

Interfarma

Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa

inovações para a vida



Acesso e Financiamento à Saúde no Brasil

SÃO PAULO, AGOSTO DE 2010

EDIÇÕES ESPECIAIS SAÚDE

VOLUME I

SUPERVISÃO

Antônio Britto
Presidente-Executivo

COORDENAÇÃO-GERAL

Octávio Nunes
Gerente de Comunicação Institucional

Missieli Rostichelli
Assistente de Comunicação Institucional
Tel.: (55 11) 5180-2395
missieli.rostichelli@interfarma.org.br

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO

Burson-Marsteller

Selma Hirai

Tel.: (55 11) 3040-2403 (Burson-Marsteller)

Tel.: (55 11) 5180-2305 (Interfarma)

selma.hirai@bm.com

PROJETO EDITORIAL

Nebraska Composição Gráfica
Tel.: (55 11) 5505-7043

EDIÇÃO

Iolanda Nascimento – Mtb 20.322

REVISÃO

Verônica Rita Zanatta – Mtb 31.538

IMPRESSÃO

Formag's Gráfica e Editora Ltda

TIRAGEM

63.000 exemplares

FOTOS

Banco de Dados Interfarma

SOBRE A INTERFARMA

A Interfarma – Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa – é a entidade que congrega as indústrias farmacêuticas instaladas no Brasil, responsáveis por promover e incentivar a pesquisa e o desenvolvimento de novos medicamentos. Fundada em 1990, a Interfarma reúne 36 laboratórios que representam 57% do mercado brasileiro de medicamentos.

*A saúde não é tudo, mas, sem ela,
o resto é nada*

SCHOPENHAUER

Apresentação

A Constituição de 1988 foi um marco na história recente do nosso País. Por meio de uma mobilização da sociedade, representada por legisladores imbuídos de espírito cívico e democrático, os direitos dos cidadãos brasileiros foram devidamente garantidos. No que tange à saúde, o Artigo 196 diz que este é um direito de todos e um dever do Estado.

Neste importante ano de eleições presidenciais, a questão da saúde pública tornou-se uma das principais preocupações dos candidatos.

A Interfarma acredita que este é um momento oportuno para o fortalecimento do diálogo racional em torno da questão da saúde no Brasil voltado para o futuro, no qual não apenas os candidatos, mas as autoridades, os políticos, empresários, líderes do setor, acadêmicos, pesquisadores e prestadores de serviço possam dar cada um a sua contribuição.

Ao promover o seminário “Caminhos para o Financiamento e Acesso à Saúde”, em junho de 2010, em São Paulo, em parceria com o jornal *Valor Econômico*, a Interfarma entendeu a iniciativa como sendo parte da sua contribuição, amplificada agora por meio desta publicação. A edição do caderno “Acesso e Financiamento à Saúde no Brasil” será enviada a todos os candidatos à Presidência da República, aos governos estaduais e ao Congresso Nacional.

Para a Interfarma a construção de um diálogo aberto com a sociedade em torno da saúde pública no País deverá estar sempre acima das divergências e dos interesses político-partidários e espera que o grande vencedor destas eleições seja o partido da Saúde.



Eloi Bosio
Presidente do Conselho Diretor



Antônio Britto
Presidente-Executivo

A Constituição de 1988: Universalidade, integralidade e equidade no acesso à saúde

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, representou um dos avanços mais significativos no processo de construção da cidadania brasileira. Em um clima de alívio após a redemocratização do País, com o idealismo de construir uma nova sociedade, moderna e mais justa, a legislação, com a marca da renovação, teve apoio multipartidário na Assembleia Nacional Constituinte. Foi com este espírito renovado que a Constituição Federal de 1988 garantiu, a todo cidadão brasileiro, o direito à universalidade, integralidade e equidade no acesso à saúde.

Entretanto, passados mais de 20 anos da promulgação da Constituição, o modelo desenhado pelos legisladores ainda está longe de atender a todos como determina a lei, com o agravante que, nesse período, a população brasileira cresceu quase 40 milhões, praticamente uma Argentina, subindo para mais de 190 milhões de pessoas. “A Constituição foi adequada, mas os legisladores esqueceram que isso tudo precisa de financiamento e o Estado, ter dinheiro para tudo isso”, observa o presidente do Hospital Israelita Albert Einstein, Claudio Luiz Lottenberg.

“Nosso sistema vem sofrendo de um problema crônico de subfinanciamento que pode comprometer o que ele tem de mais precioso, que é o seu caráter de universalidade”, diz o secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, Reinaldo Guimarães. De acordo com o secretário, na proposta original dos constituintes, o sistema de saúde deveria ficar com um terço da receita total destinada à seguridade social, o que equivaleria para 2010 a um orçamento próximo de R\$ 130 bilhões para o Ministério da Saúde, “mais que o dobro do que está previsto”, lembra Guimarães.

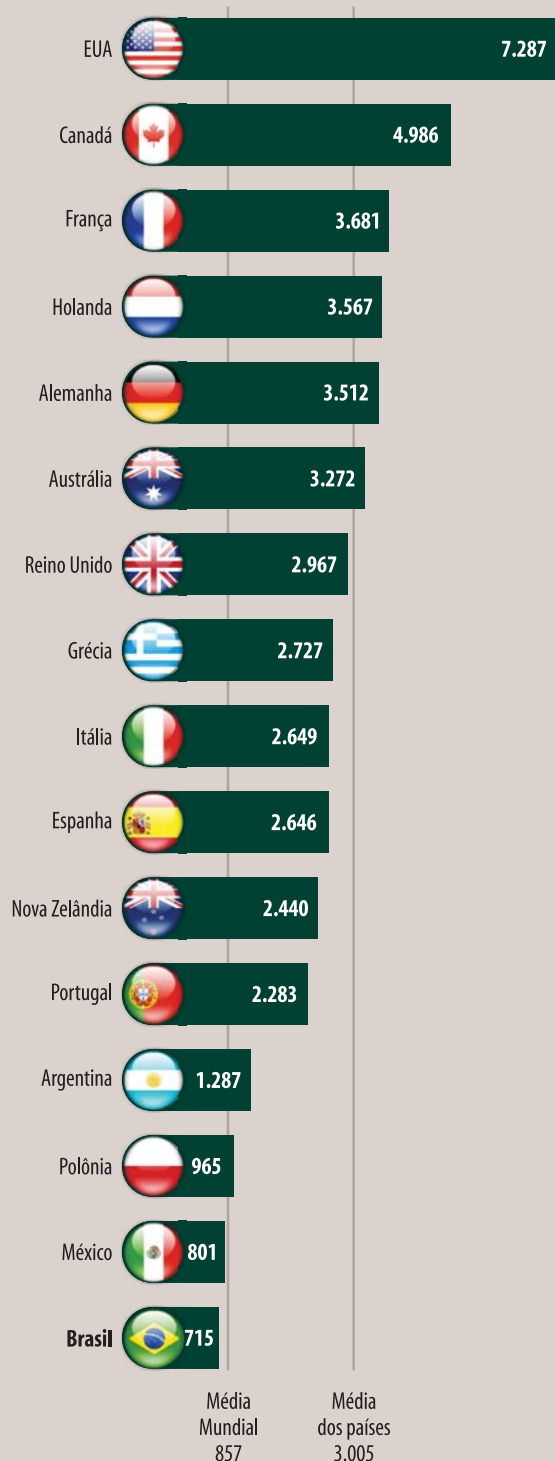
Gasto per capita

Mesmo com a elevação do investimento governamental, particularmente nos últimos anos, ao considerar os recursos públicos e privados, o gasto per capita com saúde no Brasil está abaixo da média mundial. O estudo “Análise do Setor de Medicamentos no Brasil 2004-2007”, publicado pela Interfarma – Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa e baseado em dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Datasus, mostra que a despesa com saúde por habitante brasileiro foi de US\$ 715, em 2007, enquanto a média mundial ficou em US\$ 857. Na Argentina, ultrapassou US\$ 1,2 mil per capita e nos Estados Unidos, que lideram o ranking, ficou próximo de US\$ 7,3 mil. Em países com modelo similar ao de atendimento do Brasil, os gastos com saúde são multiplicados por quase quatro, como é o caso da Espanha, US\$ 2,6 mil per capita; ou por quase sete, no Canadá, US\$ 4,9 mil (vide figura 1).

A economista Maria Cristina Sanches Amorim, professora titular do Departamento de Economia e do Programa de Pós-Graduação em Administração da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC), uma das autoras do Estudo Interfarma, diz que esse quadro não se altera muito quando comparado a 2010, já que uma expansão marcante desses números dependeria de expressivo aumento de renda e de maior investimento público, o que não ocorreu.

O baixo investimento do governo resultou no crescimento do mercado privado de saúde. “Há um anseio da população em ter um plano de saúde, porque as pessoas sabem que a espera de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) é grande, mesmo em uma situação de emergência”, afirma José Cechin, superintendente-executivo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Com isso, a população de usuários de planos privados tem se expandido no País. Hoje, somam 42 milhões de pessoas, o que representa 21% da população. Nos países no qual prevalece o sistema público universal, esse percentual é bem mais baixo, cerca de 10%. “Essa adesão no Brasil aos planos de saúde mostra que as necessidades são subatendidas”, diz Cechin.

Figura 1. Em 2007, os gastos com saúde no Brasil foram comparativamente baixos em relação a 15 países pesquisados e à média mundial quanto aos gastos totais per capita na saúde



Fonte: OMS (WHO/WHOSIS) e Datasus/Saops

Fatia menor

O orçamento do Ministério da Saúde de 2009 não alcançou o de 1985, diz o cardiologista e ex-ministro da Saúde Adib Jatene. “Se nós olharmos a parcela da seguridade destinada ao setor saúde, em 1995, tínhamos 22% do total do orçamento; em 1998, tínhamos 18%; em 2009, tivemos 14%. Então, constata-se que os recursos são decrescentes”, afirma Jatene, lembrando que nesse período a população cresceu, vem envelhecendo mais e a incorporação tecnológica não tem precedentes. “Se tivéssemos os 35% do total do orçamento da seguridade, como queriam os constituintes, não estaríamos discutindo a falta de recursos para a saúde hoje”, assegura o ex-ministro.

Um retrato mais atual desse cenário, com um olhar específico nas despesas do governo federal, mostra que, em 2008, o orçamento da saúde foi de R\$ 54,1 bilhões e, em 2009, ficou em R\$ 59,8 bilhões. Para 2010, o projeto de lei enviado ao Congresso fixou R\$ 62,5 bilhões, um aumento de 4,5%, comparativamente a 2009. Esse valor deixou o setor de saúde em terceiro lugar na distribuição da receita da seguridade social, que compreende os gastos para garantir o direito do cidadão à saúde, previdência e assistência social. Do total de R\$ 456,7 bilhões, a Previdência Social ficou com mais da metade, 55,6%; e a saúde, com apenas 13,7%.

Problemas de gestão

O Estudo Interfarma aponta as falhas no sistema, que precisaria ser reformado para ganhar eficiência. Segundo a pesquisa, há uma inoperância no sistema, que não sabe aplicar bem os recursos e também gasta mal. Abriga inúmeros desperdícios, remunerando, por exemplo, por serviços prestados, consultas e procedimentos. “É como fazer uma campanha para acabar com a dengue e pagar, por exemplo, por mosquito morto. Com certeza, iria ter muita gente criando mosquitos”, afirma a economista Maria Cristina Amorim, observando que dados da Confederação Nacional de Saúde (CNS) indicam que a

taxa de ocupação de leitos hospitalares hoje é de 38%, enquanto centenas de pessoas aguardam em corredores por uma vaga em hospitais. “Esse é um exemplo de falha de processo.”

O deputado federal e ex-secretário de Saúde do Rio Grande do Sul, Osmar Terra, engrossa o coro dos que acreditam que é preciso aplicar bem os recursos, em todas as esferas públicas. “Quando fui secretário de Saúde do Rio Grande do Sul não tinha como explicar para a população por que os gastos com internações no sistema público eram seis vezes maiores em comparação com os do melhor hospital privado de Porto Alegre. Tem que ter uma racionalização e isso é um grande desafio”, diz. Segundo o secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, Reinaldo Guimarães, as falhas de gestão não são um assunto exclusivo da pasta e decorrem da rigidez e obsolescência das regras que presidem a política de pessoal do setor público brasileiro.

A Saúde nunca contou com fontes próprias exclusivas, estáveis e ajustadas às suas necessidades

Em meados dos anos 70, mais de 68% da receita tributária disponível era da União. Aos Estados e municípios restavam 23,3% e 8,6%, respectivamente. A Constituição de 1988 reverteu a centralização, estabelecendo uma nova partilha tributária que favoreceu Estados e municípios, principalmente estes últimos, em detrimento da União.

Em 1993, ao fim da execução gradual do processo de descentralização, os percentuais eram de 57,8% (União), 26,4% (Estados) e 15,8% (municípios). Assim, enquanto a participação relativa da União caiu dez pontos percen-

tuais, a de Estados e municípios teve um acréscimo na receita disponível da ordem de 13,3% e 83,7%, respectivamente.

As “perdas” da União, entretanto, ficaram limitadas ao âmbito do Imposto de Renda e do Imposto sobre Produtos Industrializados, que compõem o Fundo de Participação dos Estados (FPE) e o Fundo de Participação dos Municípios (FPM), permanecendo intacta, sob inteiro controle federal, a receita, tão ou mais substancial, procedente das Contribuições Sociais criadas pela Constituição de 1988.

As Contribuições Sociais constituem uma fonte de receita privilegiada para a União quando comparadas com outros tributos. Os motivos:

1. Correspondem a mais da metade da receita tributária federal.
2. Não estão sujeitas ao princípio da anualidade (Constituição Federal Art. 150, III b) podendo ser recolhidas noventa dias depois de sua criação ou alteração (Constituição Federal Art.195, § 6º).
3. Por estarem destinadas a uma causa social são melhor aceitas pela sociedade do que aumentos da carga tributária sem destinação específica.
4. Por terem base de arrecadação mais abrangente tem tendência a crescer mais do que a de outros tributos.

Uma explicação para o maior crescimento relativo da carga tributária bruta na comparação com as Transferências de Assistência e Previdência Social e Subsídios (TAPS) está no aumento que as receitas das contribuições sociais (Cofins, CPME, CSLL, etc.) tiveram em relação às despesas com assistência e previdência.

Esse aumento de receita propiciou a implementação do mecanismo de desvinculação orçamentária, criado em 1994, logo após a implantação do Plano Real, inicialmente pelo Fundo Social de Emergência (FSE) e posteriormente com a denominada Desvinculação de Receitas da União (DRU). A DRU estabeleceu que 20% das receitas arrecadadas com aquelas contribuições são livres e, portanto, não devem ser obrigatoriamente alocadas nas áreas de previdência, saúde ou assistência social.

As justificativas para a implantação da DRU foram:

Figura 2. Carga Tributária Bruta total, componentes e principais tributos [1995-2008] (em % do PIB)

Ano	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Carga tributária bruta total	26,5	27,4	28,4	30,4	31,9	32,4	31,9	32,8	33,8	34,1	34,7	35,2
Impostos sobre Produtos	11,6	11,4	12,6	13,7	14,3	13,9	13,5	14,2	14,3	14,2	14,1	15,0
Cofins	1,9	1,8	2,9	3,3	3,5	3,5	3,4	4,0	4,0	3,8	3,8	3,9
Demais	9,6	9,7	9,7	10,5	10,9	10,5	10,2	10,3	10,3	10,4	10,3	11,1
Outros impostos ligados a produção	1,2	1,3	1,1	1,0	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,5
Contribuição do salário educação	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3
Contribuição para SESI, SESC, SENAI, e SENAC (Sistema S)	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3
Impostos sobre renda, propriedade e capital	6,1	6,8	6,7	7,6	8,1	9,0	8,8	8,7	9,6	9,5	9,8	9,1
Impostos sobre renda (IR)	3,6	4,2	4,3	4,1	4,5	5,1	4,9	4,7	5,3	5,2	5,4	5,8
Contribuição provisória sobre movimentação financeira (CPMF)	0,7	0,8	0,7	1,2	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,3	1,4	0,0
Contribuição social sobre lucro de pessoa jurídica	0,8	0,7	0,6	0,7	0,7	0,8	0,9	1,0	1,2	1,1	1,3	1,4
Contribuições Previdenciárias	7,6	7,9	8,0	8,0	8,3	8,3	8,3	8,6	8,7	9,2	9,4	9,6
Contribuições aos institutos oficiais de previdência, FGTS e PIS/PASEP	7,3	7,6	7,6	7,1	7,3	7,2	7,3	7,5	7,7	7,9	7,8	8,1
Contribuições Previdenciárias do funcionalismo Público	0,4	0,4	0,4	0,9	1,0	1,1	1,0	1,1	1,0	1,3	1,6	1,5
Demais	1,2	1,4	1,4	1,7	1,8	2,0	2,0	2,1	2,1	2,2	2,2	1,2

Fonte: Márcio Bruno Ribeiro, Uma análise da carga tributária bruta e das transferências de assistência e previdência no Brasil, no período 1995-2009: Evolução, composição e suas relações com a regressividade e distribuição de renda. Ipea texto para discussão | 1464 | jan. 2010

- A “excessiva” rigidez orçamentária derivada de receitas livres equivalentes apenas a 15% do orçamento o que limitava a possibilidade do governo programar novas políticas públicas;
- Evitar que algumas despesas fiquem com excesso de recursos vinculados, enquanto outras apresentem carência de recursos;
- Permitir o financiamento de despesas incompressíveis sem endividamento adicional de União; e, principalmente,
- Viabilizar a obtenção de superávits primários para atender as metas fiscais da Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO.

Segundo estimativas apresentadas pela Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil

(ANFIP, 2009), a DRU desviou entre 2005 e 2008 para outras finalidades mais de R\$ 145 bilhões das receitas do orçamento da seguridade social.

Como o texto da Constituição de 1988 não assegurou uma vinculação específica de recursos para a Saúde, o destino de suas finanças ficou ao sabor das oscilações da economia. Apenas no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT determinou-se no Artigo 55: “Até que seja aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da Seguridade Social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao Setor Saúde”.

As Leis de Diretrizes Orçamentárias – LDOs de 1990 até 1993 reproduziram o disposto no Artigo 55 do ADCT, mas as Leis Orçamentárias Anuais não cumpriram o disposto na LDO respectiva culminando com a crise de

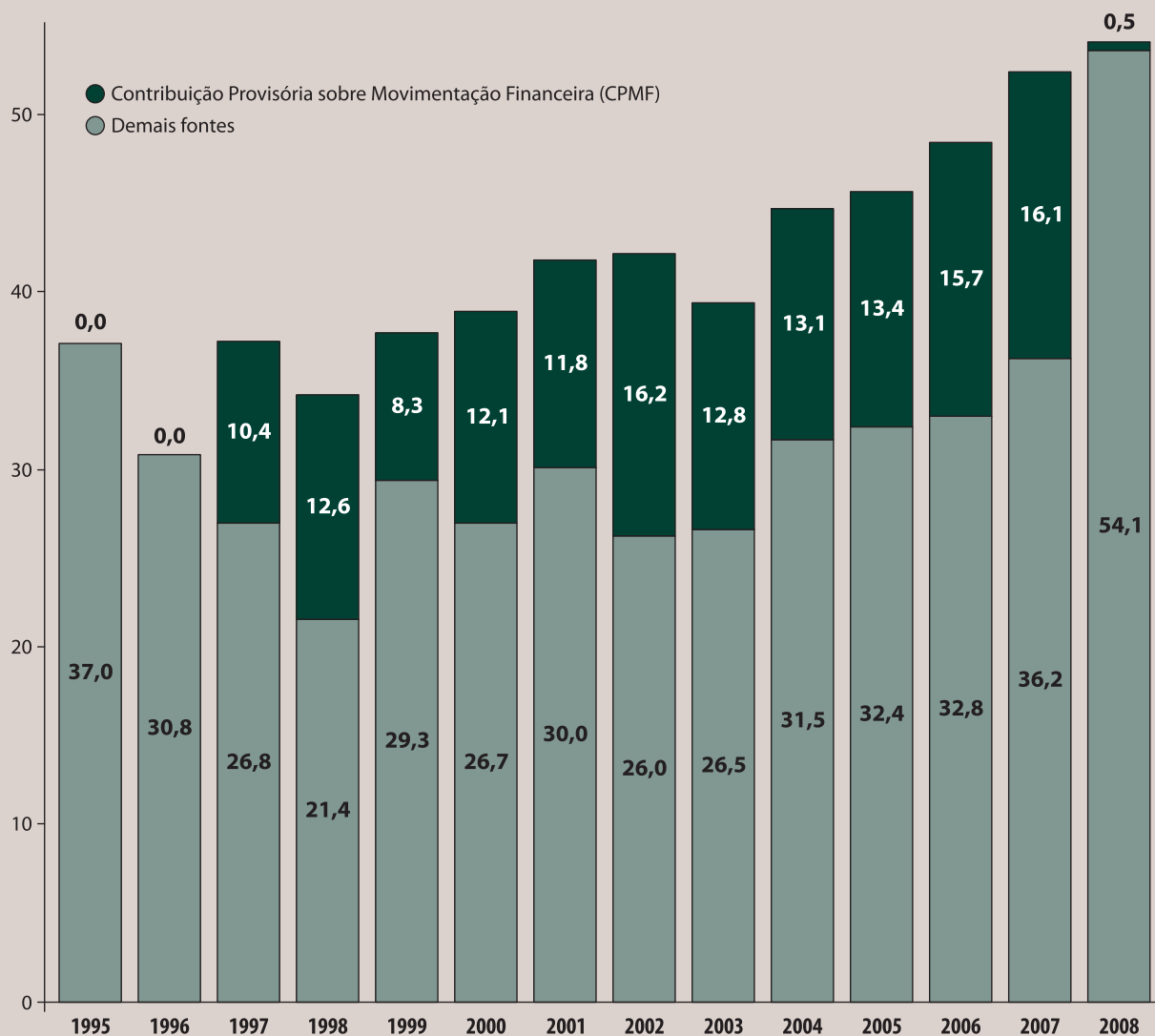
financiamento da Saúde de 92, crise que somente foi superada com um empréstimo junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador- FAT em 1993 e 1994.

A necessidade imperativa de recursos complementares para permitir que a saúde superasse a crise motivou a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). No começo, o Artigo 18 da Lei nº 9.311, de outubro de 1996, estipulava que a totalidade da arrecadação seria destinada exclusivamente ao Fundo Nacional de Saúde. Mas, a partir de 1999, com a Emenda Constitucional 21, a CPMF passou a destinar parte de seus recursos à Previdência Social e erradicação da

pobreza. Assim, a destinação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) foi sendo gradativamente desvirtuada do seu desígnio original.

A retirada em 2008 da CPMF provocou uma redução imediata de aproximadamente R\$ 16 bilhões, que teve que ser suprida por receitas livres do Orçamento (figura 3). A título ilustrativo, a execução do Ministério da Saúde em 2008 foi de R\$ 54,1 bilhões, apenas metade, que teria correspondido se aplicado o valor de 30% do Orçamento da Seguridade Social estabelecido no Artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) e da Lei de Diretrizes Orçamentárias de 1990.

Figura 3. Execução do Ministério da Saúde por fonte (CPMF e outras fontes) — 1995 a 2008 (atualizado pelo IPCA médio de 2008).



Fonte: Financiamento e Gasto Público em Saúde: histórico e tendências, 1995 a 2008 – IPEA, 2009. Autores: Luciana Mendes Santos Servo, Andréa Barreto de Paiva, Sérgio Francisco Piola e José Aparecido Ribeiro.

Esperanças na Emenda 29

As estatísticas indicam que a opção do País pelo modelo público de saúde não correspondeu a uma priorização de gastos da União, Estados e municípios. Em 2000, o Congresso aprovou uma Emenda à Constituição (EC) 29 que aumentou o gasto mínimo com a saúde. Para a União, foi definido um acréscimo de 5% ao valor gasto em 1999 e, para o período de 2001 a 2004, ficou estabelecido um reajuste de acordo com a variação do Produto Interno Bruto (PIB). No caso dos Estados, a emenda fixou o percentual mínimo de 12% da arrecadação dos impostos e, para os municípios, 15%. No entanto, o reajuste definido não foi cumprido porque a emenda ainda não saiu totalmente do papel.

“Mais de uma dezena de Estados deixam de cumprir a determinação e tudo isso pode ser discutido porque a EC 29 ainda não está regulamentada”, diz Sérgio Francisco Piola, coordenador da área de saúde da diretoria de estudos sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Para Piola, se todos os Estados cumprissem a EC 29, o sistema de saúde brasileiro teria recebido ao menos mais R\$ 2 bilhões por ano, desde 2003. Nas contas do coordenador do IPEA, somente a regulamentação de projetos que propõem mais recursos federais para a saúde teria elevado o orçamento do Ministério da Saúde em R\$ 7,5 bilhões, em 2009, para mais de R\$ 65 bilhões. “E isso não move um ponto no Produto Interno Bruto (PIB)”, diz Piola, afirmando que o investimento do sistema de saúde brasileiro fica em torno de 3,5% do PIB, enquanto em outros com sistema integral e universal semelhante se aproximam da média de 6,5%. “Não é qualquer regulamentação que trará mais recursos para a saúde. Sobretudo, é necessário aumentar o gasto público com saúde equivalente ao PIB”, afirma.

O senador Flavio Arns (PSDB) acompanha de perto a alocação dos recursos e é um dos parlamentares que

lideram a defesa do cumprimento da Constituição. “O governo, infelizmente, não quer discutir o orçamento da saúde, que é absolutamente insuficiente. Se fosse aplicado o mínimo exigido, já haveria um impacto no cotidiano das pessoas”, afirma o senador.

Um dos principais argumentos para a lei não ser cumprida é a ausência do conceito de “ações e serviços públicos de saúde” e também dos diferentes critérios para contabilizar as receitas que devem estar vinculadas à saúde. “Há sempre tentativas de inserir no item saúde gastos que não estão diretamente relacionados como, por exemplo, saneamento”, explica o economista Raul Velloso, especializado em políticas públicas. “Na conta saúde, tem muito Estado e município colocando uma série de ações, de tratamento de água até alimentação para o sistema prisional, porque alegam benefícios para a saúde, já que, por exemplo, água tratada evita doenças, bem como o preso bem alimentado. E tudo isso com a complacência de muitos tribunais de contas”, afirma o médico-sanitarista Gonzalo Vecina Neto, superintendente corporativo do Hospital Sírio-Libanês e ex-presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Apesar da dificuldade de aplicar o mínimo previsto, desde 2002, há uma proposta no Congresso para ampliar os investimentos na saúde. O texto esclarece os conceitos e as receitas que devem ser considerados para o investimento em saúde e ainda estabelece que a União deverá investir um mínimo de 10% do valor arrecadado com impostos e tributos no setor. Do lado dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), há uma mobilização para a aprovação do projeto. “Estamos lutando para que o governo federal invista os 10%, que vai significar um aumento de R\$ 12 bilhões para a área”, afirma o advogado Sérgio Metzger, diretor de relações institucionais da Associação de Diabetes Juvenil (ADJ).

Carga tributária prejudica o acesso, dizem os especialistas

Segundo pesquisa da Confederação Nacional de Saúde (CNS), os governos federal, estaduais e municipais arrecadaram do setor da saúde em tributos R\$ 30,4 bilhões em 2009, ante R\$ 27,5 bilhões em 2008. Comparativamente a 2003, quando o setor contribuiu com R\$ 14,3 bilhões, houve um aumento real de 57,19% e nominal de 112,73%. Na esfera federal, a arrecadação totalizou R\$ 7,6 bilhões em 2003, dobrando para R\$ 15,7 bilhões, em 2008, e atingindo R\$ 17,4 bilhões, em 2009.

O presidente-executivo da Interfarma, Antônio Britto, observa que, no caso dos medicamentos, a carga tributária no Brasil é maior do que os impostos que incidem sobre diamantes ou produtos veterinários, por exemplo. “O curioso é que isso torna as compras de medicamentos pelo próprio governo mais caras”, afirma. Para Britto, o dado mais perverso é que o governo arrecada em impostos sobre remédios praticamente o que gasta na compra de medicamentos. “É uma conta razoavelmente simples de se fazer. O mercado brasileiro gira em torno de R\$ 35 bilhões e, se aplicada a carga tributária sobre esse valor, o que é sempre difícil porque o sistema de tributação no País é muito complexo, acha-se embutido um valor de pelo menos uns R\$ 5 bilhões em impostos, quase o mesmo montante destinado pelo Ministério da Saúde para a compra de medicamentos.” Em média, a carga tributária sobre medicamentos no País alcança quase 34%, enquanto na maior parte do mundo fica abaixo de um dígito. O ex-ministro da Saúde Adib Jatene lembra, contudo, que, se reduzida a carga tributária, sobraria ainda menos para investimento em saúde, já que do total do orçamento do governo federal apenas 10% são destinados para a área, mais educação, programas de infraestrutura e custeio.

Iniquidade, distribuição inadequada de renda e sistema tributário dificultam o acesso à saúde dos mais necessitados

O Brasil tem feito alguns progressos, mas ainda mantém uma elevada concentração de renda quando comparado com outras economias e, particularmente, com economias mais desenvolvidas.

No Relatório de Desenvolvimento Humano das Nações Unidas de 2009, em uma lista de 182 países, o Brasil apresentou um índice de concentração de renda melhor apenas do que o de nove países, sendo quatro das Américas (Haiti, Bolívia, Honduras e Colômbia) e cinco da África (Botswana, Namíbia, Comoros, Angola e África do Sul). Apesar de ter ocorrido alguma redução recente da desigualdade, essa melhoria na distribuição iníqua da renda no Brasil adveio principalmente das políticas sociais de transferência de renda. Sem questionar o inegável mérito dessas transferências para amenizar o impacto imediato da pobreza, perpetua-se com isso a “ilusão fiscal” das classes menos favorecidas que acreditam pagar pouco ou nenhum imposto; ilusão resultante da elevada e complexa carga tributária indireta que torna pouco transparente o verdadeiro ônus dos tributos nos produtos consumidos pela população¹. Para Marcelo Liebhardt, diretor de Economia da Interfarma: “Por conta da carga tributária indireta, o grupo de famílias com renda de até dois salários-mínimos é onerado com qua-

1. Na Inglaterra, bem como nos outros países desenvolvidos, o efeito líquido da tributação é neutro, como aponta Glennerster (2006, p. 25): (...) “indirect taxes have had a growing part to play in counteracting the equalizing effect direct taxation since they fall most heavily on the poor”. Cabe às políticas sociais – o welfare-state – o papel redistributivo. No caso brasileiro, como se verá, além dos ganhos distributivos das políticas sociais – melhor dizendo, das transferências monetárias governamentais – serem bem mais modestos, esses são neutralizados pelo resultado regressivo da tributação. Resultado que, como dito, se deve principalmente à composição da tributação no que se refere aos impostos diretos e indiretos, e não à progressividade ou regressividade deles. Silveira, Fernando Gaiger, “Tributação previdência e assistência sociais: impactos distributivos” – Tese de Doutorado, Unicamp, Campinas, SP: [s.n.], 2008, p. 125.

Figura 4. Brasil - Distribuição da Carga Tributária Bruta segundo faixa de salário-mínimo.

Renda Mensal Familiar	Carga Tributária Bruta (2004)	Carga Tributária Bruta (2008)	Dias Destinados ao Pagamento de Tributos
até 2 SM	48,8	53,9	197
2 a 3	38,0	41,9	153
3 a 5	33,9	37,4	137
5 a 6	32,0	35,3	129
6 a 8	31,7	35,0	128
8 a 10	31,7	35,0	128
10 a 15	30,5	33,7	123
15 a 20	28,4	31,3	115
20 a 30	28,7	31,7	116
mais de 30 SM	26,3	29,0	106
CTB, segundo CFP/DIMAC	32,8	36,2	132

Fontes: Carga Tributária por faixas de renda, 2004: Zockun et alli (2007) Carga Tributária Bruta 2004 e 2008: CPF/DIMAC/IPEA; Carga Tributária por faixas de renda 2008, 2008 e Dias Destinados ao Pagamento de Tributos, elaboração própria.

se o dobro da carga tributária bruta se comparado com as famílias com renda superior a 30 salários-mínimos” (vide figura 4).

As Transferências de Assistência e Previdência Social e Subsídios (TAPS) alcançaram 15,4% para uma Carga Tributária Bruta (CTB) de 34,7 % do PIB em 2007. De acordo com a figura 5, o Brasil apresenta uma Carga Tributária Bruta e TAPS muito próximas das registradas por Portugal e Polônia. A diferença surpreendente fica por conta da elevadíssima conta de juros líquidos pagos pelo Brasil. O pagamento dos juros corresponde a mais de 30% da Carga Tributária Líquida. Para uma dívida líquida do setor público próxima de 43% do Produto Interno Bruto, o Brasil pagou 6,2% do PIB de juros. Esse percentual representa um valor 138% superior à média dos juros líquidos pagos na zona do Euro e 229% superior à média da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) para um mesmo patamar de dívida líquida.²

2. De acordo com Silveira, “cabe sublinhar que a dívida pública e seu financiamento são uma das principais causas da elevação da carga tributária, podendo-se afirmar que é mecanismo de transferências regressiva de renda, logo de reforço dos nossos padrões de desigualdade.” Silveira, Fernando Gaiger, “Tributação previdência e assistência sociais: impactos distributivos – Tese de Doutorado, Unicamp, Campinas, SP: [s.n], 2008, p. 125.

Figura 5. Carga Tributária Bruta (CTB) e Líquida (CTL), Transferências de Assistência e Previdência Social e Subsídios (TAPS) e Pagamento Líquido de Juros no Brasil e em países selecionados em 2007.

Países	CTB	TAPS	CTL = CTB-TABS	Juros Líquidos	CTL - juros
Alemanha	39,2%	18,1%	21,1%	2,4%	18,7%
Brasil	34,7%	15,4%	19,3%	6,2%	13,1%
Canadá	33,1%	10,9%	23,2%	0,7%	22,5%
Coreia do Sul	26,8%	3,6%	23,2%	-1,5%	24,7%
Espanha	32,7%	13,4%	19,3%	1,2%	18,1%
Estados Unidos	28,4%	12,6%	15,8%	2,1%	13,7%
França	42,3%	18,9%	23,4%	2,5%	20,9%
Grécia	31,6%	18,5%	13,1%	0,1%	13,0%
Hungria	39,9%	16,9%	23,0%	5,0%	23,5%
Irlanda	30,8%	10,3%	20,5%	-4,6%	25,1%
Itália	42,5%	18,6%	23,9%	4,5%	19,4%
Japão	28,1%	12,1%	16,6%	0,7%	15,9%
Noruega	42,0%	13,5%	28,5%	-13,3%	41,8%
Nova Zelândia	36,5%	10,5%	26,0%	-0,9%	26,9%
Polônia	34,1%	14,9%	19,3%	1,6%	17,7%
Portugal	36,5%	16,8%	19,7%	2,9%	16,8%
Reino Unido	36,5%	13,8%	22,7%	1,8%	20,9%
Suécia	46,8%	16,5%	30,3%	2,6%	27,7%

Fonte: IPEA - Carga Tributária Líquida e Efetiva Capacidade do Gasto Público no Brasil, Comunicado da Presidência nº 23, Brasília, Julho de 2009.

Se por um lado as áreas econômicas dos governos costumam argumentar que uma Carga Tributária Líquida - Juros de 13,1% não deixa muita margem de manobra para a alocação de recursos suplementares à saúde, visto o leque de outras políticas públicas que precisam ser implementadas, é também evidente o potencial de recursos adicionais que podem ser liberados, melhorando, por exemplo, a administração e o custo da dívida pública.

Comparação internacional: o Brasil deixa a desejar no atendimento à saúde da população

A análise das Estatísticas Mundiais em Saúde publicada, em 2009, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com dados de 2006, de 193 países, permite algumas observações bastante relevantes para contextualizar o compromisso de cada sociedade com a saúde de sua população. Na maioria dos indicadores de gastos em saúde

o Brasil ocupa apenas posições intermediárias. Na participação do gasto total em saúde no PIB, o Brasil ocupa a 57ª posição, enquanto no quesito gasto público em saúde no PIB (3,6%) ocupa apenas a 89ª posição.

O grande destaque, infelizmente negativo, ocorre por conta de o Brasil ocupar a 151ª posição na participação do gasto do governo em saúde em relação aos gastos totais do governo (7,2%). Assim sendo, o gasto privado em saúde em relação ao gasto total em saúde é elevado. Neste item, o País ocupa a 28ª posição.

Os dados confirmam as críticas de especialistas, tanto públicos quanto privados, de que o gasto público com saúde é ainda insuficiente. No Brasil, o gasto total com saúde está próximo de 7,5% do Produto Interno Bruto (PIB). Mas a participação do gasto público é de apenas 3,6% do PIB, o que onera desproporcionalmente a população carente vista a desigual concentração de renda e a regressividade da carga tributária.

Modelos Internacionais

Na comparação internacional, o gasto total do Brasil com saúde (7,5% do PIB) está abaixo da média mundial (9,7% do PIB). Mas o que de fato chama a atenção é a

Figura 6. Em 2007, os gastos totais com saúde no Brasil foram comparativamente baixos em relação a outros países, em termos de porcentagem do PIB.



baixa participação pública no gasto total. O gasto público no financiamento da saúde (48% do total) equivale a 3,6% do PIB, o que não é compatível com um sistema de saúde que pretende ser universal e de atendimento integral. Nessas condições, o gasto privado é obrigado a complementar os 52% restantes do gasto total, ou seja, 3,9% do PIB, com recursos próprios. Dada a desigual distribuição da renda e a regressividade da carga tributária, a menor participação do governo penaliza fortemente as classes menos favorecidas. Paradoxalmente, e guardadas as devidas proporções de renda, as participações relativas do gasto público e privado são próximas às observadas nos Estados Unidos, país considerado paradigma do mercado privado de saúde.

Maior participação do Estado

Uma análise dos sistemas nacionais de saúde traz uma constatação interessante: cada vez mais o Estado ocupa maior espaço, seja como prestador de serviço, seja como regulador do mercado ou financiador dos serviços. A recente experiência norte-americana é um bom exemplo, segundo documento do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Até 1965, a saúde era de responsabilidade do cidadão norte-americano, que contratava o serviço diretamente no setor privado. Em 1965, o governo passou a garantir o acesso à saúde para idosos e pobres, pagando diretamente os prestadores privados.

Na década de 1970, foi instituído um fundo público para subsidiar parte dos planos privados para aqueles que não pudessem pagar. No entanto, os altos custos levaram o governo a reformar o sistema. Em 1990, os gastos com saúde estavam em US\$ 713 bilhões e subiram para US\$ 2,3 trilhões em 2008, comprometendo 16% do PIB. A partir de agora, torna-se obrigatória a contratação de um seguro-saúde e o Estado vai subsidiar a contratação de planos privados para que a renda das pessoas não seja comprometida com esse custo.

O aumento nos custos de saúde é um fenômeno mundial. A Espanha viu o gasto com saúde ser multiplicado por cinco de 1960 a 2006. O país, que em 1960 tinha

uma das despesas mais baixas com saúde, 1,5% do PIB, passou para 8,1% em 2006.

No Canadá, o sistema de saúde está estruturado em cinco eixos: universalidade, integralidade, acessibilidade, gestão pública e transferibilidade – verbas federais são repassadas aos governos das províncias, que fazem o atendimento à população. Cerca de 70% do financiamento do sistema de saúde do Canadá é garantido por verbas públicas provenientes das receitas fiscais. As províncias e os territórios priorizam, em média, mais de 30% do orçamento para financiar os serviços de saúde.

Já na França, o copagamento, sistema em que o governo subsidia parte do custo, é feito segundo as classes terapêuticas e as patologias. Os descontos chegam a 100% para medicamentos de doenças graves, 65% para medicamentos mais consumidos e 35% para os demais. Em Portugal, os remédios incluídos no programa de copagamento são divididos em níveis. Os classificados como “A” têm descontos de 100% e representam os indispensáveis para a sobrevivência do paciente ou os utilizados no tratamento de doenças crônicas. No nível “B”, estão os essenciais, usados no tratamento de doenças graves ou de uso prolongado, com descontos de 70%. Os classificados no nível “C” têm 40% de desconto.

O Brasil precisa de comprometimento ainda maior do Estado com o gasto público em saúde

Apesar da melhoria ocorrida nos últimos anos, os indicadores de saúde do nosso País são ainda ruins quando comparados, por exemplo, com os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e mesmo com alguns países da América Latina como Argentina, Chile e Costa Rica. Com um nível de gasto per capita ainda muito baixo (em torno de US\$ 630 anuais), existe sem dúvida bastante espaço para maiores

investimentos na melhoria do sistema de saúde brasileiro. Para alcançar a média internacional de gasto com saúde (9,7%), seria necessário um investimento público adicional de 2,2 % do Produto Interno Bruto. Esse acréscimo também permitiria atingir a média internacional de 60% de gasto público e 40% de gasto privado.

Alguns estudos indicam que esse maior investimento poderia ter retornos mais elevados do que os estimados para países desenvolvidos, considerando que, a partir de certo nível, os retornos marginais para o gasto per capita em saúde podem se tornar decrescentes. Assim, países com gastos menores e piores indicadores de saúde podem esperar benefícios adicionais maiores para cada unidade monetária adicional gasta em saúde do que países que gastam muito e apresentam melhores indicadores.³

O Brasil ainda está longe de atingir um estágio em que se possa sequer argumentar a existência de um nível suficiente de gastos, a existência de uma adequada infraestrutura ou de um desempenho satisfatório do seu sistema de saúde. À insuficiência de recursos públicos se agrega também uma ineficiência no gasto com saúde, que é reconhecida por analistas fora e dentro do Sistema Único de Saúde. Mas, ainda que se deva procurar de forma persistente e permanente o aumento da eficiência, isso não pressupõe aceitar a argumentação, que geralmente ocorre quando da disputa pelos recursos orçamentários, de que a saúde deva sempre “fazer mais com os recursos já disponíveis”. Não pode ser desconsiderada a simultaneidade do problema: que seja necessário gastar mais, pelo menos inicialmente (por exemplo, investir na qualificação dos gestores nos três níveis, criar procedimentos, aprimorar os sistemas de informações em saúde e a interoperabilidade dos mesmos, corrigir as distorções de preços relativos dentro do sistema, remunerar de forma justa os recursos humanos e tornar o SUS atrativo para a entrada de profissionais de outras áreas), para poder assim gastar de forma mais eficiente.

Gastos com medicamentos

O gasto público com medicamentos no Brasil representa apenas 0,33% do Produto Interno Bruto, enquanto o valor médio do gasto público em países da OCDE é de 0,92% do PIB. Por conta dessa baixa participação, mais de 45% dos gastos com assistência à saúde do grupo das famílias 40% mais pobres é gasto com medicamentos. Se o governo não decide pela ampliação significativa de programas do tipo do copagamento para suprir essa lacuna de acesso, poderia ao menos desonerar os tributos que incidem sobre os medicamentos. Os tributos sobre o valor agregado dos medicamentos no Brasil chegam a 27,5%, um verdadeiro recorde internacional.

O governo federal tem se empenhado nos últimos anos em desonerar o Programa de Integração Social (PIS) e a Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins), uma parcela expressiva do mercado, mas resta ainda que os Estados contribuam decisivamente na redução ou isenção do ICMS para os medicamentos. O disposto no inciso X, da Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003, permite que a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) assegure o efetivo repasse aos preços dos medicamentos de qualquer alteração da carga tributária. No caso de uma desoneração do ICMS para os medicamentos há, portanto, uma garantia de que essa redução da carga tributária será transferida ao consumidor.

Erros e acertos

Brasil avança, mas faltam estrutura e política de acesso a medicamentos, diz Antônio Britto, presidente da Interfarma

Para Antônio Britto, presidente-executivo da Interfarma, o problema de acesso a medicamentos no País é estrutural. “Não se montou uma estrutura, uma política de acesso no Brasil”, observa Britto, acrescentando que a entidade considera que o País tem avançado, mesmo que lentamente, em termos de saúde básica, em vacinação,

3. Marinho, A; Cardoso, S; de Almeida, V. Brasil e OCDE: Avaliação da eficiência em sistemas de saúde, IPEA, Rio de Janeiro, janeiro de 2009, pp. 46-48.

Famílias gastam mais

Uma pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), denominada Contas Satélite de Saúde, analisou o desempenho do setor no período de 2005 a 2007, com dados sobre produção, consumo e comércio exterior de bens e serviços relacionados à saúde e também informações sobre mercado de trabalho e renda.

No detalhamento dos gastos das famílias, as despesas com medicamentos são as mais representativas, conforme pesquisa do Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS), baseada na pesquisa do IBGE. Em 2007, elas representaram 35% de todo o consumo em saúde, isto é, R\$ 44,78 bilhões, um crescimento próximo de 10% ante os R\$ 40,9 bilhões em 2005. O setor público gastou no mesmo item, em 2007, em números absolutos, apenas um décimo do consumo das famílias brasileiras: R\$ 4,72 bilhões, alta também de cerca de 10% na comparação com 2005. Em relação ao total de gastos do setor público, os medicamentos representaram apenas 5%, indica o IESS.

Apesar da baixa participação do governo nos gastos com saúde, os números apontam para uma tendência

de crescimento da importância do setor como um todo na atividade econômica brasileira. Em 2005, a saúde adicionou R\$ 100,97 bilhões de valor à economia. Em relação ao total adicionado por todos os segmentos, a saúde representou 5,5%. “O valor adicionado mensura o quanto cada atividade acrescenta de valor à economia. Operacionalmente, são as receitas provenientes da venda de produtos ou serviços diminuídas do montante de compras de insumos – ou consumo intermediário. A soma do valor adicionado e impostos sobre a produção determina o PIB (Produto Interno Bruto) do setor”, explica o estudo. Em 2007, o PIB do setor subiu e ficou em 6% do total brasileiro, com R\$ 137,85 bilhões.

Conforme o levantamento do IBGE, em 2007, a despesa total de consumo das famílias com bens e serviços de saúde chegou a R\$ 128,9 bilhões, 4,8% do PIB; a despesa da administração pública foi de R\$ 93,4 bilhões, 3,5% do PIB; e os gastos de instituições sem fins lucrativos a serviço das famílias foram de R\$ 2,3 bilhões, 0,1% do PIB. “Assim, o consumo de bens e serviços de saúde nesse ano representou 8,4% do PIB”, afirma o estudo.

na melhoria dos índices de mortalidade e na oferta de medicamentos básicos, mas ainda tem um longo caminho a percorrer. “Na medida em que o Brasil melhora como país, muda o seu perfil de doenças. Estamos abandonando o perfil de doenças do terceiro mundo. Em função do aumento da expectativa de vida, passamos a ter como causas de morte e internação doenças que exigem outra resposta em termos de medicamento e de acesso”, completa Britto.

O professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro Jacob Frenkel diz que essa discussão, por ser relativamente nova no Brasil, precisa ser estudada nos seus múltiplos

aspectos, que envolvem desde as questões sobre patentes e tecnologia, à qualidade dos medicamentos, acesso a médicos, logística de distribuição e estoques regulares de remédios. “Nos últimos anos, foram lançados alguns instrumentos e tivemos erros e acertos”, diz Frenkel, enfatizando, entretanto, que os números mostram que há um claro problema de acesso a medicamentos no Brasil. Segundo o professor, os gastos privados com medicamentos somaram 79,26% do total de gastos em 2006, último dado disponível, ficando as esferas públicas com o restante.

Cenário de desigualdades

População de mais de 130 milhões de brasileiros não possui renda suficiente para ter acesso a medicamentos, situação agravada pelo baixo investimento público

O investimento per capita do Sistema Único de Saúde (SUS) é insuficiente para responder aos desafios da universalidade da saúde. Em 2009, os investimentos das três esferas de governo resultaram em despesas próximas a R\$ 550 por habitante, enquanto um plano privado de saúde, para a mesma prestação proposta pelo SUS, contabilizava gastos de R\$ 5 mil, diz o deputado federal Marcos Pestana. Ex-secretário de Estado da Saúde de Minas Gerais, Pestana diz que esses números deixam o gestor público diante de um dilema: cumprir o dever de garantir os serviços de saúde à população e se confrontar cotidianamente com restrições orçamentárias. “O marco constitucional foi extremamente generoso, e uma leitura mais livre da lei permite imaginar que o acesso é irrestrito: tudo para todos. Mas, do lado da administração pública, os recursos são limitados, principalmente porque a demanda do cidadão é um quadro aberto”, explica.

Além da dificuldade de atender o mínimo necessário, o sistema ainda convive com uma pressão sobre os custos em relação à evolução das pesquisas e ao desenvolvimento de novas tecnologias. O grande processo de incorporação tecnológica nos medicamentos representa qualidade de vida para os pacientes, acrescenta o deputado, mas o sistema não se preparou para pagar esse preço. O resultado desse descompasso é que as necessidades não são atendidas. “O subfinanciamento do sistema é uma realidade e ele se manifesta na dificuldade do acesso, restrição dos tratamentos e na judicialização da saúde”, constata. Pestana se refere ao crescente número de ações de pacientes na Justiça contra o SUS, para exigir o pagamento de medicamentos e tratamentos não disponíveis nas esferas públicas. Por outro lado, o deputado federal concorda que há desperdícios no setor e afirma que é preciso implementar ferramentas para produzir um gerenciamento mais eficiente. Um gasto desnecessário, por exemplo, já foi detectado nos exames laboratoriais. Estima-se que 30% dos exames clínicos realizados são

inutilizados porque os pacientes não retornam para pegar os resultados.

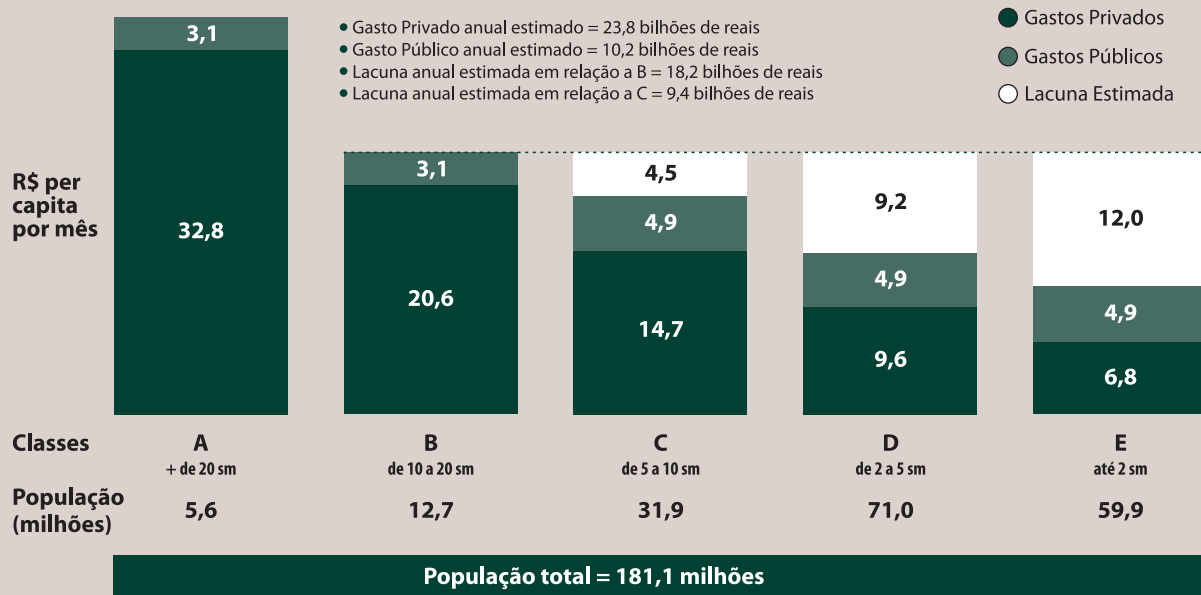
Nesse cenário, instaura-se a desigualdade. “A indústria farmacêutica produziu cerca de R\$ 30 bilhões em 2008, o governo investiu em torno de R\$ 6 bilhões e os Estados e municípios mais uns R\$ 2 bilhões. A diferença entre as vendas da indústria e os gastos públicos é a despesa privada. Se há uma grande massa sem renda, isso quer dizer que existe um obstáculo para o consumo de medicamentos e o acesso é desigual. Quem precisa e não possui recursos não tem remédio, e certamente essa população apresenta mortalidade maior”, endossa o médico-sanitarista Gonzalo Vecina Neto, superintendente corporativo do Hospital Sírio-Libanês e ex-presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

O estudo “Análise do Setor de Medicamentos no Brasil 2004-2007”, publicado pela Interfarma, analisa o tamanho da desigualdade. Em 2006, a classe A, com renda acima de 20 salários-mínimos, gastou com recursos próprios, em média, R\$ 32,80 per capita ao mês com medicamentos, perfazendo R\$ 2,2 bilhões no ano. Na classe B, com renda de dez a vinte salários-mínimos, o comprometimento mensal foi de R\$ 20,60 per capita, totalizando R\$ 3,1 bilhões no ano. Na classe C, de cinco a dez salários-mínimos, foram R\$ 14,70 per capita ao mês, com despesa anual de R\$ 5,5 bilhões. Na classe D, de dois a cinco salários-mínimos, 71 milhões de pessoas gastaram por mês R\$ 9,60 per capita; e, na classe E, com renda de até dois salários-mínimos, o gasto médio mensal foi de R\$ 6,80 – o equivalente a 2,5 passagens de ônibus na capital paulista –, representando um desembolso de R\$ 4,9 bilhões (vide figura 7).

Os valores expressam uma grande diferença do acesso a medicamentos por classe social. Para diminuir essa distância e trazer as classes C, D e E para o patamar de consumo da classe B, seriam necessários R\$ 18,2 bilhões ao ano. Considerando o consumo da classe C, o volume de recursos para incluir as classes D e E no mesmo nível da C seria a metade, R\$ 9,4 bilhões.

O Estudo Interfarma revela ainda que, quando o rendimento da população aumenta, as vendas per capita de medicamentos também evoluem. As vendas do setor farmacêutico são dependentes do comportamento da economia e da renda, ressalta a pesquisa. Entre 1997 e 2003, o rendimento médio da população brasileira declinou 3,8%, ao mesmo tempo em que o consumo mé-

Figura 7. Estimativas do consumo e do acesso a medicamentos por classes de renda e o seu acesso, apontam para acentuadas discrepâncias. (base POF/2003 e PNAD/2006)



Fonte: Fonte: IBGE - PNAD 2006 e POF 2002/2003.

dio de unidades de medicamentos per capita caiu 5%. No entanto, entre 2004 e 2007, quando o País registrou evolução de 2,9% na renda média, o consumo per capita subiu 1,3%. “Avalia-se que, para cada ponto percentual de aumento no PIB, o gasto com medicamento aumenta 1,27, os gastos totais com saúde crescem 0,88 e as demais despesas com saúde sobem 0,94, diz o Estudo.

Investir em medicamento custa menos

É mais barato destinar recursos para remédios do que para internações, exames e consultas médicas repetitivas

O medicamento é um dos componentes fundamentais pelo seu poder preventivo e terapêutico. Promover o acesso da população a medicamentos é uma das formas

de atender a um preceito constitucional de promoção, proteção e recuperação da saúde. “Do diagnóstico à terapêutica, a fase menos custosa para a sociedade é o medicamento. É prioritário”, avalia o médico-oftalmologista e presidente do Hospital Israelita Albert Einstein, Claudio Luiz Lottenberg.

Ao comparar custos de consultas médicas, exames, internações hospitalares, “peregrinação dos pacientes” por hospitais e ambulatórios, que se traduz em perda do tempo produtivo e da qualidade de vida no geral, as despesas com medicamentos seriam as menores na cadeia, explica Lottenberg. Por isso, políticas públicas foram desenhadas especificamente para a assistência farmacêutica. Em 1998, o governo publicou a Política Nacional de Medicamentos e seis anos depois, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. A partir de então, algumas definições estruturaram a política de acesso a medicamentos, mas a restrição orçamentária ainda é um entrave para o atendimento pleno da população. “É mais fácil para o indivíduo se recuperar, mas infelizmente ele nem sempre tem acesso”, diz o presidente do Albert Einstein.

Em 2008, o gasto federal com aquisição de remédios foi de R\$ 5,86 bilhões e a variação para 2009 foi pequena e alcançou R\$ 5,89 bilhões. No ano passado, 460 tipos de medicamentos foram ofertados gratuitamente à população pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Do total, o Ministério da Saúde centralizou a compra de 89 e repassou aos Estados R\$ 2,7 bilhões para a aquisição dos outros remédios. Contudo, dividindo os valores pelo número de habitantes, a despesa caiu, dado o crescimento da população no mesmo período. Ela foi de R\$ 30,93 per capita, em 2008, e de R\$ 30,70, no ano seguinte, é o que mostram dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

“Garantir acesso a medicamentos, tanto público como privado, talvez seja o maior calcanhar de Aquiles do País”, avalia o médico-sanitarista Gonzalo Vecina Neto, superintendente-corporativo do Hospital Sírio-Libanês, para quem a medicação não está garantida a toda a população, afetando, particularmente, as pessoas de baixa renda. “O acesso é desigual no Brasil.” Segundo Vecina, o acesso a medicamentos deve ser considerado acesso à saúde e tratamento. “A integralidade no atendimento à saúde deve ser vertical e horizontal, e medicamento é parte disso. É vital. No entanto, desprezamos isso historicamente.”

Ação tímida

“O complexo industrial da saúde tem tido um papel muito interessante no sentido de ampliar a capacidade brasileira em medicamentos básicos e vacinas. No entanto, não se encontrou ainda uma equação realmente eficiente para tentar um vôo mais alto”, acredita Antônio Britto, presidente-executivo da Interfarma. Esse vôo mais alto, segundo Britto, envolveria um projeto definido para a área de medicamentos que atingisse mais patologias. Um projeto, portanto, integrado com o que está sendo feito no mundo. “Ninguém está conseguindo tocar a inovação e a busca do medicamento novo em um só país ou uma só empresa. Porque o custo da inovação, do ponto de vista financeiro, é hoje em torno de US\$ 800 milhões a US\$ 900 milhões por medicamento novo. E o Brasil está com uma certa dificuldade porque o modelo institucional para buscar parcerias ainda é muito insuficiente”, diz.

Incorporação de novas tecnologias

O esforço do governo, que aumentou em 5,13 vezes o valor destinado à compra de medicamentos excepcionais, entre 2002 e 2009, e em 6,27 vezes o volume de unidades dispensadas, é reconhecido pelos especialistas, que fazem, entretanto, algumas ressalvas. A principal delas é a lentidão da Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (Citec) na aprovação de novas drogas para inclusão na lista de componentes especializados. “Há uma demora inexplicável na aprovação. Os estudos que evidenciam os benefícios vão prontos, mas não há resposta e isso é um prejuízo para a sociedade”, diz Jorge Kalil, professor titular de imunologia clínica e alergia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e diretor do laboratório de imunologia do Instituto do Coração (InCor). Entre 2002 e 2009, apenas seis novos medicamentos entraram na relação de componentes especializados, que este ano avança em mais 40, para 147.

Sérgio Simon, oncologista e diretor do Centro Paulista de Oncologia (CPO) e diretor-presidente do Grupo Brasileiro de Estudos Clínicos em Câncer de Mama (GBECAM), é um dos críticos da morosidade do Sistema Único de Saúde (SUS) na incorporação de novos medicamentos. Segundo o oncologista, essa demora separa a população: uma bem tratada e outra com necessidades não atendidas. “Para nós, profissionais da área médica, é frustrante atender um paciente que recebe um medicamento no período da manhã e, no mesmo dia, atender outro paciente com a mesma doença e prescrever outro tratamento porque não está autorizado pelo SUS”, explica. Para Simon, a distância entre os tratamentos financiados pelo setor privado e setor público é insustentável e a sociedade vai forçar a mudança do sistema. A justificativa do governo para barrar as inovações da indústria é o alto custo, o que, afirma Simon, é uma visão falsa e míope. “É preciso mudar o acesso a medicamentos porque ainda estamos tratando pacientes na rede pública com drogas ultrapassadas que não têm efeito. É um custo alto para a sociedade.”

Lista de espera

“Há uma lista com cerca de 130 medicamentos excepcionais à espera de análise, aguardando uma definição se serão ou não inseridos no programa do governo”, diz Devaney Baccharin, responsável pela Comissão de Acesso da Interfarma. “Na farmacopeia brasileira, a incorporação já é mediana quando comparada a outros países mais desenvolvidos, mas no SUS é mais lenta ainda. Gostaríamos que o processo fosse mais acelerado”, afirma o diretor de estratégia do Centro de Oncologia do Hospital Sírio-Libanês, Paulo Hoff, para quem as limitações financeiras públicas impedem que “se tenha tudo, para todos”. “Não é mesmo possível ter tudo, mas também não é possível não ter. Na minha área, por exemplo, os novos remédios ainda não trazem cura para o câncer, mas trazem sobrevida.”

A baixa incorporação de novas tecnologias é uma forma de controlar os gastos, uma vez que uma parte importante dos fármacos está excluída das compras governamentais. Outro subterfúgio é a demora na análise para a inclusão na lista. O senador Flavio Arns (PSDB) lidera uma frente para fixar o prazo pela administração pública analisar as solicitações de incorporação de medicamentos à lista do SUS. “O pedido não pode ficar infinitamente em análise. Eu acredito que o prazo de 180 dias para uma resposta do governo é o suficiente”, afirma Arns, autor de um projeto de lei que limita a postergação dessa análise.

Remédio é prevenção

Acesso a medicamentos aumenta a adesão a tratamentos, reduz gastos públicos e evita a proliferação de ações na Justiça contra o governo, afirmam os especialistas

A decisão do governo em oferecer medicamento gratuito aos portadores de diabetes mostrou que havia uma necessidade não atendida. “Ao criar um programa nacional e incorporar medicamentos na lista do Sistema Único de Saúde (SUS), o número de pessoas atendidas passou de

3 milhões, em 2001, para 14 milhões, em 2010”, explica o endocrinologista Fadlo Fraige Filho, exemplificando a importância de uma política de acesso a medicamentos. O especialista enfatiza que esse cuidado se refletiu na diminuição das internações e também na demanda por medicamentos mais caros para tratar as complicações decorrentes da evolução da doença. Na ausência do acompanhamento da glicose e dosagem de insulina, entre outros problemas graves, pode ocorrer descolamento de retina e perda da visão, hipertensão arterial, alteração circulatória com obstrução de vasos, perda da função dos rins e paralisias agudas nos nervos da face, dos olhos e das extremidades.

Uma importante conquista para os diabéticos foi a aprovação de uma lei que torna gratuita a distribuição de medicamentos e material para aplicação e monitoramento da glicemia aos pacientes inscritos em programas de educação para diabéticos. “Quando se torna lei, os pacientes podem entrar na Justiça para que ela seja cumprida. É mais uma garantia do acesso a medicamentos”, observa o endocrinologista. Esse argumento é usado, diz Fraige, quando os gestores de saúde não estão conscientizados sobre os direitos garantidos aos portadores de diabetes. Mas, apesar dos avanços e conquistas, a defasagem em relação aos novos medicamentos é preocupante. “O setor público está atrasado em relação à oferta do mercado, porque opta pelo mais barato.” E o programa de atendimento ao diabetes é um dos poucos estruturados no SUS.

Sergio Metzger, diretor de relações institucionais da Associação de Diabetes Juvenil (ADJ), é usuário do SUS e um dos militantes da causa. A organização e mobilização dos portadores e da classe médica permitiram a incorporação de medicamentos e insumos para o monitoramento da doença. “A sociedade precisa pressionar para mostrar que conhece seus direitos”, diz Metzger. A insulina disponível no SUS ainda é a básica, uma descoberta de 30 anos atrás e que atende a 80% dos portadores. A pressão do grupo é abrir o acesso da insulina análoga para crianças e idosos, que tem um custo dez vezes maior, mas o benefício ao paciente é mais rápido e maior. “Existem 93 produtos para diabéticos com pedido de incorporação na lista do SUS, mas sabemos que não há recursos”, afirma. Por isso é que uma das bandeiras da associação é pressionar o Congresso Nacional a aprovar a regulamentação da Emenda à Constituição (EC) 29 e

fixar o percentual mínimo de 10% de investimento das receitas na União na saúde.

Impactos na vida

Os impactos da falta de uma política eficiente de assistência à saúde e farmacêutica vão além dos custos com consulta médica, tratamentos, internação ou medicamentos. É preciso contabilizar fatores indiretos como dias perdidos de trabalho e até mesmo aposentadoria precoce. Esta perspectiva é analisada pela farmacoeconomia, disciplina que descreve e analisa os custos e os benefícios da farmacoterapia para o sistema de saúde e a sociedade. O cardiologista Denizar Vianna, professor ad-

junto do departamento de medicina interna da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), explica que é preciso conhecer os impactos e riscos de um tratamento na história natural da doença para a tomada de decisão, principalmente quando os recursos são limitados.

Para Vianna, o financiamento da política de acesso é uma questão crítica e mostra que, neste caso, a falta de medicamento foi o principal motivo das internações hospitalares, com custos ainda mais altos. Na ponta do lápis, o custo total com cada paciente ficou em R\$ 444.445,20, sendo que quase metade está relacionada a custos indiretos, como aposentadoria precoce e absenteísmo. “Este custo deve ser levado em conta pelos gestores públicos, mas infelizmente são desconsiderados porque estão relacionados a outra área governamental”, explica o cardiologista.

Longevidade abaixo da média

Os avanços da ciência, das pesquisas e as melhorias nas condições gerais da população impactaram consideravelmente a expectativa de vida do brasileiro ao nascer. Em 1940, a média não ultrapassava os 46 anos de idade e, em 2008, alcançou quase 73 anos. Para 2050, a projeção média é de 81 anos. Outra evolução é a redução da taxa de mortalidade infantil. Para cada um mil nascidos vivos, em 1998, 33 não alcançavam um ano de idade. Dez anos depois, esse índice caiu para 23, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os dados positivos mostram que o País tem uma população cada vez mais saudável. Entretanto, estão longe de colocar a nação em uma posição de destaque no cenário mundial da saúde.

A expectativa de vida no Brasil é alta, em relação a diversos países, mas está abaixo da média da região das Américas, de cerca de 76 anos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Outro dado preocupante é o que aponta ter o País uma das mais altas taxas de mortalidade entre os 15 e 65 anos, em relação a de outros da região americana, também de acordo com pesquisas da OMS. Apesar de ter caído de 212 mortes por um mil habitantes, em 1990, para 176, em 2006, a mortalidade geral brasileira ainda

está à frente, por exemplo, da Argentina, com 124 mortes; México, 122; Estados Unidos, 109; Costa Rica, 95; Chile, 91; e Canadá, com 72 mortes por um mil habitantes no mesmo ano analisado.

Para o médico-sanitarista Gonzalo Vecina Neto, superintendente corporativo do Hospital Sírio-Libanês, a menor expectativa de vida do brasileiro decorre de algumas razões: a mortalidade infantil no País foi reduzida drasticamente, mas quando comparada com os países mais desenvolvidos percebe-se que aqui ela está na casa dos dois dígitos, enquanto nos demais fica em um dígito; a epidemia de homicídios, principalmente, entre homens com idade entre 15 e 45 anos; e, finalmente, o agravamento de doenças não tratadas adequadamente, por questão de falta de acesso a saúde e medicamentos, e que é cada vez mais responsável pelos números de mortes, como hipertensão e diabetes. “Se as pesquisas mostram que 10% da população tem diabetes e 20%, hipertensão, sem sombra de dúvidas temos um problema importante do ponto de vista da mortalidade se não existir uma ação muito forte na promoção à saúde e controle dessas doenças”, diz Vecina.

Pacientes nos tribunais

Entre 2003 e 2009, o Ministério da Saúde alega ter respondido a 5.323 processos judiciais relacionados apenas a pedidos de medicamentos, o que representou um gasto de R\$ 159,03 milhões no período. O número de ações judiciais foi crescente ao longo desses anos passando de 8, em 2003, para 2.273, em 2008, e caindo a 1.780 em 2009, informa o Ministério da Saúde. Para José Miguel Nascimento Junior, diretor da assistência farmacêutica do Ministério da Saúde, a judicialização não é apenas uma questão de orçamento. “Há muita irracionalidade no lado da prescrição. No mercado brasileiro, existem

mais de 18 mil medicamentos e o SUS jamais vai oferecer tudo. Há também médico que prescreve drogas que ainda estão em experiência, ou seja, não estão nem na linha de produção das indústrias ainda”, afirma Nascimento, reconhecendo, entretanto, que há muitos casos de problemas de gestão.

No Rio Grande do Sul, em torno de 30 mil pacientes ativos recebem atualmente medicamentos por decisão judicial. Um volume que exigiu a criação de uma estrutura especial de compra e logística no Estado apenas para atender a esses casos, pois envolvem cerca de 3,5 mil apresentações de medicamentos para 65 mil tipos diferentes de tratamentos nos 496 municípios. “Hoje, são quase mil novas ações por mês”, diz Bruno Naundorf, coordenador da assessoria jurídica da Secretaria

Ganho de causa

As demandas da área de saúde na Justiça ganharam tamanha importância e espaço que provocaram a realização de audiência pública no Supremo Tribunal Federal (STF), em 2009. As discussões exigiram seis dias de debates e mais de 50 apresentações com diferentes pontos de vista: advogados, acadêmicos, defensores públicos, promotores e procuradores de justiça, magistrados, gestores públicos, profissionais da área de saúde, sociedade civil e usuários do Sistema Único de Saúde. Os depoimentos orientaram o julgamento de vários processos em tramitação no STF desde então.

No primeiro deles, após a realização da audiência pública, o ministro Gilmar Mendes concluiu que a União, o Estado do Ceará e o município de Fortaleza deveriam fornecer medicamento para o tratamento de uma portadora da patologia Niemann-Pick tipo C. Ele também determinou o fornecimento de medicamento pelo Estado do Paraná para um portador de mucopolissacaridose do tipo VI. O entendimento do ministro se baseou no fato de que as decisões do judiciário tratam de uma prestação de saúde já determinada nas políticas formuladas pelo SUS. “Na maioria dos casos, a intervenção judicial não ocorre em razão de uma omissão absoluta em matéria de

políticas públicas voltadas à proteção do direito à saúde, mas tendo em vista uma necessária determinação judicial para o cumprimento de políticas já estabelecidas”, argumentou no voto.

Sem contradição

Nos casos de tratamentos ainda não incorporados pelo SUS, o ministro destacou a necessidade de se avaliar caso a caso, para evitar lesão à ordem administrativa e comprometimento do sistema. Por outro lado, a apreciação de novas indicações terapêuticas pela burocracia estatal é lenta e pode negar aos pacientes da rede pública tratamentos já oferecidos pela rede privada. Em ambos os casos, Gilmar Mendes ressaltou a importância do registro dos medicamentos na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e também o fato de a administração pública não comprovar a impropriedade dos fármacos solicitados. Com essas ponderações, o ministro concluiu que o alto custo do medicamento não poderia ser motivo para negar o fornecimento, porque a Política de Dispensação de Medicamentos Excepcionais foi criada justamente para contemplar os portadores de doenças raras.

Doenças raras

O caso do Estado do Paraná julgado pelo ministro Gilmar Mendes, foi o de um paciente do médico geneticista e presidente da Sociedade Brasileira de Genética Médica (SBGM), Salmo Raskin. O paciente ganhou o direito de receber da Secretaria do Estado do Paraná medicamento para tratar a mucopolissacaridose de tipo VI, pois já apresentava, entre outros sintomas, deformidades no esqueleto e problemas na córnea. “Estamos tentando há cinco anos implantar o atendimento de doenças genéticas no SUS e o governo resiste a fazer o diagnóstico das patologias porque isso vai representar um alto custo no tratamento”, conta Raskin.

A falta de sistematização do SUS e de priorização de quem deve receber tratamento provocam o encarecimento das despesas. “A taxa de sucesso de quem

ingressa com ação na Justiça é acima de 90% e o tratamento solicitado é oferecido, sem uma avaliação do quadro geral de prioridades”, acrescenta. Salmo Raskin vive essa contradição no dia a dia. Por tratar especificamente de doenças raras, com alto custo dos medicamentos, o geneticista orienta os pacientes com as terapêuticas disponíveis, independentemente da vinculação ao SUS ou plano de saúde. “Acho que meu papel é dizer claramente ao paciente o que está disponível no mercado e buscar seu bem-estar e qualidade de vida. E eu tenho incentivado os pacientes a buscar seus direitos.” Raskin conta que a pressão da comunidade médica levou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a reconhecer cerca de dez medicamentos para tratamento de doenças genéticas, isso depois de muita burocracia.

de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, para quem a falta de regulamentação, clareza nas leis e delimitações no direito à saúde incentivam o aumento do número de processos. Naundorf aponta que, do total atual, 76% dos casos não são de competência do governo estadual, que, no entanto, é obrigado a arcar com as despesas por causa das decisões judiciais.

Para Vera Valente, diretora de Acesso e Inovação da Interfarma, “a judicialização da saúde é ruim para todo mundo: para o paciente que recebe o medicamento com atraso, para a empresa que não atende ao mercado real e, sim, demandas pontuais e, principalmente, é ruim para o gestor, que desorganiza suas compras e paga mais caro pelo medicamento”. Vera ressalta que a solução é o governo definir critérios para atualização frequente da lista de medicamentos do SUS. A diretora da Interfarma reconhece que os recursos são limitados, mas defende a participação dos laboratórios na discussão para ajudar a encontrar uma solução para a questão.

Alternativa para quem tem dinheiro está no privado

Estudo mostra que 81,2% dos brasileiros com renda acima de 20 salários-mínimos têm planos privados de saúde, ante apenas 3,4% dos que ganham até um salário.

No Brasil, ao setor privado coube a atuação de cobertura suplementar dos serviços de saúde, diante do não atendimento integral, gratuito e universal por parte do Estado. Mas, apesar de ter um caráter de prestação adicional, atualmente em torno de 42 milhões de brasileiros estão assegurados no setor privado. Estão na assistência privada, principalmente, funcionários de empresas que ofertam planos e seguros de saúde, com contrapartida

financeira dos empregados, em sua maioria; e também a parcela da população com renda mais alta, que, por isso, pode dispensar as filas de espera do atendimento público. Para a maior parte da população de baixa renda, os serviços privados são uma realidade distante. O estudo “Análise do Setor de Medicamentos no Brasil”, publicado em 2009 pela Interfarma, mostra que apenas 3,4% da população com renda inferior a um salário-mínimo tem cobertura de plano privado, enquanto a média nacional é de 21,1% do total da população. Nas regiões mais pobres do País, o cenário se repete. No Norte brasileiro, por exemplo, a cobertura privada é a menor, alcançando cerca de 7,6% da população, e somente 9,2% dos nordestinos têm algum plano privado.

O mesmo levantamento, com dados referentes a março de 2008, revela que 81,2% das pessoas da classe com renda acima de 20 salários-mínimos têm planos privados e nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste a iniciativa privada atinge 13,2%, 19,2% e 33,2% da população, respectivamente. “A medicina privada aqui é chamada de suplementar, mas eu a considero complementar porque há subsídios cruzados. Quem tem plano de saúde pode abater parte dos gastos no Imposto de Renda, então ela não pode ser considerada medicina suplementar”, diz o médico-sanitarista Gonzalo Vecina Neto, superintendente corporativo do Hospital Sírio-Libanês. Além disso, alguns especialistas listam que muitos pacientes da iniciativa privada acabam recorrendo ao sistema público em casos de prescrição de medicamentos, exames, internações, cirurgias, entre outros procedimentos muitas vezes não cobertos pelos planos e seguros particulares.

No que se refere aos gastos com medicamentos, não há cobertura do setor privado, mas existem algumas iniciativas de preços reduzidos aos associados via rede própria de farmácias ou parcerias com drogarias conveniadas. Maria Stella Gregori, advogada e ex-diretora de fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), diz que os reguladores não obrigam a inclusão de assistência farmacêutica pela iniciativa particular, excetuando-se os casos de internação. “Deveria haver alguma regulação nesse sentido, não uma obrigação, mas algo facultativo”, diz, observando que há projetos de leis tramitando nesse sentido.

Receita da boa saúde

Mais recursos, melhor gestão, menor carga tributária, regulamentações e políticas claras e definidas são prescritos pelos especialistas para garantir mais qualidade ao sistema brasileiro

A concepção do sistema de saúde brasileiro, baseado no conceito de integralidade, universalidade e gratuidade, é avançada e são poucos os especialistas em saúde que defendem sua mudança radical, diante do cenário de baixa renda per capita do País. Uma grande parte acredita que o sistema embute problemas por estar em construção e, como qualquer projeto, precisa apenas de correções de rota. Entre os maiores desafios a serem vencidos para melhorar a saúde no País, estão os baixos recursos destinados para cobrir o que determina a Constituição para o setor, consequência do baixo orçamento da União para as áreas básicas; problemas de gestão; excessiva carga tributária; inexistência de uma política eficiente para a saúde; e a falta de regulamentações claras. “As leis precisam definir o que é integralidade porque os recursos são finitos. O Estado não tem condições de dar tudo para todos. Não se pode sustentar essa universalidade que diz que tudo pode, tudo tem”, diz o médico-sanitarista Gonzalo Vecina Neto.

O secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, Reinaldo Guimarães, sugere que o próximo governo deve ficar atento à demanda financeira que colocaria o sistema de saúde em um caminho saudável: seria preciso, ao menos, dobrar o orçamento do Ministério para que ele possa exercer plenamente sua função, como previsto nos primeiros textos da Constituição, afirma.

O cardiologista e ex-ministro da Saúde Adib Jatene já fez as contas e diz que a União tem apenas cerca de 10% do orçamento para investir em saúde, educação, projetos de infraestrutura e habitação e custeio. Em outras palavras, o ex-ministro quer dizer que é preciso criar novas fontes de financiamento para a saúde. Um dos idealizadores da extinta Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), o conhecido “imposto da saúde”, o ex-ministro defende solitariamente a sua volta.

O ex-presidente da Anvisa Gonzalo Vecina sugere ainda que os planos privados de saúde deem sua contribuição, implantando políticas mais abrangentes de assistência farmacêutica, com descontos e reembolsos. O professor de imunologia clínica e alergia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e diretor do laboratório de imunologia do Instituto do Coração (In-Cor), Jorge Kalil, diz que o plano de saúde pode até ficar mais caro, mas seria um benefício que, principalmente, os associados de planos coletivos poderiam ter. “As empresas, se quiserem, podem comprar diretamente e, com volume, fica mais barato para todo mundo.”

Mesmo diante de tantas variáveis e dificuldades para fechar a equação da saúde, é possível obter avanços significativos se cada um der a sua contribuição. É consenso entre especialistas, médicos e cientistas, executivos da iniciativa privada e representantes do poder público que a solução das deficiências no acesso a saúde e medicamentos no Brasil é de responsabilidade de todas as esferas da sociedade. “Todo mundo vai ter que dar a sua

contribuição. A sociedade terá de contribuir aumentando os recursos para a saúde; o governo reduzindo tributo; e a indústria dialogando e negociando a questão de preços. E se houver uma mesa (de debates) construtiva, racional, eu acho que esse assunto tem como ser equacionado”, afirma Antônio Britto, presidente-executivo da Interfarma.

Britto se diz otimista em relação a uma solução para o problema, pois considera que, qualquer que seja o próximo presidente, o assunto estará no centro da mesa. “Porque a saúde é hoje a maior demanda dos brasileiros. Esse assunto deixou de ser importante socialmente e passou a ser também um assunto decisivo politicamente. Na medida em que o Brasil resolve problemas antigos, como a inflação e distribuição de renda, o problema da saúde vai ficando cada vez mais escandaloso, porque nas outras demandas estamos sendo competentes para resolver como País, então não dá pra explicar que sejamos incompetentes apenas em alguns aspectos da saúde pública”, afirma Antônio Britto.

Uma vitória do partido da saúde

Ao reunir em São Paulo, autoridades e especialistas em saúde humana, cientistas renomados, empresários, líderes do setor, academia e pesquisadores no seminário “Caminhos para o financiamento e acesso à saúde” a Interfarma – Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa –, cumpriu sua missão de propor um amplo debate em torno da saúde pública no Brasil neste importante ano de eleições presidenciais.

Nos últimos 25 anos, inúmeros foram os avanços no atendimento à saúde e na atenção básica à população brasileira. A queda na mortalidade infantil e a erradicação de doenças como poliomielite, graças ao excelente Programa Nacional de Imunização, demonstram que o Brasil superou obstáculos que antes pareciam intransponíveis.

A criação do SUS - Sistema Único de Saúde - permitiu tais avanços, mas os especialistas presentes ao seminário, diante de uma platéia de cerca de 300 pessoas, concordaram que há muito a ser feito. Alguns acreditam que o problema está na falta de recursos e defendem que os pré-candidatos à Presidência da República incluam na sua plataforma de governo a destinação de recursos para a saúde; outros especialistas dizem que falta maior alocação de recursos para a saúde. Além disso, o debate registrou críticas ao ambiente de negócio, à burocracia nos processos e à demora na aprovação de protocolos, especialmente em pesquisa clínica.

A Interfarma acredita que a solução começa, primeiro, por meio de um diálogo racional, voltada para o futuro no qual o governo, pacientes, indústria e prestadores de serviços possam, sem preconceito, discutir soluções para a saúde.

E foi com este espírito que a entidade, em parceria com o jornal Valor Econômico, propôs o debate em torno de uma questão sensível que preocupa os brasileiros, as autoridades e deveria chamar a atenção principalmente dos futuros dirigentes do País. As propostas sugeridas no debate serão encaminhadas a todos os candidatos à Presidência, aos governos estaduais e ao Congresso Nacional.

Ao sugerir a construção de um diálogo aberto e franco com a participação de todos os atores envolvidos a Interfarma acredita que esta iniciativa já é uma vitória do partido da saúde.

Interfarma

Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa

inovações para a vida



Interfarma

Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa

inovações para a vida



Rua Verbo Divino, 1.488 – 7º andar – Cj. 7A

Chácara Santo Antônio – São Paulo – SP

CEP: 04719-904

Tel.: (55 11) 5180-2380

Fax: (55 11) 5183-4247

www.interfarma.org.br