

# A POLÍTICA DO MEDICAMENTO EM PORTUGAL

*Evolução e situação actual*  
*Propostas para a efectivação do*  
*direito à saúde*

LISBOA  
**3 nov.**

**Saúde**  
**Segurança Social**  
**Educação**  
**Poder Local**

**ENCONTRO**  
**Sobre**  
**Estado,**  
**administração**  
**PÚBLICA**  
**e**  
**direitos**  
**SOCIAIS**



# **A Política do Medicamento em Portugal**

## **Evolução e situação actual**

### **Propostas para a efectivação do direito à saúde**

#### **1 – O medicamento – importância**

O acesso aos medicamentos representa um elemento fundamental do direito à saúde. Numa altura de crise económica, as pressões para reconfigurar a política do medicamento, a par das crescentes restrições orçamentais e suas implicações para a universalidade do SNS, colocam em causa a efectivação do direito à saúde!

O Relatório de Primavera 2011 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde<sup>1</sup>, acrescenta que, no actual cenário “*cerca de 3,5 milhões de portugueses vêem-se forçados a abdicar de medicamentos essenciais devido à subida dos preços.*”

Assim, a política do medicamento não pode ser dissociada da política de saúde ou da política geral implementada no país, nem do direito da população ter qualidade de vida e bem – estar.

Os desenvolvimentos na qualidade e longevidade de vida atingidos ao longo das últimas décadas, são um avanço civilizacional que enquadram todos os aspectos que se relacionam com a saúde num plano muito distinto da generalidade dos serviços ou bens. O direito à saúde é uma conquista dos trabalhadores e da generalidade da população, consagrada na Constituição da República Portuguesa (CRP) depois da Revolução de Abril.

Numa altura em que os rendimentos dos trabalhadores e pensionistas são alvo de reduções brutais, que o desemprego grassa e o emprego, quer qualitativamente, quer quantitativamente, está num processo de degradação, os cortes previstos nos planos de austeridade da troika externa com a anuição da troika interna composta pelo PS, PSD e CDS, nas prestações sociais e no aumento da comparticipação dos utentes do SNS são inaceitáveis.

A visão mercantilista, a opção pelos grandes grupos económicos e pelos interesses instalados, pelos que em tempo de crise continuam a aumentar e a centralizar cada vez mais riqueza e recursos, está também presente na área da saúde e, no quadro desta, na política do medicamento.

A falta de unidades produtivas que satisfaçam as necessidades do mercado nacional, empurram o país para uma situação de dependência externa, com reflexos na balança comercial e, sobretudo, na garantia da soberania nacional.

Pelos montantes que envolve, pelas margens de lucro que lhe estão implícitas, pelo risco reduzido e retorno garantido, o “negócio” do medicamento está hoje no centro de

---

<sup>1</sup> Da depressão da crise – Para a governação prospectiva da saúde – Observatório Português dos sistemas de Saúde (OPSS),

uma pressão sem precedentes. A resistência, que em alguns casos se traduz em oposição, à entrada de genéricos no mercado, associada á falta de informação aos utentes, contribui para o agravar dos preços suportados pró utentes e pelo SNS.

A CGTP-IN reitera que no centro da política do medicamento deve estar o acesso dos utentes a este importante instrumento de promoção e garantia de cuidados de saúde, bem como a defesa dos interesses do Estado, que não pode continuar a esbanjar recursos financeiros oriundos dos impostos pagos pela população e transferi-los directamente para os grupos privados que compõem a cadeia do medicamento.

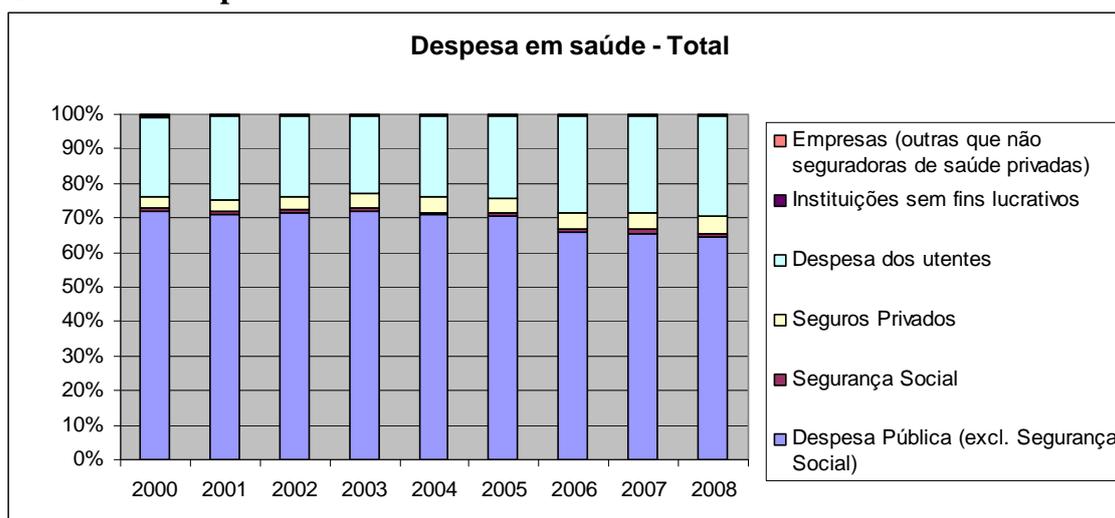
Nos diferentes planos, da produção à distribuição, do consumo à participação, a política implementada deixa o país mais dependente e a saúde mais inacessível para a generalidade da população.

## 2 – Política do medicamento – evolução recente

A despesa total com medicamentos dispensados a doentes em ambulatório foi, em 2008, de 4.219,27 milhões de euros, subindo 46% em relação ao ano de 2000<sup>2</sup>, representado perto de ¼ do total da despesa em saúde.

Como consequência de uma política que cada vez mais transfere para os utentes a responsabilidade e custos com a saúde e, em particular, de uma política do medicamento que acentua esta tendência de onerar os utentes com a aquisição do medicamento, constatamos que, entre 2000 e 2008, a parte de despesa em saúde que cabe à população suportar directamente subiu de 24% para 27%, ou seja, mais 1.750,70 milhões de euros. Em relação ao medicamento, a despesa suportada pelos utentes passou de 38% do total da despesa nacional, em 2000, para 46% em 2008.

**Gráfico 1 – Despesa em saúde - total**

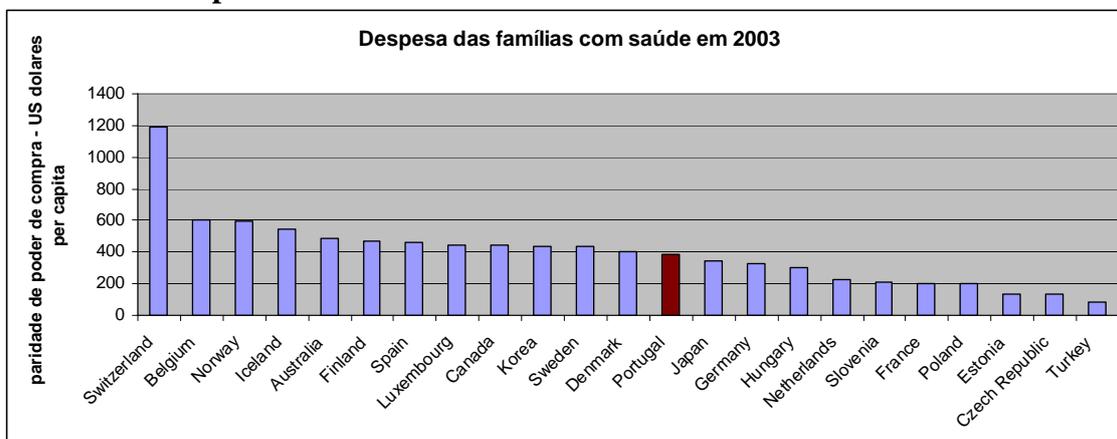


Fonte: OCDE, Health Data, 2011.

<sup>2</sup> OCDE, Estatísticas sobre a saúde, [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)

Se a análise recair sobre a despesa total suportada pelos utentes, a percentagem gasta com medicamentos sobe para os 40%, só superada pela despesa com os *Serviços de cuidados de saúde curativos e reabilitação*, que representa metade da despesa suportada pelos utentes.

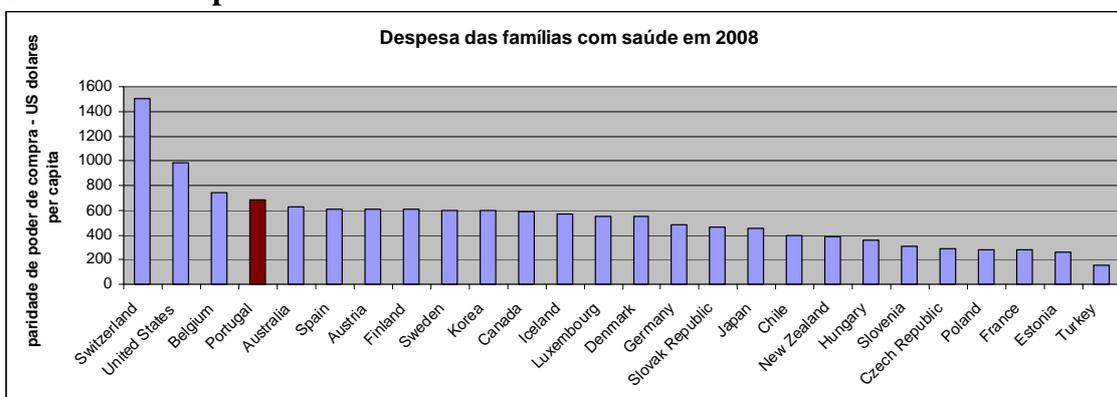
**Gráfico 2 – Despesa das famílias com saúde em 2003**



Fonte: OCDE, Health Data, 2011.

Como resultado temos que, quando comparada com a despesa dos utentes de outros países<sup>3</sup>, a população portuguesa passou, em 2008, a ser o quarto país da OCDE que mais contribui, directamente, para a despesa com saúde.

**Gráfico 3 – Despesa das famílias com saúde em 2008**



Fonte: OCDE, Health Data, 2011.

De salientar que os dados se referem a 2008 e não captam as consequências na alteração do sistema de comparticipação com medicamentos que essas medidas estão a trazer para os utentes.

As reduções introduzidas pelo Decreto-lei 106-A/2010, de 13 de Maio, que “*tem por objecto a adopção de medidas mais justas no acesso aos medicamentos, combate à fraude e ao abuso na comparticipação de medicamentos e de racionalização da política do medicamento no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS)*” sistematiza uma ainda maior transferência para os utentes dos gastos com a saúde, com o fim das comparticipações a 100%.

<sup>3</sup> OCDE, [www](http://www.oecd.org) , com base nos dados disponíveis para os anos de 2003 e 2008.

Mesmo para os reformados com pensões inferiores ao salário mínimo, a comparticipação a 95% só é garantida para os 5 medicamentos genéricos mais baratos (anteriormente era o genérico de preço mais elevado), imputando desta forma ao utente uma responsabilidade, a de prescrição de um dos 5 genéricos mais baratos, que não é sua. A agravar esta situação, o Decreto-lei 106-A/2010, de 13 de Maio, introduz uma alteração na consideração do rendimento do utente, que passa a ser considerado tendo em conta a ponderação de todo o agregado familiar e só os pensionistas enquadrados num agregado familiar cujo rendimento por cada membro (tendo em conta o sistema de rendimento por adulto equivalente)<sup>4</sup> não ultrapasse o SMN do ano anterior, têm direito a este acréscimo de 5pp no montante participado.

Esta questão transporta-nos para prescrição dos medicamentos e a sua disponibilidade. Na prática, se a um utente com rendimento inferior ao SMN não for prescrito um dos cinco genéricos mais baratos, ou se este não existir numa farmácia, passará a ter de adiar, ou deixar mesmo de adquirir, o medicamento. Esta situação é relatada em diversos estudos<sup>5</sup>, dando nota de utentes que optam por comprar parte de uma receita e deixam de poder seguir o tratamento, conforme prescrito pelo médico, uma vez que há um conjunto significativo de utentes que não tem condições de pagar a diferença do preço entre o valor da comparticipação e o preço real do medicamento que lhe é receitado.

Temos assim uma política do medicamento que, como traço geral evolução, se caracteriza por uma crescente transferência para os utentes da despesa com medicamento, mantendo intocáveis os privilégios da indústria farmacêutica e da distribuição e venda de medicamentos, que coloca em causa o carácter universal no acesso ao medicamento por parte dos utentes, em especial, daqueles que são mais carenciados.

A necessidade de anunciar a distribuição dos medicamentos próximos do final do prazo de validade aos mais carenciados é, por um lado sintomática do carácter exclusivo que as medidas que vêm sendo introduzidas incorporam e, por outro, de grande irresponsabilidade e insensibilidade, passando a haver doentes de primeira e doentes de segunda.

### **3 – O SNS e o medicamento – breve caracterização**

O SNS, conquista de Abril, contribuiu de forma determinante para a melhoria da qualidade de vida dos portugueses. A universalidade no acesso aos cuidados de saúde garantiu que em Portugal indicadores como mortalidade infantil e a esperança média de vida conhecessem desenvolvimentos ímpares.

---

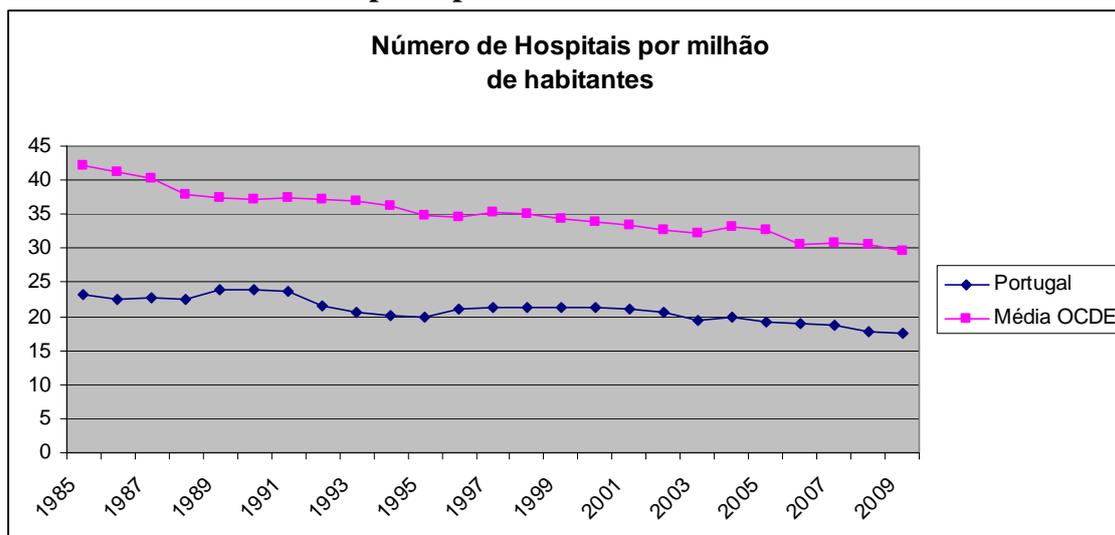
<sup>4</sup> O rendimento por adulto equivalente é obtido pelo somatório dos rendimentos de um agregado familiar e ulterior divisão tendo por base uma ponderação de 1 para o primeiro adulto (requerente), 0,7 para cada adulto maior para além do requerente e 0,5 para cada indivíduo menor. Na prática o rendimento por adulto equivalente é maior que o rendimento *per capita* uma vez que o divisor é menor.

<sup>5</sup> Vogler, S; Leopold, C. Access to essential medicines in Portugal. [em linha]. Health action international Europe, öbig Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH, July 2009. Versão traduzida. [Consultado em 1 de Junho de 2011]. Disponível em <http://haieurope.org/wp-content/uploads/2010/12/31-Aug-2009-OEBIG-Report-Access-to-essential-medicines-in-Portugal-PT.pdf>.

Na redução da mortalidade infantil, entre 1970 e 2005, Portugal reduziu em 52 pontos o número de ocorrências, contra 9,8 na Dinamarca ou 13,2 nos estados Unidos da América. No mesmo período, a esperança média de vida à nascença aumentou 10,7 anos em Portugal, 4,6 na Dinamarca e 8,1 nos Estados Unidos da América.

Estes avanços foram conseguidos com uma despesa média por habitante bastante inferior à média da OCDE e um número de hospitais e de cama por milhão de habitantes inferior em Portugal em relação à média.

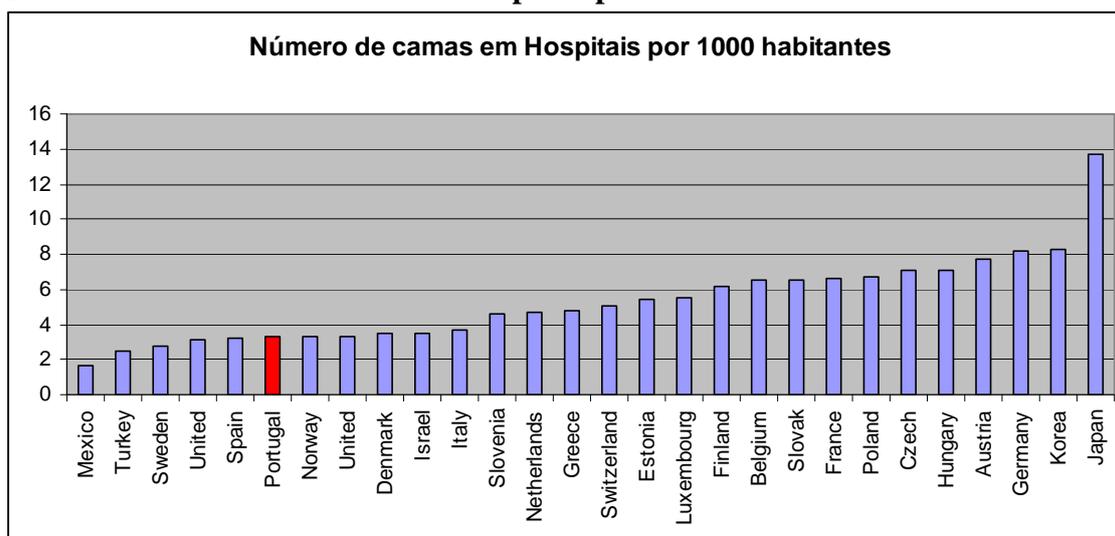
**Gráfico 4 – Número de hospitais por milhão de habitantes**



Fonte: OCDE, Health Data, 2011. NOTA: média OCDE com base nos dados disponíveis em cada ano;

Na evolução recente há a destacar que, sendo SNS o garante do acesso universal à saúde, tem havido uma crescente mercantilização nesta área.

**Gráfico 5 – Número de camas em hospitais por mil habitantes**



Fonte: OCDE, Health Data, 2011.

Com efeito, o número de hospitais públicos tem vindo a ser reduzido, fruto de uma política de encerramento/concentração de unidades e valências, a par do aumento dos hospitais privados, com ou sem fins lucrativos.

Decorrente desta tendência, existem cada vez mais hospitais privados, apesar de a maioria dos cuidados de saúde serem prestados e garantidos pelos hospitais públicos.

Segundo dados da Associação Portuguesa de Hospitalização Privada<sup>6</sup>, a facturação dos hospitais privados prevista para 2010 é de 1.000 milhões de euros (em 2008 era de 500 milhões), representado já 50% das consultas, 25% dos internamentos, 15% das camas, 5 % dos episódios de urgência e 40% dos cuidados de saúde assegurados em Portugal. Desta forma se explica que, entre 2000 e 2008, a despesa corrente dos seguros privados tenha aumentado 157%, cifrando-se no ano de 2008 em 842 milhões de euros, passando de 3% do total de despesa em saúde no ano de 2000, para 5,2% em 2008, não estando reflectidos neste números as elevadas transferências do SNS para hospitais privados que prestam cuidados de saúde financiados pelos sistemas públicos e que, com maior investimento, racionalização, eficiência e um justo aproveitamento dos recursos, poderiam ser prestados, com menores custos, pelo serviço público de saúde.

No âmbito dos hospitais privados, destacam-se cinco grandes grupos económicos – José Mello Saúde, Espírito Santo Saúde, Hospitais Privados de Portugal e CESPU – Serviços de Saúde.

O incremento do processo de mercantilização, transversal a todas as funções sociais, com especial dinâmica na saúde, repercute-se também na política do medicamento.

Pelas verbas que envolve, pela concentração de mercado e pela rentabilidade garantida, o mercado do medicamento é hoje uma importante fonte de receita para aqueles que o dominam.

A taxa de rentabilidade, quer na distribuição, quer na produção, é mais elevada que na média das actividades económicas. No que diz respeito à concentração, se na distribuição é muito elevada, no que concerne á produção de medicamentos tal não se verifica.

### **3.1 – A produção de medicamentos**

A situação económica de Portugal, de elevada dívida externa que conduz a uma crescente e insustentável dependência do exterior, tem no défice da balança comercial (de bens e serviços) e, ainda que com menor peso, na balança de rendimentos, a principal causa.

Os défices acumulados resultam de um processo de desindustrialização, resultado directo de opções políticas implementadas ao longo das últimas décadas que se acentuaram de forma brutal ao longo dos últimos dez anos, com a introdução do euro e uma política de comércio externo entregue aos interesses das grandes potências europeias.

A produção nacional para fazer face às necessidades do mercado português, a par da valorização de salários para dinamizar a procura interna, surge assim como medida e solução para parte dos problemas com que o país está confrontado.

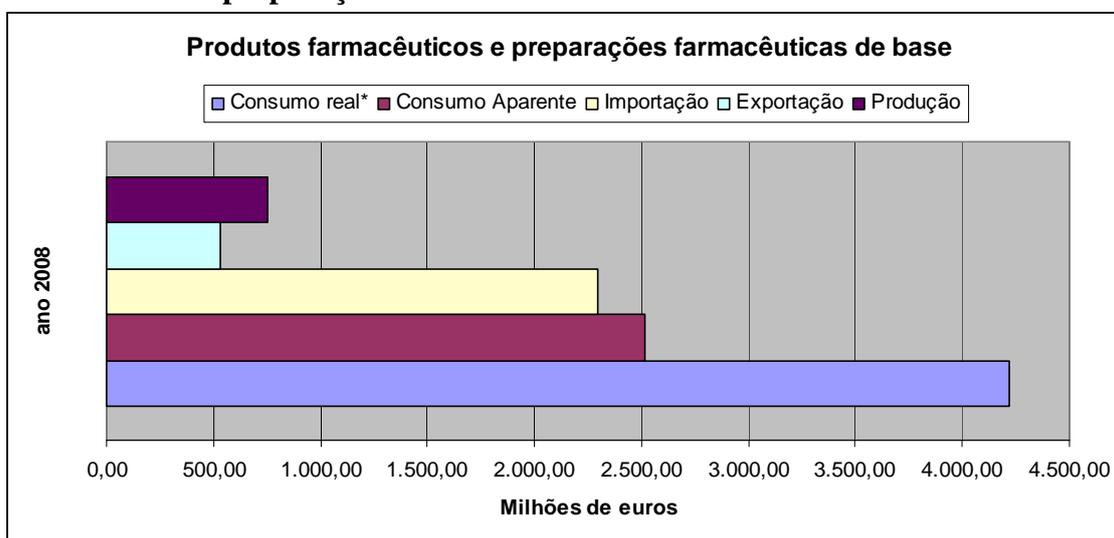
---

<sup>6</sup> Perfil da hospitalização privada portuguesa, Associação Portuguesa de Hospitalização Privada, em [www.aphp-pt.org](http://www.aphp-pt.org), acedido em 23 de Agosto.

É no quadro dos produtos das indústrias transformadoras e dos bens transaccionáveis que os produtos farmacêuticos e preparações farmacêuticas de base se destacam pela negativa.

O encerramento de unidades produtivas e, essencialmente, a quebra de valor daquelas que se mantêm em laboração (vêr 3.1.1 – evolução) contribui para que a taxa de cobertura dos produtos farmacêuticos e preparações farmacêuticas de base seja a mais baixa do conjunto da balança de bens. Deste modo, para além de contribuir de forma significativa para o défice da balança comercial e para o aumento da dívida externa do país e se constituir como parte relevante do problema económico, o défice na produção de um bem – o medicamento, que é fundamental para assegurar uma melhor qualidade de vida à população, tem implicações políticas e na soberania do país na garantia do acesso ao medicamento.

**Gráfico 6 – Produção, consumo, importação e exportação de produtos farmacêuticos e preparações farmacêuticas de base**



Fonte: INE, Estatísticas da Produção Industrial 2000, 2005, 2007 e 2009; \* com base nos dados da OCDE, Health Data, 2011.

Portugal produz apenas 30% das necessidades “aparentes”. Se considerarmos apenas o “consumo aparente”, teríamos de importar 70% do total de produtos farmacêuticos e preparações farmacêuticas de base. No entanto tendo por base a despesa efectiva em medicamentos, verificamos que a produção nacional se fica pelos 17% das necessidades reais, importando 83% do total consumido, com referência ao ano de 2008.

No total da produção de bens oriundos da indústria transformadora a produção deste bem corresponde a 1,5% do total e as importações a 5,4% (sendo o 8º produto com maior peso nas importações). Entre produção nacional e necessidade da população (consumo aparente) foi necessário importar mais de 1.764 milhões de euros, só no ano de 2008. Se tomarmos por base os valores reais de consumo, o défice sobe para 3.467 milhões de euros, valor que correspondia a 2% PIB.

## Quadro 1 – Produção, importação, exportação e consumo aparente da secção em 2009

Produção, importação, exportação e consumo aparente da secção (CPA 2008), por divisão, 2009						
CPA 2008	2009					
	Produção <sup>1</sup> (10 <sup>6</sup> euros)	Importação <sup>2</sup> (10 <sup>6</sup> euros)	Exportação <sup>2</sup> (10 <sup>6</sup> euros)	Consumo Aparente (10 <sup>6</sup> euros)	Taxa Cobertura (%)	
	1	2	3	4 = 2+1-3	$\frac{5}{4} \times 100$	
<b>Secção C – Produtos das indústrias transformadoras</b>						
<b>Total</b>	<b>50.561</b>	<b>42.907</b>	<b>29.964</b>	<b>63.504</b>	<b>69,8</b>	
10	Produtos alimentares	8.172	4.882	2.061	10.993	42,2
11	Bebidas	2.469	398	856	2.011	215,1
12	Produtos da indústria do tabaco	439	62	322	179	517,4
13	Produtos têxteis	1.682	1.212	1.239	1.655	102,2
14	Artigos de vestuário	1.619	1.719	2.181	1.156	126,9
15	Couro e produtos afins	1.342	934	1.343	934	143,7
16	Madeira e cortiça e suas obras, excepto mobiliário; obras de espartaria e de cestaria	1.745	476	1.071	1.151	224,9
17	Papel e cartão e seus artigos	2.158	1.101	1.513	1.745	137,4
18	Trabalhos de impressão e gravação	760	6	4	762	65,8
19	Coque e produtos petrolíferos refinados	3.864	1.478	1.446	3.896	97,8
20	Produtos químicos	2.619	4.105	1.595	5.129	38,9
<b>21</b>	<b>Produtos farmacêuticos e preparações farmacêuticas de base</b>	<b>752</b>	<b>2.299</b>	<b>535</b>	<b>2.516</b>	<b>23,3</b>
22	Artigos de borracha e de matérias plásticas	2.304	1.534	1.571	2.267	102,4
23	Outros produtos minerais não metálicos	3.415	742	1.420	2.737	191,4
24	Metais de base	1.642	2.564	1.132	3.074	44,2
25	Produtos metálicos transformados, excepto máquinas e equipamento	3.521	1.426	1.867	3.080	130,9
26	Produtos informáticos, electrónicos e ópticos	1.511	3.979	1.575	3.914	39,6
27	Equipamento eléctrico	1.828	2.334	1.601	2.561	68,6
28	Máquinas e equipamentos, n.e.	1.563	3.723	1.565	3.721	42,0
29	Veículos automóveis, reboques e semi-reboques	3.848	4.802	3.484	5.167	72,5
30	Outro equipamento de transporte	329	1.394	378	1.345	27,1
31	Mobiliário	1.025	572	841	757	146,9
32	Produtos diversos das indústrias transformadoras	458	1.166	364	1.259	31,3
33	Serviços de reparação e instalação de máquinas e equipamento	1.495	//	//	//	//

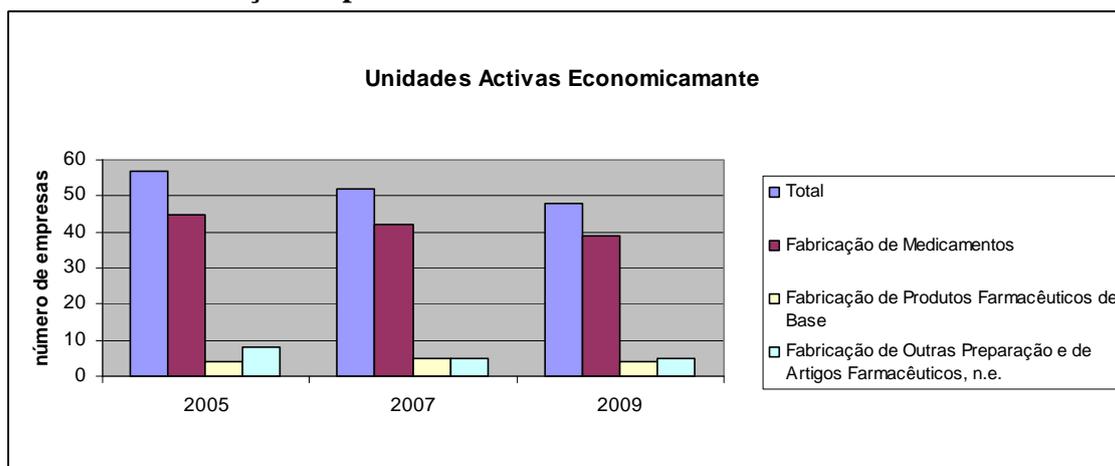
Fontes: (1) INE, I.P., Estatísticas da Produção Industrial; (2) INE, I.P., Estatísticas do Comércio Internacional de Bens (CI).

### 3.1.1 – Evolução

Seguindo uma tendência global, a indústria farmacêutica portuguesa sofreu efeitos das fusões e concentrações nas principais multinacionais, com uma diminuição das unidades produtivas.

Em apenas quatro anos Portugal viu reduzido o número de indústrias activas em mais de 15%, tendo perdido 9 unidades produtivas num total de 48. Em termos absolutos destaca-se a perda de 6 unidades de fabricação de medicamentos, sendo que em termos relativos, devido à perda de 3 das 8 unidades existentes (-37%), sobressai a destruição de produção na *Fabricação de Outras Preparação e de Artigos Farmacêuticos, não especificados*.

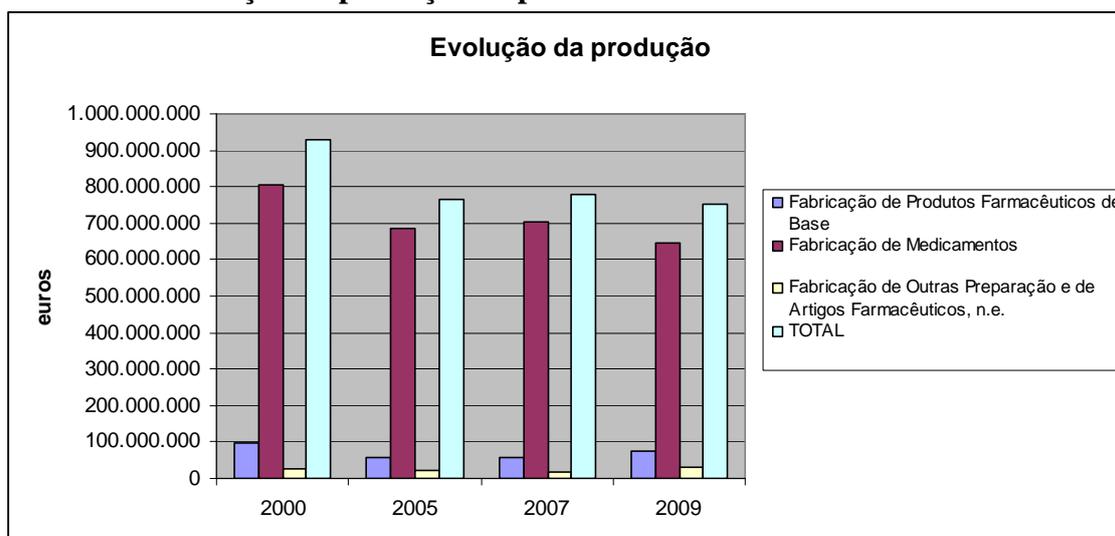
**Gráfico 7 – Produção de produtos farmacêuticos e medicamentos**



Fonte: INE, Estatísticas da Produção Industrial 2000, 2005, 2007 e 2009.

Com o encerramento de empresas, a par da menor quantidade produzida por unidade activa<sup>7</sup>, a produção de produtos farmacêuticos e medicamentos caiu, entre 2000 e 2009, 19%, ou seja, houve uma quebra na produção de 177 milhões de euros.

**Gráfico 8 – Evolução da produção de produtos farmacêuticos e medicamentos**

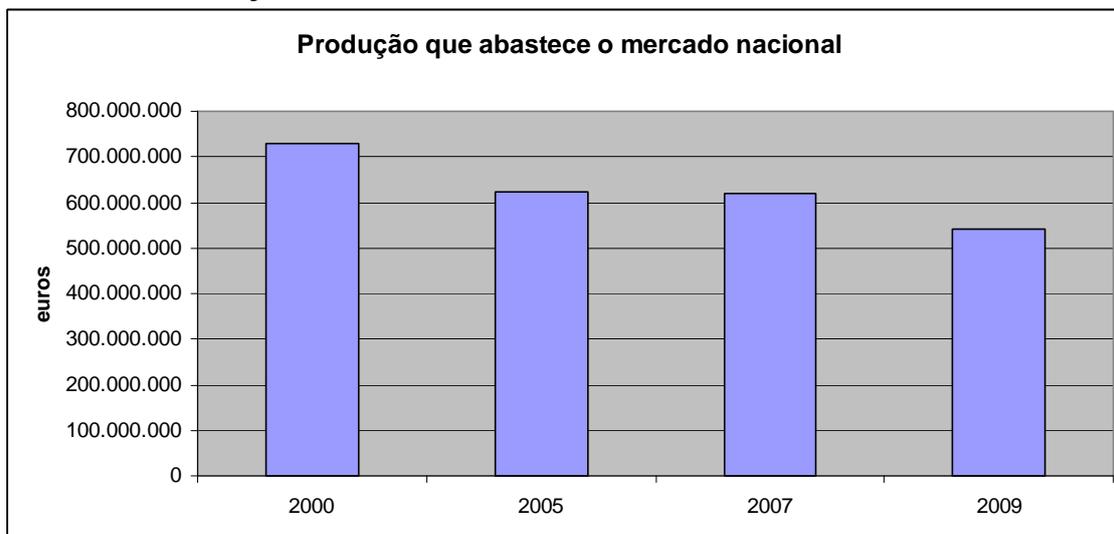


Fonte: INE, Estatísticas da Produção Industrial 2000, 2005, 2007 e 2009.

A par desta tendência de destruição de unidades produtivas e quebra na produção, cada vez menos daquilo que é produzido se destina ao mercado nacional. No mesmo período, entre 2000 e 2009, a quebra de produção destinada ao mercado interno caiu 26%, ou seja, mais 9pp que a diminuição na produção.

<sup>7</sup> A preços de 2009 actualizados conforme a IPC, a produção por unidade activa era, em 2000, de 19.752.163€, descendo para 15.663.483€ em 2009.

**Gráfico 9 – Produção com destino ao mercado nacional**



Fonte: INE, Estatísticas da Produção Industrial 2000, 2005, 2007 e 2009.

Também ao nível dos trabalhadores<sup>8</sup> tem havido uma redução, ainda que menos significativa. Entre 2002 e 2008, perderam-se 653 postos de trabalho, isto é, 6% do total.

**Gráfico 10 – Número de trabalhadores na indústria farmacêutica**



Fonte: APIFARMA, A Indústria Farmacêutica em Números, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 e 2010.

Em termos dos bens produzidos em 2009, destacam-se *os medicamentos contendo produtos misturados ou não misturados, n.e., em doses ou a.v.r.* e *os medicamentos contendo outros antibióticos, em doses ou a.v.r.*, que contribuem em 72% para o valor total produzido em Portugal naquele ano.

<sup>8</sup> O número de trabalhadores tem em conta os dados disponibilizados pela APIFARMA, que apenas contabiliza o universo dos seus associados.

**Quadro 2 – Fabricação de produtos farmacêuticos de base e de preparações farmacêuticas, 2009**

<b>Fabricação de produtos farmacêuticos de base e de preparações farmacêuticas, 2009</b>					
Produtos Produzidos	Unid.	Quantidades		Valor das Vendas (Euros)	
		Produzidas	Vendidas		
		2008 (Rv)	2009		
Principais Produtos:					
Medicamentos contendo produtos misturados ou não misturados, n.e., em doses ou a.v.r.	x	x	x	x	417.354.984
Medicamentos contendo outros antibióticos, em doses ou a.v.r.	x	x	x	x	120.632.665
Antibióticos	kg	...	...	...	...
Medicamentos contendo penicilina, estreptomicinas ou seus derivados, em doses ou a.v.r.	x	x	x	x	31.906.073
Amidas (inclui os carbamatos) acíclicas e seus derivados; sais destes produtos	kg	...	...	...	...
Medicamentos contendo vitaminas ou outros produtos semelhantes, em doses ou a.v.r.	x	x	x	x	21.872.422
Medicamentos contendo alcalóides ou seus derivados, em doses ou a.v.r.	x	x	x	x	17.650.627
Pastas (ouates), gazes, e artigos semelhantes n.e., impregnados ou recobertos de substâncias farmacêuticas ou a.v.r.	x	x	x	x	15.902.182
Outros medicamentos para fins terapêuticos ou profiláticos, n.a.v.r.	x	x	x	x	14.653.263
Medicamentos contendo hormonas corticosteróides, seus derivados e análogos estruturais, em doses ou a.v.r.	x	x	x	x	12.149.176
Pensos adesivos e outros artigos com uma camada adesiva, impregnados ou recobertos de substâncias farmacêuticas ou a.v.r.	x	x	x	x	12.018.707
Hormonas, prostaglandinas, tromboxanos e leucotrienos, naturais ou reproduzidos por síntese; seus derivados e análogos estruturais, incluindo os polipéptidos de cadeia modificada, utilizado principalmente como hormonas (inclui insulina, seus sais e cortisona)	g	...	...	...	...
Açúcares quimicamente puros excepto sacarose, lactose, maltose, glicose e frutose; éteres e ésteres de açúcares, e sais	kg	...	...	...	...
Compostos cuja estrutura contém ciclos fenotiazina (hidrogenado ou não) sem outras condensações	kg	8.693	8.693	3.390	1.023.300
Categutes esterilizados	x	x	x	x	...
Compostos cuja estrutura contém um ciclo triazina (hidrogenado ou não) não condensado, n.e.	kg	...	...	...	...
Sais e hidróxidos de amónio quaternário; lecitinas e outros fosfoaminolípidos, de constituição química definida ou não	kg	262.554	244.882	234.900	347.237
Outros compostos com um ciclo pirimidina (hidrogenado ou não) ou piperazina	kg	0	...	...	...
Medicamentos contendo outros antibióticos (excepto penicilinas e estreptomicinas e seus derivados), n.a.v.r.	x	x	x	x	184.756
Lactonas, excepto a cumarina, a metilcumarina e a etilcumarina	kg	...	...	...	...
Outros produtos da actividade	x	x	x	x	<b>16.983.488</b>
<b>Total de Produtos Produzidos</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>751.847.192</b>

Fonte: INE, Estatísticas da Produção Industrial 2009.

### 3.1.2 – Situação actual

No que concerne aos medicamentos utilizados em Portugal, a situação actual é marcada pelo recurso, maioritário, a produção oriunda de outros países, o mesmo sucedendo com as substâncias activas, **não existindo uma unidade de produção pública relevante, militar ou civil.**

**O desmantelamento gradual da produção do Laboratório Militar de Produtos Químicos e Farmacêuticos e da produção hospitalar** deixou todo o sector da produção de medicamentos no âmbito da iniciativa privada

O índice de concentração na indústria farmacêutica é baixo; nas empresas produtoras de medicamentos nota-se uma maior concentração naquelas que produzem genéricos (as quatro maiores empresas detêm 33,8% do mercado, contra 20,5% nos medicamentos de marca).

**A rentabilidade da indústria farmacêutica é mais elevada que noutros sectores e tem tendência para continuar a subir.**

A dimensão da evolução do mercado de trabalho nesta indústria, à semelhança de tantas outras, ganha mais significado quando observamos que existem possibilidades e necessidade de aumentar a produção e assistimos a uma política de destruição de unidades produtivas e de postos de trabalho.

Com outra política certamente não nos depararíamos com uma realidade de redução e emagrecimento desta fileira produtiva, em termos de valor e postos de trabalho mas, ao invés, de aumentos de produção, maior independência nacional, relações comerciais com exterior mais equilibradas, uma balança de pagamentos com sinal inverso ao actual, mais emprego e menos desemprego na nossa economia.

Este é um exemplo paradigmático de como, produzindo mais, pouparíamos mais e salvaríamos o futuro do país e a independência num bem estratégico para o país.

### **3.2 – A distribuição de medicamentos**

A distribuição grossista, caracteriza-se pela existência de um mercado marcado por elevados níveis de concentração, quer a montante, quer a jusante; **2/3 do mercado de distribuição grossista está sob controlo indirecto de entidade ligadas às farmácias (Allience Healthcare e cooperativas de farmácias).**

Na distribuição retalhista, as rentabilidades (de capital próprio e operacional das vendas) é 3 vezes superior à do restante comércio especializado.

Este dado, de elevada rentabilidade no comércio a retalho, é paradigmático da distribuição de encargos, recaindo sobre os utentes o grosso destes. Fica claro que é possível diminuir o preço dos medicamentos sem que isto acarrete mais despesa para as famílias, via diminuição das margens das farmácias.

Ao nível da acessibilidade, verifica-se que existe uma boa cobertura do território nacional.

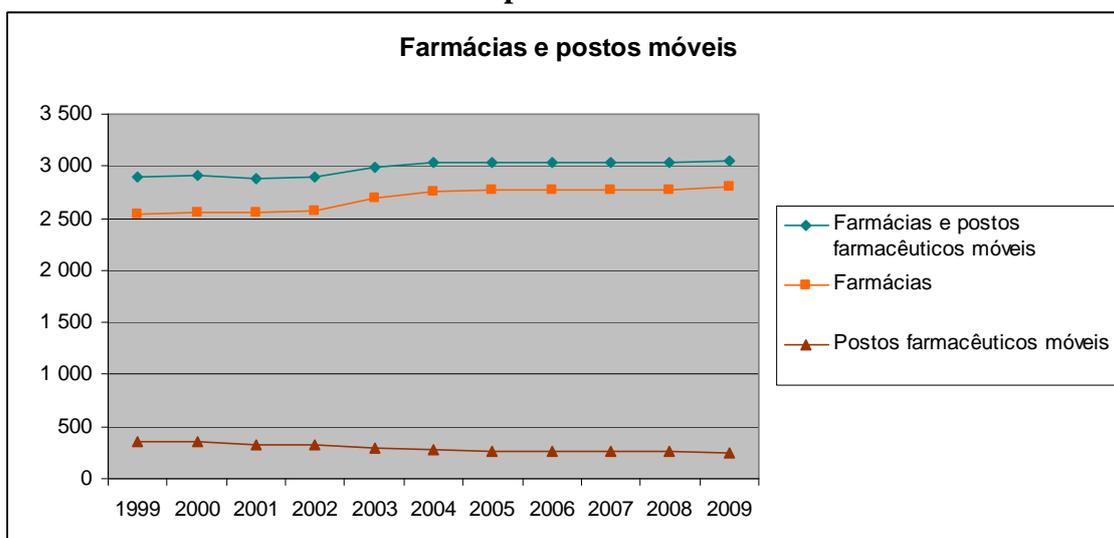
Ao nível da concorrência, os limites à integração horizontal – 4 farmácias por proprietário – não impedem a constituição de monopólios locais.

### 3.2.1 – Evolução

O número de farmácias e postos farmacêuticos móveis existentes no território nacional conheceu, entre 1999 e 2009, um aumento de 5%, passando respectivamente de 2897 para 3096.

Este aumento, superior à evolução da população<sup>9</sup>, não é homogéneo quanto à tipologia dos centros de distribuição. Assim, se o número de farmácias aumentou 10%, (passando de 2546 em 1999, para 2803 em 2009) os centros de distribuição móvel diminuíram em 30% (351 em 1999, para 243 em 2009), tendo encerrado 108 postos farmacêuticos móveis nos últimos dez anos.

**Gráfico 11 – Número de farmácias e postos móveis**



FONTE: INE, I.P., Portugal, 2010. Informação disponível até 30 de Setembro de 2010.

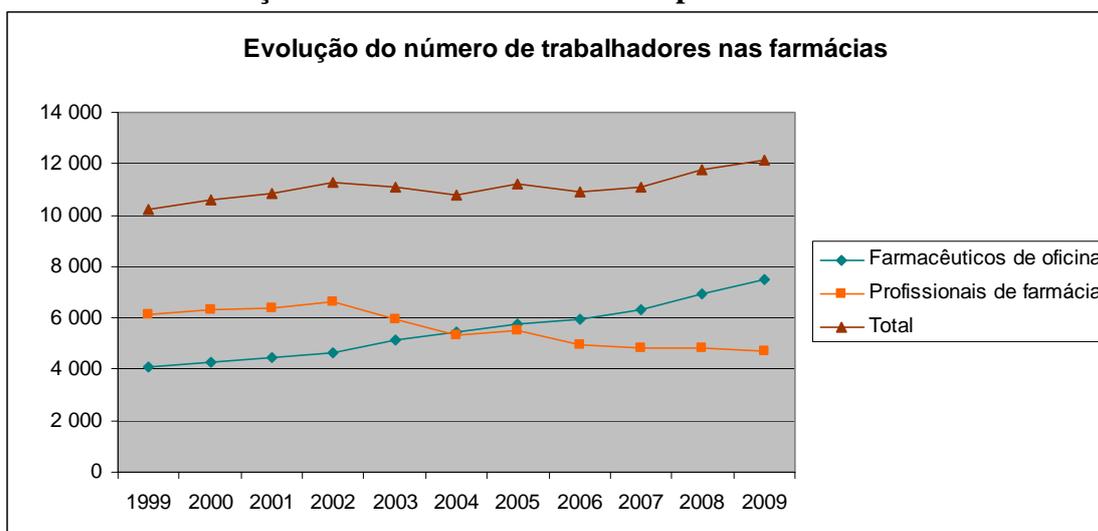
O encerramento de postos farmacêuticos móveis tem um maior impacto no acesso ao medicamento por parte das populações de regiões mais isoladas do interior de Portugal Continental e na Região Autónoma dos Açores. No Alentejo a distribuição de medicamentos através destas unidades representa mais de 25%, ou seja, um em cada quatro postos de distribuição é móvel, sendo que na R.A dos Açores, este valor sobe para 30% do total.

O número de trabalhadores nas farmácias aumentou 18% nos últimos dez anos, existindo hoje 12.146 trabalhadores.

De realçar que a qualificação dos farmacêuticos tem conhecido desenvolvimentos positivos, com a maioria dos trabalhadores a possuírem qualificações mais elevadas.

<sup>9</sup> Tendo por referência dados preliminares dos censos 2011, há 10.555.853 residentes, contra 10.356.117 em 2001, ou seja, houve um aumento da população em 2%.

**Gráfico 12 – Evolução do número de farmácias e postos móveis**



**FONTE:** INE, I.P., Portugal, 2010. Informação disponível até 30 de Setembro de 2010. Nota: A rubrica "Farmacêuticos de oficina" é apresentada por local de actividade. A rubrica "Profissionais de farmácia" é apresentada por local de residência e inclui ajudantes técnicos, ajudantes e praticantes de farmácia.

### 3.2.2 – Situação actual

A rede de 2803 farmácias e 243 postos farmacêuticos móveis, com ampla distribuição geográfica (entre 4790 e 2980 habitantes por farmácia) assegura a dispensa dos medicamentos, assim como a prestação de outros actos farmacêuticos e serviços complementares.

O problema que se coloca à distribuição é a imensa variedade de produtos, e o facto de, nos termos da legislação em vigor ("genéricos de marca", comparticipação de similares terapêuticos, etc.), o sistema ter de conseguir, teoricamente, disponibilizar em cada momento e em cada farmácia, qualquer das mais de 40 000 apresentações disponíveis.

## 3.3 – Comercialização e consumo de medicamentos

### 3.3.1 – Caracterização e evolução

Os medicamentos, para poderem ser comercializados, têm de ser autorizados.

A concretização do procedimento de autorização, pode ser centralizado, cuja autoridade é a EMA – Agência Europeia do Medicamento, sob alçada da Comissão Europeia, validando a introdução de medicamento para toda a U.E. ou, no caso de autorizações nacionais, pelo INFERMED, I.P.. Para além destes existe ainda o procedimento de reconhecimento mútuo (para medicamentos que disponham de autorização em pelo menos um Estado-membro) e o procedimento descentralizado (para medicamentos sem autorização em nenhum Estado-membro da UE).

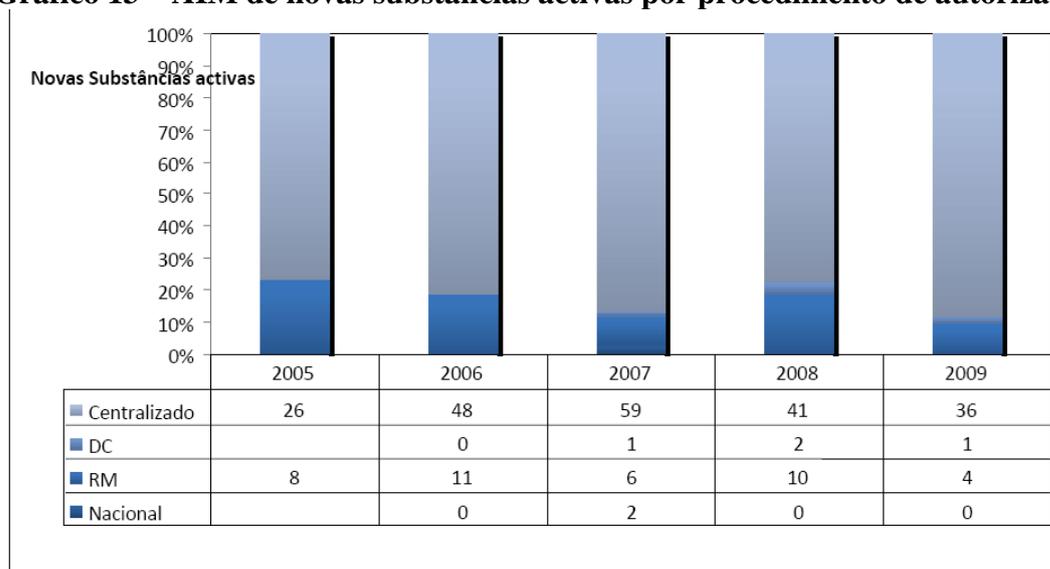
**Quadro 3 – Número de Autorização de Introdução de medicamentos concedidas**

AIM Concedidas					
	Nacionais	Reconhecimento Mútuo	Centralizado	Descentralizado	Total
2000	383	78	37		498
2001	273	136	31		440
2002	224	141	51		416
2003	443	89	56		588
2004	346	166	34		546
2005	329	226	25		580
2006	271	170	45	2	488
2007	376	106	80	61	623
2008	474	71	64	164	773
<b>Total</b>	<b>3119</b>	<b>1183</b>	<b>423</b>	<b>227</b>	<b>4952</b>

FONTE: Infarmed, Estatística do medicamento 2010 e 2006.

De 2005 a 2009 as novas substâncias activas autorizadas dependeram essencialmente da EMA.

**Gráfico 13 – AIM de novas substâncias activas por procedimento de autorização**



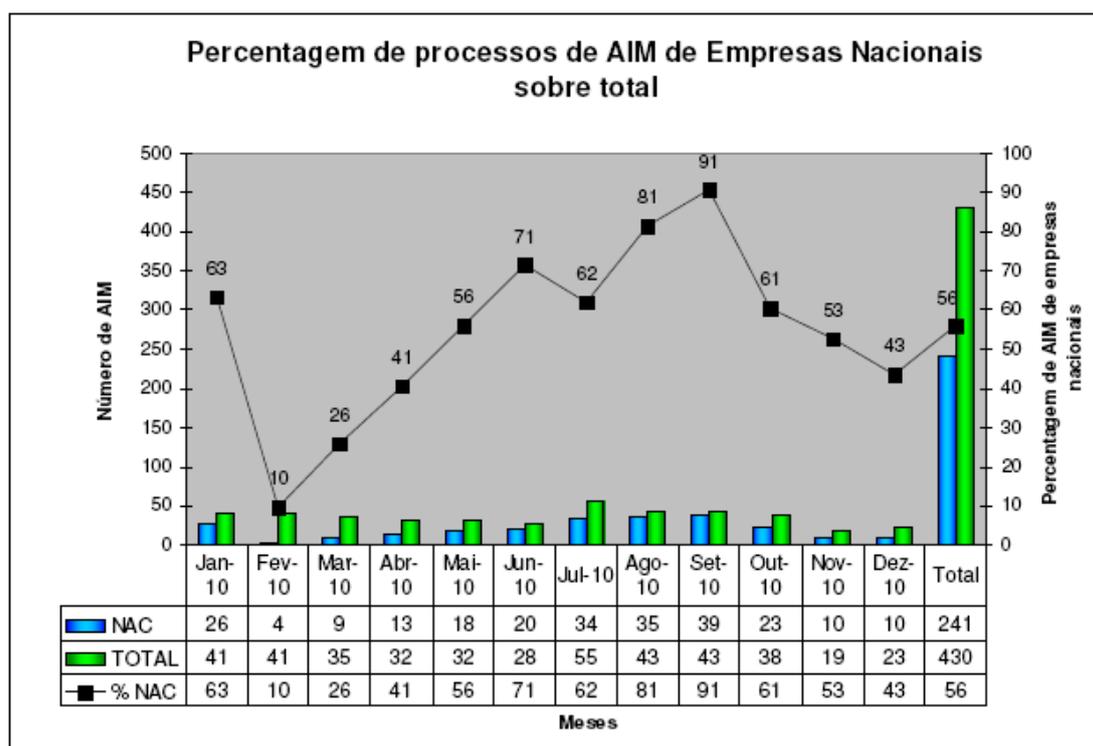
FONTE: Alto Comissariado da Saúde, PNS 2011-2016, Política do medicamento, dispositivos médicos e avaliação de tecnologias em saúde, Novembro de 2010.

Como consequência de uma tal geometria decisional no que respeita às Autorizações de Introdução no Mercado (AIM) de medicamentos há duas implicações:

- i. uma é que a grande maioria das decisões relativas à introdução de novas substâncias em medicamentos no nosso mercado é, hoje, determinada por instâncias europeias (sejam elas centralizadas ou descentralizadas) e;
- ii. a outra, de não menos importância, que o acesso efectivo ao medicamento assenta quase exclusivamente nos mecanismos e nos critérios de comparticipação de medicamentos, que são definidos pelas autoridades nacionais, no caso, o INFARMED.

Por outro lado, tendo em conta o ano de 2010, podemos verificar que, do total de 430 processos nacionais de AIM, só 241 correspondem a pedidos de empresas nacionais. Tendo em conta os dados disponíveis quanto à AIM, cuja percentagem de processos nacionais se cifrou, em 2008, em 63% do total de autorizações, temos uma introdução de medicamentos oriundos de empresas portuguesas na ordem dos 35%, reflexo da situação que se verifica a montante, no sector da produção de medicamentos.

**Gráfico 14 – Percentagem de processo de AIM de empresas nacionais no total**

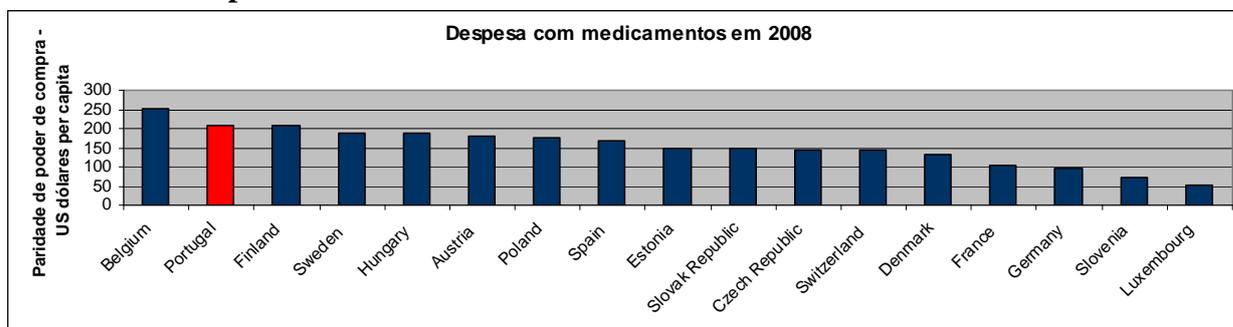


**FONTE:** INFARMED/APIFARMA, Indicadores de actividade relativos à avaliação de pedidos de Autorização de Introdução no Mercado (AIM) de medicamento de uso humano por procedimento nacional, Dezembro de 2010

Já no consumo de medicamentos, há a destacar o elevado peso directo dos utentes para aquisição de medicamentos.

De acordo com os dados da OCDE disponíveis para países europeus em 2008, Portugal era o segundo país no qual os utentes mais pagaram para adquirir medicamentos, logo atrás da Bélgica. O esforço financeiro para obter medicamentos foi superior em quatro vezes ao de um residente no Luxemburgo, três vezes mais que ao de um residente na Alemanha e duas vezes em relação aos residentes na Eslovénia ou em França.

**Gráfico 15 – Despesa das famílias com medicamentos em 2008**



Fonte: OCDE, Health Data, 2011.

Em média, nos 16 países da União Europeia com estatística disponível, o Estado tem uma despesa que corresponde a 61.1% do total de custos com medicamentos. Em Portugal o valor é de 56,2%.

A comparticipação de medicamentos tem um papel fundamental na garantia de acesso ao medicamento.

Em Portugal, o número de medicamentos comparticipados aumentou significativamente entre 2001 e 2008. O número de medicamentos do Escalão A subiu, entre 2001 e 2008, 5pp, passando a representar 10% do total dos medicamentos comparticipados.

**Quadro 4 – Comparticipação de medicamentos por escalões**

Comparticipação por escalões					
Nº de medicamentos	Escalão A	Escalão B	Escalão C	Escalão D	Total
2001*	466	4362	3920		8.748
2002*	530	5578	4074	0	10.182
2003*	886	8254	5926	18	15.084
2004*	1025	9013	6202	22	16.262
2005	1201	9393	6391	22	17.007
2006					
2007	1360	7095	5820	57	14.332
2008	1595	7310	6094	58	15.057

Fonte: INFARMED, Estatística do medicamento em 2003, 2004, 2005, 2006 2007, 2008, 2009 e 2010; \* Escalão de comparticipação A a 100%, B 70%, C 40% e D a 20%.

Em termos de percentagem dos medicamentos genéricos no número de medicamentos comparticipados, a variação entre 2003 e 2008 é reduzida, tendo aumentado menos de 2pp.

**Quadro 5 – Percentagem de genéricos no total de comparticipação de medicamentos, por escalões**

Percentagem de genéricos no total dos medicamentos por comparticipados					
Nº de medicamentos	Escalão A	Escalão B	Escalão C	Escalão D	Total
2001	0	0	0	0	0
2002	0	0	0	0	0
2003	31,83%	27,15%	30,93%	33,33%	28,56%
2004	22,73%	17,65%	21,20%	18,18%	19,30%
2005	31,64%	26,32%	30,31%	31,82%	28,16%
2006					
2007	31,99%	29,64%	30,98%	24,56%	30,39%
2008	33,04%	29,52%	30,85%	25,86%	30,42%

**Fonte:** INFARMED, Estatística do medicamento em 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 e 2010; \* Escalão de comparticipação A a 100%, B 70%, C 40% e D a 20%.

Ao invés do aumento do número de medicamentos comparticipados, cujo aumento foi de 72%, os encargos do SNS com o total do mercado do medicamento, diminuiu 5,2pp entre 2001 e 2008, cifrando-se em 2009 numa percentagem de 33,1%.

Directamente relacionado com as modificações nas percentagens dos escalões de comparticipação, está a diminuição da taxa média de comparticipação, que em 2001 era de 69% e em 2008 se ficava pelos 65,7%.

Em relação ao consumo de medicamentos o mercado hospitalar (tendo em conta apenas os hospitais integrados no SNS) aumentou o seu peso no total. Em 2001 este mercado correspondia a 16,7% e em 2009 já era de 24,2%, num montante de 1.145.000 milhões de euros.

O aumento da relevância do mercado hospital no mercado total, conseguida pela diminuição do peso do acesso a medicamentos em ambulatório, ficou a dever-se, em grande parte, à quebra do peso dos medicamentos sujeitos a receita médica. Em 2001, a percentagem de medicamentos sujeitos a receita médica correspondia a 76,7% do total, passando em 2009, para 70,8%, num montante de 3.582.901 milhões de euros. Os medicamentos não sujeitos a receita médica representam perto de 5% do total do mercado do medicamento, num montante de 233.31 milhões de euros.

Em relação ao número de unidades no mercado de ambulatório, o mercado dos medicamentos sujeitos a receita é largamente maioritário, com 231,7 milhões de unidades num total de 273,3 milhões.

Já na distribuição do mercado ambulatório pelos vários sistemas de saúde, o mercado do SNS concentrava, em 2001, 63,3% do total, passando em 2009 para 66,7%, o mercado de subsistemas (ADSE, M. justiça e outros subsistemas) mantiveram um peso de 13,5% e o mercado não sujeito a receita médica e o restante mercado passou de 23,2% em 2001, para 19,8% em 2009, reduzindo desta forma o seu peso no mercado de ambulatório.

### 3.2.2 – Situação actual

A comercialização de medicamentos, nomeadamente a introdução de novos medicamentos no mercado, é elucidativa da debilidade da produção interna de medicamentos, com 65% do total de autorizações concedidas a respeitarem a medicamentos com origem em empresas estrangeiras.

Em relação à comparticipação do Estado na despesa em medicamentos, esta é das mais baixas da U.E., não ultrapassando os 60% do total em 2008, o que é sinal de que o sistema é pouco equitativo.

Como é referido no documento do Alto Comissariado da Saúde<sup>10</sup> “o número de medicamentos prescrito por consulta passou de 2,7 para 2,3 enquanto o custo médio por receita aumentou de 37,27€ para 38,44€ entre 2000 e 2008 (INFARMED, Estatística do Medicamento). Tal prova que se tem registado uma alteração do padrão de prescrição através da substituição de medicamentos com preços mais baixos por outros mais caros. Neste quadro, o impacto dos genéricos na prescrição tem ficado aquém do esperado. Aliás, a sua quota de mercado em valor é superior à quota em volume significando que o preço médio dos genéricos é superior ao dos medicamentos em geral. “

Ainda a este respeito, é de salientar que o escalão de comparticipação que absorve a maior percentagem de encargos do SNS é o escalão B, com 55,9%, precisamente aquele em que o número de genéricos é, em percentagem do total, o segundo mais reduzido, logo atrás do inexpressivo escalão D (ver quadros 4 e 5). Em sentido inverso, o escalão A, absorvendo 14,4% do encargos totais, é aquele em que o peso dos genéricos é mais significativo, existindo 33% no total dos medicamentos comparticipados neste escalão, ainda assim um valor reduzido, com o número de genéricos comparticipados a situar-se nos 30,4% do total de medicamentos.

Quer o consumo de medicamentos, quer o valor de comparticipações e esforço directo dos utentes retratados nos dados estatísticos existentes não captam as alterações recentemente introduzidas que, claramente, vêm impor um ainda maior esforço aos utentes.

Desta forma, a prosseguir e implementar uma linha política que aumenta a redução de rendimentos da generalidade da população, estamos perante um violento ataque aos direitos dos portugueses no acesso à saúde e, mais concretamente, no acesso aos medicamentos.

## 4 – Propostas para uma política do medicamento universal, de qualidade e com acesso garantido a todos

Como referimos no início deste documento, a política do medicamento e política na área da saúde não está desligada da política geral implementada no país.

---

<sup>10</sup> Alto Comissariado da Saúde, Política dos Medicamentos, Dispositivos Médicos e Avaliação de Tecnologias em Saúde, Novembro de 2010.

Os efeitos das medidas recessivas actualmente em curso, a que se juntam décadas de uma política que acentua desigualdades sociais, impõe crescentes limitações. À despesa pública e cerceia o crescimento económico tem consequências incontornáveis na garantia do acesso ao medicamento e na efectivação do direito à saúde.

A questão da dependência externa do país, fruto de uma política de desindustrialização, com o agravamento da balança de bens e consequente situação deficitária, constitui hoje um factor de bloqueio ao crescimento e desenvolvimento económico e social.

**A CGTP-IN há muito que denuncia esta situação e exige outra política. No quadro do sector da saúde e, mais concretamente na área do medicamento, a necessidade de uma aposta efectiva na produção nacional é uma questão que se coloca ainda com mais actualidade, premência e urgência.**

**O desenvolvimento de uma indústria de produção de medicamento e produtos farmacêuticos de base, que substitua a importação e permita, no médio prazo, equilibrar a balança comercial destes produtos, tem de começar a ser implementada desde já.**

**O Estado tem de assumir a produção de medicamentos, de forma abrangente e integrada, reactivando a indústria destes bens e a produção hospitalar. Deve potenciar e apoiar a investigação científica, dando garantias e emprego de qualidade aos investigadores (nesta e em todas as áreas), pode e deve criar mais emprego e melhor emprego neste ramo de produção industrial.**

Como refere o já citado relatório do Alto Comissariado da Saúde, *“a reduzida quantidade das empresas, assim como a sua intervenção limitada (a maior parte destas produz genéricos ou medicamentos para terceiros) deixa Portugal numa situação de dependência estratégica neste sector. Os medicamentos sem interesse comercial evidente, devido à erosão de preços e/ou reduzido mercado potencial vão deixando de estar disponíveis, e têm de ser importados (...)”*.

Na distribuição, têm de dar-se passos para a redução das apresentações disponíveis. O conceito de genéricos de marca, que tem como pressuposto a incapacidade de garantir a qualidade dos genéricos, deve ser eliminado. Por outro lado devem ser equacionados *“mecanismos de mercado semelhantes aos existentes nos hospitais públicos, i.e., concursos de aquisição de âmbito regional para medicamentos genéricos (i.e., essencialmente similares entre si), facilitando toda a cadeia de distribuição e presumivelmente baixando custos de forma significativa (conforme exemplo hospitalar). O âmbito deste tipo de concursos teria de ser cuidadosamente estudado para não induzir potenciais monopólios”*., conforme é proposto no relatório do Alto Comissariado da Saúde.

**Ao nível da dispensa de medicamentos, as farmácias hospitalares, que hoje só se diferenciam das restantes pela sua localização, deveriam ver reforçada a sua missão, nomeadamente no que concerne à dispensa de medicamentos no acto de transição entre cuidados hospitalares e os cuidados primários, e que permitisse a aplicação, quando adequada, de políticas do medicamento semelhantes às hospitalares.**

**Ao nível do consumo de medicamentos, não se pode continuar a insistir numa política que promove a venda dos medicamentos mais caros, através de margens fixas de lucros. A prescrição de medicamentos por princípio activo e o incentivo à promoção dos medicamentos que, contendo um valor terapêutico semelhante, sejam mais baratos deve ser introduzida no mercado do medicamento.**

**A CGTP-IN exige ainda a revogação imediata das alterações introduzidas na comparticipação dos medicamentos, que vão condicionar a milhares de cidadãos, especialmente os mais carenciados e a população idosa e doentes crónicos, o acesso ao medicamento.**

Uma política do medicamento que assenta de forma crescente em critérios de duvidosa aplicação à generalidade da economia e que, no caso concreto do medicamento, tem a agravante de colocar no estrito jogo das regras de mercado o acesso, ou não, a este bem essencial é, política e socialmente inoportável.

A criação de um “banco do medicamento”, constante no chamado Plano de Emergência Social, composto por aqueles que estão no final do prazo de validade, ao mesmo tempo que é elucidativo dos efeitos das medidas em curso, ou seja, da negação do acesso do medicamento a milhares de portugueses, é uma medida que comporta a criação de utentes de primeira e de segunda na razão directa do seu rendimento e (in)capacidade de aceder aos cuidados de saúde, num atropelo e violação clara dos preceitos Constitucionais, situação que mereceu da CGTP-IN o mais forte repúdio.

Pelo exposto fica claro que, a existir uma “política do medicamento”, esta se tem afastado do seu objectivo essencial – o da garantia do acesso de toda a população a este bem essencial para a saúde e qualidade de vida.

**A CGTP-IN considera fundamental uma verdadeira Política do Medicamento, tendo em conta o carácter único e diferenciador dos restantes bens que o medicamento abarca.**

Da produção à distribuição e consumo, as potencialidades de desenvolvimento e incremento de uma fileira produtiva, de uma distribuição racional e de um acesso ao consumo de medicamentos são imensas. Para tal há que afrontar os interesses instalados e realizar, tal como a CGTP-IN preconiza, uma política que tenha a generalidade de população e o interesse do país em primeiro lugar e afaste de vez a visão mercantilista que, caso seja efectivada, significaria um retrocesso nas conquistas e avanços que Portugal conheceu depois do 25 de Abril, com implicações na degradação das condições de vida de milhões de portugueses.