparticipados pelo Estado.

<sup>8</sup> Esta argumentação gera uma implicação testável empiricamente: deverá observar-se introdução de novos medicamentos primeiro nos mercados onde o preço é estabelecido com referência a valores de outros países, controlando para outros factores relevantes, como a dimensão do mercado.

### **3.2 A tensão entre seguro e excesso de consumo**

O desenho do sistema de comparticipação defronta sempre e inevitavelmente uma tensão, um conflito entre dois objectivos. Por um lado, pretende-se, tal como já foi referido, evitar que a situação económica de um indivíduo seja impeditiva do acesso a medicamentos necessários. A forma como este objectivo tem sido transposto é a redução do preço pago pelo indivíduo no momento de consumo. No limite, se for nulo, todos terão a garantia de que acederão a medicamentos quando disso tiverem necessidade.

Porém, e no outro lado do problema, tem-se o bem conhecido efeito de um preço nulo no momento de consumo originar uma utilização excessiva. Este efeito é bastante geral, e reconhecido como significativo. Resulta de uma divergência, no momento de decisão de consumo, entre o benefício líquido individual e o benefício líquido social. Este último tem em consideração o custo dos recursos consumidos na aquisição do medicamento, enquanto o primeiro, uma vez que transferiu previamente para outra entidade a responsabilidade financeira (ou uma parte substancial dela), tem sobretudo em conta os benefícios resultantes desse consumo. Deste modo, o benefício individual apercebido no momento de consumo será sempre superior ao benefício líquido social.

Haverá um consumo excessivo no sentido em que sendo o benefício individual positivo, o medicamento será consumido, enquanto se custo dos recursos gastos para assegurar esse consumo for superior a esse benefício, a decisão correcta do ponto de vista social seria não existir esse consumo.

A forma tradicional, utilizada noutros sectores da economia, para fazer reflectir nas decisões individuais de consumo, o custo dos recursos utilizados, é a existência de um preço. Só que aqui um preço não nulo significa um conflito com o primeiro objectivo. Assim, face à (aparente) impossibilidade de se atingirem simultaneamente os dois objectivos, têm os sistemas de saúde adoptado uma posição intermédia, o sistema de comparticipação. Neste

sistema de participação há então que balancear a procura de eficiência económica e o garantir a capacidade de acesso dos doentes.

Este equilíbrio depende de vários factores, como o valor do objectivo de equidade face ao objectivo de eficiente utilização de recursos, valor da incerteza sobre despesas de saúde futuras para cada indivíduo, etc...

### **3.2 O papel do médico**

No caso dos medicamentos, a estrutura organizacional vigente introduz um terceiro elemento, para além do doente e de quem fornece o medicamento – o médico prescriptor.<sup>9</sup> Se este actuar exclusivamente como um agente perfeito do doente, no sentido em que escolhe a decisão que o doente tomaria caso tivesse o mesmo conjunto de informação do médico, então ter-se-á a tensão/conflito anterior.

Contudo, se o médico actuar tendo em consideração quer o benefício individual privado do doente quer o valor social dos recursos usados, poderá caminhar-se para o alinhamento entre a decisão tomada e a decisão adequada do ponto de vista social.

Aliás, se a decisão do médico fosse independente de qualquer pressão, implícita ou explícita, do doente e reflectisse o benefício social líquido, o problema da utilização excessiva de medicamentos desvanecia-se,<sup>10</sup> tornando possível caminhar para um sistema de participação integral por parte do Estado.

Porém, todo o treino médico se orienta no sentido de colocar o médico no papel de agente perfeito do doente. A alteração da atitude médica, para ter com conta também o valor dos recursos usados quando prescreve

---

<sup>9</sup> Na verdade, o próprio lado da oferta não é homogéneo, devendo-se distinguir entre a produção, companhias farmacêuticas, e distribuição, farmácias. Para os propósitos de discussão em causa, não se torna necessário explicitar em detalhe as relações no lado da oferta.

medicamentos, não é fácil, não é rápida e encontra tipicamente fortes oposições.

Ainda que existam outros argumentos ponderosos para que não se pretenda que os médicos sejam sensíveis ao valor dos recursos utilizados (como a manutenção de confiança na relação médico – doente), continuando os médicos como agentes perfeitos dos doentes,<sup>11</sup> é relevante que se perceba a relação deste aspecto com a forma de participação adoptada.

Um dos argumentos para que o médico se mantenha como agente perfeito do doente é a pressão da sociedade para que tal suceda. Isto é, a escolha colectiva, da sociedade, favorece mais o fomentar o médico como agente perfeito do doente do que um médico que tome as decisões socialmente correctas. Embora possa surgir como natural, esta escolha da sociedade é menos óbvia do que parece.

O consumo excessivo de recursos em medicamentos significa que os impostos inicialmente cobrados são também superiores aos associados com uma afectação de recursos eficiente. Assim, cada indivíduo acabaria por pagar menos impostos se o médico actuasse como decisor social, e não como representante exclusivo de cada doente. O indivíduo acaba sempre por pagar os custos todos, seja como pagamento directo no acto de consumo seja como contribuinte do sistema tributário.

Mas então como se justificam as dificuldades na aceitação do médico como agente do doente e com atenção ao custo social dos recursos utilizados? A natureza das contribuições de cada um, via impostos, faz com que o custo da decisão referente a cada indivíduo seja, de facto, partilhada pelo resto dos contribuintes. Nestas condições, é no interesse de cada indivíduo pugnar para que o médico se mantenha o seu papel como agente perfeito do doente.

---

<sup>10</sup> Admitindo, para apresentação do argumento, que são estes os efeitos relevantes. Mais adiante serão referidos outros factores importantes.

<sup>11</sup> A este respeito é de referir que frequentemente se questiona se os médicos actuam sempre de facto como agentes perfeitos dos doentes. Mas essa é uma outra discussão, e não será aqui tratada.

A escolha colectiva da sociedade tenderá a manter o que tem sido o tradicional papel do médico.

Esta discussão, que parece estar a fugir ao tema principal, ilustra dois aspectos fundamentais a reter:

- a) Apesar dos esforços de informação e consciencialização para os custos das suas decisões enquanto prescritores de medicamentos, os médicos continuarão, provavelmente, a invocar argumentos éticos para ignorarem questões de custos, e encontrarão eco para esses argumentos junto da generalidade da população. Esta prefere a manutenção do médico como agente perfeito do doente.
- b) Face à incapacidade de tornar o médico um agente perfeito do interesse social, reassume papel preponderante a forma da participação.

Para simplificar a discussão sobre a forma de participação, admite-se a partir deste momento que o médico actua como agente perfeito do doente.

Nesta linha, é frequente argumentar-se que o problema fundamental é de informação, e que a adequada difusão de informação aos decisores (médicos ou doentes, consoante os casos) será suficiente. Porém, a evidência disponível, resultante de estudos sobre o assunto, sugere que apenas a difusão de informação não gera uma alteração substancial na prática clínica, e que há a necessidade de uma intervenção mais activa.<sup>12</sup>

### **3.3 Comparação entre sistemas de participação**

Consideremos primeiro um contexto em que os preços são fixados pelas companhias farmacêuticas. Esta situação, embora não correspondendo à realidade actual em Portugal, é interessante por dois motivos.

---

<sup>12</sup> Para uma discussão de várias medidas tomadas com o objectivo de influenciar a prescrição médica, veja-se Nick Freemantle e Karen Bloor, 1996, "Lessons from international experience in controlling pharmaceutical expenditure, I: influencing patients", *British Medical Journal*, **312**: 1469-1471, Karen Bloor e Nick Freemantle, 1996, "Lessons from international experience in controlling pharmaceutical expenditure, II: influencing doctors", *British Medical Journal*, **312**: 1525-1527, e Karen Bloor, Alan

Primeiro, tal como referido anteriormente, a actuação do lado da oferta iniciou-se em países onde existia essa liberdade nas políticas de preços das companhias farmacêuticas. Entender a racionalidade de um, ou outro, sistema no seu contexto de origem ajuda a compreender em que medida a sua transposição para Portugal gerará o mesmo tipo de efeitos, ou não.

Em segundo lugar, uma opção que tem sido sempre omitida é a da liberalização dos preços dos medicamentos, conjugada com a adopção de um sistema de preços de referência. Não significa que se esteja necessariamente a defender essa possibilidade, ou a rejeitá-la sem mais discussão.

Num contexto de liberdade na estratégia de fixação de preços, o sistema de comparticipação que gera maiores custos totais, admitindo que a procura total se mantém constante, é o de comparticipação percentual igual para todos os medicamentos. O motivo é simples. A existência de comparticipação diminui a sensibilidade do decisor sobre o nível de consumo (seja o doente ou o médico em sua representação), pelo que as empresas têm capacidade para cobrar preços mais elevados. A concorrência entre elas é atenuada pelo efeito de comparticipação.

Poder-se-ia pensar que o sistema gerador de menor despesa é o de estabelecimento de lista (ou formulário) de medicamentos, em que apenas um subconjunto de medicamentos possui comparticipação. Nos medicamentos excluídos, o doente tem que pagar integralmente o preço.

Porém, apesar de ser aparentemente a medida mais drástica, é também a que mais atenua a concorrência entre as empresas, concedendo uma vantagem artificial aos medicamentos incluídos no formulário. As companhias farmacêuticas que comercializam os produtos incluídos no formulário ganham a capacidade de praticar preços mais elevados do que na situação de igual

---

Maynard e Nick Freemantle, 1996, "Lessons from international experience in controlling

tratamento de todos os medicamentos (quer seja pela ausência de comparticipação quer seja igual comparticipação em termos percentuais).

Resulta, assim, que o sistema de comparticipação que gera menor despesa total em medicamentos é o de preços de referência. Este sistema assegura a presença de concorrência na margem, e as empresas tenderão, nas suas estratégias de preços, a praticar preços mais baixos. Existindo preços de referência, o medicamento com o preço mais baixo recebe uma comparticipação percentual do seu preço. Os doentes tornam-se, tal como anteriormente, menos sensíveis ao preço deste medicamento. É um efeito comum a qualquer dos outros dois sistemas de comparticipação considerados. As companhias com medicamentos de preços mais elevados sabem que os doentes terão que pagar todo o valor acima do montante da comparticipação (que lhes é completamente exógena, determinado exclusivamente pela estratégia de preços do medicamento de referência). É, pois, uma procura muito sensível ao preço escolhido, já um determinado incremento no preço se traduz num aumento igual do valor pago pelo doente no momento de consumo. É um efeito de incremento da pressão concorrencial para as companhias farmacêuticas que têm produtos de referência.

Mas também a companhia farmacêutica que detém o medicamento cujo o preço é usado como referência sente uma maior pressão concorrencial. Se, por um lado, com a comparticipação e diminuição da sensibilidade da procura resulta um incentivo para o aumento dos preços, por outro lado, há um efeito cruzado – ao aumentar o seu preço, a empresa com o produto de referência está também a aumentar o valor da comparticipação recebida no caso de ser escolhido um medicamento de preço mais elevado. Tal diminui o pagamento adicional do doente nessas escolhas. É um efeito desfavorável à empresa do medicamento de referência. Esta tem então um menor incentivo a aumentar o preço, e comporta-se de forma mais concorrencial do que em qualquer um dos outros dois sistemas de comparticipação.

---

pharmaceutical expenditure, III: regulating the industry”, *British Medical Journal*, **313**: 33-35.

O mecanismo pelo qual o sistema opera no sentido de contenção de custos é o de concorrência via preços entre as diferentes companhias farmacêuticas, motivada pela sensibilidade dos doentes aos diferentes preços.<sup>13</sup>

Incorpore-se agora o aspecto de regulação de preços vigente em Portugal. Atenua-se naturalmente o efeito de estímulo de concorrência em preços que constitui a principal vantagem do sistema de preços de referência.

Mais, num contexto em que os preços dos medicamentos são determinados administrativamente por aplicação de uma qualquer fórmula previamente definida, então o sistema de comparticipação que gera os menores custos totais com medicamentos é a criação de formulários de medicamentos (isto é, a exclusão da comparticipação de um conjunto de medicamentos). Por custos totais, considera-se os pagamentos feitos pelos doentes e pelo sistema de seguro (Estado, segurança social, ou companhia de seguros, consoante o desenho do sistema de saúde).

A existência de regras de determinação de preços significa que uma das vantagens do sistema de preços de referência, induzir maior concorrência, não é relevante. Do ponto de vista dos custos com medicamentos, sejam totais ou para a entidade que comparticipa, o sistema de comparticipação com melhor desempenho é o de formulário de medicamentos.

#### ***3.4 A importância da sensibilidade da procura ao preço***

É claro da argumentação apresentada que o efeito que o sistema de comparticipação pode ter depende da sensibilidade da procura do medicamento ao preço, da sua sensibilidade cruzada (ou seja, das capacidades de substituição entre produtos face a diferenças de preços). Assim, para avaliar correctamente os efeitos da introdução de preços de



referência é crucial ter uma medida da sensibilidade da procura aos preços. Embora seja habitual pensar-se que as necessidades de saúde não são sensíveis ao preço, não se pode afastar a hipótese de a sua satisfação por uma ou outra alternativa o ser. Ou seja, a elasticidade global da procura pode ser baixa, reagindo pouco ou nada aos preços, mas a da procura dirigida a cada empresa/produto ser elevada.

Actualmente, para Portugal, não existe um estudo sistemático e publicamente disponível que apresente estimativas destas elasticidades, o que torna a discussão dos efeitos de preços de referência bastante menos informativa do que deveria ser.

A título de ilustração do tipo de análise que é importante realizar, considere-se o seguinte conjunto de elasticidades entre dois medicamentos (na verdade, um medicamento de marca e um genérico), apresentado no Quadro 1.<sup>14</sup> O exemplo contempla apenas a avaliação dos efeitos de preços de referência, por ser esta uma medida em discussão para possível aplicação em Portugal.

Quadro 1: Elasticidades procura preço

	Preço	
	Do medicamento 1	Do medicamento 2
Procura do medicamento 1	-1.16	0.21
Procura do medicamento 2	0.35	-1.45

Nota: elasticidade é definida como variação percentual da quantidade em resposta a uma variação percentual do preço.

---

<sup>13</sup> Obviamente, se não existir sensibilidade da procura de cada medicamento aos preços, qualquer sistema de comparticipação dará origem à mesma repartição de consumos entre os diferentes medicamentos.

<sup>14</sup> Valores retirados do estudo de Sara Fisher Ellison, Ian Cockburn, Zvi Griliches e Jerry Hausman, 1997, "Characteristics of demand for pharmaceutical products: an examination of four cephalosporins," *Rand Journal of Economics*, 28(3): 426-446. Estes autores analisam a sensibilidade ao preço da procura de quatro compostos substitutos próximos. Os resultados obtidos indicam uma elasticidade da procura ao preço relativamente elevada quando há um produto genérico substituto disponível. Essa elasticidade da procura é menor entre compostos químicos distintos. Ainda assim, a evidência era estatisticamente significativa a favor da existência de substituíbilidade enter classes terapêuticas face a variações de preços.

Para apresentar o exemplo de forma completa torna-se necessário introduzir alguma notação técnica, apresentada em caixa. O leitor menos interessado nos aspectos técnicos poderá omitir a leitura dos elementos em caixa.

Seja  $p_1$  o preço do medicamento 1,  $p_2$  o preço do medicamento 2. A procura do medicamento  $j$  é  $D_j$ , determinada pelos preços pagos pelos doentes,  $D_j(p_1, p_2)$ , em que  $(1 - \alpha_j)$  é o grau de participação no medicamento  $j$ ,  $j=1,2$ .

O custo total com medicamentos é

$$CT = p_1 D_1(p_1, p_2) + p_2 D_2(p_1, p_2)$$

O custo para a entidade participadora é

$$CC = (1 - \alpha_1) p_1 D_1(p_1, p_2) + (1 - \alpha_2) p_2 D_2(p_1, p_2)$$

Admita-se que  $p_1 < p_2$ , e que  $p_1$  é tomado como preço de referência. Então, a alteração do sistema de participação, a partir de uma situação inicial de igual taxa de participação,  $\alpha_1 = \alpha_2 = \alpha$ , pode ser vista como uma diminuição de  $\alpha_2$  até ao ponto em que  $(1 - \alpha_1) p_1 = (1 - \alpha_2^*) p_2$ , em que  $\alpha_2^*$  é a taxa de participação implícita no sistema de preços de referência.

O efeito de alteração do custo total pode ser visto como a mudança em CT resultante de uma variação (positiva) em  $\alpha_2$ :

$$dCT/CT = (s_{12} + s_{22}) d\alpha_2 / \alpha_2$$

em que  $s_i = p_i D_i / CT$ ,  $i=1,2$ , e  $s_{ij}$  é a elasticidade da procura do medicamento  $i$  ao preço do medicamento  $j$ .

Para a entidade participadora, a modificação nos custos é:

$$dCC/CC = (\alpha_1 s_{11}' + \alpha_2 s_{22}' - \alpha_2 / (1 - \alpha_2) s_{22}') d\alpha_2 / \alpha_2$$

sendo  $s_j' = (1 - \eta_j) D_j p_j / CC$ ,  $j=1,2$ .

Para ilustração (fictícia, não pretendendo reflectir qualquer situação real, apenas ilustrar a metodologia), considere-se que  $\eta_1 = \eta_2 = 0.3$  inicialmente, e que em resultado da aplicação do preço de referência,  $\eta_2^* = 0.4$ . Cada medicamento tem, por hipótese, metade do mercado antes da introdução de preços de referência. As elasticidades são as constantes do Quadro 1.

Substituindo estes valores na fórmula indicada, vem

$$dCT/CT = -21\%$$

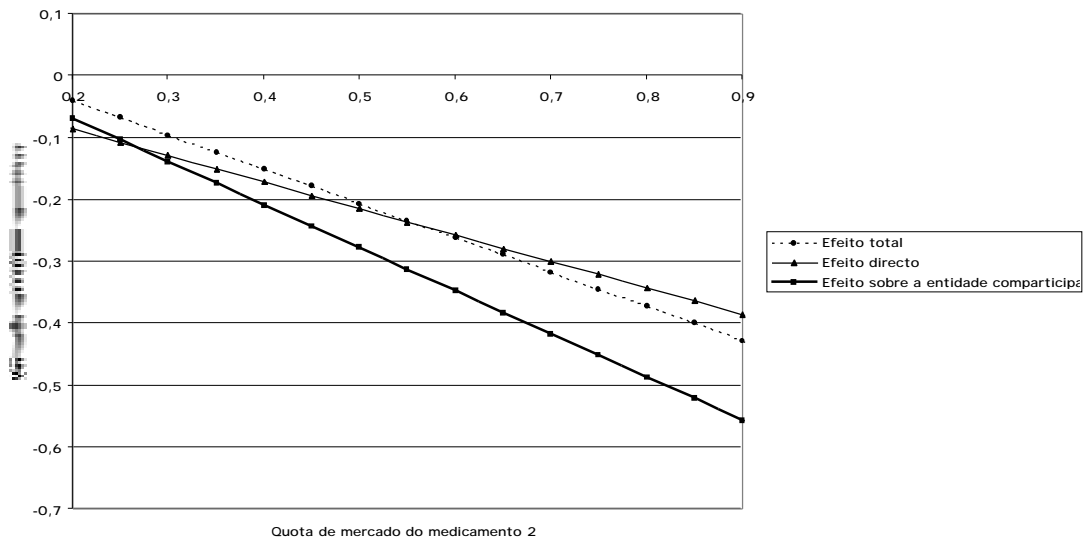
$$dCC/CC = -28\%$$

e o efeito directo, medido mantendo as quantidades constantes, seria a de uma poupança de custos de apenas 7%.

O aspecto essencial a retirar deste exemplo é o erro que se pode incorrer na estimação dos efeitos relevantes se se ignorar as alterações de procura associadas com variações no preço pago pelos doentes. O mero cálculo de um efeito directo, mantendo as quantidades procuradas constantes, é insuficiente como forma de avaliar os efeitos sobre os custos totais (ou da entidade participadora).

A Figura 1 mostra a variação percentual nos custos da entidade participadora segundo o efeito directo e o efeito total (que tem em consideração a alteração da procura, de acordo com as elasticidades apresentadas no Quadro 1).

Figura 1: Efeitos de introdução de preços de referência



Desta figura observa-se que em geral há um efeito positivo (diminuição dos custos) associado com a introdução de preços de referência. Ilustra-se também de forma clara dois outros factos importantes: o efeito sobre os custos totais e sobre os custos para a entidade participante podem ser substancialmente diferentes. Essa divergência é explicada pelo facto de a introdução de preços de referência para além de desviar procura para o medicamento de preço mais baixo também descola parte do custo da entidade participante para o doente. O segundo facto importante é o efeito directo (admitindo quantidades constantes) ser um mau indicador do efeito sobre os custos.

### **3.5 Evidência sobre os efeitos de preços de referência**

A evidência empírica sobre os efeitos de preços de referência tem sido difícil de obter, já que normalmente a sua introdução é acompanhada de outras medidas de reforma. Como é natural, uma proporção substancial dos estudos sobre preços de referência tem focado no seu impacte sobre a despesa em medicamentos e sobre o seu preço.

Em termos de efeitos avaliados empiricamente, a evidência disponível sugere que há poupanças de curto prazo mas as poupanças a longo prazo não são significativas.<sup>15</sup>

Essencialmente, o crescimento da despesa em medicamentos encontra-se sobretudo associado com a introdução de novos produtos, pelo que os preços referências ao serem aplicados a medicamentos já existentes no mercado, afectam o nível da despesa num determinado momento mas não a dinâmica de crescimento subjacente. Por outro lado, deve-se ter em atenção que a comparação correcta não é entre crescimento da despesa antes e depois da introdução de preços de referência, mas entre o crescimento observado com preços de referência e o crescimento que ocorreria na ausência de preços de referência.

Uma questão geral que por vezes é colocada como objecção aos argumentos apresentados é: será que a existência de concorrência afecta mesmo os preços dos medicamentos, quando estes são escolhidos pelas companhias farmacêuticas? A resposta é, na medida da evidência disponível, afirmativa.<sup>16</sup>

#### **4 Outros aspectos relevantes**

Esta análise ignorou, até aqui, dois tipos de custos para além dos valores monetários pagos na sua aquisição. Esses dois tipos de custos são (a) os custos derivados de não ocorrer uma repartição de consumo óptima; e (b) as despesas adicionais incorridas pelas companhias farmacêuticas com o objectivo de induzir uma escolha pelo seu produto (o exemplo que ocorre imediatamente é o esforço de propaganda junto dos médicos). Algumas destas despesas serão informativas, mas uma sua fracção substancial têm um objectivo persuasivo. Sendo um instrumento de luta por posição de mercado, não têm, no último caso, valor social, sendo apenas desperdício do

---

<sup>15</sup> Para uma discussão mais detalhada veja-se López-Casasnovas e Puig-Janoy, *op.cit.*

<sup>16</sup> Veja-se W. Duncan Reekie, 1998, "How competition lowers the cost of medicines," *Pharmaeconomics*, **14**: 107-113, e Michael Dickson e Heinz Redwood, 1998, "Pharmaceutical reference prices: how do they work in practice?", *Pharmacoeconomics*, **14**: 471-479.

ponto de vista global, embora sejam perfeitamente racionais do ponto de vista de cada empresa.

#### **4.1 Custos de repartição de consumo**

Tome-se o primeiro tipo de custos. É razoável admitir que nem todos os medicamentos serão substitutos perfeitos. Tal significa que o sistema de comparticipação ao desviar procura de uns medicamentos para outros, incorre um custo adicional – não ter um encontro tão perfeito quanto possível entre o doente e o medicamento. Quanto maior for o grau de equivalência terapêutica entre os medicamentos menor será o custo. Para um mesmo grau de equivalência terapêutica, quanto maior o desvio da procura, maiores serão estes custos. Num contexto de determinação administrativa dos preços, há uma relação inversa no sistema de comparticipação entre menores custos monetários e maiores custos de (falta de) diversificação. A quantificação deste custo não se encontra feita, na medida do meu conhecimento, sendo implicitamente considerado que a elevada substituíbilidade entre os medicamentos garante a sua reduzida magnitude.

#### **4.2 Outros custos**

Havendo um conjunto de necessidades a ser satisfeitas (mercado do produto), e sendo os produtos disponíveis/medicamentos relativamente substitutos, as companhias dedicam-se a actividades de publicidade e informação com o objectivo de tornar o seu produto mais preferido que o dos rivais. Independentemente do valor da informação prestada aos médicos, o esforço nestas actividades é sempre superior ao socialmente óptimo, configurando a existência de desperdício também neste área, embora não afectando directamente as contas da entidade comparticipadora. Para que tal ocorra, basta que uma parte da procura dirigida a um medicamento seja desviada de medicamentos substitutos. Nestas circunstâncias, o incentivo privado a desenvolver essas actividades inclui uma componente de transferência implícita de lucros das restantes empresas. Esta componente, sendo uma transferência entre diferentes agentes económicos, não tem valor

social. Daqui resulta que o incentivo privado excede o incentivo social à realização destes esforços. Consequentemente, também aqui o desenho do sistema de comparticipação terá um papel a desempenhar.

Uma estrutura de comparticipação que não estimule o factor diferencial de preço como critério de decisão a ser utilizado conjuntamente com a eficácia médica e adequabilidade da prestação, leva naturalmente a que as companhias farmacêuticas usem mais intensivamente os restantes instrumentos à sua disposição.

Deste modo, diferentes sistemas de comparticipação dão origem a diferentes volumes de despesa de informação e publicidade. Sendo parte dessas despesas desperdício de recursos do ponto de vista social, é um efeito a ser considerado na definição do sistema de comparticipação. A sua quantificação é difícil, e defronta diversas dificuldades. É, em geral, um efeito ignorado nas discussões sobre o tipo de comparticipações. Ignorar este efeito não é correcto, na ausência de informação relevante que o permita classificar como de reduzida magnitude, e como tal negligenciável em termos de valor total.

No quadro de preços administrativamente determinados, em condições normais será de esperar que a empresa com preço mais elevado faça um maior esforço desta natureza. O seu maior incentivo deriva quer do preço mais elevado quer da sua menor posição de mercado. Um sistema de comparticipação que favoreça os medicamentos de preço baixo reforça esse incentivo para as empresas que tenham medicamentos de preço elevado.

O incentivo para a empresa (ou empresas) de preço baixo é inverso, pelo que o seu esforço nestas actividades diminui. Essencialmente, tem já uma posição confortável, que é reforçada e defendida pelo sistema de comparticipação.

Em termos agregados, não é possível afirmar, sem procedimentos empíricos adequados, qual o efeito de um ou de outro sistema de comparticipação sobre este tipo de despesas.

### **4.3 Incentivos à inovação**

Um aspecto que não foi discutido até este momento é o dos incentivos à inovação. Ora, para Portugal, o esforço de inovação de novos produtos por parte das companhias farmacêuticas é essencialmente exógeno. Dificilmente se concebe que as estratégias de investigação e desenvolvimento das principais empresas, que operam a nível mundial, sejam influenciadas pelo que ocorre no mercado português.

Já em termos de inovação de processo, para empresas de pequena e média dimensão, de actuação essencialmente nacional, não se introduzem efeitos perversos (naturalmente, mesmo estas empresas preferem preços elevados a preços baixos).

## **5 Considerações finais**

A preocupação com o crescimento dos gastos em medicamentos originou várias medidas de intervenção, com o objectivo de controlar esse crescimento.

Uma das medidas adoptadas em diversos países é a criação de referência. Argumentou-se que a instituição de preços de referência é uma medida com forte sentido económico caso as companhias farmacêuticas tenham plena liberdade na sua estratégia de fixação de preços.

Num contexto de determinação administrativa de preços de medicamentos, tal como ocorre em vários países, nomeadamente Portugal, a ordenação das várias alternativas, em termos de contribuição para contenção de custos, modifica-se relativamente à situação de livre estabelecimento de preços.

Em concreto, a criação de uma lista de medicamentos comparticipados, não recebendo os restantes qualquer comparticipação, assegura uma menor



despesa global (e para a entidade participadora) do que a instituição de preços de referência.

Ou seja, a importação “cega” de medidas aplicadas noutros contextos pode, neste caso, redundar numa escolha de medida menos adequada do que outra alternativa.

Um sistema de preços de referência actua sobretudo através da pressão concorrencial para preços mais baixos. Se o crescimento nos custos com medicamentos não resulta de preços elevados mas de um excesso de prescrição, o efeito de contenção de custos será necessariamente mais limitado (embora possa ser não dispiciendo em valor absoluto). Por outro lado, existirão efeitos tanto mais significativos quanto maior for a diferença de preços entre medicamentos equivalentes.

Discutiram-se igualmente os problemas associados com a avaliação dos efeitos da introdução de preços de referência, concluindo-se pela ausência de estudos públicos que apresentem evidência empírica das suas vantagens (e desvantagens).

Assim, a adopção de preços de referência em Portugal, possibilidade que tem sido por vezes noticiadas na imprensa, constitui um “salto no escuro,” baseado em princípios económicos, mas sem uma quantificação adequada. Adicionalmente, não é claro que a mera exclusão de medicamentos do sistema de participação não gere poupanças de custos (o que não acontece num contexto de liberdade de estabelecimento de preços).