

Sistema de Preços de Referência e impacto sobre a despesa farmacêutica em Portugal

Reference Pricing System and impact on pharmaceutical expenditure evidence from Portugal

Conceição Portela^{1,2}, Miguel Pinto²

¹ Docente Convidada - Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Campo Grande 376, 1749-024 Lisboa, Portugal

² INFARMED- Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, Av do Brasil 53, 1749-004 Lisboa, Portugal

Resumo

O sistema de comparticipação de medicamentos por Preços de Referência (SPR) foi implementado em Portugal tendo presente a necessidade de garantir o controlo da despesa farmacêutica, de incentivar a racionalização na utilização dos medicamentos bem como incrementar a respectiva acessibilidade.

Os medicamentos similares químicos, com a mesma dosagem e forma farmacêutica, com apresentações destinadas a indicações terapêuticas sobreponíveis foram agrupados em Grupos Homogêneos. O Preço de Referência (PR) foi definido de acordo com o Preço de Venda ao Público (PVP) do medicamento genérico de PVP mais elevado, para cada GH (Grupo Homogêneo)^[1].

Este artigo pretende caracterizar o impacto do SPR sobre a despesa farmacêutica nacional, por intermédio de uma análise descritiva transversal, que incidiu sobre uma amostra constituída pelos quinze GH que lideraram a despesa farmacêutica pública no SPR, entre Janeiro e Setembro de 2003. Para o efeito, foram definidos indicadores específicos no âmbito da despesa farmacêutica, valor e volume de medicamentos consumidos. Em seguida foi investigado o impacto do SPR sobre a despesa farmacêutica total, bem como sobre a despesa farmacêutica no segmento do SPR, e ainda as repercussões sobre o equilíbrio entre a despesa pública e privada. Foi avaliada a informação recolhida relativa ao período anterior e posterior à implementação do sistema.

O estudo permitiu concluir que entre os períodos anterior e posterior à implementação do SPR ocorreu um decréscimo na despesa farmacêutica total, associada ao aumento da despesa total com medicamentos genéricos e ao decréscimo da despesa total com medicamentos de marca. O PVP dos medicamentos de marca apresentou um perfil de alteração decrescente que se revelou muito sensível à implementação do SPR, ao contrário do que ocorreu no segmento dos medicamentos genéricos que se apresentou tendencialmente constante. O volume de medicamentos consumidos aumentou em termos de DDD (Doses Diárias Definidas), contudo diminuiu o número de apresentações dispensadas.

Palavras chave: sistema de preços de referência, genéricos, financiamento, comparticipação, medicamentos.

Abstract:

The financing of medicines by Reference Pricing System has been put in place in Portugal (RPS) to promote the decrease of pharmaceutical expenditure, to foster the rationality in the utilization of medicines and improve its accessibility. The medicines with the same quantitative and qualitative composition in active substances, in the same pharmaceutical form and with the same therapeutical indications have been grouped together in Homogeneous Groups (HG). The reference price (RP) was defined as the price of the generic medicine with the highest price in the HG.

Between January and September 2003, the impact of RPS on the total pharmaceutical expenditure, the expenditure in the segment subjected to RPS and the effects on public and private components were studied by a descriptive cross analysis, in the periods before and after the implementation of the system, on a sample of fifteen HG that contributed to the highest pharmaceutical public expenditure in RPS. The variations on the price and volume of pharmaceuticals between the two periods, have also been analysed using specific indicators.

In the first quarter after the implementation of RPS, one can observe a fall in the total pharmaceutical expenditure together with an increase in generic medicines expenditure and a decrease in trademark medicines expenditure. The price of trademark medicines fell after the implementation of the system, but the price of generic medicines remained the same. The consumption of medicines, calculated as defined daily doses (DDD) increased but the number of packages sold fell.

Key words: reference pricing system, generics, financing, reimbursement, pharmaceuticals

Recebido em 16/9/2005

Aceite em 18/9/2005

Rev. Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde, 2005; (2) 2: 63-72

Versão electrónica: <http://revistasaude.ulusofona.pt>

Introdução

A adopção do SPR, como instrumento de financiamento dos medicamentos, tem recebido grande aceitação a nível internacional, a qual é suportada pelo número crescente de Estados que têm vindo a introduzir o SPR como sistema de comparticipação de medicamentos. A Alemanha foi o primeiro, em 1989, sendo seguido pela Suécia, Dinamarca e Nova Zelândia em 1993, British Columbia Canadá em 1995, Holanda e Itália em 1996, Austrália em 1998, Espanha em 2000, Bélgica em 2001, e Portugal, França e Polónia em 2003.

Com a introdução deste sistema pretende-se contribuir para a promoção da contenção racional da despesa farmacêutica. Quer por via do incentivo ao decréscimo nos preços dos medicamentos de marca, quer pelo incentivo no incremento na utilização de medicamentos genéricos. Contudo, prevalece a noção de que o controlo da despesa é limitado e ocorre a curto prazo, dando lugar a uma situação de incremento na despesa farmacêutica com tendência para se perpetuar a longo prazo^[2]. Esta posição é também apresentada por Narine et al^[3] quando reporta à adopção do SPR por vários Estados da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico), referindo que após uma redução transitória na taxa de crescimento da despesa farmacêutica total ocorre uma inversão na tendência evolutiva registada anteriormente. Com efeito, o SPR foi delineado para actuar sobre uma das componentes da despesa - o preço, pelo que uma abordagem global tem de integrar no mesmo processo a modelação da utilização dos medicamentos que considere a segunda componente da despesa: o volume de medicamentos consumidos. E, de facto, tal como Mestre Ferrandiz observa^[4], os SPR têm apresentado um potencial elevado para reduzir os preços, embora este autor considere que o SPR não tem revelado o mesmo impacto sobre o controle da despesa farmacêutica.

O SPR de nível I que integra apenas medicamentos similares químicos - reconhece a especificidade do mercado farmacêutico, considerando que a recuperação do investimento, por via do preço, deve ser faseada no tempo, alcançando o zénite no período de patente e o nadir no termo da mesma, quando é autorizada a comercialização de medicamentos genéricos, propiciadora de concorrência. Este sistema de financiamento contribui para que o mercado farmacêutico venha progressivamente a caracterizar-se por um sector de medicamentos genéricos e por um sector de medicamentos inovadores, tal como previsto na legislação nacional^[5]. Este objectivo pode ser alcançado definindo um tecto único para o preço de medicamentos iguais. Tal como é referido por Schneeweiss et al^[6], não havendo evidência de que um

medicamento possua maior efectividade ou esteja associado a um perfil mais limitado de efeitos tóxicos, relativamente a outros medicamentos com preço mais reduzido, então o diferencial no preço não deve ser objecto de financiamento público. O mesmo autor sustenta esta linha quando afirma noutro artigo^[7] que a adopção do SPR em British Columbia (BC) no Canadá para os inibidores da enzima de conversão da angiotensina não proporcionou evidência substancial quanto à interrupção do tratamento, nem quanto a uma repercussão negativa sobre a utilização dos serviços de saúde nem sobre a despesa. Kanavos e Reinhardt^[8] desenvolvem este ponto de vista, acrescentando que o design de um SPR centralizado deve considerar outras medidas de política do medicamento, fomentadoras da inovação da terapêutica farmacológica, sendo uma delas a exclusão dos medicamentos sob patente do SPR. Danzon^[9] refere também que a equidade e eficiência associadas ao financiamento público, estão garantidas quando os medicamentos abrangidos pelo SPR são substitutos perfeitos uns dos outros, ou seja, quando os similares químicos constituem os GH no SPR de nível I.

Contudo, não obstante ser reconhecida a identidade nas características do SPR de nível I, adoptado pelos diversos Estados muito embora permaneça a diferença nos critérios adoptados para a definição do Preço de Referência, bem como na frequência da respectiva actualização - as estratégias adoptadas pelos referidos actores, em resposta à introdução do SPR, podem conduzir a respostas distintas sobre a despesa farmacêutica, de acordo com a prévia estrutura dos mercados, a regulamentação vigente, e as prioridades e constrangimentos na actuação de cada actor. Como exemplo, Nakagawa^[10] refere explicitamente que o SPR em BC foi delineado no sentido de promover hábitos de prescrição associados à optimização da relação custo-eficiência.

Considera-se assim imprescindível dispor de um mercado de genéricos relevante e dinâmico, para que os objectivos associados ao SPR sejam alcançados. Estes medicamentos constituem bens substitutos puros, que pelo facto de apresentarem um preço mais reduzido, relativamente aos medicamentos de marca, conduzem à contenção da despesa farmacêutica para os mesmos resultados em saúde, contribuindo assim para a eficiência do sistema. Em Portugal entre 2000 e 2004 a quota de mercado de medicamentos genéricos, em valor, aumentou de 0,13% para 8,58%^[11], ocorrendo o incremento mais relevante associado à regulamentação do SPR.

À data da implementação, o SPR incorporou 100% da despesa pública farmacêutica nacional associada à ticlopidina, captopril, lisinopril, ranitidina, enalapril e enalapril: hidroclorotiazida, 98% da sinvastatina, 94%

do omeprazol, 93% da fluoxetina e 82% da ciprofloxacina. Em 2002, 57.4% das apresentações foram comparticipadas pelo escalão B e 37.9% pelo escalão C.

Material e Métodos

Foi utilizada a informação sobre o consumo nacional total de medicamentos, proveniente das Sub Regiões de Saúde, as quais centralizam o receituário de todas as farmácias comunitárias em Portugal. O intervalo de tempo em estudo teve início em Janeiro de 2002 e terminou em Junho de 2003, incluindo assim um período anterior e outro posterior à implementação do SPR.

A amostra foi constituída pelos medicamentos que vieram a integrar os quinze GH que lideraram a despesa pública associada ao consumo de medicamentos no SNS, em Portugal Continental, no período compreendido entre Janeiro e Setembro de 2003. Considerando a data de implementação do SPR, foi constituída uma amostra relativa ao período compreendido entre Janeiro de 2002 e Março de 2003 e uma outra abrangendo os meses de Abril a Junho de 2003. A selecção dos períodos considerados decorreu da acessibilidade da informação necessária para o efeito.

As dez substâncias activas abrangidas incluídas em oito GFT (Grupos Fármaco-Terapêuticos) de nível 4, de acordo com a classificação ATC (Anatomic Therapeutic Chemical) da OMS (Organização Mundial de Saúde) são a ranitidina, omeprazol, ticlopidina, captopril, enalapril, lisinopril, enalapril: hidrocortizol, sinvastatina, ciprofloxacina e fluoxetina, as quais se encontram entre as quinze substâncias activas que lideram a despesa pública farmacêutica nacional. Para quatro das substâncias activas incluídas captopril, lisinopril, omeprazol e sinvastatina foram considerados oito GH, os quais apenas divergem na dimensão da embalagem, para a mesma dosagem de substância activa. Para outros dois GH em que a substância activa é a ranitidina, foram abrangidas embalagens de idêntica dimensão as quais apenas divergem na dosagem, que duplica para um dos GH relativamente ao outro.

Foi conduzida uma análise descritiva transversal, com o objectivo de caracterizar o impacto inicial do SPR, através da avaliação dos valores médios dos indicadores definidos para o efeito, nos períodos anterior e posterior à implementação do sistema.

A análise da evolução da despesa farmacêutica foi conduzida tendo em conta os segmentos correspondentes à despesa total, pública e privada. Foram considerados os segmentos da despesa a nível nacional e regional, desagregando a componente da despesa associada ao SPR, e a do mercado

farmacêutico abrangida pelo regime geral de comparticipação (RGC). Foi também avaliada a evolução dos valores da despesa associada ao consumo de medicamentos de marca e de medicamentos genéricos, no seio do SPR.

O estudo do comportamento do Preço de Venda ao Público (PVP) considerou a evolução do valor médio nos GH, desagregando os segmentos correspondentes aos medicamentos de marca e medicamentos genéricos. Procedeu-se ao cálculo dos quocientes entre o PR e os PVP máximo e mínimo dos medicamentos de marca e genéricos nos GH, que compõem a amostra em estudo.

O contributo do consumo de medicamentos, em termos de volume, foi avaliado através do cálculo do número de embalagens adquiridas a nível nacional e do número total de DDD consumidas por GH.

A informação recolhida a nível nacional foi sujeita a análise estatística utilizando a versão 12 do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), como instrumento de cálculo.

Resultados

Evolução da despesa farmacêutica nacional

Em Março de 2003, quando da implementação do SPR em Portugal, o valor médio mensal da despesa farmacêutica total nacional associada aos medicamentos comparticipados, foi de 149 M€. O SPR veio a abranger 17% dessa quota de mercado, em valor, correspondente a 25 M€.

A proporção entre as despesas pública e privada na despesa total nacional manteve-se constante no intervalo de tempo considerado no estudo contudo, a despesa total associada ao segmento que veio a ser incluído no SPR diminuiu de 18.23% para 16.53%, entre o primeiro trimestre de 2002 e o segundo trimestre de 2003, enquanto que no segmento remanescente a despesa total aumentou de 81.77% para 83.47%, no mesmo período. A proporção relativa de despesas pública e privada no segmento relativo à comparticipação pelo regime geral, é semelhante aos valores nacionais, sendo distinta no segmento do SPR, onde se verifica um ligeiro decréscimo na fracção da despesa pública de 73.3% para 67.8% e um ligeiro aumento na despesa privada de 26.7% para 32.2%.

Comparando os valores obtidos para os segundos trimestres de 2002 e 2003, verifica-se um aumento da despesa total nacional de 0.7%, mantendo-se constante a despesa pública e existindo um aumento de 2,4% na despesa privada. Desagregando estes valores, verifica-se que a despesa total nacional no segmento correspondente aos medicamentos abrangidos pelo SPR diminuiu 11%, contrariamente à despesa no segmento relativo à comparticipação pelo regime geral, que aumentou 2.8%. Dentro do SPR a despesa

pública diminuiu 17%, enquanto que a privada aumentou 9.5%; no segmento dos medicamentos comparticipados não abrangido pelo SPR, a despesa pública aumentou 4%, mantendo-se constante o valor associado à despesa privada.

Globalmente, verificou-se a convergência da estrutura das despesas pública e privada, nos segmentos do SPR e no segmento relativo ao sistema de comparticipação pelo regime geral, no sentido do alinhamento pelos valores verificados a nível nacional (69% SNS: 31% Privada), não obstante a nível do SPR existir um desvio de 1% no sentido da despesa privada,

que apresenta uma percentagem de 32%, relativamente à pública que é de 68%.

Comparando o período anterior com o posterior à implementação do SPR, de acordo com a Tabela 1, verifica-se que ocorreu um decréscimo nos valores médios mensais da despesa total, pública e privada. No segmento relativo ao regime geral, o valor médio da despesa pública aumenta de 83,25 para 83,92 M€, enquanto que o valor médio da despesa privada decresce de 37,56 para 36,85 M€. No segmento do SPR, a média da despesa total diminui de 26.78 para 23.92 M€, a qual decorre do decréscimo na despesa

Tabela 1 - Valores médios mensais da despesa farmacêutica no mercado nacional, e nos segmentos do SPR e do Regime Geral de Comparticipação, pré e pós implementação do SPR

		DESPESA TOTAL MÉDIA (MILHÕES DE €)			DESPESA PÚBLICA MÉDIA (MILHÕES DE €)			DESPESA PRIVADA MÉDIA (MILHÕES DE €)		
		NAC	SPR	RGC	NAC	SPR	RGC	NAC	SPR	RGC
TEMPO	JAN 02 – MAR 03	147.59 (10.68)	26.78 (1.82)	120.81 (9.00)	102.88 (7.39)	19.63 (1.43)	83.25 (6.16)	44.71 (3.35)	7.14 (0.51)	37.56 (2.89)
	ABR 03 – JUN 03	144.69 (8.12)	23.92 (1.24)	120.77 (6.90)	100.14 (5.55)	16.22 (0.82)	83.92 (4.73)	44.55 (2.59)	7.70 (0.47)	36.85 (2.18)

Nota: NAC: despesa farmacêutica nacional, SPR: despesa farmacêutica associada ao segmento do mercado farmacêutico abrangido pelo Sistema de Preços de Referência, RGC: regime geral de comparticipação

Paralelamente foi observado que a utilização relativa de medicamentos genéricos e de marca, no seio do SPR, tal como disposto na Tabela 2, revela um padrão evolutivo de convergência da despesa nos dois segmentos, através da diminuição da quota de mercado dos medicamentos de marca e do incremento na quota de mercado dos medicamentos genéricos; a amplitude máxima do intervalo de variação da despesa ocorre em

Janeiro de 2002, verificando-se, desde essa data, uma tendência de evolução positiva da despesa com medicamentos genéricos e negativa da despesa associada ao consumo de medicamentos de marca. Entre o quarto trimestre de 2002 e o primeiro trimestre de 2003, registou-se o maior abaixamento no total da despesa com medicamentos de marca 12.9 M€, o qual coincidiu com o maior incremento na despesa com medicamentos genéricos 9.5 M€.

Tabela 2 - Valores da despesa total associada ao consumo de medicamentos

PERÍODO	DESPESA TOTAL COM MARCAS NO SPR (€)	DESPESA TOTAL COM GENÉRICOS NO SPR (€)
1º Trimestre 02	75 895 194	4 184 581
2º Trimestre 02	73 519 419	6 350 789
3º Trimestre 02	70 685 354	8 347 397
4º Trimestre 02	71 089 207	11 917 546
1º Trimestre 03	58 122 100	21 544 253
2º Trimestre 03	47 453 380	24 320 254

Em Janeiro de 2002 a despesa com medicamentos genéricos foi de 1 091 961 €, cifrando-se esse valor em 7 834 419 €, em Junho de 2003. A despesa total associada ao consumo de medicamentos de marca diminuiu de 28 762 822 € para 15 061 123 €, no mesmo período. Na despesa total nacional estes valores representam um aumento da quota de mercado dos medicamentos genéricos de 0.7 % para 5.6 %, e a um decréscimo de 17.5 % para 10.8 % no que concerne ao segmento dos medicamentos de marca. Dentro do SPR, também no âmbito da despesa total, verificou-se um aumento da quota de mercado dos genéricos de 3.7 % para 34.2 %, para o mesmo intervalo de tempo. Os medicamentos de marca, que representavam 96.3% da quota de mercado em Janeiro de 2002, no universo que veio a ser incluído no SPR, passaram a contribuir com uma percentagem de 65.8 % para o total da despesa associada ao SPR em Junho de 2003. O valor médio mensal da despesa total com medicamentos de marca variou entre 23 M€ na fase pré SPR, e 16 M€ no período seguinte; este diferencial negativo foi acompanhado do incremento na despesa média total mensal com medicamentos genéricos, cujo

valor médio entre os dois períodos, aumentou de 3.5 para 8 M€.

A análise da informação proporcionada no âmbito da despesa associada à utilização de medicamentos, por Regiões de Saúde, permite inferir uma elevada assimetria regional, que se mantém constante ao longo do período em estudo. Na Região de Lisboa e Vale do Tejo verifica-se a fracção da despesa mais elevada que corresponde em média a 35% do total da despesa farmacêutica no SPR, sendo seguida pela Região Norte com 30%, depois a Região Centro com 25%, a Região do Alentejo com 6% e a Região do Algarve com 4% da despesa total. A análise comparativa, entre os períodos pré e pós implementação do SPR, indicia a diminuição da despesa média mensal total no SPR entre 10 e 11%, bem como a diminuição da despesa média mensal pública entre 17 e 18%, em todas as Regiões de Saúde. O valor médio da despesa privada mensal no SPR apresenta um ligeiro incremento entre os dois períodos considerados, em todas as Regiões, excepto no Alentejo onde se observa um aumento de 9.5% (ver tabela 3).

Tabela 3 - Valores médios mensais da despesa farmacêutica total, pública e privada no SPR, por Regiões de Saúde, entre Janeiro de 2002 e Junho de 2003.

	REGIÕES	JAN 02 – MAR 03	ABR 03 – JUN 03
DESPESA TOTAL no SPR (€)	ALENTEJO	1 636 016 (99 637)	1 467 528 (68 514)
	ALGARVE	1 041 808 (61 990)	928 669 (29 139)
	CENTRO	6 655 488 (454 498)	5 933 313 (310 278)
	LISBOA E VALE DO TEJO	9 573 545 (719 955)	8 591 879 (362 294)
	NORTE	7 870 198 (533 713)	7 003 154 (486 157)
DESPESA PÚBLICA no SPR (€)	ALENTEJO	1 241 991 (82 805)	1 036 195 (44 384)
	ALGARVE	759 402 (51 292)	624 419 (14 370)
	CENTRO	4 939 321 (362 065)	4 071 755 (213 937)
	LISBOA E VALE DO TEJO	6 985 084 (556 843)	5 806 953 (238 952)
	NORTE	5 706 591 (409 020)	4 680 729 (317 843)
DESPESA PRIVADA no SPR (€)	ALENTEJO	394 024 (25 332)	431 333 (26 216)
	ALGARVE	282 406 (16 222)	304 250 (15 648)
	CENTRO	1 716 167 (121 341)	1 861 558 (103 980)
	LISBOA E VALE DO TEJO	2 588 460 (204 759)	2 784 926 (147 253)
	NORTE	2 163 607 (157 900)	2 322 424 (180 181)

Nota: SPR:Sistema de Preços de Referência

A variabilidade quanto às despesas com medicamentos de marca e com medicamentos genéricos, revela consistentemente um padrão invertido entre ambos os segmentos a nível regional, nas fases pré e pós SPR, como demonstrado na Tabela 4. Foi observado um decréscimo na despesa associada aos medicamentos de marca, situado entre 29 e 34% no Alentejo e Lisboa e Vale do Tejo, respectivamente, enquanto que a despesa com medicamentos genéricos aumentou entre 128% e 136% no Centro e Algarve, respectivamente, nas duas fases definidas entre Janeiro de 2002 e Junho de 2003.

A caracterização do impacto em cada região pode ser abordado através do rácio entre as médias da

despesa associada ao SPR e da despesa total regional. Verifica-se que o valor mais elevado pertence ao Alentejo, onde o SPR contribui para 19.8% da despesa total, seguido pelo Algarve com um valor de 18.6% e a Região de Lisboa e Vale do Tejo com um valor de 18.3%. Estes valores situam-se acima da média nacional posicionada em 17.8%. Num patamar inferior posicionam-se as Regiões Norte e Centro, que apresentam também as percentagens mais baixas, de 17.5 e 17.3%, respectivamente.

Considerando a informação exposta quanto à evolução da despesa, verifica-se que o decréscimo na despesa total advém sobretudo da diminuição da despesa associada ao SPR, para os períodos em estudo.

Tabela 4 - Média da despesa total regional com marcas e com genéricos, entre Janeiro de 2002 e Junho de 2003.

REGIÃO	MÉDIA DA DESPESA TOTAL COM MARCAS (€)		MÉDIA DA DESPESA TOTAL COM GENÉRICOS (€)	
	Jan. 02 – Mar. 03	Abr. 03 – Jun. 03	Jan. 02 – Mar. 03	Abr. 03 – Jun. 03
ALENTEJO	1 443 580 (155 908)	1 021 510 (54 128)	192 436 (110 970)	446 018 (19 793)
ALGARVE	914 401 (106 505)	627 858 (25 200)	127 407 (73 791)	300 810 (5 142)
CENTRO	5 832 448 (697 361)	4 055 070 (212 155)	823 040 (510 415)	1 878 243 (102 460)
LISBOA E VALE DO TEJO	8 220 984 (1 075 894)	5 437 302 (246 371)	1 352 560 (806 697)	3 154 577 (142 780)
NORTE	6 876 004 (808 586)	4 676 052 (347 426)	994 194 (620 265)	2 327 101 (138 868)

Evolução do consumo de medicamentos em valor

A variação ocorrida no âmbito dos PVPs, considerando a entrada em vigor do SPR, está exposta na Tabela 5. O processo de abaixamento do PVP, que teve lugar para os medicamentos incluídos nos GH que compõem a amostra, foi conduzido a pedido dos titulares de AIM, e variou entre 4 e 16%.

Analisando a variação do PVP dos medicamentos de marca e dos medicamentos genéricos, verifica-se que a regra é o abaixamento de preço que se apresenta mais acentuado para os medicamentos de marca do que para os medicamentos genéricos. Quanto a valores absolutos na fase pós SPR, encontram-se valores de PVP associados aos medicamentos de marca consistentemente acima dos valores de PVP dos medicamentos genéricos, excepto nos GH 68 e 126, em que a situação se inverte.

De acordo com a informação da Tabela 6, o rácio entre o PR e os PVPs máximo e mínimo dos medicamentos de marca e PVP mínimo dos medicamentos genéricos nos GH considerados na amostra contribui para situar de uma forma rigorosa o PR nos segmentos citados, possibilitando uma percepção mais consistente do efeito do critério de definição do PR, sobre os preços que vigoram no mercado farmacêutico abrangido pelo SPR. Assim,

verifica-se que o PR é sempre inferior ao PVP máximo dos medicamentos de marca, tanto na fase anterior ao SPR como na posterior, excepto para o GH 68 em que após a implementação do sistema os valores são iguais.

A amplitude do intervalo de variação dos quocientes PR/PVP máximo dos medicamentos de marca, PR/PVP mínimo dos medicamentos de marca e PR/PVP mínimo dos medicamentos genéricos, é respectivamente de 0.407, 1.647 e 0.830, na fase pré SPR. Após a implementação do SPR verifica-se um aumento na amplitude do intervalo de variação para os três quocientes, de 32%, 27.8% e 87.6%, respectivamente. Esta variação encontra-se associada a um aumento exclusivo do limiar superior, mantendo-se constante o limiar inferior, para o quociente entre o PR e os PVP máximo e mínimo dos medicamentos de marca. Já quanto ao rácio PR/PVP mínimo dos medicamentos genéricos, o aumento de amplitude do intervalo decorre de um decréscimo no limiar inferior associado a um incremento no limiar superior.

Com efeito, pode afirmar-se que o PR é, em média, inferior ao valor do PVP máximo dos medicamentos de marca, e superior ao PVP mínimo dos medicamentos de marca e dos medicamentos genéricos. Para estes últimos verifica-se a intersecção dos valores médios do limiar superior do PVP dos medicamentos genéricos e

do inferior dos medicamentos de marca. A razão entre valores extremos dos quocientes entre o PR e o PVP máximo e mínimo dos medicamentos de marca, e o PVP mínimo dos medicamentos genéricos aumentou

15%, 18% e 45%, respectivamente, entre as fases pré e pós implementação do SPR. Em média, o maior afastamento do PR é encontrado para o PVP mínimo dos medicamentos de marca, entre Abril e Junho de 2003.

Tabela 5 - Valores médios do PVP, do PVP dos medicamentos de marca e dos genéricos nos períodos pré e pós SPR, entre Janeiro de 2002 e Junho de 2003.

GH	MÉDIA DO PVP		MÉDIA DO PVP MARCAS		MÉDIA DO PVP GENÉRICOS	
	Jan. 02 – Mar. 03	Abr. 03 – Jun. 03	Jan. 02 – Mar. 03	Abr. 03 – Jun. 03	Jan. 02 – Mar. 03	Abr. 03 – Jun. 03
31 (captopril 25mg, emb.média)	0.541 (0.00)	0.504 (0.05)	0.573 (0.00)	0.641 (0.09)	0.445 (0.00)	0.444 (0.00)
32 (captopril 25mg, emb.grande)	0.468 (0.02)	0.471 (0.01)	0.503 (0.03)	0.494 (0.01)	0.425 (0.01)	0.425 (0.00)
52 (ciprofloxacina 500mg,emb.grande)	3.988 (0.15)	3.505 (0.13)	4.254 (0.15)	3.817 (0.14)	2.611 (0.07)	2.716 (0.01)
64 (enalapril:hidroclorotiazida 20:12,5mg, emb.grande)	0.489 (0.02)	0.445 (0.00)	0.527 (0.02)	0.480 (0.00)	0.403 (0.00)	0.401 (0.00)
68 (enalapril 20mg, emb.média)	0.349 (0.01)	0.324 (0.01)	0.356 (0.01)	0.317 (0.00)	0.328 (0.02)	0.342 (0.02)
76 (fluoxetina 20mg, emb.média)	0.578 (0.01)	0.544 (0.00)	0.649 (0.02)	0.587 (0.00)	0.509 (0.00)	0.509 (0.00)
95 (lisinopril 20mg, emb.média)	0.292 (0.01)	0.279 (0.01)	0.313 (0.01)	0.294 (0.00)	0.215 (0.00)	0.231 (0.01)
96 (lisinopril 20mg, emb.grande)	0.212 (0.01)	0.214 (0.00)	0.233 (0.00)	0.233 (0.00)	0.196 (0.00)	0.196 (0.00)
120 (omeprazol 20mg, emb.média)	1.358 (0.12)	1.166 (0.02)	1.429 (0.15)	1.217 (0.00)	1.140 (0.01)	1.075 (0.05)
121(omeprazol 20mg, emb.grande)	1.172 (0.04)	1.084 (0.00)	1.189 (0.03)	1.128 (0.00)	1.078 (0.05)	1.024 (0.01)
124 (ranitidina 150mg, emb.grande)	1.432 (0.09)	1.218 (0.03)	1.542 (0.10)	1.292 (0.03)	0.901 (0.01)	0.897 (0.00)
126(ranitidina 300mg, emb.grande)	1.075 (0.04)	0.998 (0.01)	1.087 (0.05)	0.996 (0.01)	1.027 (0.03)	1.002 (0.00)
127 (sinvastatina 20mg, emb.média)	0.899 (0.07)	0.754 (0.03)	0.936 (0.05)	0.794 (0.04)	0.722 (0.01)	0.710 (0.00)
128(sinvastatina 20mg, emb.grande)	0.711 (0.03)	0.632 (0.00)	0.721 (0.02)	0.654 (0.00)	0.597 (0.00)	0.597 (0.00)
136 (ticlopidina 250mg, emb. grande)	1.050 (0.07)	0.914 (0.00)	1.072 (0.08)	0.914 (0.01)	0.913 (0.02)	0.913 (0.00)

Nota: GH:Grupo Homogêneo de Medicamentos,PVP:Preço de Venda ao Público

Tabela 6 - Rácios entre o PR e os PVP máximos e mínimos dos medicamentos de marca e o PVP mínimo dos medicamentos genéricos, por GH, nos períodos pré e pós SPR.

GH	PR/ PVP MÁX. MARCA		PR/ PVP MÍN. MARCA		PR/ PVP MÍN. GENÉRICOS	
	Jan. 02 – Mar. 03	Abr. 03 – Jun. 03	Jan. 02 – Mar. 03	Abr. 03 – Jun. 03	Jan. 02 – Mar. 03	Abr. 03 – Jun. 03
31 (captopril 25mg, emb.média)	0.620	0.620	0.989	1.000	1.120	1.120
32 (captopril 25mg, emb.grande)	0.748	0.609	0.961	1.037	1.065	1.107
52 (ciprofloxacina 500mg,emb.grande)	0.488	0.488	0.840	1.037	1.012	1.000
64 (enalapril:hidroclorotiazida 20:12,5mg, emb.grande)	0.637	0.805	0.932	1.000	1.030	1.030
68 (enalapril 20mg, emb.média)	0.790	1.000	1.699	1.827	1.830	1.647
76 (fluoxetina 20mg, emb.média)	0.749	0.812	1.237	1.313	1.273	1.290
95 (lisinopril 20mg, emb.média)	0.587	0.587	0.850	1.000	1.000	0.940
96 (lisinopril 20mg, emb.grande)	0.841	0.841	0.841	0.841	1.000	1.000
120 (omeprazol 20mg, emb.média)	0.555	0.562	2.488	2.946	1.097	2.497
121(omeprazol 20mg, emb.grande)	0.868	0.868	1.088	1.382	1.193	1.290
124 (ranitidina 150mg, emb.grande)	0.461	0.461	1.121	1.456	1.150	1.150
126(ranitidina 300mg, emb.grande)	0.845	0.952	1.322	1.773	1.280	1.300
127 (sinvastatina 20mg, emb.média)	0.663	0.779	0.973	1.074	1.093	1.163
128(sinvastatina 20mg, emb.grande)	0.792	0.776	0.884	1.000	1.000	1.003
136 (ticlopidina 250mg, emb. grande)	0.670	0.899	0.997	1.021	1.004	1.020

Nota: GH: Grupo Homogêneo, PR: Preço de Referência, PVP:Preço de Venda ao Público.

Evolução do consumo de medicamentos em volume

Com o objectivo de proceder à avaliação da utilização de medicamentos no período em estudo, considerou-se a variação nos períodos homólogos relativos a o mês de Junho de 2002 e 2003, tendo sido verificada uma diminuição no número de embalagens consumidas em todas as Regiões de Saúde. O decréscimo foi mais acentuado na região de Lisboa e Vale do Tejo, onde foi alcançado um valor de 8.2%. No outro extremo, na região do Algarve o número de embalagens consumidas diminuiu 2.9%, sendo verificados valores intermédios para as regiões do Centro com 3.5%, do Alentejo com 4.5% e do Norte com 5.5%. Este efeito pode estar associado à implementação do novo modelo de receita médica que vem diminuir para quatro, o número máximo de embalagens permitido por receita¹.

De acordo com o Gráfico 1 - é observada uma diminuição na amplitude interquartil e um incremento na assimetria positiva, na fase após a implementação do SPR para o consumo nacional e no segmento não abrangido pelo SPR. Com efeito, o quociente de assimetria aumenta nos dois segmentos, entre os dois períodos. No primeiro caso a variação ocorre de 0.8 para 1.28, no segundo de 0.73 para 1.31. No segmento do SPR o quociente de assimetria mantém-se superior a 1, muito embora haja uma diminuição entre os dois períodos (1.13 1.02). Estes valores parecem sugerir uma diminuição no volume de medicamentos consumido, entre os dois períodos em análise. A nível nacional é verificada uma variação de 10.2 para 9.3 milhões de embalagens consumidas, no segmento do SPR a diferença é de 1.5 para 1.4 milhões, e no segmento não abrangido pelo SPR é de 8.7 para 7.9 milhões de embalagens.

Gráfico 1 - Número total de embalagens consumidas a nível nacional e no mercado remanescente ao SPR, nos períodos pré e pós implementação do SPR.

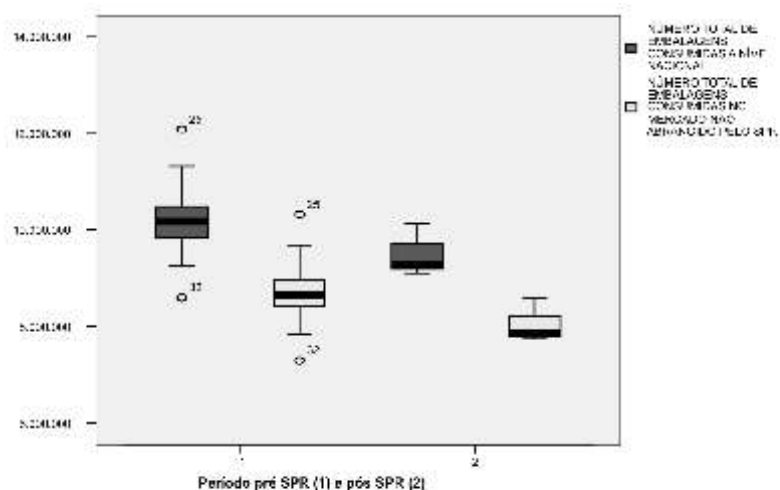
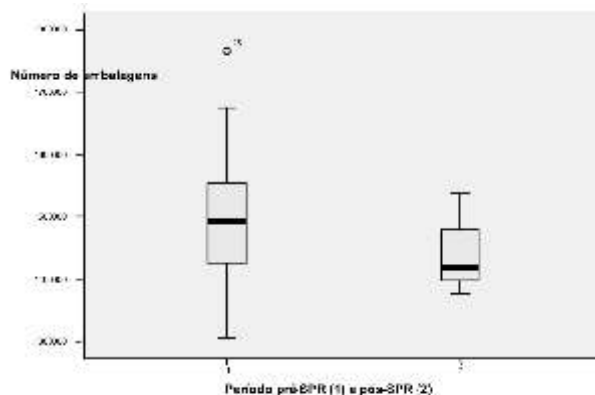


Gráfico 2 - Número total de embalagens consumidas a nível nacional, no mercado do SPR, nos períodos pré e pós implementação do SPR.



¹Portaria nº 1501/2002 de 12 de Dezembro, publicada no DR I B (nº 287) de 12 de Dezembro de 2002, que define o novo modelo de receita médica para prescrição de medicamentos comparticipados no SNS.

Observando o número de DDD consumidas ao nível dos GH em estudo, de acordo com a Tabela 7, o valor médio máximo no período pré SPR pertence ao GH 95 lisinopril sendo o líder de consumo neste segmento. O valor médio mínimo regista-se para o GH 96. Verifica-se um declínio acentuado no consumo para os GH 31 e 95. Verifica-se também um decréscimo no consumo associado aos GH 52, 64, 68, 120, 124, 126 e 127. É detectado um aumento no consumo para os GH 32, 76, 96, 121, 128 e 136. O padrão de consumo do captopril sofreu uma alteração, aumentando o consumo no GH

que, para a mesma dosagem e forma farmacêutica, engloba as embalagens de maiores dimensões entre 90 e 180 unidades, e diminuindo o consumo no GH que integra as embalagens de 50 a 60 unidades. Relativamente ao lisinopril verificou-se a mesma situação, com a diferença de que o GH 96 só engloba embalagens de 100 unidades, enquanto que o GH 95 integra embalagens entre 56 e 60 unidades. Esta ocorrência detecta-se em paralelo com o processo de redimensionamento das embalagens de medicamentos participados.

Tabela 7 - Média mensal de DDD consumidas por GH nos períodos pré e pós SPR.

GH	MÉDIA DE DDD CONSUMIDAS	
	Jan. 02–Mar. 03	Abr. 03 – Jun. 03
31 (captopril 25mg, emb.média)	1 759 015 (389 596)	627 511 (297 009)
32 (captopril 25mg, emb.grande)	300 840 (369 042)	1 222 723 (369 669)
52 (ciprofloxacina 500mg,emb.grande)	325 499 (29 994)	300 976 (12 008)
64 (enalapril:hidroclorotiazida 20:12,5mg, emb.grande)	1 227 738 (105 720)	1 027 317 (69 678)
68 (enalapril 20mg, emb.média)	3 020 781 (246 578)	2 623 869 (189 338)
76 (fluoxetina 20mg, emb.média)	2 356 146 (242 644)	2 493 974 (139 482)
95 (lisinopril 20mg, emb.média)	4 011 974 (439 253)	2 832 568 (151 399)
96 (lisinopril 20mg, emb.grande)	274 653 (555 824)	1 618 466 (114 240)
120 (omeprazol 20mg, emb.média)	2 121 264 (155 708)	1 626 664 (208 376)
121(omeprazol 20mg, emb.grande)	1 109 230 (305 960)	2 181 160 (249 416)
124 (ranitidina 150mg, emb.grande)	544 514 (49 383)	440 450 (26 655)
126(ranitidina 300mg, emb.grande)	413 256 (29 601)	392 660 (29 751)
127 (sinvastatina 20mg, emb.média)	1 762 234 (225 948)	1 658 271 (216 535)
128(sinvastatina 20mg, emb.grande)	1 203 562 (1 020 625)	3 224 320 (79 590)
136 (ticlopidina 250mg, emb. grande)	1 605 424 (160 969)	1 706 091 (104 630)

Nota: DDD:Doses Diárias Definidas,GH:Grupo Homogêneo de medicamentos

Discussão e Conclusões

A adopção simultânea de outras medidas, no âmbito da política do medicamento, como a adopção de um novo modelo de receita médica e a diminuição do número de medicamentos passíveis de prescrever por receita médica, a introdução do modelo de receita médica renovável, a obrigatoriedade de prescrição por DCI e a possibilidade de substituição, constituem factores que possuem capacidade para interferir sobre o mercado farmacêutico, não havendo instrumentos disponíveis para isolar a respectiva contribuição individual do impacto exercido pela implementação do SPR.

Não obstante, em simultâneo com a implementação do SPR, foi alcançada uma diminuição na despesa farmacêutica total, bem como nos segmentos associados ao SPR e ao do RGC, para o período em estudo. A despesa associada ao consumo de medicamentos genéricos aumentou 129% e a relativa

aos medicamentos de marca diminuiu 30%, entre Janeiro de 2002 e Junho de 2003. Entre Abril e Junho de 2003 o rácio da despesa no SPR relativa à despesa total diminuiu de 0.43 para 0.40.

A despesa farmacêutica no SPR, a nível regional, revelou um padrão sobreponível para todas as Regiões de Saúde, sendo observada uma diminuição nas médias das despesas total e pública e um ligeiro aumento na componente privada.

O PVP dos medicamentos de marca revelou-se muito sensível à implementação do SPR, o qual foi objecto de abaixamento em 87% dos GH em estudo; pelo contrário, o PVP dos medicamentos genéricos manteve-se constante entre os dois períodos em 73% da amostra. Situação idêntica foi encontrada por Merino Castelló^[12] em Espanha, a qual verificou que com a introdução do SPR, os preços dos medicamentos de marca diminuíram. O estudo desenvolvido por Pavcnik^[13] permitiu obter uma conclusão idêntica: o

efeito do SPR é mais acentuado sobre a redução do preço dos medicamentos de marca do que sobre o preço dos genéricos, que experimentaram variações muito menores.

Posicionando o PR relativamente ao PVP, verifica-se que em regra é superior ao valor médio do PVP dos medicamentos genéricos e ao valor médio do PVP mínimo nos GH; contudo, para quatro GH, o valor do PR é inferior a ambos. Verifica-se também que o PR é sempre inferior ao PVP máximo dos medicamentos de marca, sendo detectado o maior afastamento do PR relativamente ao PVP mínimo dos medicamentos de marca.

Considerando os rácios entre o PR e os valores médios do PVP máximo dos medicamentos de marca e os PVP mínimos dos medicamentos de marca e genéricos, verifica-se que para a maioria dos GH não houve alteração do valor; nos GH em que se verificou uma variação no quociente, esta ocorreu predominantemente no sentido da convergência com o PR, muito embora também se tenha verificado uma variação divergente, sobretudo nos PVPs mínimos associados aos medicamentos de marca e aos medicamentos genéricos. A divergência positiva, verificada para todos os GH, excepto um, acentuou o desfasamento inicial dos PVPs, que se tornaram ainda mais baixos relativamente ao PR, e ocorreu maioritariamente sobre os PVPs mínimos.

A avaliação da evolução do consumo sugere uma diminuição no volume de medicamentos consumidos, em termos de embalagens, mas um incremento em termos de DDD. Este facto sugere uma transferência de consumo para embalagens de maior dimensão ou para dosagens mais elevadas de medicamentos com idêntica composição.

Tal como Segura^[14] aponta, tão objectiva e oportunamente, é necessário adoptar de forma continuada medidas de apoio ao SPR que permitam contribuir para a sustentabilidade financeira da despesa farmacêutica, como o incentivo à comercialização de medicamentos genéricos e respectiva utilização, e um sistema de actualização contínua e ágil dos preços de referência, bem como tendente a favorecer a emergência de novos GH.

Referências

- [1]Decreto Lei nº 270/2002 de 2 de Dezembro. Diário da República I Série A, nº278 (Dez. 2, 2002).
- [2]Ioannides-Demos LL, Ibrahim JE, McNeil JJ.

Reference -Based Pricing Schemes Effect on Pharmaceutical Expenditure, Resource Utilization and Health Outcomes. *Pharmacoeconomics* 2002; 20(9): 577-91.

- [3]Narine L, Senathirajah M, Smith T. Evaluating reference based pricing:initial findings and prospects. *Journal of Canadian Medical Association* 1999; 161 (3): 286-8.
- [4]Mestre Ferrandiz J. Reference prices and generic medicines: what can we expect?. *Journal of Generic Medicines* 2003; 1(1):31-38.
- [5]Decreto Lei nº 249/2003 de 11 de Outubro. Diário da República I Série A, nº236(Out. 11,2003).
- [6]Schneeweiss S, Maclure M, Dormuth C, Avorn J. Pharmaceutical cost containment with reference-based pricing: time for refinements. *Journal of Canadian Medical Association* 2002; 167(11): 1250-1.
- [7]Schneeweiss S, Walker AM, Glynn RJ, Maclure M, Dormuth C, Soumerai SB. Outcomes of Reference Pricing for Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors. *The New England Journal of Medicine* 2002; 346(11): 822-9.
- [8]Kanavos P, Reinhardt U. Reference Pricing for Drugs: is it compatible with US Health Care? *Health Affairs* 2003; 22(3):16-30.
- [9]Danzon P. Reference Pricing: Theory and Evidence. In: López-Casasnovas G, Jonsson B. *Reference Pricing and Pharmaceutical Policy Perspectives on Economics and Innovation*. Springer Verlag Ibérica, Barcelona. 2001.
- [10]INFARMED Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento. Evolução do Mercado de Medicamentos Genéricos. Informação consultada em www.infarmed.pt.
- [11]Nakagawa B. Reference based pricing. *Journal of Canadian Medical Association* 2000; 162(1): 12-13.
- [12]Merino-Castelló A. The impact of reference price system on the pharmaceutical market: a theoretical approach. 2000. Informação consultada em www.econ.upf.es/docs/papers.
- [13]Pavcnik N. Do pharmaceutical prices respond to patient out of pocket expenses? *RAND Journal of Economics* 2002; 33(3):469-87.
- [14]Segura MA. Los nuevos precios de referencia:una oportunidad en la gestióneficiente del medicamento. *Atención Primaria* 2005;35(2):64-6.