

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

JORGE ANDRE ROCHA DE SOUSA

**GERENCIAMENTO DO BENEFÍCIO FARMÁCIA: ANÁLISE DA INFORMAÇÃO
DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS DE PACIENTES COM TENDÊNCIA
TERAPÊUTICA PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL**

MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS

SÃO PAULO

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

JORGE ANDRE ROCHA DE SOUSA

**GERENCIAMENTO DO BENEFÍCIO FARMÁCIA: ANÁLISE DA INFORMAÇÃO
DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS DE PACIENTES COM TENDÊNCIA
TERAPÊUTICA PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Administração de Empresas sob orientação da Professora Doutora Maria Cristina Sanches Amorim.

MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS

SÃO PAULO

2009

BANCA EXAMINADORA

“Ao partir das laranjas não sabia
que, mesmo sem neve, entre a metrópole e o campo,
seria possível pensar e crescer”.

JARS

AGRADECIMENTOS

A minha família, que me presenteou com o tempo para pensar e pesquisar.

Ao Lucas, Mateus e Pedro, que entenderam a minha troca dos vários fins de semana de brincadeiras por longas horas no escritório.

À Ana, por estar ao meu lado quando eu cansava.

Aos meus pais, por acreditarem sempre.

As minhas irmãs, pelos debates e estímulo.

À Maria Cristina, pela ajuda nas linhas de pesquisa e por me fazer ver que era possível, principalmente na forma simples de me orientar, apontando cada nova etapa e me fazendo refletir.

A Jossyl Peixoto Ribeiro e Mauro Ferreira, que abriram um dia o caminho e permitiram que esta estrada fosse pavimentada do jeito que foi.

Ao Lima, que tantas análises me ajudou a “rodar”.

Aos milhares de usuários anônimos, que, como matéria desta pesquisa, permitiram o desenvolvimento de um novo pensar.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo discutir o gerenciamento do benefício farmácia e as análises decorrentes das informações de consumo de medicamentos, em especial do consumo de anti-hipertensivos. A pesquisa do tema se baseia na necessidade de ações preventivas direcionadas aos usuários portadores de patologias crônicas. A escolha da análise de pacientes com tendência terapêutica para hipertensão arterial sistêmica (HAS) baseia-se no fato de que entre as doenças do aparelho cardiovascular, esta apresenta a maior taxa de mortalidade com 32% das ocorrências, (capítulo 1) sendo também, na faixa acima dos 50 anos, responsável por 27,5% das internações registradas (CIS-MS-2007).

As mudanças no setor de saúde, através da agência reguladora, ANS, conforme abordado no 2º capítulo indicam uma tendência a ações preventivas. As empresas que compõem a saúde suplementar passaram por um processo de padronização de produtos e rol de procedimentos, gerando uma nova dinâmica ao setor, fazendo com que os níveis de sinistralidade se transformassem em forte indicador de performance e da saúde financeira deste mercado.

Neste cenário surgem as administradoras dos programas de benefícios em medicamentos ou PBMs, com a proposta de administrar o papel dos medicamentos como componentes da gestão da saúde, com ênfase na gestão da informação. Esta abordagem, tratada no capítulo 3 e 4, busca entender o movimento deste setor e os impactos provocados pelas propostas de gerenciamento de saúde no comportamento do varejo farmacêutico.

O estudo foi conduzido analisando o consumo de anti-hipertensivos entre 42.145 usuários de três empresas localizadas nos estados de São Paulo e Paraná, com políticas de subsídios em medicamentos que variaram de 35% a 90% do preço de venda. A metodologia utilizada foi a investigação direta do banco de dados de todos os registros de vendas do ano de 2008, comparando os resultados do número de usuários identificados consumindo os produtos para hipertensão com as estimativas sobre os índices da prevalência de hipertensão arterial e a incidência de eventos adversos. Parece ficar claro que usuários com maior nível de subsídio tendem a seguir mais corretamente as prescrições terapêuticas e, potencialmente, reduzem o risco de sinistralidade a partir da diminuição potencial da exposição a riscos de agravamento do estado de saúde. Foi observada a faixa de 20,2% até 80,6% de retorno sobre o investimento em subsídios, respectivamente as faixas de subsídios entre 35% e 90%.

Palavras-chave: consumo de medicamentos; Benefício Farmácia; gerenciamento.

ABSTRACT

The main objective of this present job is to discuss the Pharmacy benefit management and its analyses resulting from medicines consuming information, in special on the consuming of antihypertensive drugs. The research theme is based on the preventive actions necessity targeted to users with chronic conditions. The patients with hypertension or high blood pressure was chosen for analyses based on the fact that the diseases of the cardiovascular system presents the biggest rate of mortality with 32% of the incidents, (chapter 1) also being, at the range over the age of 50 years old, and its responsible for 27,5% of the admissions recorded (CIS-MS-2007).

The changes in the health sector, through the regulate agency, ANS, accordingly approached on the 2nd chapter indicates a tendency towards preventive actions. The companies that compound the health supplementary sector passed by process standard of the products and the procedures roll, generating one new dynamic in the sector, doing that the level of the risk index assumed both strong performance and financial indicator.

In this scenario arise the PBMS (the Pharmacy Benefit Management), with the proposal to play the role of administer the drugs for what the components of the health management, information management.

This approach, discussed in the chapter 3 and 4, tried to understand the movement in the sector provoked by the proposals of the health management on the pharmaceutical retail behaving.

The study was conducted analyzing the antihypertensive drugs among 42.145 users of three companies localized of São Paulo and Paraná, with the policies of subsidy on drugs that varied of 35% to 90% of the price of sales. The methodology utilized was the data base direct investigation of the all registers of sales of the year 2008, comparing the results of the numbers identified consuming the products for hypertensive with estimative on the index of the prevalence of the high blood pressure and the incidence of the adverse events. It seems that is clear the users with major level of subsidy tends to follow more correctly the therapeutic prescriptions and, potentially reduces the index of risks to aggravate of the health state. The return of subsidy investment reached the range of the 20,2% through 80,6%, respectively the subsidy ranges between 35% and 90%.

Keywords: drug use; pharmacy benefits; management

SIGLAS

AMB – Associação Médica Brasileira

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ATC – Anatomic, Therapeutic, Chemical Classification

CADOP – Sistema de Cadastro de Operadoras

CID10 – Código Internacional de Doenças – Release 10

CMED – Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos

DIOPS – Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

EC-29 – Emenda Constitucional – 29

FIP – Formulário de Informações Periódicas

FUNASA – Fundo Nacional de Saúde

GMDC – Gerenciamento Médico de Doenças Crônicas

HHI – Herfindahl-Hirschman Index

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDB – Indicadores E Dados Básicos - Brasil – 2007

IN 10/05 – Instrução Normativa 10/05

IVA-ST – Índice de Valor Adicionado Setorial

MS – Ministério da Saúde

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBM – Pharmacy Benefit Management

PIB – Produto Interno Bruto

PSF – Programa de Saúde Familiar

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

RN 94/05 – Resolução Normativa 95/05

RPS – Sistema de Registro de Produtos

SBD – Sociedade Brasileira De Diabetes

SIB – Sistema de Informações de Beneficiários

SIP – Sistema de Informações de Produtos

SUS – Sistema Único de Saúde

TISS – Troca de Informação em Saúde Suplementar

TUNEP – Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - EVOLUÇÃO DO REGISTRO DE OPERADORAS - BRASIL.....	23
GRÁFICO 2 – OPERADORAS EM ATIVIDADE, POR MODALIDADE	24
GRÁFICO 3 – PERCENTUAL DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE POR TIPO DE CONTRATAÇÃO E COBERTURA ASSISTENCIAL	29
GRÁFICO 4 – BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE POR SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL.....	31
GRÁFICO 5 – DESPESA ASSISTENCIAL DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE, POR MODALIDADE.....	34
GRÁFICO 6 – PROPORÇÃO EM QUANTIDADE/FATURAMENTO POR TIPO DE FARMÁCIA.....	55
GRÁFICO 7 – EVOLUÇÃO DAS LOJAS CREDENCIADAS AO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR	61
GRÁFICO 8 – NÍVEL DE UTILIZAÇÃO DO BENEFÍCIO	77

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – AGENTES DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR	21
QUADRO 2 – PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO DO RISCO EM HIPERTENSÃO ARTERIAL	86

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – INVESTIMENTOS EM SAÚDE OCDE, BASE PIB.....	11
TABELA 2 – OPERADORAS EM ATIVIDADE, POR MODALIDADE, SEGUNDO O NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS	23
TABELA 3 – BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE, POR COBERTURA ASSISTENCIAL E MODALIDADE DA OPERADORA	25
TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE ENTRE AS OPERADORAS, SEGUNDO COBERTURA ASSISTENCIAL	26
TABELA 5 – CUSTO MÉDIO DOS EVENTOS MÉDICO-HOSPITALARES, SEGUNDO O TIPO DE EVENTO E DE CONTRATAÇÃO DO PLANO	26
TABELA 6 – FREQUÊNCIA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO, SEGUNDO O TIPO DE EVENTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E O TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO.....	27
TABELA 7 – BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE POR COBERTURA E SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL, SEGUNDO ÉPOCA DE CONTRATAÇÃO.....	30
TABELA 8 – INTERPRETAÇÃO DO HHI.....	31
TABELA 9 – RECEITA DE CONTRAPRESTAÇÕES DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE, SEGUNDO A MODALIDADE.....	33
TABELA 10 – RECEITA DE CONTRAPRESTAÇÕES DE SERVIÇO	33
TABELA 11 – DESPESA DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE, POR TIPO, SEGUNDO A MODALIDADE....	34
TABELA 12 – INVESTIMENTOS PÚBLICOS EM PROGRAMAS DE SAÚDE	47
TABELA 13 – FUNDAÇÃO DAS PRINCIPAIS PBMs BRASILEIRAS.....	48
TABELA 14 – INICIATIVAS EM PROGRAMAS DE MEDICAMENTOS	51
TABELA 15 – CÁLCULO DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS	58
TABELA 16 – BASE DE CÁLCULO PARA SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA	59
TABELA 17 – AUMENTO DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS.....	59
TABELA 18 – PRODUTOS DA FASE INICIAL DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR	60

TABELA 19 – PRODUTOS DA FASE INICIAL DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR	61
TABELA 20 – CLASSIFICAÇÃO EAN-13	72
TABELA 21 – DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DA POPULAÇÃO ASSISTIDA.....	75
TABELA 22 – NÍVEL DE UTILIZAÇÃO DO BENEFÍCIO – EMPRESAS A	76
TABELA 23 – NÍVEL DE UTILIZAÇÃO DO BENEFÍCIO - EMPRESAS B.....	76
TABELA 24 – NÍVEL DE UTILIZAÇÃO DO BENEFÍCIO – EMPRESAS C.....	76
TABELA 25 – POLÍTICAS DO BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	77
TABELA 26 – GASTO MÉDIO MENSAL <i>PER CAPITA</i>	78
TABELA 27 – GASTO MÉDIO MENSAL <i>PER CAPITA</i> MENSAL	78
TABELA 28 – GASTO MÉDIO <i>PER CAPITA</i> POR FAIXA ETÁRIA	79
TABELA 29 – TICKET MÉDIO (TODA A POPULAÇÃO).....	80
TABELA 30 – TICKET MÉDIO POR FAIXA ETÁRIA	81
TABELA 31 – TAXA DE PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL POR FAIXA ETÁRIA.....	83
TABELA 32 – INCIDÊNCIA DE AVC, IAM E ANGINA EM GRUPOS DIAGNOSTICADOS COMO HIPERTENSOS....	84
TABELA 33 – CLASSES TERAPÊUTICAS DE ACORDO COM O ATC-OMS	85
TABELA 34 – USUÁRIOS CLASSIFICADOS NAS CLASSES TERAPÊUTICAS OBJETIVO	87
TABELA 35 – PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS IDENTIFICADOS NA POPULAÇÃO TOTAL.....	87
TABELA 36 – DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DA POPULAÇÃO E POTENCIALIDADE DA PREVALÊNCIA DE QUADROS DE HAS POR SEXO.....	88
TABELA 37 – NÍVEL DE IDENTIFICAÇÃO NO PERFIL DE RISCO PARA A HAS	88
TABELA 38 – PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS IDENTIFICADOS NA POPULAÇÃO TOTAL.....	89
TABELA 39 – DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DA POPULAÇÃO E POTENCIALIDADE DA PREVALÊNCIA DE QUADROS DE DIABETES.....	90
TABELA 40 – NÍVEL DE IDENTIFICAÇÃO NO PERFIL DE RISCO PARA DIABETES	90
TABELA 41 – PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS IDENTIFICADOS NA POPULAÇÃO TOTAL.....	91
TABELA 42 – NÚMERO DE USUÁRIOS IDENTIFICADOS CONSUMINDO MAIS DE UMA CLASSE TERAPÊUTICA ..	93
TABELA 43 – PRINCIPAIS PRODUTOS ADQUIRIDOS – EMPRESA A.....	94
TABELA 44 – PRINCIPAIS PRODUTOS ADQUIRIDOS – EMPRESA B.....	95
TABELA 45 – PRINCIPAIS PRODUTOS ADQUIRIDOS – EMPRESA C.....	95
TABELA 46 – PRINCIPAIS PRINCÍPIO ATIVOS – EMPRESA A	96

TABELA 47 – PRINCIPAIS PRINCÍPIO ATIVOS – EMPRESA B	96
TABELA 48 – PRINCIPAIS PRINCÍPIOS ATIVOS – EMPRESA C	97
TABELA 49 – CUSTO/SUBSÍDIO MÉDIO DA PRESCRIÇÃO	97
TABELA 50 – PROJEÇÃO DO CUSTO DA AUSÊNCIA DE GERENCIAMENTO EM HAS – EMPRESA A.....	99
TABELA 50 A – PROJEÇÃO DO CUSTO DA AUSÊNCIA DE GERENCIAMENTO EM HAS – EMPRESA B	99
TABELA 50 B – PROJEÇÃO DO CUSTO DA AUSÊNCIA DE GERENCIAMENTO EM HAS – EMPRESA C	100
TABELA 51 – USUÁRIOS IDENTIFICADOS.....	102
TABELA 52 – VARIAÇÕES DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS	105
TABELA 53 – PARTICIPAÇÃO DE PRODUTOS GENÉRICOS NO ESTUDO	107

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. CONTEXTO GERAL DA SAÚDE NO BRASIL	10
1.1. PARTICIPAÇÃO DE DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO.....	10
1.2. MUDANÇAS E ADEQUAÇÕES DO MERCADO DE SAÚDE.....	12
1.3. CONTROLE DOS CUSTOS NA SAÚDE	14
2. O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR	16
2.1. O SETOR SAÚDE EM 2008	17
2.1.1. <i>Regulamentação e regulação em saúde</i>	17
2.1.2. <i>Operadoras de saúde e o SUS</i>	18
2.1.3. <i>SUS e medicamentos</i>	19
2.3. MERCADO DE SAÚDE NO BRASIL – EVOLUÇÃO.....	21
2.4. RECEITAS E DESPESAS	32
2.5. CONSOLIDAÇÃO DO MERCADO E ESTRATÉGIAS	35
2.6. TENDÊNCIAS	39
2.7. DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DE GESTÃO.....	42
3. CAPACIDADE DA INDÚSTRIA DE PBM (PHARMACY BENEFIT MANAGEMENT)	45
3.1. BREVE VISÃO HISTÓRICA.....	45
3.2. INVESTIMENTOS EM SAÚDE.....	47
3.3. OPERAÇÕES PBM.....	48
3.4. CAPACIDADE DE ESCALA	50
3.5. ESTRUTURA DO VAREJO FARMACÊUTICO BRASILEIRO.....	54
3.6. IMPACTO DO CONTROLE DE PREÇOS	57
3.7. PREÇOS E FARMÁCIA POPULAR: INICIATIVAS PARA UM 'NOVO' PAGADOR.....	60
4. SERVIÇOS PBM	64
4.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS ACERCA DOS SERVIÇOS DE PBM	64
4.1. SERVIÇOS PBM: CARACTERÍSTICAS	66
4.3. PBMS ENTENDIDAS COMO PROJETOS	69
4.4. CAPTAÇÃO DE INFORMAÇÕES: UM MODELO A SER DESENVOLVIDO	70
4.5. O DESAFIO DA CAPTAÇÃO DA INFORMAÇÃO	71
4.6. OBJETO DE PESQUISA: GESTÃO DE INFORMAÇÕES.....	73

5. GESTÃO DA INFORMAÇÃO NO CONSUMO DE MEDICAMENTOS	75
5.1. AVALIAÇÃO DO PERFIL POR CLASSE TERAPÊUTICA E PERFIL DE RISCO.....	81
5.3. APLICAÇÃO DOS INDICADORES DE RISCO NA POPULAÇÃO CONTROLADA	85
5.4. QUALIFICAÇÃO DA AMOSTRA	85
5.5. AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS DE PRODUTOS PARA HIPERTENSÃO	87
5.6. AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS DE PRODUTOS PARA DIABETES.....	89
5.7. IDENTIFICAÇÃO CRUZADA DE PATOLOGIAS CRÔNICAS.....	90
5.8. PERFIL DA PRESCRIÇÃO DOS CASOS CRÔNICOS.....	94
5.9. AVALIAÇÃO POTENCIAL DO CUSTO DE AGRAVAMENTO DE SAÚDE	98
5.10. CUSTOS DE REFERÊNCIA.....	104
6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	108
CONCLUSÃO	110
REFERÊNCIAS.....	113
SITES UTILIZADOS	117

INTRODUÇÃO

Tendo como objetivo discutir o gerenciamento do benefício farmácia e as análises decorrentes das informações de consumo de medicamentos, em especial do consumo de anti-hipertensivos, foram pesquisados os registros de compra que compunham o perfil de consumo de 42.145 usuários em três empresas, localizadas nos estados de São Paulo e Paraná.

A metodologia de pesquisa utilizada foi a análise de todos os registros de compras destes usuários durante o ano de 2008, concentrando a análise basicamente nos produtos com indicação terapêutica para os casos de hipertensão arterial sistêmica (HAS). O acesso aos dados de consumo manteve o sigilo da identificação dos usuários adotando-se como sistema de identificação marcadores numéricos sequenciais que permitiram a correlação das compras dos usuários com o acompanhamento do histórico de aquisições dos produtos prescritos nas indicações terapêuticas objetivadas. Com o mapeamento de todos os usuários elegíveis ao benefício farmácia foi possível a extração de informações sobre os valores de vendas, produtos vendidos, indicação terapêutica dos produtos vendidos, frequência de compra e cruzamento de outras classes terapêuticas consumidas, sendo que este último dado não foi tema de discussão deste trabalho.

Na ciência econômica, o estabelecimento de valores, designados a suportar uma determinada organização social, suas demandas e os recursos disponíveis, constantemente escassos, predomina nos debates e análises das prioridades e escolhas.

No tema do gerenciamento do benefício farmácia, a análise dos recursos disponíveis e os resultados destes investimentos revelam o mesmo confronto. Os resultados dos investimentos carecem de investigação, de metodologias que permitam mensurar as ações e necessitam de maior conhecimento do que até então é considerado um benefício e raramente um investimento.

A análise da informação de consumo de medicamentos de pacientes com tendência terapêutica para hipertensão arterial sistêmica constituiu-se matéria de pesquisa por oferecer um acervo de informações que constituem, baseado nos dados levantados, elementos que permitiram direcionamento e observação do comportamento dos usuários que necessitam da terapêutica medicamentosa para a manutenção do estado de saúde.

Na organização do movimento de oferta e procura de bens, em especial dos bens de saúde, deveriam, potencialmente, predominar a livre formação dos preços ou valores, sem descartar, e permitir quando necessária, a interferência do Estado, através de ações que fossem capazes de realizar os alinhamentos necessários a fatores de concorrência imperfeita e informação potencialmente assimétrica, característica do setor de saúde.

Ribeiro (2005) ao estudar o custo de eventos adversos em paciente com cardiopatias contribuiu na construção deste estudo pela indicação de elementos de custeio que oferecem a tangibilidade necessária a estudos de impacto de medidas preventivas. A complexidade do estudo se constrói a partir do uso de dados de prevalência dos quadros de hipertensão arterial e da incidência destes mesmos eventos em populações com tendência terapêutica para hipertensão arterial sistêmica. Estudos sobre a projeção de gastos, potenciais, na área de saúde podem apresentar variáveis, no perfil populacional, que não reproduzam fielmente os índices de prevalência ou a incidência de eventos adversos observados nas pesquisas do Ministério da Saúde (IDB - Indicadores E Dados Básicos - Brasil – 2007), porém, ao estabelecer-se uma proposta de análise com base nestas informações a modelação pretende representar tais variações para estudos futuros, consolidando uma metodologia analítica que, ao se repetir com diferentes populações, reflita a tendência encontrada no estudo ora proposto.

Na administração do mercado de saúde, tais embates, entre oferta e procura, e a definição de valores para a saúde, está em constante evidência devido à necessidade de convivência entre o conceito de remuneração do capital e a dificuldade do estabelecimento de valores monetários ao próprio estado de saúde.

Constantemente questionados sobre o quanto vale a saúde, os agentes que compreendem este mercado deparam-se, frequentemente, com a necessidade de posicionar-se sobre o valor da assistência, que pode ser considerado um importante ponto de discussão no setor. Os casos dos pacientes crônicos, discutidos neste estudo, a partir do comportamento de compra dos usuários de produtos destinados ao tratamento da hipertensão arterial, representam parte destas discussões.

Apesar de a saúde ser constantemente classificada como algo que não tem preço, os procedimentos que levam a ela, ao seu controle ou ao estado de qualidade de vida pretendido, além de terem preço, pode ter este preço potencialmente elevado. Esta constante oferta de bens e serviços, que garantem o acesso à saúde, também projetam dicotômicas questões de como preservar o estado de saúde e prover a manutenção dos recursos necessários. Nos últimos 10 anos (1999 -2008) um novo setor se formou no Brasil, das empresas dedicadas aos sistemas de PBM (*Pharmacy Benefit Management*). O gerenciamento proposto por este novo mercado acompanhou as mudanças ocorridas no sistema de saúde suplementar brasileiro, sendo contemporâneo da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e também de uma nova legislação sobre a comercialização dos medicamentos genéricos no Brasil. Estes fatores, que aparentemente oferecem pouca interligação, constituíram, em maior ou menor grau, um novo cenário no mercado de saúde brasileiro. As PBMs, como ficaram conhecidas estas empresas, posicionaram-se como operadoras do benefício farmacêutico, propondo um papel mais relevante aos medicamentos do que o até então conhecido, papel este, no contexto da saúde, encontrado apenas no ambiente hospitalar, onde o custeio do tratamento medicamentoso é coberto pelos planos de saúde e seguradoras.

Amorim e Perillo (2006), ao explorarem o entendimento do mercado de saúde organizam um retrato do setor e a complexidade necessária para a condução de

estudos que buscam entender o papel dos medicamentos na questão da saúde. Ignorar a dinâmica setorial pode ser um impeditivo nos estudos dos investimentos realizados neste setor sob a abordagem preventiva e sobre o papel dos medicamentos.

O medicamento do cotidiano do usuário, conhecido como consumo ambulatorial, apresenta cobertura apenas no ambiente do SUS, com drogas muitas vezes com muitos anos de mercado e com alguns problemas de faltas de estoque nas farmácias das unidades básicas de saúde. O movimento PBM, de origem americana, representa uma tecnologia já conhecida desde a década de 80, época na qual as operadoras norte-americanas tornaram-se fortes intermediárias do consumo de medicamentos naquele país. A gestão da informação de consumo de medicamentos, através destas empresas, apesar de novo no mercado brasileiro, já possuía grande conhecimento no mercado internacional. A nova regulamentação da saúde privada, com a criação da ANS, foi um importante marco de uma nova tendência no mercado brasileiro de saúde privado, iniciando uma nova forma de gestão do setor. A ANS revisou procedimentos, padrões de produtos e de comunicação, fazendo com que o mercado privado passasse por acentuada reorganização. E por fim, ainda em mudanças neste cenário, os genéricos representaram uma abordagem econômica que representou mudanças significativas para os agentes do setor farmacêutico brasileiro, novas indústrias surgiram, produtos até então líderes receberam novos concorrentes e os preços, controlados, dos medicamentos assumiram posição de destaque no dinâmico mercado farmacêutico.

Este novo mercado, regulado, com ênfase econômica acentuada, e concorrência estimulada entre os agentes privados de saúde por produtos padronizados, gerou certo grau de “comoditização” e atingiu as empresas que operam saúde, fazendo com que a gestão deixasse a abordagem exclusivamente econômica para iniciar nova tendência pela prevenção. Com os novos quadros de concorrência justificase um melhor conhecimento da carteira de usuários, suas patologias, seu comportamento no consumo das estruturas de saúde e também no consumo de medicamentos. Este último com uma abordagem mais complexa por representar uma nova área de ação, área esta em que o conhecimento parece escasso e as

prioridades potencialmente baixas. Como reflexo registra-se a tendência de investimento no maior conhecimento do comportamento da população, conhecimento este que propiciaria uma nova forma de relação entre gestores e usuários, uma gestão preventiva.

Uma questão apresentada com regularidade ao gestor de saúde (seja um gestor público ou privado) é a necessidade de projetar modelos de eficiência no uso dos recursos disponíveis, eficiência estritamente ligada aos resultados que devem, ou deveriam, ser apresentados na execução de suas ações, atingindo os objetivos de atendimento estipulados para as definições dos produtos comercializados, isto, com o melhor resultado possível no emprego dos recursos disponíveis.

Kilsztajn (2001) divide a forma de avaliar a alocação de recursos em saúde em dois indicadores do padrão de serviços: produção ambulatorial (consultas médicas e outros procedimentos) e internações hospitalares e suas derivações. Também é analisada a disponibilidade de profissionais de saúde e leitos por habitante. A utilização destes modelos necessita de cuidados especiais devido a potenciais distorções regionais, como os índices que avaliam a produção ambulatorial dividida pelas internações hospitalares (pág. 231, tab. 17). Com tais modelações busca-se a mesma resposta para uma única pergunta: qual a melhor alocação de recursos para que seja atingido equilíbrio entre os vários atores do setor de saúde? Estando entre estes atores os gestores hospitalares, administradores da saúde pública, gestores de recursos privados aplicados na saúde, etc.

Castro (1982), em *Geografia da Fome*, ressalta as questões nutricionais e suas repercussões e Dowbor (2001) destaca o custo gerado pelo fato de muitos domicílios no país não terem saneamento básico e reforça ainda a necessidade da ação preventiva como mecânica de viabilização de uma política de saúde sustentável e acessível a toda a população. Cada um destes autores faz referência a fatores não diretamente ligados, mas que impactam na modelação dos sistemas de saúde. Independentemente das modelagens disponíveis, como as utilizadas por Kilsztajn, na organização das avaliações das alocações de recursos, a estruturação de parâmetros de saúde não deve ignorar fatores regionais, nutricionais, de saneamento e distribuição de renda, para que seja

possível uma discussão realista das ações que sejam capazes de construir estados de saúde.

Os cenários potenciais das análises relativas à economia da saúde extrapolam fronteiras da simples discussão médica, seus recursos e suas ações. A análise da saúde deve estar pautada em uma discussão de caráter estrutural, sustentável. E este cenário, do objetivo de estudar o comportamento de consumo de medicamentos, representa uma abordagem por um novo ângulo. Ângulo que constituiu a estruturação deste trabalho a partir da observação do comportamento de compra de medicamentos para hipertensão arterial dos usuários ligados a 3 empresas no Brasil.

Processo de revisão e estudos setoriais promovem uma discussão que deve ser continuamente perseguida como forma de não apenas criar mercados rentáveis, do ponto de vista privado, mas viabilizar a área social, com suas características primordiais de busca do bem estar. Com potenciais garantias de uma vida com educação, cultura, lazer, informação e saúde. Inicialmente as políticas de saúde constituídas no Brasil tinham como objetivo organizar a prática médica. Sofreram transformações no decorrer do tempo, passaram por uma interpretação sanitária e mais tarde foram fortemente influenciadas pelas demandas trabalhistas, a partir da criação das caixas assistenciais. Chega-se aos dias atuais com a Constituição de 1988 atribuindo ao Estado a responsabilidade de prover acesso à saúde universal. Apesar da criação do SUS (Sistema Único de Saúde) como modelo de acessibilidade, a classe trabalhadora, anteriormente vinculada às caixas assistenciais, vê a ascensão da saúde suplementar como a herdeira de uma massa reduzida da população, população esta que conta com serviços de saúde mais abrangentes, proporcionais à capacidade de pagamento. Os serviços de saúde necessitam de um maior cuidado em sua classificação, para que não seja visto como um mero posto de distribuição de bens e serviços, Del Nero (2001), onde a simples troca de moeda é feita pela prestação do serviço.

A saúde, apesar do forte apelo social, não deve ser entendida como uma área em que a aplicação de critérios econômico-financeiros não seja viável. O que se faz necessário é o cuidado intenso de prover e aplicar recursos que garantam o acesso à informação e à assistência e que atinjam o objetivo da qualidade de vida

da população assistida. Devido à complexidade e a contínua tendência de maximização no uso de recursos, e os conflitos resultantes destas tentativas, as questões ligadas à economia permeiam debates constantes sobre a melhor forma de garantir _e garantir constitui uma situação complexa por essência_ os direitos e acessos ao bem estar social, físico e mental.

Del Nero (2001) ainda pontua como fatos a ser observados, na avaliação dos motivos sociais da equidade na saúde, a questão básica do papel do Estado, como agente provedor e regulador da saúde, seus recursos e suas políticas de aplicação. Em um Estado democrático, com papéis econômicos bem definidos, e com a correta noção da importância de prover assistência básica à população, os passos das garantias à saúde deveriam refletir a preocupação com as ações sanitárias, de moradia, renda, cultura e lazer, segurança e acesso social. Neste mercado, com variações sócio-econômicas e problemas de divisão de renda, tenta-se externar indicadores com o objetivo básico de prover a capacidade gerencial de priorização da aplicação dos recursos.

Ainda no contexto de práticas ligados a saúde, o *The World Health Report 2008*, publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), caracteriza as metas de acesso que, de forma resumida, caracteriza-se por: cobertura, acesso, política e liderança. Independentemente das diretrizes políticas, as orientações contemplam um conjunto de ações que, devidamente organizadas para a realidade de cada população, poderão compor as ações estratégicas necessárias a constituição e evolução da qualidade de vida esperada para a sociedade. Para a orientação prática destas medidas, retorna-se à discussão dos recursos necessários ao provimento das políticas que estabeleçam as coberturas e as formas de acesso ao estado de saúde desejado. Além destes pontos, a OMS referencia um trabalho que gere reais impactos na população consumidora dos serviços de saúde, consumo este que, na falta de uma estrutura socialmente responsável, canaliza toda uma população para uma ação dependente de ações de iniciativa do Estado.

Medici (2001) destaca ainda a importância do estabelecimento de políticas públicas de financiamento para as ações ligadas a saúde, gerando desta forma o estabelecimento de uma regulação funcional para o setor.

Portanto, na organização de um novo cenário, e mais complexo, com agentes privados regulados, com produtos padronizados em suas coberturas básicas e com um mercado farmacêutico mais dinâmico, estudar as particularidades no consumo de medicamentos, a representatividade das tendências indicadas por este consumo, em particular o de anti-hipertensivos, devido ao risco que esta patologia em particular oferece, caracteriza-se como importante contribuição para um melhor entendimento sobre os investimentos na assistência farmacêutica. Avaliando-se se, através das informações de consumo de medicamentos, disponibilizados pelos gestores dos programas de benefício de medicamentos, é possível a análise dos investimentos e retornos dos recursos investidos no setor.

O objetivo geral apresentado foi estabelecido para que o seguinte problema de pesquisa fosse resolvido: qual o impacto da utilização das informações disponibilizadas nos bancos de dados das PBMs, como base para adoção de medidas preventivas que visem à qualidade de vida e ao ganho das empresas patrocinadoras?

Nesse sentido, partimos do pressuposto de que as informações de consumo de medicamentos nessas empresas podem servir como parâmetro para a criação de medidas educacionais que visem à qualidade de vida de seus colaboradores e à economia de uma forma mais geral. Para tanto, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos: estudar a tendência para ações preventivas, bem como as ações propostas, os incentivos existentes para a criação de ações mais próximas da realidade dos usuários dos serviços de saúde, como a presença de subsídios no custeio dos tratamentos como forma de melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso; entender o movimento deste setor e os impactos provocados pelas propostas de gerenciamento de saúde no comportamento do varejo farmacêutico; analisando para tanto o consumo de anti-hipertensivos entre 42.145 usuários de três empresas localizadas nos estados de São Paulo e Paraná, com políticas de subsídios em medicamentos com patamares que variaram de 35% a 90% do preço de venda.

Ao consolidar estes componentes, a dinâmica do mercado e o perfil de compras dos usuários, foi possível a construção dos modelos propostos neste estudo. Através do banco de dados de uma PBM, dos registros de vendas das empresas

apontadas, sem interferência na motivação dos usuários do sistema para realizar as compras e sim com o olhar observador, foi realizada a construção do modelo proposto de análise. A continuidade de estudos desta natureza parece apresentar potencial de evolução considerável a partir da utilização dos dados reais de custos com sinistros de empresas que utilizam a saúde suplementar, como operadoras do benefício do plano médico. A substituição dos dados estimados de consumo das estruturas de saúde pelos dados reais deste consumo serviria como um novo balizador dos resultados encontrados. Comparando-se cenários distintos, com e sem subsídios específicos para patologias estudadas, poderíamos amadurecer os conceitos comuns sobre a importância da prevenção e ratificarmos o impacto observado do acesso aos medicamentos, como uma realidade que deve ser acompanhada e plenamente gerenciada pelos administradores de saúde no mercado brasileiro.

1. CONTEXTO GERAL DA SAÚDE NO BRASIL

1.1. *Participação de doenças do aparelho circulatório*

De acordo com o Caderno de Informações em Saúde do Ministério da Saúde (MS, 2007), as doenças do aparelho circulatório apresentam o maior índice entre as taxas de mortalidade, segundo o CID-10 (Código Internacional de Doenças), com 32% das ocorrências, seguido por causas não definidas, com 19,2% e neoplasias, 16,5%. Na faixa acima dos 50 anos, as mesmas causas, doenças do aparelho circulatório, foram responsáveis por 27,5% das internações. Em uma população de 190 milhões de brasileiros, apenas 109 milhões, 58,1% da população, foram cobertos pelas ações de atenção básica à saúde, CIS (MS, 2007).

Considerando que 40 milhões de pessoas são cobertas pela saúde suplementar (ANS), existe ainda uma expressiva parcela da população sem acesso às ações de saúde, isso se considerar-se que as ações desenvolvidas em programas como o PSF (Programa de Saúde Familiar) atingem os resultados esperados. Os sistemas de saúde enfrentam em todo o mundo o dilema de adequar um acesso básico, com poucas restrições aos que precisam, com uma qualidade de serviços prestados que atinja um custo que a sociedade seja capaz de arcar. O gasto federal em saúde, em proporção a todos os gastos federais, passou de 5,2% em 1995 para 3,4% em 2006. Todos os gastos públicos em saúde foram de 3,14% do PIB em 2003 para 3,45% em 2005 (IPEA/DISOC/DATASUS/IDB, 2007).

Apesar de inflacionar os custos, a evolução constante dos conhecimentos na área de saúde, a evolução tecnológica positiva, com a exploração de novas fronteiras demográficas e epidemiológicas, permite o estabelecimento de planos de ação mais efetivos. Com um melhor conhecimento das demandas reais existentes na população assistida, ou que deveria ser assistida, o aumento da eficiência do sistema de saúde permitiria a priorização na utilização dos recursos. Tal utilização não deixa de ser a constituição de um regime capaz de produzir o efeito de distribuição de renda, e conseqüentemente, financiamento saudável das estruturas de saúde.

Quanto melhor e precoce o conhecimento sobre o *status quo* de saúde populacional, melhor a capacitação ou capacidade dos agentes públicos em dedicar os recursos para ações que sejam capazes de se moverem na direção das demandas existentes da população consumidora dos serviços de saúde, de um atendimento básico emergencial ou preventivo; para ações que vinculem recursos, como a proposta da EC-29 (Emenda Constitucional – 29), que tem como principais efeitos a obrigatoriedade da ação conjunta das três esferas governamentais (estados, municípios e união) e da correção, com base na evolução do PIB (Produto Interno Bruto), das verbas destinadas aos programas da área da saúde. Esse aspecto objetiva, assim, o atendimento, mínimo que seja, das demandas sociais.

A média dos países componentes da OCDE, em 2006, foi de 6,5% do PIB para as despesas públicas em saúde, como segue:

Tabela 1 - Investimentos em Saúde OCDE, base PIB	
País	Participação
França	9,80%
Alemanha	8,10%
Portugal	7,20%
Estados Unidos	7,00%
México	2,90%

Fonte: Ocde Health Data (2008)

Se considerarem-se as despesas também do setor privado, o gasto médio com saúde dos países da OCDE, também em 2006, foi de 8,9%. Além das necessidades de investimentos na infra-estrutura de saúde, o debate passa pela forma de estruturação e não pelo simples investimento. As questões passam pela definição das responsabilidades dos agentes de saúde e dos limites entre o processo público e o privado. Na questão ligada a convivência dos dois modelos, a saúde suplementar e o SUS com suas responsabilidades separadas. A separação dos públicos cobertos pelas garantias dos dois sistemas, mesmo em alguns casos com uma infra-estrutura única. O que se vê na essência é o compartilhamento, não só físico, mas estrutural dos equipamentos de saúde. Amorim (2007) aponta a intersetorialidade como um meio, uma alternativa à convivência dos modelos de gestão que promovam o acesso, com as devidas políticas que resguardem o indivíduo de uma visão meramente econômica de se atribuir valor à temática da saúde.

Aparentemente, um modelo optativo tenderia a uma forma mais racional de utilização dos recursos individuais, evitando um duplo pagamento pelos serviços de saúde (no caso brasileiro, do SUS e da Saúde Suplementar), fazendo com que cada contribuinte optasse pela utilização dos recursos da forma que melhor lhe conviesse. Sendo também escasso o recurso individual, um único pagamento seria uma melhor utilização destes recursos.

1.2. Mudanças e adequações do mercado de saúde

As discussões sobre valor agregado no mercado de saúde, iniciado com a presença quase única da ação assistencialista das Santas Casas, a temática econômica não participava das construções de cenários, pois a noção de direito à saúde não pertencia ao cenário nacional. Na década de 80, a opção de gestão fortemente orientada a ações curativas acabou prevalecendo, em detrimento de ações educacionais e preventivas. A implantação da Lei 9656/98, com uma agência reguladora funcional, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS),

que enfrentou resistências de operadoras frente à nova regulamentação, instituiu uma nova atitude no setor de saúde. A exigência de um rol mínimo de procedimentos, e a organização de produtos, gerou forte padronização e aumento da concorrência dentro do grupo da saúde suplementar.

Mesmo sendo operadores distintos, o SUS e a saúde suplementar acabam disputando espaços iguais em muitos dos prestadores de serviços, que, apenas com a operação do SUS, afirmam existir a incapacidade de sustentação financeira com a remuneração paga pelo Estado. Os planos explicitam o constante esmagamento provocado por medidas restritivas, pressão por custos e a baixa remuneração. O consumidor dos serviços de saúde, o cidadão, ou está sendo assistido pelo SUS ou pela empresa em que trabalha através dos planos privados, pois apenas 25% dos 40 milhões de vidas cobertas pelos planos de saúde são de pessoas físicas. Ou seja, 10 milhões de usuários pagando diretamente pelos serviços prestados, sem considerar os planos por adesão em grupos de classes, que, apesar de estarem sob o grupo dos contratos de pessoa jurídica, portanto fora do controle das correções imposto pela ANS, continuam sendo pagos diretamente pelos usuários.

Devido à grande demanda de novos custos e à incapacidade de transferência dos níveis de sinistro, como ocorria no passado, as operadoras de saúde começam a se aproximar das ações de 'saúde pública' promovidas pelos SUS. Começam a apreciar os estímulos de uma regulação que acena com motivações econômico-financeiras para a mudança da forma de gestão, para um padrão que priorize a prevenção, a educação e, conseqüentemente, a redução dos custos operacionais e de atendimento dos consumidores dos serviços de saúde. As mesmas medidas são encontradas no SUS, com o estímulo às prefeituras para aderirem ao PSF (Programa de Saúde da Família), com repasses suficientes para as montagens das equipes multidisciplinares que promovem a aproximação do usuário ao cuidador e não a um grande balcão de atendimento, a alguém que reflita sobre as medidas necessárias para recuperar, muitas vezes pontualmente, o estado de saúde perdido pelo 'cliente'.

Políticas públicas que estimulem a prevenção em um setor como o da saúde suplementar representam uma nova abordagem e também um desafio do como

fazer para que tais iniciativas atinjam os resultados esperados. A urgência na gestão financeira, empurrando todos os agentes a uma visão econômica real dos cenários em que atuam, e que discutam a remuneração do serviço com uma crítica da real necessidade de recursos, se faz necessária. A reavaliação da alocação dos recursos escassos, em processos que possam prevenir ou identificar, e não apenas adiar ou minimizar o risco setorial, são mudanças de atitudes que, ao mesmo tempo, pressionam o mercado e abrem novas frentes a novas iniciativas.

Olhar para o setor de saúde sem uma visão preventiva/preditiva pode colaborar para o encurtamento do tempo de utilização dos recursos. Não fazer uma gestão voltada para a informação, para a análise de tendências, para grupos de crônicos, construindo o suporte necessário, tende a aumentar os custos ligados a procedimentos caros e internações potencialmente desnecessárias.

Fomentar novas indústrias para que desenvolvam ações baseados no gerenciamento, na informatização, no controle, nas tendências, novas oportunidades de utilização dos recursos, tende a ser uma mudança estrutural importante para todo o setor de saúde, além de aceitar desafios existentes no difícil terreno da prevenção, sendo sempre necessário provar que os investimentos em educação e as mudanças culturais representam um retorno potencial dos recursos investidos.

1.3. Controle dos custos na saúde

Estes novos patamares de mercado, de empreendedorismo, marcam uma mudança de atitude que poderá estimular uma nova tendência de motivação a novos movimentos regulatórios. Como ocorrem nos demais mercados, primeiro ocorre a inovação, uma potencial imperfeição mercadológica, uma informação assimétrica e então o agente regulador volta a atuar buscando, dentro de suas atribuições, corrigir e equilibrar os efeitos do mercado.

Nesta complexidade, em que os fundos disponíveis são disputados e as normatizações são ainda superficiais, os novos mercados carentes de informação potencializam iniciativas de *managed care*¹, até então listadas como um parâmetro ainda longínquo para a realidade brasileira.

Iniciativas da gestão de crônicos, *home care*², programas educacionais, assistência farmacêutica, possuem um viés comum no negócio de saúde: melhorar a utilização dos recursos escassos e disputados pelos provedores de serviços que começam a ser discutidos mais fortemente nessa ceara. As PBMs (*Pharmacy Benefit Management*) formam um dos grupos de empresas que têm procurado a utilização da gestão das informações, a partir de relatórios epidemiológicos, com base na utilização dos medicamentos prescritos, para discutir tendências e mapeamento de riscos associados a esse tipo de consumo, como *core* no 'negócio' saúde.

A implantação de iniciativas que promovam e potencializem um melhor conhecimento do perfil dos usuários e capacitem o gestor a certa previsibilidade acerca dos fatores de risco, capacitaria o cuidador, público ou privado, para ações que reduziriam o risco de consumo do capital. Tais reduções poderiam prover alocações desses recursos em serviços que efetivamente promovam o bem-estar da população assistida. Essas medidas, a serem discutidas no decorrer deste estudo, indicarão a potencialidade, os desafios, e necessidades de ações multidisciplinares que reforcem ao gestor a importância da mudança de atuação e o foco gerencial. A potencialidade do mercado de saúde, o grau de amadurecimento, as discussões sobre privacidade envolverão os atores desse mercado em uma nova onda de debates, que podem potencializar uma tendência, de se alinhar as afirmativas de Dowbor (2001), em que os objetivos finais são o de promover o alcance, para toda a população, de uma vida com educação, cultura, lazer, informação e saúde.

¹ Sistema utilizado no mercado norte-americano com forte concentração de procedimentos em um médico/agente prestador de serviços de saúde, remunerado de acordo com a produtividade e dividindo os riscos do agravamento de saúde do cliente/paciente.

² Sistema de atendimento domiciliar com objetivos de redução dos custos hospitalares.

2. O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A regulação do mercado de saúde aborda não apenas os fatores vinculados às questões econômicas, mas também aos impactos de uma área social. Essa fina relação entre as garantias necessárias à preservação da saúde e os interesses financeiros privados do mercado são temas de contínuos embates entre o órgão regulador e os regulados. Relacionar os efeitos da regulamentação vigente no mercado de saúde brasileiro, exercida pela ANS e as estratégias corporativas para manter um mercado assistencial dinâmico, responsável e lucrativo, representa uma importante análise na revisão de políticas de acesso a ações terapêuticas.

A exploração do mercado privado de saúde completou, em 2008, 10 anos de regulamentação. Nesses 10 anos, foram observadas estratégias distintas. Algumas apostas que variaram de adequações às novas normas vigentes a estratégias fortemente estabelecidas no não funcionamento das normas do setor. O comportamento existente antes da Lei 9656/98 baseava-se em práticas rentáveis, desprovidas de obrigações. A partir de 1998, o marco regulatório impulsionou fortes mudanças no setor, desde a necessidade de garantias até o estabelecimento de uma política intervencionista. Apesar de atuar nos mercados de saúde, as PBMs brasileiras não se encontram sob uma normativa própria, tratando-se de um mercado não regulamentado, o que pode ser analisado pelos dois lados de uma mesma abordagem. Sem regras claras, a operação perde fortemente uma identidade de serviço de saúde e é posicionada como puro

convênio, porém, nada permite afirmar que, tendo uma regulamentação própria, o setor se fortaleça.

2.1. O setor saúde em 2008

O mercado de saúde em 2008 é resultado desse período de parcerias e fomentos do Estado. O passivo resultante de tais práticas foi o legado deixado por décadas de políticas de curto prazo e baixo foco na ação preventiva, alta dependência de “parceiros” na área assistencial e centralização das decisões e diretrizes da saúde. O mercado de saúde se tornou um ambiente propício à exploração como negócio potencialmente rentável, principalmente em um segmento fortemente financiado pelo poder público. Carente de opções, os usuários do sistema são levados a utilizá-lo nas condições disponíveis, pois as entidades de classe também se tornam tomadoras de serviço das estruturas existentes.

2.1.1. Regulamentação e regulação em saúde

Na missão da ANS (Lei 9.961/2000) temos:

A ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

A Constituição de 1988, tida como a constituição cidadã, nasce em um momento de grande euforia no cenário político brasileiro. Depois de décadas sob o regime ditatorial, sem liberdades e direitos, o momento encontrado ressoou como o momento de recuperação de todo o tempo perdido, de todo o tempo em que os direitos foram armazenados e guardados em um canto. O constituinte viveu nesse momento a pressão e o desejo de trazer ao Estado todos os direitos sonhados e não realizados, criando a constituição com o maior volume de novas obrigações

ao Estado, porém, nem sempre, com a contrapartida financeira necessária para subsidiar tamanha quantidade de direitos reservados (Sarlet, 2007).

Se, por um lado, a constituição assegurava novas conquistas ao povo brasileiro, por outro, para qualquer nova obrigação existe a necessidade de uma receita que financie o direito. No artigo 196 consta que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. A criação do SUS (Sistema Único de Saúde) constrói um dos modelos mais completos do mundo, com a descentralização outrora desejada, com o entendimento regionalizado, com o enfoque preventivo, sem esquecer-se da ação assistencialista, com o direito garantido e acessível a todos, sem divisões ou preconceitos.

2.1.2. Operadoras de saúde e o SUS

Muitos dos prestadores privados de saúde estão diretamente relacionados ao sistema SUS, pois as instalações particulares, inicialmente instituídas para o atendimento privado na atual saúde suplementar, também realizam o atendimento do beneficiário público, por tratar-se de componentes de uma mesma base assistencial. Mesmo com a implantação do SUS e a unificação da assistência à saúde, o parque instalado assistencial (estabelecimentos de saúde) precisava expandir-se para que o atendimento preconizado pela constituição se estabelecesse. Na região sudeste, com 42,3% da população brasileira (IBGE, 2007), os estabelecimentos de saúde (com internação) de atendimento concomitante (SUS e privado) representavam 60,8% (IBGE, 2005) do total de estabelecimentos de saúde disponíveis. As demais regiões também apresentavam participação expressiva, como: região sul (81,3%), região nordeste (73,8%) e região norte (48,0%). A representação de parcela expressiva dos atendimentos do sistema SUS na rede privada indica a dependência dessa estrutura instalada. Em 2005 este índice foi de 42,8%. Esta dependência da rede hospitalar, por se tratar da análise da estrutura com internações, e, portanto, com a necessidade de investimentos iniciais e de manutenção elevados, não se repete na atenção primária (atendimento ambulatorial), em que a parcela da rede privada com atendimento SUS dentro do universo de atendimento público é de 9,5%

(IBGE, 2005). Esta representatividade revela a necessidade de investimento da rede SUS na ampliação da estrutura de atendimento, ou, em outra linha estratégica, a manutenção das parcerias existentes com o setor privado no atendimento da população SUS na rede nacional de estabelecimentos de saúde (IBGE, 2005).

2.1.3. SUS e medicamentos

Diferentemente da assistência privada, no modelo SUS os medicamentos fazem parte da cobertura do 'plano' público. Independentemente da discussão do rol de medicamentos disponibilizados, o relevante é que faz parte das estratégias públicas de saúde a dispensação dos medicamentos prescritos. O que se destaca no modelo é a falta de controle das dispensações, não somente dos volumes dispensados, mas para quem, com que frequência e quais informações são gerenciáveis a partir da aplicação das regras estabelecidas nas políticas de saúde. Essa falta de controle e consequentemente de informação, não constituem debate na esfera pública. São apresentados controles dos volumes dispensados, porém sem a discussão das indicações e da estruturação de uma análise daqueles que consomem os produtos dispensados.

Nesse cenário, parece existir a demanda para um melhor conhecimento da população consumidora, as PBMs podem representar uma opção para o gerenciamento da dispensação dos medicamentos nas esferas públicas.

A ANS foi criada pela Lei 9.961/2000 que definiu a sua finalidade, estrutura, atribuições, sua receita, a vinculação ao Ministério da Saúde e a sua natureza. Sua natureza de controle e regulação e de regulamentação da saúde suplementar, que deve ser entendida como a que 'amplia' a assistência à saúde, trouxe ao mercado o agente que efetivou a operação da Lei 9656/98, até então uma consolidação de desejos do legislador. Mudanças estabelecidas na lei como no atendimento ambulatorial e hospitalar, o veto à limitação antes existente de, por exemplo, número de consultas e número de internações hospitalares passam a ter uma norma efetiva, controlada e fiscalizada, e a existência de um órgão

ouvidor atuante, mudando o patamar de ação das operadoras de saúde existentes.

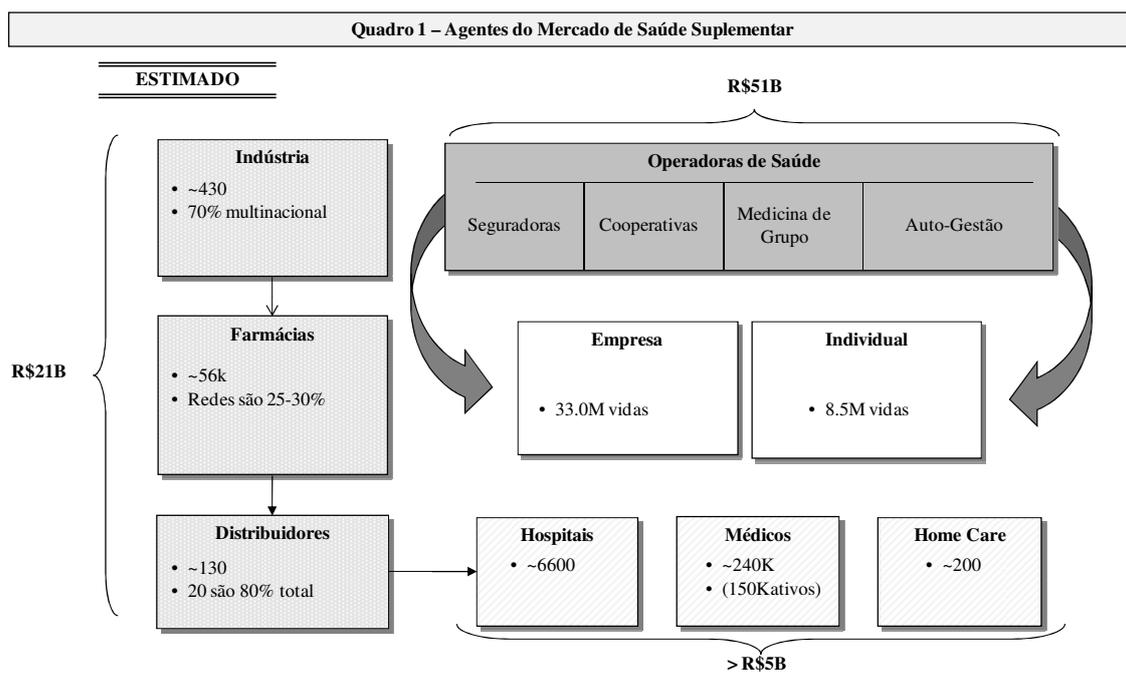
Esta nova realidade mudou a forma do cálculo atuarial³ presente nas estratégias das operadoras de saúde. Se antes o tempo máximo de internação ou o número de consultas podia ser estabelecido, o 'risco' inerente ao negócio passava a ser plenamente controlado e facilmente dimensionado. A implantação de ilimitados dias de internação ou a extinção de outros limites antes impostos torna o risco maior e necessariamente a mudança das estratégias, seja de operação, custeio ou preço.

A ANS assume a competência de interferir no mercado e provocar mudanças na gestão das empresas. Da mesma forma que esta competência existe na construção da regulamentação, existe na competência de emitir normas que também interferem, mas de forma operativa na realidade do mercado. A discussão da regulação econômica presente nas atribuições da ANS constituiu um forte embate entre os agentes do mercado de saúde, ora na tentativa de influenciar as ações regulatórias, ação justa em um ambiente democrático, ora na expressa oposição ao modelo proposto. Independentemente dos humores presentes no mercado, o legislador, ao estabelecer que “cabe ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre a regulamentação, fiscalização e controle” (Art. 197, CF), destaca que o poder público tem o controle das atividades ligadas à saúde. Na teoria econômica liberal, o mercado, independentemente do produto ou serviço comercializado, teria condições de se auto-regular. Não nos cabe discutir nesse ponto a eficiência ou ineficiência dos mercados, porém o conjunto de regras e normas que estabelece o padrão de funcionamento indica um potencial desequilíbrio de forças que sejam capazes de permitir o ajuste desejado ao mercado de saúde. Esse ajuste não parece ser possível, pois as ações regulatórias são partes integrantes do mercado, ações que buscam as garantias de qualidade, da máxima eficácia e disponibilidade. Mesmo com a utilização de muitos conceitos socioeconômicos para medir os indicadores, *per capita*, da

³ Cálculo este que busca o entendimento do risco a que está exposto um bem ou serviço. No caso da saúde, o risco de um evento que gere custo para o administrador é chamado sinistralidade.

saúde, ainda assim as disparidades existem e não qualificam o setor como sendo independente da ação do órgão regulador. O nível esperado de qualidade dos serviços garantido pela Constituição necessita de acompanhamento contínuo, o que potencializa, dessa forma, um nível mínimo de atendimento aos serviços indispensáveis à população coberta, seja pública ou privada (MALIK, 1998). As ações ligadas à saúde ainda não conseguem tornar plena a atenção básica a ela, preconizada e desejada por toda a sociedade.

2.3. Mercado de saúde no Brasil – evolução



Fonte: SUSEP, ABRANGE, ANS (2006) – Adaptado

Para o entendimento da dinâmica do mercado de saúde e seus atores variando para cada tipo de operação, se faz necessária a classificação por tipo de sistema para que o entendimento seja mais objetivo, como a seguir (ANS, 2008).

Administradora: empresas que administram planos de assistência à saúde, financiadas por outra operadora; não possuem beneficiários; não assumem o

risco decorrente da operação desses planos; e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

Seguradoras: sociedades seguradoras autorizadas a operar planos de saúde, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades.

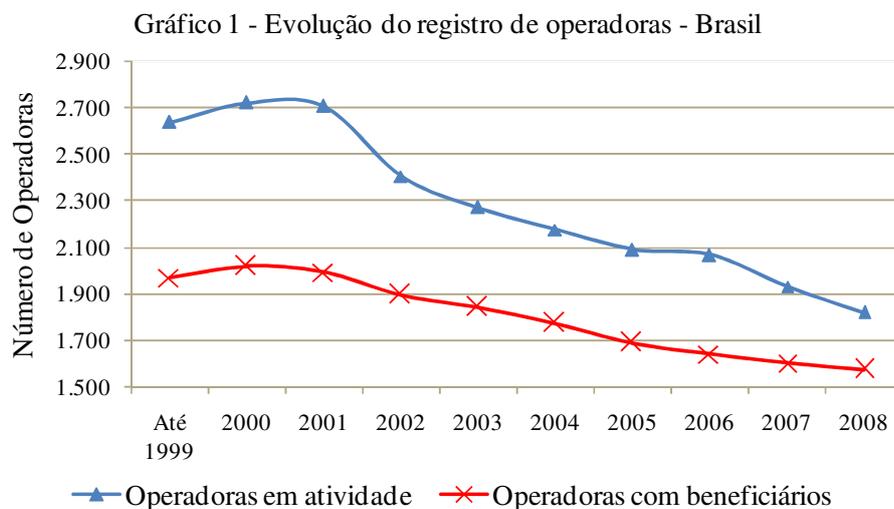
Cooperativas médicas: sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971.

Autogestão: entidades que operam serviços de assistência à saúde, destinados exclusivamente a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consangüíneo ou afim, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhadas.

Medicina de grupo: demais empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde, normalmente configuradas por possuir rede própria de atendimento.

Nos últimos anos, o volume de operadoras em atividade apresentou redução no sistema privado de saúde (Gráfico 1). A queda de 30%, desde 2000, do número de operadoras indica a ação da regulação sobre as operadoras que não possuíam uma real capacidade administrativa. Foi observada forte consolidação do setor, desde a implantação das ações oriundas da ANS.

Como mostra a tabela 2, também foram poucas as empresas que concentraram a maioria das vidas cobertas pelo sistema suplementar. As medicinas de grupo foram as com o maior número de empresas, seguidas pelas cooperativas médicas, representadas pelo sistema Unimed e, em seguida, as empresas com o sistema de autogestão.



Fontes: Cadastro de Operadoras/ANS/MS - 06/2008 e Sistema de Informações de Beneficiários - ANS/MS - 06/2008

Tabela 2 - Operadoras em atividade, por modalidade, segundo o número de beneficiários

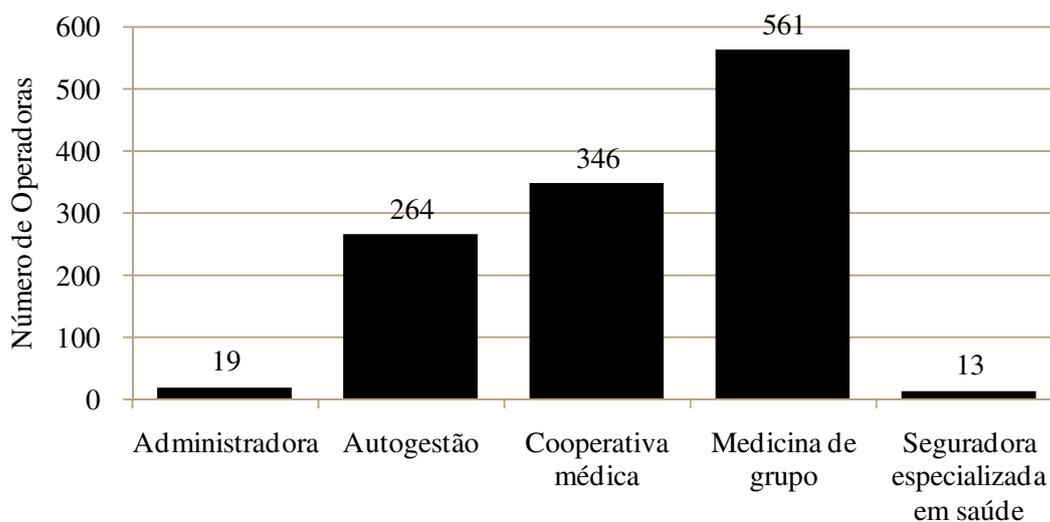
Número de beneficiários	Total	Administradoras	Autogestão	Cooperativa médica	Medicina de grupo	Seguradora especializada em saúde
Total	1821	19	264	346	561	13
Sem beneficiários	247	19	30	5	88	0
1 a 100	61	0	4	3	24	0
101 a 1.000	215	0	32	13	63	0
1.001 a 2.000	168	0	34	18	48	1
2.001 a 5.000	287	0	52	45	87	0
5.001 a 10.000	233	0	36	63	64	0
10.001 a 20.000	222	0	34	65	62	1
20.001 a 50.000	204	0	23	72	64	0
50.001 a 100.000	92	0	8	33	36	1
100.001 a 500.000	75	0	9	25	19	7
Acima de 500.000	17	0	2	4	6	3

Fonte: Cadastro de Operadoras - ANS/MS - 06/2008 e Sistema de Informações de Beneficiários - ANS/MS - 06/2008

Apesar do grande número de empresas do segmento de medicina de grupo (Gráfico 2) e a baixa participação de seguradoras, pelo número de empresas na

especialidade, essas foram as que mais consolidaram o número total de vidas, proporcionalmente.

Gráfico 2 - Operadoras em atividade, por modalidade



Fonte: Cadastro de Operadoras – ANS/MS – 06/2008

A Tabela 3 representa bem essa situação. Se, por conta dos fatores de mercado, o índice de crescimento de cada segmento foi diferente, sendo: autogestão, 2,1%, cooperativas médicas, 72,9%, medicina de grupo, 27,3% e seguradoras, 0,8%, a concentração pelo número total de vidas apresentou comportamento bem diferente. Nessa análise comparativa, apenas 13 empresas totalizaram 4,6 milhões de usuários, ou seja, 0,8% das empresas compreendem 11,5% das vidas. As 561 empresas do segmento de medicina de grupo somam 15,1 milhões de vidas e as cooperativas, 13,4 milhões.

Tabela 3 - Beneficiários de planos de saúde, por cobertura assistencial e modalidade da operadora

Mês e ano	Assistência médica com ou sem odontologia					
	Total	Autogestão	Cooperativa médica	Filantropia	Medicina de grupo	Seguradora especializada em saúde
dez/00	30.692.434	5.256.051	7.804.737	1.107.768	11.919.732	4.603.257
%		17,1%	25,4%	3,6%	38,8%	15,0%
dez/01	31.153.545	5.199.533	8.178.619	1.101.008	12.081.539	4.586.932
%		16,7%	26,3%	3,5%	38,8%	14,7%
dez/02	31.129.527	5.211.274	8.262.735	1.070.784	12.238.334	4.340.602
%		16,7%	26,5%	3,4%	39,3%	13,9%
dez/03	31.488.079	5.108.376	8.828.603	1.013.015	12.120.151	4.412.981
%		16,2%	28,0%	3,2%	38,5%	14,0%
dez/04	33.408.202	5.253.920	9.625.797	1.080.180	13.173.499	4.269.893
%		15,7%	28,8%	3,2%	39,4%	12,8%
dez/05	35.169.243	5.217.777	10.700.830	1.136.157	14.041.721	4.072.758
%		14,8%	30,4%	3,2%	39,9%	11,6%
dez/06	37.162.268	5.323.637	11.824.340	1.214.568	14.783.799	4.015.924
%		14,3%	31,8%	3,3%	39,8%	10,8%
dez/07	39.086.087	5.347.817	12.943.002	1.331.876	15.136.245	4.327.147
%		13,7%	33,1%	3,4%	38,7%	11,1%
jun/08	40.090.549	5.370.655	13.497.577	1.400.555	15.179.588	4.642.174
%		13,4%	33,7%	3,5%	37,9%	11,6%

Fonte: Sistema de Informações de Produtos – ANS/MS – 03/2008

A concentração do número de vidas por empresa constituiu o resultado das políticas adotadas no setor (Tabela 4), em que 18,6% das empresas concentram 80,5% das vidas. A regulação econômica nesse caso, aparentemente, não atingiu o grau de distribuição adequado para a competição necessária à manutenção de uma dinâmica setorial.

Tabela 4 - Distribuição dos beneficiários de planos de saúde entre as operadoras, segundo cobertura assistencial

Beneficiários	Percentual acumulado de beneficiários	Operadoras	Percentual acumulado de operadoras
Assistência médica com ou sem odontologia			
3.811.478	9,5%	2	0,2%
8.571.119	21,4%	7	0,6%
12.418.749	31,0%	13	1,1%
16.279.263	40,6%	23	2,0%
20.067.623	50,1%	40	3,5%
24.384.061	60,8%	76	6,6%
28.348.215	70,7%	126	10,9%
32.284.426	80,5%	214	18,6%
36.187.509	90,3%	378	32,8%
40.090.549	100,0%	1.151	100,0%

Fonte: Sistema de Informações de Produtos – ANS/MS – 03/2008

Os custos cada vez maiores (Tabela 5) levam à necessidade de escala para que os investimentos em saúde sejam possíveis. Outra importante característica do setor é a concentração regional, existindo, em algumas localidades do país, a opção de apenas uma operadora.

Tabela 5 - Custo médio dos eventos médico-hospitalares, segundo o tipo de evento e de contratação do plano

Tipo de evento	2002	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%
Consultas médicas											
Individual ou familiar	22,37	23,69	5,9%	25,48	7,6%	28,04	10,0%	30,03	7,1%	32,33	7,7%
Coletivo com patrocinador	23,73	24,87	4,8%	26,70	7,3%	29,50	10,5%	31,43	6,5%	33,05	5,2%
Coletivo sem patrocinador	24,87	26,31	5,8%	28,17	7,1%	30,67	8,9%	32,68	6,6%	34,18	4,6%
Exames complementares											
Individual ou familiar	18,18	19,33	6,3%	20,29	4,9%	18,86	-7,1%	19,22	1,9%	21,38	11,2%
Coletivo com patrocinador	20,09	20,63	2,7%	21,00	1,8%	19,37	-7,7%	20,55	6,1%	22,40	9,0%
Coletivo sem patrocinador	21,68	23,21	7,1%	23,87	2,9%	21,37	-10,5%	21,46	0,4%	25,82	20,3%
Terapias											
Individual ou familiar	40,49	45,70	12,9%	44,42	-2,8%	48,57	9,3%	41,33	-14,9%	56,46	36,6%
Coletivo com patrocinador	39,93	41,32	3,5%	41,79	1,1%	41,39	-0,9%	39,45	-4,7%	45,76	16,0%
Coletivo sem patrocinador	45,55	50,93	11,8%	48,15	-5,5%	57,35	19,1%	46,06	-19,7%	55,17	19,8%
Outros atendimentos ambulatoriais											
Individual ou familiar	45,39	52,37	15,4%	59,89	14,4%	66,84	11,6%	75,36	12,7%	87,19	15,7%
Coletivo com patrocinador	43,69	48,31	10,6%	54,72	13,3%	65,11	19,0%	65,54	0,7%	76,32	16,4%
Coletivo sem patrocinador	47,35	55,05	16,3%	64,89	17,9%	81,72	25,9%	85,89	5,1%	97,62	13,7%

Fonte: Sistema de Informações de Produtos – ANS/MS – 03/2008

Além do aumento efetivo dos custos, como destacado na Tabela 5, na terapia individual, ou familiar, 36,6%, a frequência do uso do sistema, ou seja, uso da infra-estrutura de saúde, também aumentou no período. Os principais indicadores do sistema de saúde se estruturam a partir dos números de consultas, exames complementares, terapias e outros procedimentos. Convencionou-se avaliar as consultas e os exames como fatores de maior demanda, também podendo ser considerado o tempo médio de internação como um fator de agravo da sinistralidade, elevando bastante os custos do sistema, gerando, necessariamente, a revisão dos prêmios pagos (Tabela 6).

Tabela 6 - Frequência média de utilização, segundo o tipo de evento de assistência médica e o tipo de contratação do plano											
Tipo de evento	2002	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%
Consultas médicas											
Individual ou familiar	5,93	5,68	-4,2%	5,74	1,2%	5,79	0,9%	5,95	2,7%	6,03	1,3%
Coletivo com patrocinador	4,29	4,19	-2,3%	4,20	0,2%	4,34	3,5%	4,51	4,0%	4,42	-2,1%
Coletivo sem patrocinador	5,19	5,21	0,3%	5,40	3,6%	5,32	-1,5%	5,33	0,2%	5,48	2,9%
Exames complementares											
Individual ou familiar	10,01	9,53	-4,8%	9,89	3,8%	11,85	19,8%	12,17	2,7%	12,59	3,4%
Coletivo com patrocinador	6,63	6,80	2,5%	7,16	5,2%	8,54	19,3%	8,83	3,4%	8,88	0,6%
Coletivo sem patrocinador	9,36	9,62	2,8%	9,69	0,8%	11,67	20,4%	12,16	4,2%	11,98	-1,5%
Terapias											
Individual ou familiar	0,97	1,11	14,3%	1,23	11,2%	1,53	24,3%	1,74	13,3%	1,91	9,9%
Coletivo com patrocinador	0,64	0,77	20,1%	0,91	17,9%	1,10	21,3%	1,26	14,4%	1,40	11,3%
Coletivo sem patrocinador	1,08	1,15	6,1%	1,29	12,6%	1,46	13,0%	1,79	22,6%	1,88	4,8%
Outros atendimentos ambulatoriais											
Individual ou familiar	1,21	1,13	-5,9%	1,13	-0,5%	0,85	-24,7%	0,92	8,7%	0,86	-6,9%
Coletivo com patrocinador	0,96	0,91	-5,1%	0,88	-3,3%	0,74	-15,6%	0,78	5,0%	0,72	-7,3%
Coletivo sem patrocinador	1,11	0,97	-13,2%	0,94	-3,0%	0,81	-13,6%	0,87	7,1%	0,86	-0,9%

Fonte: Sistema de Informações de Produtos – ANS/MS – 03/2008

Independentemente do tipo de operadora, a regulamentação do setor criou planos pré-definidos para o oferecimento ao mercado, gerando a segmentação assistencial, decorrente da legislação em vigor, a Lei nº 9.656/98, que determina também a obrigatoriedade da oferta do plano de referência, podendo, a critério da operadora, criar ofertas nas seguintes segmentações (planos pré-definidos):

- Ambulatorial/
- hospitalar com obstetrícia;
- hospitalar sem obstetrícia;
- odontológico;
- referência;

- hospitalar com obstetrícia + ambulatorial;
- hospitalar sem obstetrícia + ambulatorial;
- ambulatorial + odontológico;
- hospitalar com obstetrícia + odontológico;
- hospitalar sem obstetrícia + odontológico;
- hospitalar com obstetrícia + ambulatorial + odontológico;
- hospitalar sem obstetrícia + ambulatorial + odontológico.

Isso fez com que o produto se tornasse homogêneo.

Além dos produtos assim definidos, a forma de contratação manteve-se como coletiva ou individual, todos cadastrados a partir da publicação da Lei nº 9.656/98. As análises disponíveis ainda apresentam planos sem a identificação real da natureza da contratação, reflexo da resistência, e muitas vezes da incapacidade técnica de adequação de muitas empresas aos vários controles de informação instituídos pela ANS.

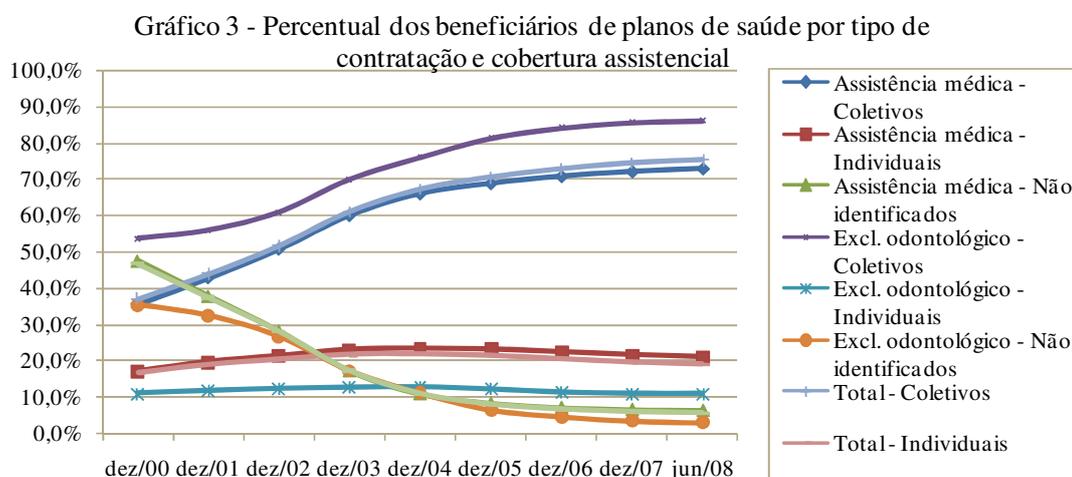
Esse reflexo, de adequação da própria agência à regulamentação estabelecida na Lei nº 9.656/98, da criação de instrumentos fiscalizadores e procedimentos de avaliação do mercado, necessitou de muito tempo para que atingisse o grau de informação existente atualmente. Esse aspecto se evidencia no processo de adequação das operadoras. O Gráfico 3 descreve dois fenômenos advindos da regulamentação. Como primeiro fenômeno, a definição do que se chama, nesta dissertação, de “commoditização” do setor: produtos igualitários, no caso os de referência, e forte interferência na relação empresa/consumidor por parte da ANS. A necessidade de controlar as taxas de sinistralidade, até antes da vigência da Lei nº 9.656/98, facilmente repassada para todos os agentes do mercado de saúde, seja individual ou coletivo, já não é mais possível no caso da contratação individual. Como segundo fenômeno, o fenômeno da elevação da oferta de planos coletivos e a estagnação de planos individuais.

Entre 2000 e 2008, a participação de planos individuais manteve-se praticamente estável em 20%, enquanto os planos coletivos assumiram uma participação em 2008 de mais de 85% de todos os planos comercializados. No decorrer desse

tempo não houve um aumento expressivo dos planos coletivos, mas sim uma redistribuição dessas vidas (usuários). O crescimento do mercado em número de vidas entre 2000 e 2008 foi de 30%: de 30 para 40 milhões de vidas. Nesse período, o número de usuários de planos coletivos cresceu 167%, enquanto os planos individuais 60%. O fator principal desse fenômeno, e esse é um reflexo estratégico, é a capacidade de renegociação de preços com as empresas a partir do momento em que se atinge uma taxa de sinistralidade pré-acordada. Com esse fenômeno, a comercialização das commodities coletivas, planos referenciados e sem limites de utilização, são alavancados com a possibilidade de negociação entre as partes, sendo que os produtos destinados às coberturas individuais, com necessidade da definição das regras de reajuste advindas da ANS, permanecem estagnados.

Esta interferência direta da agência reguladora, apesar de considerar os termos de custos e utilização das carteiras das operadoras de saúde, não foi suficiente para a manutenção de políticas comerciais que atendessem ao público individual.

Outro fator destacado também no Gráfico 3 é a evolução gradual das empresas aos moldes de controle da informação, obrigatórios para a operação no setor. Tamanho o reflexo da dificuldade de algumas operadoras em adequar-se às normas de informação que ainda hoje 5% dos usuários, ou seja, por volta de 2 milhões de vidas, ainda não são plenamente identificadas.



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários – ANS/MS – 06/2008

Na distribuição dos produtos/serviços do segmento de saúde, a predominância do produto de referência, com forte adesão, e o produto hospitalar/ambulatorial formam a tendência de distribuição, impulsionada pelas empresas contratantes dos serviços, totalizando para essas duas modalidades 86,2% do mercado. O produto referência alcança 15,2% do mercado e o hospitalar/ambulatorial com 70,9% de todas as vidas cadastradas para estes produtos. Desses, o grupo hospitalar e ambulatorial foi o de maior evolução entre dez/2000 e jun/2008, com 121% de crescimento do total de vidas (Tabela 7).

Tabela 7 - Beneficiários de planos de saúde por cobertura e segmentação assistencial, segundo época de contratação								
Época de contratação	Assistência médica com ou sem odontologia						Exclusivamente odontológico	Total
	Total	Ambulatorial	Hospitalar (1)	Hospitalar (1) e	Referência	Não identificado		
dez/00	30.692.434	925.496	592.976	12.880.750	1.765.968	14.527.244	2.757.935	33.450.369
%		3,0%	1,9%	42,0%	5,8%	47,3%		
dez/01	31.153.545	1.066.044	642.147	15.252.512	2.506.105	11.686.737	3.239.620	34.393.165
%		3,4%	2,1%	49,0%	8,0%	37,5%		
dez/02	31.129.527	1.241.282	596.774	17.620.800	3.057.042	8.613.629	3.832.514	34.962.041
%		4,0%	1,9%	56,6%	9,8%	27,7%		
dez/03	31.488.079	1.449.930	670.305	20.401.346	3.635.037	5.331.461	4.472.971	35.961.050
%		4,6%	2,1%	64,8%	11,5%	16,9%		
dez/04	33.408.202	1.783.114	738.683	23.041.923	4.230.310	3.614.172	5.488.650	38.896.852
%		5,3%	2,2%	69,0%	12,7%	10,8%		
dez/05	35.169.243	1.899.127	693.041	24.831.621	4.822.850	2.922.604	6.425.136	41.594.379
%		5,4%	2,0%	70,6%	13,7%	8,3%		
dez/06	37.162.268	1.992.950	741.358	26.383.858	5.394.049	2.650.053	7.655.231	44.817.499
%		5,4%	2,0%	71,0%	14,5%	7,1%		
dez/07	39.086.087	2.151.281	753.834	27.783.483	5.831.665	2.565.824	9.286.442	48.372.529
%		5,5%	1,9%	71,1%	14,9%	6,6%		
jun/08	39.086.087	2.151.281	753.834	27.783.483	5.831.665	2.565.824	9.286.442	48.372.529
%		5,5%	1,9%	71,1%	14,9%	6,6%		

(1) Inclui planos hospitalares com ou sem obstetrícia

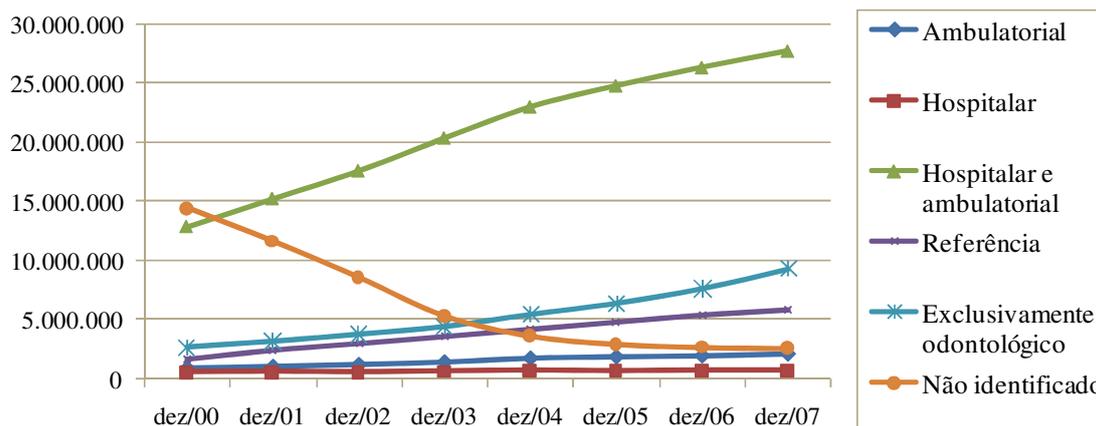
Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários - ANS/MS - 06/2008

O Gráfico 4 apresenta o crescimento de um mercado comprador marcado pela presença corporativa. Os planos hospitalar e ambulatorial fortaleceram-se no mercado, resultado da 'commoditização'. Esse fato gerou uma disputa por preços e segmentação de algumas estruturas em detrimentos de outras, evidenciando ao mercado a existência de serviços melhores, e mais onerosos do que outros, como alguns hospitais de referência na cidade de São Paulo.

Apesar de definir a saúde como um direito de todos, e um dever do Estado, algumas estruturas prestam um serviço 'melhor' do que outras, cabendo apenas em alguns planos (produtos). Essa estruturação está dentro do perfil permitido

pela regulamentação, que enfatiza uma cobertura mínima, de referência, atendimentos que não poderão ser negados pelos prestadores de serviço. Os serviços com atendimento especial poderão compor produtos especiais, que manterão um patamar mínimo e não um máximo de atenção à saúde.

Gráfico 4 - Beneficiários de planos de saúde por segmentação assistencial



Fonte: Sistema de Informações de Produtos - ANS/MS - 03/2008

As variações de participação, ou concentração, sejam regionais ou por tipo de operadora, encontradas neste mercado, podem ser consideradas como indicadores de concentração de mercado, o que tem sido debatido quando o assunto é a avaliação da competitividade do mercado de saúde. De acordo com o Caderno de Informação da Saúde Suplementar, publicado pela ANS (2007), em termos de concentração, utilizando o índice HHI (Herfindahl-Hirschman Index), calculado com base na participação de cada operadora no total dos beneficiários, tem-se o seguinte dado (Tabela 8) como referência.

Tabela 8 - Interpretação do HHI	
Valor do HHI	Nível de concentração
Menor ou igual a 10%	Mercado altamente competitivo
De 10% a 18%	Mercado moderadamente concentrado
De 18% a 100%	Mercado altamente concentrado
Igual a 100%	Monopólio puro (única operadora)

Fonte: Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar – 2007 – ANS/MS

Sob esta análise, ainda de acordo com o Caderno de Informação da Saúde Suplementar, 142 municípios no Brasil encontram-se vivendo sob um monopólio, em que apenas uma operadora oferece produtos da saúde suplementar; 883 estão entre 2 e 5 operadoras, ou seja, mercado altamente concentrado; e mais de 1.100 municípios com o mercado moderadamente concentrado.

A regulação das operadoras de saúde não apresenta impactos diretos sobre as operações das PBMs. Programas como o de Qualificação da Saúde Suplementar, que estimulam ações alinhadas com a qualidade da atenção à saúde, potencializam o escopo dos projetos das PBMs. A gestão da informação do consumo de medicamentos apresenta-se como um interessante parâmetro para o direcionamento de ações dessa natureza.

2.4. Receitas e despesas

Desde a implantação dos sistemas de informação, especificamente a TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar) com as Resoluções Normativas 127, 135 e 138, publicadas entre maio e novembro de 2006, estabeleceram-se padrões de troca de informação tornando o dimensionamento do mercado mais efetivo. A aplicação das medidas regulatórias, a partir do controle das informações do mercado, tornou-se mais eficaz, gerando real impacto nos gestores da saúde suplementar. Os vários dados, inclusive disponibilizados neste trabalho, têm como fonte a própria ANS, que faz uso dos seguintes sistemas previstos na informação:

- Sistema de Informações de Beneficiários (SIB);
- Sistema de Cadastro de Operadoras (CADOP);
- Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde (DIOPS);
- Sistema de Registro de Produtos (RPS);
- Sistema de Informações de Produtos (SIP);
- Formulário de Informações Periódicas (FIP).

Todos geridos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Com base nesses relatórios, e conseqüentemente com a melhora da qualidade da informação, é possível ampla visão das movimentações do mercado de saúde. Basta para tanto avaliar o montante de informação não disponível em 2000 e agora devidamente classificada, como número de beneficiários por tipo de plano e, mais recentemente, a obrigatoriedade, para as operadoras de autogestão, de também informarem seus dados de movimentação. Como consequência a essa nova forma de dimensionamento, e à melhor qualidade da informação, pode-se avaliar o mercado das operadoras de saúde como um mercado que movimentou R\$ 50 bilhões em 2007, divididos da seguinte forma (Tabela 9).

Tabela 9 - Receita de contraprestações das operadoras de planos de saúde, segundo a modalidade							
Modalidade (R\$ MM)	2001	2002 (%)	2003 (%)	2004 (%)	2005 (%)	2006 (%)	2007 (%)
Total	22.121	25.702 16%	28.475 11%	32.212 13%	37.116 15%	41.942 13%	51.009 22%
Operadoras médico-hospitalares	21.777	25.302 16%	28.006 11%	31.621 13%	36.377 15%	41.070 13%	49.958 22%
Autogestão*	448	495 11%	566 14%	690 22%	806 17%	931 15%	5.697 512%
Cooperativa médica	8.248	9.237 12%	10.606 15%	12.164 15%	13.989 15%	16.390 17%	18.131 11%
Filantropia	1.100	1.290 17%	852 -34%	858 1%	1.065 24%	1.174 10%	1.889 61%
Medicina de grupo	6.582	8.068 23%	9.281 15%	10.387 12%	12.604 21%	13.825 10%	15.633 13%
Seguradora espec. em saúde	5.398	6.213 15%	6.701 8%	7.523 12%	7.912 5%	8.750 11%	8.608 -2%
Operadoras excl. odontológicas	344	400 16%	469 17%	591 26%	739 25%	871 18%	1.051 21%
Cooperativa odontológica	128	147 15%	154 5%	212 38%	247 17%	249 1%	308 24%
Odontologia de grupo	217	253 17%	315 25%	380 20%	492 30%	622 26%	743 19%

* a partir de 2007 as autogestões passaram a informar seus dados econômicos a ANS

Fonte: Diops – 18/08/2008 e FIP – 12/2006

As receitas oriundas do setor perfizeram um total de R\$ 50 bilhões, com concentração nos mercados médico-hospitalares, que obtiveram 97,9% de participação (Tabela 10), devido ao mercado ainda incipiente dos planos odontológicos, que, apesar disso, apresentaram um crescimento de 163,0% em 5 anos de operação, ou seja, uma taxa média de crescimento de 21,3% ao ano.

Tabela 10 - Receita de contraprestações de serviço		
Modalidade da operadora (R\$ MM)	2007	%
Total	51.009	100,0%
Operadoras médico-hospitalares	49.958	97,9%
Autogestão*	18.131	36,3%
Cooperativa médica	15.633	31,3%
Filantropia	8.608	17,2%
Medicina de grupo	5.697	11,4%
Seguradora especializada em saúde	1.889	3,8%
Operadoras exclusivamente odontológicas	1.051	2,1%
Cooperativa odontológica	743	70,7%
Odontologia de grupo	308	29,3%

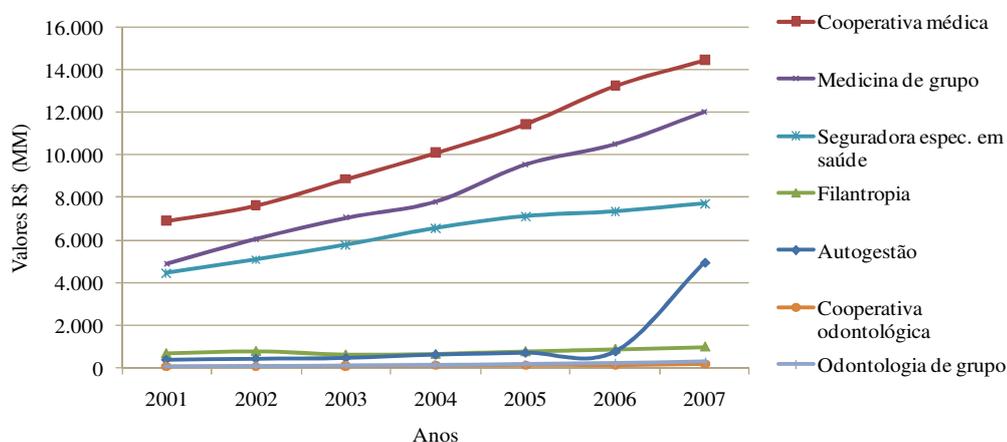
Fonte: Diops – 18/08/2008 e FIP – 12/2006

A Tabela 11 informa as despesas oriundas do segmento de saúde, R\$ 50,3 bilhões. Em análise, encontra-se resultado pouco satisfatório para o setor de serviços, apenas 1,2% entre receitas e despesas. Na mesma tabela, pode-se observar o elevado custeio das operações, com participação das despesas administrativas em torno de 18,2%, excluindo-se as seguradoras, detentoras de elevada participação de mercado. A concentração, assim, torna-se o primeiro efeito palpável da elevada padronização dos serviços de saúde. Concentração de menor intensidade nos grandes centros, porém mais comumente em outras regiões, menos servidas de competição. Nas regiões com menor concentração populacional, as cooperativas médicas praticamente dominam os mercados locais.

Tabela 11 - Despesa das operadoras de planos de saúde, por tipo, segundo a modalidade				
Modalidade da operadora (R\$)	Total		Despesa assistencial	Despesa administrativa
		%		
Total	50.388		40.674	9.715
Operadoras médico-hospitalares	49.518	98,3%	40.170	9.347
Cooperativa médica	17.376	35,1%	14.447	2.930
Medicina de grupo	14.717	29,7%	12.032	2.685
Seguradora especializada em saúde	8.503	17,2%	7.722	781
Autogestão	6.036	12,2%	4.963	1.072
Filantropia	2.886	5,8%	1.006	1.880
Operadoras exclusivamente odontológicas	871	1,7%	503	367
Cooperativa odontológica	290	33,3%	200	90
Odontologia de grupo	581	66,7%	303	277

Fonte: Diops – 18/08/2008

Gráfico 5 - Despesa assistencial das operadoras de planos de saúde, por modalidade
* a partir de 2007 as autogestões passaram a informar seus dados econômicos à ANS



Fonte: Diops – 18/08/2008 e FIP – 12/2006

A tendência de melhor dimensionamento e controle das informações de saúde, apesar de não contemplar o consumo dos medicamentos, mesmo no ambiente hospitalar, indica para as PBMs que a gestão da informação, aparentemente, propicia alinhamento com as atuais ações do agente regulador, fomentando um nível de informação de consumo ainda não atendido pelo mercado.

2.5. Consolidação do mercado e estratégias

A partir de 2 de abril de 2008, entraram em vigor as regras do novo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O novo rol amplia o padrão mínimo de cobertura dos planos, incluindo novos procedimentos médicos, novas tecnologias e novos profissionais de saúde. As mudanças são válidas para planos contratados após 1º de janeiro de 1999 ou para os planos assinados anteriormente que fizeram a adaptação para a nova lei de regulamentação dos planos de saúde. Com a entrada dos novos procedimentos, o mercado de saúde avança no sentido constitucional do atendimento pleno da saúde, e acena com o aumento de custos operacionais, já que a nova modalidade de cobertura inserida na regulamentação prevista pela ANS não enseja um ganho adicional na remuneração dos operadores do mercado de saúde.

As estratégias existentes nesse mercado regulamentado, e constantemente visto como concentrado, são variadas, e constantemente reativas às medidas do agente regulador. Tendências de classificar as ações da ANS como precursoras das ações das operadoras, as quais vivem em verdadeira simbiose, são deduções facilmente construídas. Exemplo da relação conflituosa da ANS com as operadoras é a da medida constante na RDC Nº 62, de 20/03/2001, em que o operador, caso tenha um beneficiário com atendimento nas dependências do SUS, deverá realizar o ressarcimento financeiro ao SUS pelo atendimento realizado. Tais situações potencializam a polêmica por permitir o entendimento de dupla remuneração do SUS, seja no recebimento pelo SUS dos pagamentos das

operadoras, seja pelo recebimento através da arrecadação de impostos. Procedimentos como esses até então eram vistos como áreas de escape, onde, quando do momento da complexidade de um procedimento, o beneficiário da operadora era enviado ao SUS para que o procedimento fosse realizado no aparato público e não nas instalações da operadora. Neste ponto as operadoras poderiam rentabilizar seus contratos através de simples transferência dos casos de sinistro para o sistema público. Aparentemente, ao proceder de tal modo, a operadora poderia rentabilizar seus contratos ao manter em sua estrutura o menor custo e dividindo o de maior valor com o estado. O cenário é complexo e não está completamente definido pela agência reguladora. Tal complexidade é confirmada pelo fato de que até Janeiro de 2009 a TUNEP (Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos), que estabelece os valores para fins de ressarcimento dos atendimentos prestados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, por instituições públicas ou privadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS, não vigorava. Modelos optativos, como existentes no Chile, no qual o usuário possui alternativas entre o público e o privado, poderia amenizar embates como esse.

Além das adequações necessárias à perenidade dos negócios e diante do aumento do custeio, também as fusões e aquisições estão presentes como estratégias de manutenção dos resultados das empresas que operam no mercado de saúde. As exigências de lastro para a operação dos seguros de saúde, e de muitas das operadoras existentes anteriormente não possuidoras de saúde financeira que a capacitassem a apresentar os índices econômicos exigidos, levaram a ANS a novas medidas de qualificação. A ANS passou a se ocupar, por exemplo, da liberação da autorização de funcionamento, avaliando os seguintes tópicos:

- acompanhamento da liquidez;
- acompanhamento das provisões regulamentadas;
- plano de contas;
- regulamentação das provisões necessárias;
- melhoria da distribuição da liquidez do mercado;
- racionalização da composição do capital das OPS;

- estímulos a capitalização;
- diminuição da assimetria de informações;

As principais consequências da insolvência das operadoras seriam:

- risco sistêmico (impacto nos hospitais e laboratórios);
- sobrecarga do sistema público (literalmente, o SUS não possui capacidade de absorção da população atendida pelo sistema suplementar);
- falta de cobertura do beneficiário, permanecendo sem atendimento; e
- risco de concentração.

A partir de 2001, várias operadoras apresentaram fragilidades em seus indicadores econômico-financeiros. Na fase inicial, a estratégia das demais operadoras foi a de aguardar a distribuição da carteira de clientes realizada pela ANS. Não existia motivação para aquisições de empresas insolventes, pois estava prevista a intervenção por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar, justamente amparada pela obrigatoriedade de avaliar a capacidade das operadoras de manterem as coberturas contratadas. Com o objetivo de prover a manutenção da assistência aos beneficiários, contratos foram transferidos e foi iniciada a primeira fase de um processo lento de concentração.

Foram observados os seguintes fenômenos, decorrentes da operação da nova agência:

- Processos de intervenção nas operadoras insolventes;
- A ação de intervenção da ANS na operadora encontra-se no Art. 24, que considera:

sempre que detectadas, nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei, insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso

(Medida Provisória n.º 2.177- 44, de 24 de agosto de 2001);

- redistribuição da carteira de clientes, como forma de garantir o acesso às coberturas contratadas, justamente amparada na alienação prevista no artigo 24. Muitos beneficiários do sistema de saúde suplementar viram-se repentinamente transferidos para uma nova operadora por determinação da ANS.

Também como forma de administrar os níveis de sinistralidade, agora tendo os reajustes conduzidos pela própria ANS, foi observado um crescimento significativo de planos coletivos por adesão.

Coube a essa estratégia um dos pontos mais ruidosos de ação da ANS. Pouca ou quase nenhuma ação efetiva foi realizada no sentido de estruturar os chamados '*falsos coletivos*'. Apesar de prever a possibilidade do equilíbrio de forças entre prestador e contratante, para que seja realizada uma negociação justa de reajustes com base na sinistralidade, a modalidade de planos coletivos intermediados por entidades de classes, sem poder decisório ou representativo, não apresenta tal equilíbrio e tem sido uma constante nos planos ditos '*empresariais*'. As motivações são advindas da forma de negociação para revisão dos custos de manutenção da assistência. Os '*falsos coletivos*' são praticamente ignorados pela Agência, influenciando inclusive as análises setoriais que apontam a concentração de vidas no segmento coletivo.

Verticalização

Visto como estratégia em parte da rede de medicina de grupo, a aquisição de hospitais criação de centros médicos próprios, traça um tendência fortemente alavancada pela necessidade de controle dos crescentes custos de operação da saúde. Se as novas tecnologias soam bem vindas como formas de melhorar a expectativa de vida dos beneficiários e aumentar a sobrevivência em situações mais complexas no contexto médico, o custo diretamente associado à aplicação dessas novas tecnologias incrementa os prestadores dessa classe de serviços para uma crescente pressão por transferência de custos e, portanto, pressão nos

preços praticados. Mesmo assim, essa estratégia carece de comprovação de eficácia, pois, em várias indústrias, com motivações similares, tais ações não têm surtido o efeito desejado.

Protocolos operacionais

Sendo a verticalização, a busca de um maior controle sobre a pressão dos custos, um fenômeno que acompanha a tendência, é a aplicação de protocolos operacionais e terapêuticos. O controle sobre o processo médico, desde a avaliação da coerência de um pedido de exame até a avaliação se um determinado processo se faz realmente necessário, gerou muita controvérsia da classe médica ao discutir a interferência das operadoras na decisão médica de como conduzir a assistência ao paciente. Novamente, a tensão está posta pela necessidade de controlar custos e viabilizar o sistema.

Fusões, Aquisições e Abertura de Capital

Durante determinado tempo, as empresas com problemas estruturais foram redistribuídas entre os agentes com saúde econômico-financeira sólida. Essa fase terminou com um mercado pouco mais concentrado, porém ainda fora de uma dimensão entendida como ótima, do ponto de vista da maximização do capital investido. A partir de 2002, vários movimentos foram constatados no mercado de saúde suplementar, entre eles: a compra pela Amil da Amico Saúde (2002), e a aquisição da carteira de clientes pessoas físicas saúde da Porto Seguro (2006), a abertura de capital na Bovespa da Medial Saúde (2006), a compra da Blue Life e da Medcard (2007) pela Amil, e a aquisição da Amesp (2007) e do Grupo Saúde (Pernambuco) pela Medial.

2.6. Tendências

Do ponto de vista da regulamentação, as tendências prevaletentes para as operadoras estão relacionadas ao cuidado com a gestão financeira e com a

carteira de clientes. O fator crítico está estabelecido no entendimento das dimensões necessárias e do comportamento de consumo das estruturas de saúde, sendo a gestão da informação a variável mais relevante para o setor de saúde.

Dimensionamento, comportamento do usuário no consumo da estrutura de saúde, a identificação dos processos crônicos e complexos e a metodologia curativa, puramente assistencial, promovida até antes da Lei 9656/98, não possuem mais espaço operacional disponível, sendo que os custos ligados à saúde estão se aproximando de um potencial teto elevado.

As mudanças do parâmetro quantitativo para o qualitativo e a integração do sistema de saúde como um todo comporão a rastreabilidade e a capacidade na definição de perfis de risco que possibilitem a antecipação dos eventos e conseqüentemente sua prevenção efetiva, conforme proposto pela regulamentação. Essa capacidade de 'rastreabilidade' não minimizará uma outra abordagem constante sobre a segregação e a rotulação de usuários 'mais' propensos a esses ou outros problemas. Realizar os processos preventivos requer conhecimento prévio, com a tratativa ética indispensável, para que a ação não ultrapasse os limites do relacionamento do médico assistente.

Desse modo, o aumento dos Programas de Promoção/Prevenção de Saúde serão ferramentas indispensáveis, tais como GMDC (Gerenciamento Médico de Doenças Crônicas), centrado principalmente em patologias como a doença cardiovascular, diabetes, asma/DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), depressão e obesidade.

Além da monitoração dos pacientes crônicos, o uso e racionalização na incorporação tecnológica se apresentam como uma forte tendência, em uma tentativa de promover o uso das estruturas de saúde com base nos conceitos de utilidade. Um fator que eleva a pressão sobre o uso das tecnologias está no lado do beneficiário mais bem informado, também com acesso a tecnologias de informação, como a internet, e que inflaciona o mercado, buscando novas opiniões em mais consultas e serviços, e pressionando pelo uso das novas tecnologias ao questionar os gestores sobre o porquê da não-disponibilidade de

serviços inovadores. A própria ANS estabeleceu a próxima fase da regulamentação, iniciada com a implantação do programa de qualificação da saúde suplementar, como apresentado a seguir.

Qualidade da atenção à saúde: avalia a qualidade da atenção, isto é, das ações e promoção, prevenção e assistência à saúde, prestadas aos beneficiários de planos privados de saúde, buscando identificar o impacto dessas ações na saúde dos mesmos.

Qualidade econômico-financeira: avalia a situação econômico-financeira da empresa e sua capacidade de custear o conjunto das ações e serviços de saúde necessários para uma atenção integral e contínua que contribua com a melhoria da saúde de seus beneficiários, conforme os contratos assumidos.

Qualidade de Estrutura e Operação: avalia a capacidade das operadoras de manterem ou aumentarem o número de beneficiários vinculados a seus planos, adequados às exigências da Lei nº 9.656/98, de oferecerem uma rede assistencial suficiente e estável e de cumprirem suas obrigações técnicas e cadastrais junto à ANS.

Satisfação dos Beneficiários: avalia se os consumidores de planos privados de saúde têm suas necessidades e expectativas atendidas pelas operadoras, nas ações e serviços de saúde prestados, conforme estabelecido pela legislação e pelas cláusulas contratuais.

Torna-se explícita a intenção da ANS de manter a evolução do mercado e expandir os conceitos de qualidade que serão aplicados, com enfoque na capacidade de expandir os conceitos de atenção à saúde, principalmente nas melhorias da prevenção. Tais ações, apesar de possuírem pesos distintos para cada item, na avaliação total da operadora, representam uma real possibilidade de redução dos volumes de reservas técnicas obrigatórias previstas pela ANS.

A regulação estabelecida pela ANS sobre as medidas de educação e prevenção, os benefícios propriamente ditos, além dos evidenciados por ações que melhorem a qualidade de vida dos usuários estão previstos na RN 94/05, que propõe a troca

da prorrogação dos prazos para a integralização da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco pela adoção de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças pelas operadoras de planos de saúde. Além dessa possibilidade, a Instrução Normativa 10/05 estabelece os critérios para a avaliação dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, propostos pelas operadoras de planos de saúde para a obtenção do benefício descrito na RN 94/05. Dessa maneira, a ANS busca incentivar a adoção de medidas que beneficiem os usuários, mas que também sejam alavancadores das operadoras.

2.7. Desenvolvimento das ações de gestão

A Saúde Suplementar está diretamente inserida no contexto assistencial brasileiro, com a cobertura de 40 milhões de vidas, oferecendo e disseminando práticas gerenciais, avaliadas pelo agente regulador, mas com o compromisso da maximização dos resultados. Se, na década de 30, as caixas assistenciais construíram o modelo operacional de saúde no Brasil, justamente cobrindo uma lacuna grave da falta de assistências e recursos que permitissem um atendimento minimamente adequado à população trabalhadora, hoje as operadoras de saúde são parte integrante e fundamental para a manutenção do sistema, mesmo com suas imperfeições.

O modelo proposto no Brasil, de forte pressão social, garantias de atendimento e direitos à saúde, não pode conviver sem os atores do mercado suplementar, herdeiros dos marcos primários das caixas assistenciais, por serem efetivamente providos pelos agentes econômicos mais ativos da sociedade brasileira. Não se trata de objeto de estudo o SUS, porém a convivência de um modelo híbrido, suplementar ao SUS, somente fortalece as deficiências presentes nos serviços disponibilizados à população. São 190 milhões de habitantes para serem atendidos na estrutura de saúde. Se 30% da população buscar o atendimento,

seja ambulatorial ou hospitalar, mensalmente, ter-se-á uma massa de 57 milhões de pessoas diante de uma estrutura insuficiente.

Os 40 milhões de brasileiros que são suportados pelo modelo suplementar, mesmo com as deficiências e as concentrações aqui já discutidas, não só desafogam o sistema público, mas também indicam tendências e quais os investimentos necessários para um suporte minimamente adequado à gestão e preservação do estado de saúde.

A regulamentação se faz necessária na ótica da preservação dos poderes negociais, na coibição dos abusos do poder concentrado e nas garantias dos investimentos feitos, sejam coletivos ou individuais. A regulamentação do setor de saúde ainda carece de grande desenvolvimento e estruturação, de investimentos do poder público na expansão dos demais direitos decorrentes do previsto na constituição, tais como a garantia ao acesso terapêutico.

No estudo de ferramentas de acesso a terapias prescritas pelo agente assistente, básica para o controle, manutenção, alívio ou cura, é que encontra-se ainda um hiato assistencial. Essa é uma questão ignorada pelo agente regulador, que, no modelo SUS realiza a dispensação da terapia prescrita, e no modelo suplementar ignora a importância do medicamento como parte integrante da gestão da saúde, principalmente para aqueles que são potencializadores de custos, como os usuários crônicos.

Do outro lado, aparentemente, o agente regulado já entendeu que não existirá alternativa que não seja a de adequar-se aos modelos previstos em lei. Mesmo com esta constatação, o agente regulado manterá sua busca por resultados satisfatórios, entendendo que, na condição de parceiro da área de interesse público, pois assim é visto o mercado de saúde, tem seu papel bem estabelecido.

A contínua busca por modelos adequados de regulamentação tende a ser o cerne da próxima década, principalmente em uma população crescente como a brasileira e potencialmente mais velha. Nesse cenário, de população envelhecida, coberta por estruturas privadas de saúde, é que os medicamentos tomarão um papel de destaque, pois serão indispensáveis, como citado, para a manutenção terapêutica. Ou serão desenvolvidas formas dessas terapias serem subsidiadas

pelos gestores privados, assim como ocorre no ambiente hospitalar, ou a população, caso não possua rendimento suficiente para a manutenção de seus tratamentos, pressionará o sistema público na busca desses insumos, os quais voltarão como custeio para o sistema público de saúde.

Tendências de controle e incentivos, como os previstos nas estratégias preventivas, podem surtir efeitos a serem avaliados futuramente, no tocante à manutenção terapêutica dos usuários vinculados à saúde suplementar.

3. CAPACIDADE DA INDÚSTRIA DE PBM (*PHARMACY BENEFIT MANAGEMENT*)

3.1. Breve visão histórica

O final da década de 90 marcou o início de uma nova indústria no mercado brasileiro. Impulsionados pela perspectiva de uma regulação mais ampla no mercado de saúde suplementar, no qual os medicamentos poderiam passar a receber atenção especial dos planos de saúde, principalmente em questões de co-pagamento, e com forte influência das regulamentações existentes no mercado americano, as PBMs (Pharmacy Benefit Management) brasileiras iniciaram suas operações. Ocuparam, assim, os espaços com um discurso de inovação potencialmente enriquecido pela crença de que as operações de saúde não seriam possíveis sem a presença dos medicamentos, como fator de tratamento necessário na composição do aparato de saúde, no universo ambulatorial.

Contando com uma população coberta pela saúde suplementar de 40 milhões de brasileiros, o mercado parecia bastante expressivo para a implantação de um modelo de gestão do benefício *medicamentos*, associando conceitos de acesso, gestão e custeio.

Na estruturação do mercado de PBMs, as iniciativas constatadas abrangiam três desafios principais para os investidores que se interessaram por este mercado:

- a adesão das redes de farmácias, compondo uma rede credenciada com abrangência necessária para suportar a capilaridade brasileira;
- a indústria farmacêutica, indicando a potencialidade de se repetir os conceitos de reembolsos observados no mercado norte-americano,

motivados pela melhor exposição de seus portfólios, e conseqüentemente em aumentos de participação de mercado e, finalmente;

- os gestores de vidas, ou planos de saúde, mais especificamente, como agentes financiadores do consumo dos medicamentos prescritos para seus usuários/clientes.

O mapeamento das informações e a proposta de se ter um maior nível de informações da população coberta criaria uma capacitação até então não experimentada pela gestão de saúde brasileira. Os atores desse cenário, efetivos com seus graus de impacto particulares, se viram diante de um novo ator no segmento de saúde, que se propunha a acompanhar as informações de consumo, influenciar na gestão, principalmente junto a usuários consumidores de produtos com indicações de patologias crônicas e, com isso, permitir uma migração mais efetiva para ações de GMDC (Gerenciamento Médico de Doenças Crônicas).

Se as motivações para a participação nas propostas apresentadas pelas PBMs brasileiras eram distintas: aumento do fluxo de usuários nas drogarias das redes credenciadas, aumento da participação de mercado dos produtos componentes dos formulários apresentados pelas PBMs e aumento da qualidade da informação sobre os usuários e capacitação de gestão, para os planos de saúde, o desafio foi apenas um, principalmente para as PBMs: o desenvolvimento de um patrocinador, capacitado suficientemente para desenvolver estratégias que motivassem a população assistida a aderir aos novos programas de medicamentos. Esse desafio representava custo.

As iniciativas associadas à questão do acesso a medicamentos representam um desafio de saúde pública, principalmente pelo potencial impacto que a não-adesão aos tratamentos prescritos pode representar. Se, por um lado, a regulamentação do setor de saúde caminhava para uma visão mais preventiva e de estímulo à atenção à saúde, e não apenas a ações atuariais e garantias de margens, por outro, os medicamentos continuaram em papel secundário na questão da saúde, sendo coberto apenas no ambiente hospitalar.

No entanto, sem uma regulamentação que gerasse a obrigatoriedade da cobertura dos medicamentos ambulatoriais pelos planos de saúde, a busca pelo

patrocinador não apresentou resultados positivos, pois os gestores dos planos de saúde não se sentiam motivados a pagar a conta, por um lado, pela falta de estudos abrangentes o suficiente que provassem que o patrocínio desta nova conta, medicamentos, pudesse realmente gerar economias e, por outro, pela a forte transitoriedade dos usuários dos planos.

3.2. Investimentos em saúde

Os investimentos públicos em saúde somaram em 2008 o total de R\$ 7,06 bilhões, sendo R\$ 5,6 bilhões da União e R\$ 2,0 bilhões dos Estados e Municípios (MS, 2008). Esses investimentos podem ser divididos em três frentes: Assistência Farmacêutica Básica, Medicamentos Estratégicos e Medicamentos Excepcionais. O mercado farmacêutico brasileiro em 2008 foi de R\$ 25,1 bilhões (IMS/MAT, 2008), totalizando um mercado farmacêutico projetado de R\$ 32,1 bilhões (ANVISA/IMS, 2008).

Dentro desses investimentos, de acordo com o Ministério da Saúde, as despesas foram divididas da seguinte forma (Tabela 12):

Tabela 12 - Investimentos Públicos em Programas de Saúde	
Programa	Valores
Programas de Assistência Básica	R\$ 900 milhões
programa de Medicamentos Estratégicos (doenças negligenciadas +DST/AIDS)	R\$ 1.200 milhões
Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional	R\$ 2.300 milhões
Hemoderivados	R\$ 300 milhões
Imunobiológicos	R\$ 900 milhões

**Fonte: Ministério da Saúde (Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Ministério da Saúde, Novembro/2008)**

A totalidade desses valores classifica o Brasil como o 9º país no mercado mundial de medicamentos. Mesmo com uma classificação relevante, as questões básicas

de acesso ao medicamento ainda não estão completamente sanadas. Como não existem programas específicos para medicamentos na saúde suplementar, principalmente na atenção básica, pode-se considerar que tais valores são também ‘consumidos’ pelos usuários do sistema suplementar, não apenas usuários do SUS. Existem iniciativas, porém particulares, de empresas que oferecem o benefício ‘medicamento’ para seus funcionários. Diante desse cenário, de desenvolvimento de uma nova cultura, surgiram basicamente três iniciativas de PBMs brasileiras: as empresas PrevSaúde, E-pharma e Vidalink (Tabela 13). Essas empresas iniciaram por caminhos distintos, porém com o objetivo inicialmente único de desenvolver ferramentas de gestão para o mercado da saúde suplementar.

Tabela 13 - Fundação das Principais PBMs Brasileiras	
Empresa	Ano de Fundação
E-Pharma	1.999
PrevSaúde	1.997
Vidalink	1.999

Fonte: E-Pharma, PrevSaúde, Vidalink

3.3. Operações PBM

Apesar dos caminhos distintos de investimentos, objetivando a atuação em um novo mercado, as empresas apresentaram como ponto de atuação o gerenciamento das informações oriundas do consumo de medicamentos e a aplicação das políticas de acesso estabelecidas pelas empresas contratantes. A PrevSaúde iniciou as operações apostando em grande volume de vidas, a partir da associação do oferecimento de descontos em redes de farmácias com baixo investimento na informatização das redes credenciadas e com desenvolvimento próprio dos softwares de gestão. A E-pharma, a partir da associação de várias

redes de farmácias, criou o modelo próprio de convênios, iniciando a operação com uma rede credenciada bem abrangente. A Vidalink iniciou operação a partir de adequações de softwares já utilizados no mercado norte-americano de PBMs, objetivando elevados investimentos em tecnologia.

As distintas fases de iniciação estão balanceadas no mesmo modelo de operação, porém com inícios distintos, e desafios semelhantes. Os principais desafios apresentados às PBMs foram direcionados à confirmação dos modelos de gestão que produzissem os resultados esperados pelas operadoras de saúde. A busca pelos patrocinadores apresentou-se como principal desafio para os gestores das PBMs.

O gerenciamento do consumo de medicamentos gera alto nível de informação, potencializa um melhor entendimento do perfil da população acompanhada e permite o desenvolvimento de ações direcionadas às reais necessidades do público definido como alvo.

Para que o gerenciamento seja possível, existe a necessidade do direcionamento do consumo para os pontos de captação e, principalmente, para a capacidade do cliente/paciente de adquirir os medicamentos prescritos. Sendo a responsabilidade dos planos de saúde limitada à assistência médica, ficando fora das coberturas dos seguros os produtos prescritos, a adesão a tratamentos apresentava-se como desafio a ser vencido. Para que esse modelo de gestão fosse viável, se fazia necessária a participação do gestor de saúde em programas de benefícios de medicamentos, patrocinando o consumo, pois oferecer apenas descontos na compra de medicamentos não apresentava grande motivação aos usuários para a utilização do sistema.

Nesse sentido, mesmo partindo de uma premissa simples, de que um tratamento corretamente seguido pelos pacientes minimizaria a potencialidade de agravamento do estado de saúde, os gestores de saúde não visualizavam vantagens reais em subsidiar tratamentos ambulatoriais. Por não se tratar de matéria obrigatória, praticamente nenhum plano de saúde oferecia o co-pagamento dos medicamentos, comprometendo bastante a utilização do sistema

e, portanto, inviabilizando a captação das informações de consumo para os programas de gerenciamento.

3.4. Capacidade de escala

Por se tratar de um mercado inovador, a simples análise de 40 milhões de vidas presentes no mercado da Saúde Suplementar apresentava-se como alavanca para a implantação de um modelo de controle efetivo da assistência farmacêutica, sendo um potencial elo para o gerenciamento das carteiras de saúde. Se a própria informação do uso das estruturas de saúde, como os números de consultas e internações, oferecia uma informação muitas vezes incompleta, a análise do perfil de consumo de medicamentos da população assistida era inexistente. Se prescrições eram aviadadas, nem os médicos prescritores, nem as operadoras tinham ciência se o paciente havia aderido adequadamente ao tratamento.

A proposta de conectividade proporcionou uma mudança na forma de atuar no mercado de saúde, pois as poucas iniciativas existentes estavam mais associadas a convênios de descontos do que a gestão de informação. As iniciativas existentes no mercado se restringiam a permitir que os usuários utilizassem uma rede parceira, em que, a partir da apresentação dos cartões de identificação, obteriam descontos na compra dos medicamentos prescritos, sem controle, sem informação, apenas uma como ação comercial. As iniciativas das operadoras se dividiam, basicamente, em três tipos (Tabela 14):

Tabela 14 – Iniciativas em Programas de Medicamentos	
Tipo	Descrição
Rede de descontos	Parceria com rede, normalmente local, para a oferta de descontos em listas de medicamentos
Rede própria	Criação de rede de farmácias que ofereceriam medicamentos para os usuários dos planos em condições comerciais vantajosas
Contratação de PBM	Oferta do benefício medicamentos através de operadora terceirizada, com oferta de descontos através de rede credenciada

Fonte: Vidalink do Brasil S/A (2008)

As redes de descontos se caracterizaram como iniciativas frequentes, ainda encontradas no mercado em 2008. As iniciativas de promover assistência farmacêutica a partir de descontos em redes credenciadas não equivalem a uma ação real de assistência farmacêutica no sentido das propostas operacionais de uma PBM, que, além das metas de custeio, desenvolveria uma revisão epidemiológica a partir das tendências indicadas nos perfis de consumo.

Um dos exemplos de rede própria, com a opção de rede de descontos para os usuários, foi a iniciativa da AMIL assistência médica, com a criação da Farmalife, rede de farmácias presente na região sudeste, com o objetivo de atender, principalmente, os usuários da própria AMIL. A rede apresenta uma lista de medicamentos com descontos de 35 a 50% para o benefício farmacêutico.

Em 2008, a rede Farmalife foi vendida para a rede de Drogarias Drogasmil, com sede no Rio de Janeiro, por valor não revelado, porém, o acordo de condições especiais de compras para os possuidores do cartão dos planos de saúde administrados pela AMIL foi mantido.

AS UNIMEDs, cooperativas médicas, também representaram forte atuação com as redes próprias, porém com venda exclusiva para os associados UNIMED. AS USIMEDs, como foram chamadas, estão presentes em um grande número de regiões e a farmácia apresenta boas condições de vendas, normalmente, praticando os preços de fábrica para os usuários USIMED, o que representa

descontos de 25 a 30%. O Bradesco Saúde também é um exemplo de empresa que optou pela rede de descontos como estratégia de benefício farmacêutico. Não existem cobranças adicionais aos usuários pelos benefícios, porém os descontos encontrados seguem as políticas de descontos já praticados pelas redes conveniadas, como algumas listas de descontos mínimos. Os produtos comercializados nas listas oferecem descontos entre 15 e 30%.

Por ser o varejo farmacêutico área de grande concorrência, em algumas capitais os descontos praticados pelas redes de farmácias acabam sendo bastante elevados, fazendo com que os percentuais praticados pelas redes de descontos não sejam diferenciais competitivos.

Em pesquisa feita na grande São Paulo, entre Janeiro e Dezembro de 2008, os descontos praticados foram de 17,9%, sem a interferência das condições comerciais dos formulários administrados (Vidalink do Brasil, Vendas Processadas, Canal varejo). Tais percentuais tornam o nível de adesão a programas de descontos muito reduzidos, com baixo nível de captação de informação e diferencial para as empresas que optam por esse modelo de 'benefício farmacêutico'.

Na expectativa de um maior poder de negociação, devido à capacidade de orientação de grandes massas, as PBMs apostaram em ganhos de escala para poder negociar uma melhor condição comercial nesse mercado, seja na formação dos formulários administrados junto às grandes indústrias farmacêuticas, seja na negociação direta com as grandes redes de farmácias.

Entre 2001 e 2004, esse modelo foi fortemente trabalhado pelas PBMs, ora negociando valores de rebates junto à indústria farmacêutica, ora pressionando as redes de farmácias, devido ao poderio dos milhões de vidas administradas. O fato a ser considerado é que, em três anos de operação, no período anteriormente citado, pouco impacto foi gerado pelas PBMs na movimentação do varejo farmacêutico, pois as vendas monitoradas pelas indústrias farmacêuticas participantes não expressavam esse fenômeno e foi acompanhado por uma redução do número de indústrias farmacêuticas participantes das listas padronizadas pelas PBMs.

Apesar de considerar um volume expressivo de clientes, em números não oficiais, tais empresas chegaram a, juntas, somar mais de 18 milhões de usuários, ou seja, 45% do mercado considerado potencial. Na saúde suplementar, a grande maioria dos contratos estava sob o 'produto' rede de descontos. Com uma utilização em torno de 2 a 5% da população (VIDALINK DO BRASIL, 2008), muitos dos quais usuários contumazes das próprias redes credenciadas, o esperado 'expressivo' aumento de vendas, tanto para a indústria farmacêutica quanto para o próprio varejo, não ocorreu.

O fato das vendas não acompanharem as projeções, realizadas com base no total de usuários potenciais para compras de medicamentos, ocorreu, pois não havia divulgação dos benefícios oferecidos pelos planos de saúde e, quando os descontos eram divulgados, pouca ou nenhuma diferença existia dos descontos já conquistados pelos usuários das farmácias disponíveis. Mesmo com uma grande população consumidora, coberta por planos de saúde e usuárias de serviços médicos, não sobreveio uma real motivação para o uso dos programas.

Além das medicinas de grupo, UNIMEDs e seguradoras, outro grande segmento objetivado pelas PBMs era formado pelas empresas de autogestão. Com considerável interesse pelas suas próprias populações, principalmente pela natureza completamente distinta da relação vida-administrador, essas empresas se caracterizavam como um mercado muito mais sensível ao discurso de gestão apresentado pelas PBMs. Nesse grupo seletivo, encontra-se um pagador com extrema atenção aos cálculos de sinistralidade e com conhecimento muito próximo dos anseios e competências destacados pelas PBMs, representando, portanto, um potencial para o modelo do benefício da assistência farmacêutica proposto, modelo bem próximo da realidade encontrada em muitas dessas empresas.

Nas empresas de auto-gestão, o conceito do impacto do medicamento na administração da saúde já era considerado um produto relevante na relação empresa-benefício. Muitas fundações já administravam, cada uma de sua maneira, a operação do benefício medicamento, desde modelos de reembolso até a administração direta de convênios farmacêuticos, propiciando ações como subsídios e descontos em folha.

No entanto, a grande maioria estava concentrada no aspecto financeiro da operação. O encontro de empresas subsidiando de 35 a 90% das despesas com medicamentos dos funcionários e dependentes é incomum, porém, quando questionados, não possuíam conhecimento pleno se o produto dispensado era realmente o medicamento prescrito (entrevistas pessoais conduzidas com administradores de empresas com subsídios).

É comum encontrar empresas em que a retenção da receita fazia parte da política de acesso ao benefício. Esse aspecto traz discussões sobre a legalidade dessa prática, sendo superada com facilidade quando da imposição de uma regra em que, para que a parcela do co-pagamento fosse paga, a receita deveria ser apresentada.

Mesmo com a prática da retenção de receita, a discussão e a análise da informação a respeito do que está sendo prescrito, assim como a avaliação histórica do consumo e as particularidades sobre uso racional com interação medicamentosa não são consideradas. Na maioria das vezes, analisam-se, exclusivamente, se o que foi prescrito é um medicamento e se o mesmo se encontra nas 'normas' vigentes para o recebimento do subsídio. Novamente, encontram-se, nesse mercado, iniciativas de motivação exclusiva das empresas, sem regulação, sem limites ou coerências, algumas delas fazendo parte de acordos coletivos, outras optando pela simples manutenção de práticas internacionais, no caso de multinacionais atuando no país.

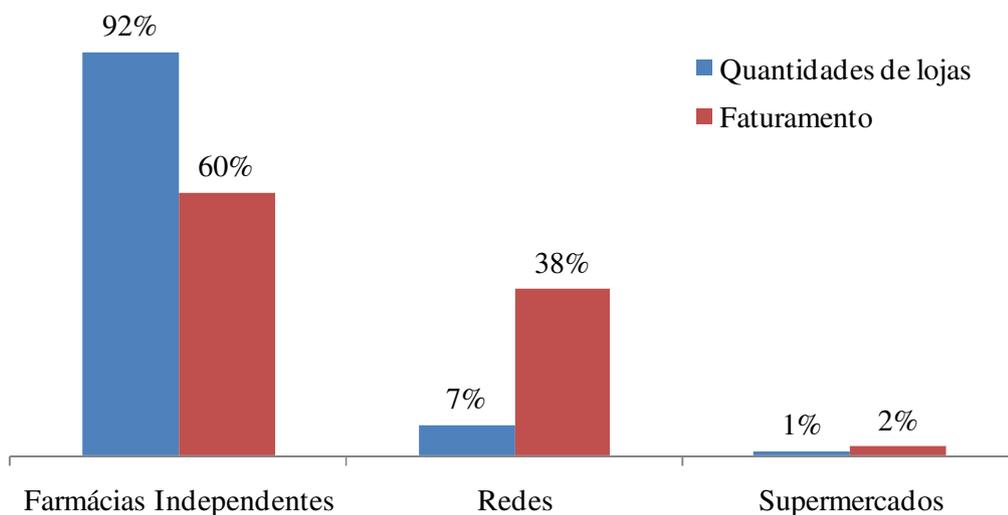
3.5. Estrutura do varejo farmacêutico brasileiro

De acordo com a OMS (Organização Mundial de Saúde), a densidade da assistência farmacêutica deveria manter a relação de uma unidade assistencial, farmácia/drogaria, para cada 8.500 habitantes. Desse modo, necessitar-se-ia de 22.200 farmácias para todo o país. Os dados disponíveis no setor registram entre

55.000 e 60.000 farmácias existentes, ou seja, 2,5 mais unidades do que, teoricamente, o necessário.

Entre as maiores redes de drogarias do país, que possuem mais de 200 lojas, estão: Droga Raia, Drogasil, Pânico, Drogarias Pacheco, Droga São Paulo e Farmácias Pague Menos. A Abrafarma (Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias), que reúne as principais redes do país, incluindo as acima citadas, agrega 1.914 lojas, aproximadamente, 3,5% do total de lojas existentes no país. Porém, juntas, comercializam R\$ 7,7 bilhões, o que representa 30,6% do mercado de medicamentos (ABRAFARMA, 2008).

Gráfico 6 - Proporção em quantidade/faturamento por tipo de farmácia



Fonte: IMS Health (2007)

As PBMs intensificaram a aproximação com o varejo farmacêutico, operando nas grandes redes de farmácias, e também com lojas independentes. O desenvolvimento do setor foi proporcional à capacidade das PBMs de movimentar as massas de usuários sob os contratos administrados, tanto os contratos quanto os planos de saúde, como os contratos corporativos e de auto-gestões.

Ao fim de 2004, a expansão das PBMs junto aos planos de saúde e à indústria farmacêutica já apresentava os primeiros sinais de desgaste, com baixa adesão aos modelos de redes de desconto e sobreposição de usuários, pois muitos dos

novos clientes 'levados' ao varejo já apresentavam comportamento de compra conhecido, fazendo com que as vendas geradas pelas PBMs não representassem aumento expressivo nas vendas do canal varejo, nem aumento expressivo nas vendas intermediadas para a indústria farmacêutica.

Diante desse cenário, e na ausência de uma regulamentação que efetivamente criasse um novo agente pagador, um ponto de mudança apresentou-se ao setor: deixar de abordar os planos de saúde e migrar diretamente para a abordagem das empresas que possuíssem políticas de subsídios, além de atuar na administração de convênios de desconto em folha de pagamentos. O principal ponto a ser analisado é que, ao mudar as estratégias setoriais para as contas corporativas, as PBMs passaram a operar em um mercado desenvolvido pelo próprio varejo farmacêutico, pois, muitas das redes de farmácias possuíam seus próprios sistemas de controles de convênios.

Se, por um lado, a concorrência era explícita, contra o varejo do convênio tradicional, por outro, anunciando um nível maior de sofisticação, as PBMs abordaram o mercado pagador com ações de diferenciação. Elas se apresentavam como o real operador de um sistema de gestão da informação. Este era o principal papel desenhado para que as empresas, ora contratantes de convênios de farmácia, passassem a oferecer aos seus funcionários o benefício através de uma rede maior de lojas, administrada pelas PBMs.

O fator seguinte que impactou as estratégias de expansão foi a dimensão dos clientes abordados. O Brasil não comporta um mercado de grandes empresas que poderia ser comparado ao mercado norte-americano. Se, antes, as discussões eram baseadas nos grandes planos de saúde, com milhões de vidas, agora passaram a avaliar milhares, quando muito, de usuários, ou beneficiários, por contrato. O ganho de escala deixou de ser o fator de crescimento e passou à agregação de valor para a operação dos novos convênios. O principal desafio para as PBMs era diferenciarem-se dos convênios farmácias, e atuarem junto a um novo comprador, os departamentos de Recursos Humanos das empresas, muitos deles ainda distantes dos discursos de farmacoeconomia e ganhos de gestão, pois, em larga escala, eram apenas contratadores dos serviços dos

planos de saúde, e administradores dos índices de sinistralidade de suas carteiras de funcionários.

O tempo a ser dedicado para um novo agente no setor de benefícios seria reduzido. As PBMs estavam diante de um novo desafio: desenvolver uma nova visão de gestão diretamente nas empresas e posicionar-se adequadamente frente ao varejo, como um canal adicional de vendas e não um concorrente direto com os convênios e com a indústria farmacêutica; e provar que seu modelo corporativo de expansão dos números totais de vidas seria capaz de movimentar o mercado como prometido e desejado pelo setor (VIDALINK DO BRASIL, 2008).

3.6. Impacto do controle de preços

O controle de preços no Brasil apresentou várias fases no decorrer dos anos, caracterizadas como: de controle, liberação e controle informal (LISBOA, 2001). Mais recentemente, em Junho de 2003, com a criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), composta pelos representantes dos Ministérios da Saúde, Justiça, Fazenda, do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior e Casa Civil, iniciou-se o estabelecimento dos critérios de definição, ajuste e regulação do mercado e preços de medicamentos. Com margens pré-definidas e condições comerciais diferenciadas em detrimento do porte e volume transacionados, as margens operadas pelos diferentes segmentos do varejo farmacêutico se intensificaram. Além dos controles de preços, a aplicação de novas políticas tributárias, como a mudança dos cálculos de preços de acordo com a incidência do ICMS e a aplicação das contribuições para os Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PIS/Pasep e a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – Cofins, movimentou o mercado farmacêutico, passando a vigorar uma lista de preços controlados, porém diferentes para o mesmo produto em várias regiões do país, de acordo com as alíquotas do ICMS.

Tabela 15 - Tabela de cálculo de preços de medicamentos			
ICMS	Lista Positiva	Lista Negativa	Lista Neutra
19%	0,7234	0,7523	0,7071
18%	0,7234	0,7519	0,7073
17%	0,7234	0,7516	0,7075
12%	0,7234	0,7499	0,7084

Fonte: Resolução CMED nº 4, de 29 de Julho de 2003

Outro impacto crescente no mercado farmacêutico brasileiro é a ampliação dos estados adeptos das políticas de substituição tributária. Este processo é liderado, por exemplo, por São Paulo, onde, a partir da aplicação das regras da Substituição Tributária (Tabela 16), o preço final dos medicamentos é alterado pelo recolhimento antecipado dos tributos relacionados ao ICMS. Isso ocorre porque, a partir da determinação do IVA-ST (Índice de Valor Adicionado Setorial), as políticas de descontos comerciais potencialmente praticadas pelo varejo farmacêutico deverão ser relacionadas a tais valores e não ao recolhimento a partir dos valores reais de vendas, calculados antecipadamente, independentemente das políticas comerciais adotadas pelo varejo.

Assim, as questões ligadas ao preço dos medicamentos ainda vivem momentos de revisão contínua, além do protesto das entidades do setor sobre a forte carga tributária incidente sobre os medicamentos. Entre os fatores que mais interferem na política de acesso, do ponto de vista de preços, são:

- aumento de preço anual (publicado pela CMED);
- registro de novos produtos (avaliação da concentração de mercado na classe terapêutica de registro e nível de inovação);
- base de análise com o IPCA e fatores associados a ganhos de produtividade setoriais;
- os limites dos aumentos de preço são maiores nas classes que têm o maior número de genéricos disponíveis.

Tabela 16 - Base de cálculo para substituição Tributária			
Produto sujeito a ST	Operações	IVA-ST	Fundamento
- Medicamentos a que se refere o art. 313-A do RICMS/SP	Saídas de mercadorias que constam na lista positiva da incidência do PIS/PASEP e COFINS	38,24%	Portaria CAT nº 20/2008
	Saídas de mercadorias que constam na lista negativa da incidência do PIS/PASEP e COFINS	33,00%	
	Saídas de mercadorias que constam na lista neutra da incidência do PIS/PASEP e COFINS	41,38%	

Fonte: Fiscosoft (2008)

Nós últimos anos, os reajustes de preços praticados foram:

Tabela 17 - Aumento de Preço de Medicamentos									
	mar/06			mar/07			mar/08		
	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 1	Nível 2	Nível 3
Concentração									
IPCA ⁽¹⁾	5,50%	5,50%	5,50%	3,00%	3,00%	3,00%	4,60%	4,60%	4,60%
Reajuste	5,50%	4,60%	3,60%	3,00%	2,00%	1,00%	4,60%	3,60%	2,50%

Fonte: CMED (1) Corresponde ao IPCA acumulado no período de 12 meses findo em Fevereiro do ano do respectivo reajuste

Portanto, analisar o impacto do setor de PBM, que busca um pagador, significa extrapolar as atenções também para a disposição real existente em um mercado de preços regulados e, aparentemente, com pouca disposição para reduzir a carga tributária.

Por oferecer sistemas integrados nas lojas credenciadas, e por oferecer, em tese, capacidade de negociação com a indústria farmacêutica, as PBMs se tornaram uma fonte interessante de negociação no mercado de preços regulados. Sem a intenção de propor mudanças em uma política de preços, a única relação oferecida pelas PBMs no quesito preços seria a de movimentar grandes grupos de compradores, subsidiados, e oferecê-los às indústrias, construindo, assim,

mecanismos de descontos integrados, pois a discussão da regulação dos preços não apareceria como uma demanda para as PBMs.

3.7. Preços e farmácia popular: iniciativas para um 'novo' pagador

Em 9 de Março de 2006, o Ministério da Saúde publicou a portaria número 491, que estabeleceu a expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil, que criou um novo mecanismo de acesso aos usuários para dois tipos de medicamentos, para hipertensão e para diabetes, com percentuais estabelecidos de co-pagamento, conforme se observa na Tabela 18.

Tabela 18 - Produtos da Fase Inicial do Programa Farmácia Popular				
Princípio Ativo e Concentração	Uf	VR da uf	% do VR para o MS	Valor a debito do MS
Captopril 25mg	Comp	0,4173	90%	0,3756
Maleato de Enalapril 10mg	Comp	0,5616	90%	0,5054
Cloridrato de Propranolol 40mg	Comp	0,1184	90%	0,1066
Atenolol 25mg	Comp	0,2647	90%	0,2382
Hidroclorotiazida 25mg	Comp	0,1656	90%	0,1490
Glibenclamida 5mg	Comp	0,1854	90%	0,1669
Cloridrato de metformina 500mg	Comp	0,1744	90%	0,1570
Cloridrato de metformina 850mg	Comp	0,2809	90%	0,2528
Insulina Humana NPH 100UI/ml	100UI	3,4310	90%	3,0879

Fonte: Portaria número 491 de 9 de Março de 2006

A iniciativa marca um novo modelo de operação para o varejo farmacêutico, que estabelece um valor considerado pelo governo como 'adequado' para alguns produtos. Além de ser considerada uma porta de acesso, onde, para cada produto, o usuário pagaria apenas 10% do preço do produto, o sistema posicionou-se como uma opção para a aquisição dos produtos componentes da cesta básica de medicamentos dispensada pelo Sistema Único de Saúde.

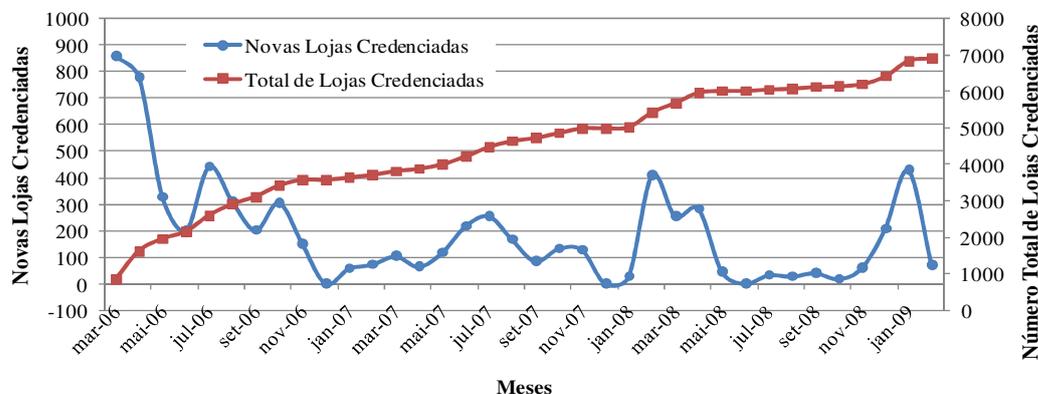
Em 13 de Junho de 2007, uma nova portaria, de nº 1.414, incluiu novos produtos, agora na classe dos anticoncepcionais (Tabela 19).

Tabela 19 - Produtos da Fase Inicial do Programa Farmácia Popular				
Princípio Ativo e Concentração	Uf	VR da uf	% do VR para o MS	Valor a debito do MS
Enantato de noretisterona 50mg; valerato de estradiol 5mg	Ampola	11,3100	90%	10,1790
Noretisterona 0,35mg	Cartela	4,9600	90%	4,4640
Etinilestradiol 0,03mg; levonorgestrel 0,15 mg	Cartela	4,1900	90%	3,7710
Acetato de medroxiprogesterono 150 mg/ml	Ampola	12,3600	90%	11,1240

Fonte: Portaria número 1414, de 13 de Março de 2007

Apesar de serem produtos mais antigos, a venda desses produtos na rede credenciada ao Ministério da Saúde, através do DATASUS, expandiu-se rapidamente. Em fevereiro de 2009, o número total de lojas da rede privada credenciadas ao Programa Farmácia Popular era de 6.919 lojas.

Gráfico 7 - Evolução das lojas Credenciadas ao Programa Farmácia Popular (2006 - 2009)



Fonte: Diário Oficial da União

A evolução do número de lojas credenciadas no programa Farmácia Popular favoreceu o mercado de PBMs. Elas passaram a oferecer, através de seus sistemas de administração de benefícios, a conexão direta com os sistemas de elegibilidade disponibilizados pelo DATASUS. Tal 'favorecimento' se construiu pelo aumento da disposição das farmácias e drogarias em fazerem a integração

com os sistemas das PBMs, movimento, antes, possível somente após forte negociação.

Além do treinamento dos atendentes no uso dos sistemas de elegibilidade das PBMs – pois, com a utilização freqüente apresentada pelo programa, já que todo o brasileiro é ‘elegível’ ao Programa Farmácia Popular – o uso dos sistemas deixou de ser uma operação esporádica para ser uma operação corriqueira dentro do ambiente das farmácias.

Por se tratar de um programa de adesão, e não de uma licitação, qualquer farmácia que atendesse às exigências sanitárias da portaria estaria habilitada a participar do programa, assim como todo produto, a base dos princípios ativos listados, seria coberto pelo programa Farmácia Popular.

Visto inicialmente com desconfiança pelo varejo farmacêutico, pois o crédito estava sendo dado ao governo federal – afinal, o pagamento de 90% do medicamento seria pago em até 60 dias pelo FUNASA (Fundo Nacional de Saúde) – o sistema não despertou grande interesse do pequeno varejista, tanto que, em Março de 2006, apenas grandes redes, inicialmente contatadas pelo Ministério da Saúde, apoiaram o programa.

Com a operação atual, de acordo com a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, em Setembro de 2008, 1,42 milhões de atendimentos foram realizados na rede credenciada e R\$ 32 milhões/mês foram pagos pelos medicamentos dispensados no programa Farmácia Popular (GUIMARÃES, 2008). Essas despesas, decorrentes das portarias que criaram o programa, correm por conta do orçamento do Ministério da Saúde, onerando os seguintes Programas de Trabalho: 10.303.1293.7660.0001 – Implantação de Farmácias Populares; e 10.303.1293.8415.0001 – Manutenção e Funcionamento das Farmácias Populares.

A formalização dos convênios é realizada pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, com as transferências dos recursos de manutenção dos programas, realizadas junto ao Fundo Nacional de Saúde.

As PBMs atuam (Fevereiro de 2009 - Autor) no mercado credenciado ao programa, pois as lojas precisaram se adequar tecnicamente às exigências estabelecidas, neste contexto as PBMs operam como centralizadores, atividade criada pelo Ministério da Saúde para empresas que realizam a intermediação das vendas no Programa Farmácia Popular. Paralelamente ao crescimento da rede credenciada, por tratar-se do mesmo sistema utilizado para o atendimento das vendas corporativas, a rede credenciada das PBMs aumentou no mesmo ritmo. Existe, por parte das empresas que subsidiam os medicamentos para seus funcionários, o interesse na união dos benefícios, ou seja, além dos subsídios pagos pelas empresas, também utilizar os benefícios concedidos pelo Ministério da Saúde através do programa Farmácia Popular.

No entendimento das empresas, se existe um patrocinador 'universal', como o Governo, tais benefícios deveriam também ser repassados aos usuários dos programas corporativos. Por conter basicamente produtos antigos, a participação de mercado desses princípios ativos, dentre os consumidos pelos usuários corporativos, não apresenta participação expressiva. Em estudo realizado pela empresa Vidalink do Brasil (2008), os princípios ativos constantes no programa Farmácia Popular representaram apenas 0,47% do total das vendas de medicamentos, o que representa um baixo impacto, em termos de economia para as empresas, caso fosse realizada uma junção dos benefícios, do Farmácia Popular e dos patrocinados pelas empresas privadas.

4. SERVIÇOS PBM

4.1. Considerações iniciais acerca dos serviços de PBM

A partir de 2004, com o aprimoramento das PBMs e uma melhor compreensão das dimensões do mercado de saúde e da abordagem das políticas de gestão da assistência farmacêutica, as empresas de PBM iniciaram um processo de qualificação dos produtos a serem ofertados ao mercado de saúde. Já não se encontrava o apelo das movimentações de milhões de usuários buscando as lojas credenciadas e nutrindo os sistemas de informações com macro-tendências. O que se via eram focos segmentados de análise de movimentações de consumo em empresas já culturalmente absorvidas pelas políticas de assistência farmacêutica.

Se o posicionamento se deu no mercado corporativo, um melhor entendimento das peculiaridades das empresas se fazia necessária, ou seja, um aprendizado mais complexo devido à falta de uma regulamentação, e, portanto, de padrões, para o estabelecimento de políticas de saúde baseadas no benefício farmacêutico.

Se a consciência do valor do medicamento ainda estava presente, em vários modelos a base de informação tratava-a como estudo financeiro. Os modelos de assistência farmacêutica se davam em, basicamente, três grandes grupos:

- **rede de descontos:** convênios que apenas apontavam redes onde os descontos oferecidos a grupos de usuários seriam maiores que a média praticada pela loja;

- **desconto em folha de pagamentos:** crédito para compras nas farmácias, por meio de desconto no holerite (por se tratar de processo exclusivamente financeiro, as regras existentes permitiam apenas a compra de medicamentos. Algumas vezes, essa compra era comprometida, pois produtos de perfumaria poderiam ser vendidos facilmente sem serem registrados em nenhum momento) e, por fim;
- **subsídio de medicamentos:** contribuição oferecida pela empresa na compra de medicamentos. Devido à complexidade e falta de tecnologia adequada, o processo normalmente utilizado era a retenção da receita pela loja, com posterior envio para a empresa, ou o processo de reembolso. Os percentuais são os mais variados, indo de 15% a 100% de subsídio, com base em critérios próprios estabelecidos pela empresa.

Os moldes encontrados nos mercados, sem uma regulamentação específica, como mencionado anteriormente, refletem um elevado grau de variedade de iniciativas que buscam no benefício da assistência farmacêutica uma forma de suprir a dificuldade de acesso aos medicamentos prescritos pelos médicos e dentistas assistentes.

Avaliar a capacidade de acesso aos medicamentos, como parte de uma política de acesso universal, não deveria, inicialmente, constar da agenda das empresas e sim, o provimento das informações que viabilizassem tal acesso, de modo que as empresas atuassem como um agente facilitador.

A presença das PBMs junto ao segmento corporativo promoveu uma nova abordagem para a gestão da assistência farmacêutica. Apesar dos conhecidos convênios-farmácia não serem uma novidade para os departamentos de Recursos Humanos, a forma e a proposta apresentadas pela PBMs enfrentaram grande resistência. Apresentado, como padrão, um convênio oferecido normalmente pelas redes das próprias farmácias, sem custo e sem grande complexidade, o valor atribuído pelas PBMs aos seus serviços era considerado um custo adicional para o qual as empresas não estavam preparadas, e a abordagem de gestão, com potenciais análises de consumo, se mostrou uma operação totalmente inovadora.

4.1. Serviços PBM: características

Diante do cenário apresentado anteriormente, as PBMs realizaram grande esforço de formatação ao mercado brasileiro. Os esforços encontrados nas várias frentes, dirigidos pelas empresas que compunham o setor, permitiram que uma nova consciência se formasse junto aos potenciais compradores dos serviços PBM. Este seria efetivamente este novo prestador de serviços que começava a frequentar as áreas de recursos humanos e o que as propostas apresentadas realmente significavam. Diante do aprendizado dos anos anteriores, as PBMs definitivamente não mais apostavam nas redes de descontos como fonte de recursos para seus negócios. As principais características da mudança para uma abordagem junto ao setor foram:

- **rede de descontos** – concorrência direta das redes e baixa adesão: as negociações com a indústria farmacêutica não tinham apresentado a movimentação de participação de mercado esperada, nem pelas PBMs nem pelas indústrias, fazendo com que os rebates pagos fossem pouco estimulantes para a mudança no comportamento de compras das vidas cobertas pelo benefício, pois os repasses realizados causavam baixo impacto nos descontos oferecidos aos usuários. A alta competitividade encontrada no varejo farmacêutico fez com que as práticas de descontos agressivos, encontrados diretamente pelos consumidores, não estimulasse o uso dos cartões de descontos pelos usuários. Esse quadro não significava ganho real para os usuários, que eram estimulados, pelas próprias lojas que compunham a rede credenciada, a não usar os cartões de desconto. Dessa forma, a adesão dos usuários não superava 2% das vidas potencialmente consumidoras, prejudicando diretamente a coleta de informação destinada ao mapeamento das populações;
- **folha de pagamentos:** a crença de que, para a sustentação do modelo PBM como operador no mercado americano, o setor necessitava de um

agente pagador, impulsionou as empresas de PBMs para o desenvolvimento de sistemas que interagissem com os sistemas de folhas de pagamentos das empresas, possibilitando a operação financeira tradicionalmente conhecida pelo segmento corporativo, porém com uma gama superior de ferramentas que até então o varejo farmacêutico não oferecia ao mercado consumidor. Se, no modelo americano, um agente pagador tem como característica, literalmente, ser um pagador, naquele modelo, as apostas se concentraram na oferta de prazos aos funcionários das empresas para as compras de medicamentos. Com esse novo conceito, a operação das PBMs apresentou bons resultados na expansão dos negócios, porém, ganhando um novo concorrente: as próprias farmácias que pertenciam à rede credenciada;

- **empresas subsidiadoras:** reconhecidamente, o principal mercado a ser conquistado, as empresas com políticas de subsídios, interessou-se fortemente pelas ofertas apresentadas pelas PBMs, que automatizavam os processos, colhiam informações e eram, normalmente, sub-atendidas pelas redes de farmácias, as quais não possuíam sistemas que pudessem atender as mais variadas demandas dos desenhos dos planos de benefício de assistência farmacêutica. Apesar de ser um mercado significativamente menor que o inicialmente desenhado pelas PBMs, a abordagem dessas empresas significou um novo marco para as PBMs, provendo, não apenas os sistemas inicialmente desenvolvidos, mas criando novas divisões de projetos, principalmente devido à grande demanda de inovações e adequações nos sistemas desenvolvidos para atender as peculiaridades das empresas subsidiadoras. Iniciava-se, assim, a era da flexibilização das PBMs.

A diferenciação pela flexibilização das ferramentas, adequando-se às mais variadas demandas existentes no mercado de PBMs, caracterizou esse período. Como o mercado das empresas que subsidiavam já se encontrava estabelecido, um *modus operandi*, particular, já estava implantado. As características existentes apoiavam-se em bases bastante similares, tais como: subsídios lineares (independentemente da indicação e da patologia tratada, a participação dos

patrocinadores era similar: 30, 50, 70% de subsídio), pois muitas empresas praticavam políticas de retenção de receitas, uma forma de garantir que existia a prescrição; e inexistência de um banco de dados histórico, inviabilizando análises retroativas.

Muitas das mantenedoras do benefício eram fundações ou as próprias empresas, tais como: Fundação IBM, Fundação CESP, Fundação Antonio e Helena Zerrenner, Fundação Copel, Fundação Sanepar e Associação Beneficente dos Empregados em Telecomunicações, Comgás. Todas elas com alguma iniciativa nas políticas de subsídios de medicamentos e com regras específicas para que tais benefícios em assistência farmacêutica fossem liberados.

As PBMs compilaram tais estruturas, formando a cada momento um produto mais robusto devido à exigência do cumprimento das particularidades de cada contrato. Tais demandas passariam por simples sistemas de controle até a aplicação de regras mais complexas, construindo a evolução da aplicabilidade de conceitos de acesso, tais como:

- limitadores físicos: especificação da quantidade máxima de caixas (unidades) a serem compradas para cada produto;
- limitadores por princípio ativo: máximo, independentemente do produto (marca, similar ou genérico), da quantidade de caixas de um mesmo princípio ativo compradas;
- limitadores por princípio ativo e forma farmacêutica: máximo, independentemente do produto (marca, similar ou genérico), por forma farmacêutica (comprimidos, suspensão), da quantidade de caixas de um mesmo princípio ativo compradas;
- limitadores por posologia: captação da posologia prescrita e cálculo da quantidade necessária a ser dispensada de acordo com a política de assistência farmacêutica estabelecida pela empresa;
- associação dos limites físicos mais os de posologia: apontamento de tetos de consumo para um uso racional dos medicamentos prescritos.

A complexidade das demandas evoluiu e adaptações foram realizadas, porém ainda existia um baixo nível de modernização das políticas estabelecidas pelas áreas de recursos humanos. O movimento que se observou foi o de adequação das PBMs às diretrizes estabelecidas pelas empresas.

4.3. PBMS entendidas como projetos

Com a sofisticação das demandas, a cada novo contato estabelecido entre as PBMs e os clientes, com concentração em operações de folha de pagamentos e subsídios, as implantações (processo de detalhamento das demandas, entendimento de regras e projeção de desenvolvimento de tecnologia) tornaram-se projetos específicos de revisão de políticas de benefícios. Apesar de constar nas aspirações de algumas empresas, as demandas pelas ações de monitoramento ainda se encontravam, em grande maioria, em processos embrionários.

Os estímulos a ações preventivas se restringiam a usuários dos planos de saúde que apresentavam maior nível de sinistralidade, mantendo a tradição de um viés financeiro, principalmente com os contratos de reajustes indexados justamente pela sinistralidade alcançada. Portanto, iniciativas de ajuste nos 'causadores' da elevação desses índices eram bem mais aceitas do que outras ações de caráter preditivo, principalmente, devido à alta tangibilidade do primeiro.

Uma relação de sinistralidade aceitável, e limite, é da ordem de até 75%, ou seja, os custos representarem até 75% da receita adquirida, do ponto de vista do gestor do plano/seguro de saúde. Esta medida permite ao plano de saúde custear suas despesas administrativas, comerciais e ter uma margem de lucro que viabilize o negócio de saúde. O problema de algumas empresas é que a sinistralidade atinge níveis muito elevados, chegando a patamares de 85%, 90% e até mesmo sinistralidades acima de 100%. Nestes casos, as margens previstas

para os planos de saúde estão comprometidas, e conseqüentemente, levarão a reajustes dos prêmios pagos pela empresa, representando efetivamente aumentos no custeio de saúde desta população. Quando este ponto é atingido, a operadora está pagando para manter uma carteira de saúde e não tem como custear suas operações administrativas e outros custos.

Independentemente das motivações da sinistralidade, a solução para evitar-se um reajuste de preços está baseada em dois motivos: um sinistro muito elevado (custos em saúde elevados) ou prêmio baixo (receita abaixo do necessário). Entender de forma antecipada o perfil de uma população passou a fazer parte dos esforços das PBMs, ou seja, deixaram de atuar apenas como uma processadora do benefício. A especialização das operações aumentou os requisitos e, evoluindo de acordo com as características de cada cliente, permitiu que as intervenções de acesso e estruturações das políticas reconstruíssem um entendimento. Assim, torna-se palpável o papel das PBMs no mercado de saúde. Estudar o perfil de acordo com os vários perfis existentes permitiu que as PBMs iniciassem estudos que construíssem respostas mais específicas para a problemática do financiamento da saúde.

Medici (2001) destaca que os gastos com saúde tendem a crescer mais do que os índices de preços e que, a partir de um momento, o aumento de gastos não traz aumento da expectativa de vida da população, tornando necessário estabelecer medidas de racionalização dos gastos com saúde. Essa relação de eficiência é constantemente vista com a proposta de protocolos e o estabelecimento de padrões de consumo, seja de procedimentos, seja da própria assistência. No entanto, as medidas de controle e fiscalização seriam extremamente custosas e a resistência dos profissionais na adesão a tais práticas tem se mostrado deficitárias (DEL NERO, 2002).

4.4. Captação de informações: um modelo a ser desenvolvido

Nos processos de tomada de decisão e planejamento, um dos fundamentos a serem observados é a avaliação das informações disponíveis para a construção

de cenários, e, com base nessas informações, traçar as possibilidades existentes ao problema apresentado.

No varejo farmacêutico, trabalhou-se, durante anos, com a utilização dos convênios farmácia, em que, do ponto de vista da farmácia, o objetivo era impulsionar as vendas, criando os convênios e ser a financiadora dos prazos para que as empresas descontassem das folhas de pagamento as compras de seus funcionários.

Do ponto de vista das empresas, o convênio farmácia era mais um benefício a ser oferecido, e, normalmente, sem custo para a empresa. O advento das PBMs apresentou, como principal ponto de mudança, a transferência da gestão do ponto exclusivamente financeiro para a gestão da informação. A avaliação financeira do benefício deixou de ter lugar de destaque para que a informação de consumo se apresentasse como a nova tendência do já conhecido convênio. Não apenas o quanto foi gasto, mas o com o que foi gasto o investimento na linha de saúde/medicamento passou a ser a prioridade.

4.5. O desafio da captação da informação

O estudo da informação de consumo passou pelo estabelecimento de sistemas que, necessariamente, deveriam representar o que foi consumido pelos favorecidos pelo benefício farmácia. Para tanto, foram desenvolvidas bases de dados capazes de permitir a análise com o melhor nível de acuracidade possível. A utilização de padrões aceitos no universo farmacêutico se fez necessária para que a leitura das análises permitisse o ajustamento das linhas de tendências procuradas. Nos padrões assumidos, e presentes neste trabalho, destacam-se duas formas de codificação: o código EAN e a codificação terapêutica assumida pela Organização Mundial de Saúde.

O Código EAN possui duas estruturas de codificação: as versões EAN-13 (Tabela 20) e EAN-8, que são utilizadas para identificar produtos e bens de consumo, com 13 ou 8 dígitos de identificação. O código EAN-13 identifica: o país de origem do produto, a empresa e o produto por ela produzido. O último dígito serve para o controle da composição total do código e é obtido através de cálculo algoritmo. No caso do EAN-8, utilizado para embalagens sem espaço suficiente para codificação de barras, é dispensada a identificação da empresa.

Tabela 20 - Codificação EAN 13			
País	Empresa	Produto	D.C.
789	12345	6789	5
3 dígitos concedidos pela EAN (789 =Brasil)	6,5 ou 4 dígitos concedidos pela EAN BRASIL	elaborados pela empresa para identificar cada item	dígito de controle (cálculo algoritmo)

Fonte: EAN Brasil (2008)

Com a utilização do código EAN, tornou-se possível a captação das informações dos produtos adquiridos em todo o varejo farmacêutico, pois todas as farmácias que realizaram *input* no sistema de informação tiveram que adotar esse mecanismo, tornando uniforme a captação de dados que possibilitassem uma leitura única do universo de medicamentos comercializados.

A outra maneira de captação das informações foi possibilitada pelo código ATC (*Anatomic, therapeutic, Chemical Classification*). No sistema de classificação ATC da WHO (*World Health Organization*), as drogas (princípios ativos) são classificadas em diferentes grupos, de acordo com o órgão em que atuam e seu componente químico, farmacêutico e propriedades terapêuticas. As drogas são classificadas em cinco diferentes níveis, possibilitando um melhor detalhamento das indicações básicas para as quais os produtos foram prescritos. Ao se utilizar a codificação ATC, o que se buscava era o alinhamento de linhas de tendência a serem confirmadas em um segundo momento de interação com o usuário do benefício, pois o simples fato da aquisição de um determinado produto não basta

para a indicação de que um determinado usuário seja portador de uma patologia específica.

A construção dos bancos de dados ainda continha várias informações sobre o comportamento de consumo que possibilitaram às PBMs um maior alinhamento com as análises dos perfis de consumo e, em um segundo momento, ao confronto de informações sobre outras informações existentes na própria empresa ou no plano de saúde que atende a população contemplada pelo benefício da assistência farmacêutica.

4.6. Objeto de pesquisa: gestão de informações

Del Nero (2002) caracteriza o mercado de serviços de saúde disponíveis no Brasil como um mosaico distorcido por uma série de razões: desencontro entre demandas, regiões e serviços oferecidos, uso excessivo de tecnologia no tratamento de eventos previsíveis, uso excessivo e 'liberal' de medicamentos, e competição entre o setor privado e o público por exames lucrativos e cirurgias eletivas.

Ocké-Reis (2005) estabelece ainda a sensibilidade do mercado de saúde às oscilações da economia, às imperfeições das taxas de juros e à incorporação de tecnologias sensíveis ao câmbio. Diante desse cenário, o estabelecimento de novos paradigmas de saúde é forçosamente confrontado com o dever do estado na obrigação de suprir um sistema universal de acesso à saúde e com a dificuldade encontrada, com frequência, na monetarização da saúde, considerada um bem maior, algo que, para ser atingida ou preservada, não existe custo.

O fato é que os custos em saúde são constantemente reportados como crescentes. E seus impactos podem ser dimensionados, principalmente na avaliação de ações que possam estabelecer novas políticas de saúde que

contemplem uma população crescente e potencialmente envelhecida. De acordo com o IBGE, os avanços da medicina e as melhorias nas condições gerais de vida da população melhoram a expectativa de vida do brasileiro. Se em 1940 a expectativa era de 45,5 anos, em 2008, a expectativa de vida ao nascer era de 72,7 anos de vida. Projeta-se para 2050 81,2 anos de vida. Tais condições aumentam significativamente a parcela idosa da população, associando a baixa da taxa de fecundidade para patamares de 1,76 filhos por mulher em 2010 (IBGE, 2009), contra 4,06 em 1980.

Essas tendências comporão um novo cenário de manutenção da saúde, com evolução dos custos e a necessidade de ações preventivas e medidas de políticas públicas e regulamentares que qualifiquem o mercado de saúde com a competência de antecipar-se aos processos de custeio e intervenção que tendam a garantir uma melhor assistência à população assistida.

O presente estudo tem como finalidade avaliar a *performance* de acesso de grupos de usuários aos tratamentos prescritos pelos médicos assistentes em vários perfis de co-pagamento. Busca-se, para tanto, conhecer o perfil de consumo e a influência dos subsídios sobre este comportamento. Ao avaliarem-se as compras realizadas pelos usuários estratificam-se os dados que objetivam auxiliar em uma análise de tomada de decisão da potencial interferência de modelos de subsídio a uma melhor adesão ao tratamento. No processo de pesquisa se buscou analisar o impacto do subsídio de medicamentos para uma população, seu custo médio, o desenho do que poderia se aproximar de um plano ideal, ou possível, para um plano de assistência farmacêutica que caracterize melhoria de qualidade de vida aos beneficiários. São questões constantemente apresentadas e avaliadas em ângulos distintos.

5. GESTÃO DA INFORMAÇÃO NO CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Durante o ano de 2008, foram acompanhados 42.145 usuários de três empresas situadas nos estados de São Paulo e Paraná. De acordo com a Resolução Normativa ANS nº 63/2003, que define o padrão da distribuição etária, foi feita a distribuição dos usuários das três empresas. Os 42.145 usuários representavam a totalidade dos usuários para os quais o benefício da assistência farmacêutica fora disponibilizado, cabendo a eles a utilização dentro do modo normal de operação desse tipo de benefício, não sendo executado nenhum estímulo ao uso do benefício devido à pesquisa. A distribuição etária das empresas apresentava o seguinte quadro:

Tabela 21 - Distribuição etária da população assistida								
Faixa Etária	Empresa A		Empresa B		Empresa C		Total	
1ª faixa - zero a 18 anos	3.398	11,1%	2.327	32,8%	773	17,3%	6.498	15,4%
2ª faixa - 19 a 23 anos	1.922	6,3%	557	7,9%	356	8,0%	2.835	6,7%
3ª faixa - 24 a 28 anos	2.259	7,4%	766	10,8%	443	9,9%	3.468	8,2%
4ª faixa - 29 a 33 anos	2.410	7,9%	1.003	14,1%	401	9,0%	3.814	9,0%
5ª faixa - 34 a 38 anos	2.126	7,0%	912	12,9%	307	6,9%	3.345	7,9%
6ª faixa - 39 a 43 anos	2.469	8,1%	678	9,6%	235	5,3%	3.382	8,0%
7ª faixa - 44 a 48 anos	3.457	11,3%	435	6,1%	208	4,7%	4.100	9,7%
8ª faixa - 49 a 53 anos	3.932	12,9%	267	3,8%	280	6,3%	4.479	10,6%
9ª faixa - 54 a 58 anos	3.504	11,5%	98	1,4%	360	8,1%	3.962	9,4%
10ª faixa - 59 anos ou mais	5.108	16,7%	46	0,6%	1.108	24,8%	6.262	14,9%
Total	30.585	100,0%	7.089	100,0%	4.471	100,0%	42.145	100,0%

Fonte: autor

Para cada uma das empresas foi avaliado o nível de utilização do benefício por toda a população, no decorrer do ano de 2008, como demonstram as Tabelas 22, 23 e 24.

Tabela 22 - Nível de utilização do benefício - Empresa A				
Faixa Etária	Vidas que utilizaram o benefício	%	Vidas cadastradas	Nível de utilização
1ª faixa - zero a 18 anos	1.177	8,7%	3.398	34,6%
2ª faixa - 19 a 23 anos	520	3,8%	1.922	27,1%
3ª faixa - 24 a 28 anos	456	3,4%	2.259	20,2%
4ª faixa - 29 a 33 anos	676	5,0%	2.410	28,0%
5ª faixa - 34 a 38 anos	855	6,3%	2.126	40,2%
6ª faixa - 39 a 43 anos	1.111	8,2%	2.469	45,0%
7ª faixa - 44 a 48 anos	1.761	13,0%	3.457	50,9%
8ª faixa - 49 a 53 anos	2.007	14,8%	3.932	51,0%
9ª faixa - 54 a 58 anos	1.865	13,7%	3.504	53,2%
10ª faixa - 59 anos ou mais	2.267	16,7%	5.108	44,4%
Total geral	13.584	100,0%	30.585	44,4%

Fonte: autor

Tabela 23 - Nível de utilização do benefício - Empresa B				
Faixa Etária	Vidas que utilizaram o benefício	%	Vidas cadastradas	Nível de utilização
1ª faixa - zero a 18 anos	1.780	29,8%	2.327	76,5%
2ª faixa - 19 a 23 anos	456	7,6%	557	81,9%
3ª faixa - 24 a 28 anos	739	12,4%	766	96,5%
4ª faixa - 29 a 33 anos	889	14,9%	1.003	88,6%
5ª faixa - 34 a 38 anos	795	13,3%	912	87,2%
6ª faixa - 39 a 43 anos	599	10,0%	678	88,3%
7ª faixa - 44 a 48 anos	369	6,2%	435	84,8%
8ª faixa - 49 a 53 anos	228	3,8%	267	85,4%
9ª faixa - 54 a 58 anos	87	1,5%	98	88,8%
10ª faixa - 59 anos ou mais	39	0,7%	46	84,8%
Total geral	5.981	100,0%	7.089	84,4%

Fonte: autor

Tabela 24 - Nível de utilização do benefício - Empresa C				
Faixa Etária	Vidas que utilizaram o benefício	%	Vidas cadastradas	Nível de utilização
1ª faixa - zero a 18 anos	491	15,8%	773	63,5%
2ª faixa - 19 a 23 anos	200	6,4%	356	56,2%
3ª faixa - 24 a 28 anos	245	7,9%	443	55,3%
4ª faixa - 29 a 33 anos	298	9,6%	401	74,3%
5ª faixa - 34 a 38 anos	226	7,3%	307	73,6%
6ª faixa - 39 a 43 anos	183	5,9%	235	77,9%
7ª faixa - 44 a 48 anos	187	6,0%	208	89,9%
8ª faixa - 49 a 53 anos	260	8,4%	280	92,9%
9ª faixa - 54 a 58 anos	307	9,9%	360	85,3%
10ª faixa - 59 anos ou mais	705	22,7%	1.108	63,6%
Total geral	3.102	100,0%	4.471	69,4%

Fonte: autor

O nível de utilização do benefício no decorrer de todo o ano de 2008 foi de 44,84% e 69%, respectivamente.

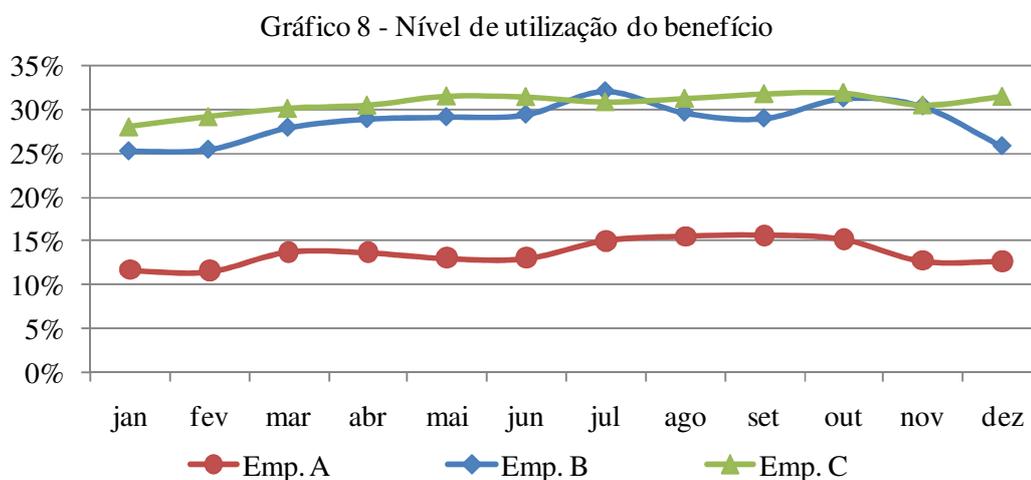
Para que sejam mais eficientes a análise e compreensão das informações disponibilizadas, se faz necessária uma caracterização das políticas de benefício de assistência farmacêutica para cada uma das empresas citadas nesta dissertação.

A qualificação das empresas participantes foi construída pelas diferenças existentes entre as políticas de benefícios e pela busca do entendimento das potenciais diferenças nos resultados das avaliações, baseadas nas diferenças das políticas de acesso utilizadas, as quais poderiam impactar na gestão da informação.

Tabela 25 – Políticas do benefício de assistência farmacêutica				
		Empresa A	Empresa B	Empresa C
Desconto em Folha		Sim	Sim	Sim
Subsídio	%	Genéricos – 50% Marca - 35%	70% linear	60 a 90% por faixa salarial

Fonte: autor

Inicialmente pode-se pressupor de que, com maior nível de subsídio, maior seria o nível de utilização do benefício medicamento. Para todas as empresas o copagamento está presente, não existindo em suas políticas o subsídio integral dos produtos consumidos pelos usuários elegíveis.



Fonte: autor

A análise da variação do nível de utilização do benefício indica quantos usuários, do total de elegíveis, utilizaram o benefício da assistência farmacêutica mensalmente. O nível médio de utilização do benefício de assistência farmacêutica observado foi de 14, 29 e 31%, para as três empresas, em todo o ano de 2008.

O comportamento de compra desses usuários foi analisado com base nos usuários elegíveis ao plano de benefício da assistência farmacêutica, e que efetivamente utilizaram o benefício. Na análise do gasto médio per capita mensal, os valores observados foram de:

Tabela 26 - Gasto Médio Mensal <i>per capita</i>	
Empresa	Valor
Empresa A	R\$ 102,04
Empresa B	R\$ 76,18
Empresa C	R\$ 175,17

Fonte: autor

Os valores apresentados foram calculados com base no preço de venda efetivamente praticado nas lojas credenciadas ao benefício de assistência farmacêutica, portanto já considerados os descontos comerciais existentes. O gasto médio *per capita* significa o quanto os beneficiários, em média, gastaram com medicamentos, conforme demonstrado na Tabela 27.

Tabela 27 - Gasto Médio Mensal <i>per capita</i> Mensal			
Mês	Empresa A	Empresa B	Empresa C
jan	R\$ 90,98	R\$ 72,38	R\$ 164,15
fev	R\$ 90,90	R\$ 68,45	R\$ 158,24
mar	R\$ 107,27	R\$ 71,47	R\$ 168,61
abr	R\$ 101,42	R\$ 73,31	R\$ 168,15
mai	R\$ 104,64	R\$ 75,07	R\$ 170,87
jun	R\$ 107,77	R\$ 71,38	R\$ 173,14
jul	R\$ 104,34	R\$ 77,53	R\$ 188,69
ago	R\$ 104,34	R\$ 81,41	R\$ 179,45
set	R\$ 106,53	R\$ 79,24	R\$ 177,30
out	R\$ 105,38	R\$ 80,69	R\$ 180,76
nov	R\$ 96,83	R\$ 81,20	R\$ 188,93
dez	R\$ 104,11	R\$ 82,04	R\$ 183,76

Fonte: autor

Ao se avaliarem as variações existentes, de acordo com o perfil etário de cada empresa, as oscilações são significativas, conforme apresentado na Tabela 28.

	Empresa A	Empresa B	Empresa C
1ª faixa - zero a 18 anos	R\$ 69,31	R\$ 59,10	R\$ 82,51
2ª faixa - 19 a 23 anos	R\$ 77,82	R\$ 63,03	R\$ 116,67
3ª faixa - 24 a 28 anos	R\$ 88,54	R\$ 64,57	R\$ 113,89
4ª faixa - 29 a 33 anos	R\$ 98,17	R\$ 71,26	R\$ 114,04
5ª faixa - 34 a 38 anos	R\$ 86,72	R\$ 74,39	R\$ 145,02
6ª faixa - 39 a 43 anos	R\$ 91,53	R\$ 88,01	R\$ 125,56
7ª faixa - 44 a 48 anos	R\$ 100,13	R\$ 93,91	R\$ 147,00
8ª faixa - 49 a 53 anos	R\$ 114,36	R\$ 131,22	R\$ 178,67
9ª faixa - 54 a 58 anos	R\$ 120,20	R\$ 133,58	R\$ 205,34
10ª faixa - 59 anos ou mais	R\$ 134,61	R\$ 138,22	R\$ 238,90

Fonte: autor

O impacto, conforme a evolução das faixas etárias, é significativo para os usuários do benefício da assistência farmacêutica, indicando principalmente que o comportamento de compras de medicamentos se altera conforme o nível de subsídio apresentado, sendo, em todos os casos, mais oneroso em populações mais idosas, o que, potencialmente, representa um aumento da participação da conta medicamentos no orçamento familiar.

Outro fator que deve ser analisado é o valor médio dos tickets das compras realizadas na rede credenciada ao programa de benefício de assistência farmacêutica, sendo ticket médio o valor de cada compra realizado, ou seja, o total do cupom fiscal de cada visita a farmácia.

Tabela 29 - Ticket Médio (Toda a população)					
	Empresa A		Empresa B		Empresa C
jan	R\$	65,05	R\$	30,75	R\$ 82,65
fev	R\$	68,97	R\$	28,84	R\$ 80,39
mar	R\$	75,24	R\$	30,84	R\$ 86,30
abr	R\$	71,57	R\$	31,68	R\$ 83,57
mai	R\$	72,41	R\$	29,90	R\$ 88,04
jun	R\$	74,82	R\$	31,04	R\$ 88,62
jul	R\$	73,09	R\$	31,41	R\$ 88,94
ago	R\$	72,57	R\$	32,24	R\$ 93,12
set	R\$	71,43	R\$	30,11	R\$ 90,05
out	R\$	71,31	R\$	35,15	R\$ 89,70
nov	R\$	66,87	R\$	30,77	R\$ 100,10
dez	R\$	70,03	R\$	33,59	R\$ 92,89

Fonte: autor

As variações apresentadas estão dentro de um intervalo de valor que não apresenta grandes variações no decorrer dos meses para uma população corporativa que tem boa adesão ao benefício, no quesito das compras, permitindo a manutenção das informações captadas através dos sistemas de coleta de dados.

O desvio padrão observado para as três empresas, no valor médio (ticket médio) de compras dos medicamentos foi de: empresa A, 4,35%, empresa B, 5,38% e empresa C, 5,89%.

A utilização do benefício na rede credenciada não deve ser entendida, em um primeiro momento, como adesão aos tratamentos prescritos. A diferença de valor médio do ticket de compra entre as empresas pode ser referenciada pelo nível de facilidade de compra existente em cada grupo, devido a políticas de benefícios. Onde existe uma política mais agressiva de subsídios, o valor médio das compras é superior ao das empresas que não oferecem as mesmas políticas de subsídios.

Tabela 30 - Ticket Médio por Faixa Etária			
	Empresa A	Empresa B	Empresa C
1ª faixa - zero a 18 anos	R\$ 56,79	R\$ 43,46	R\$ 58,04
2ª faixa - 19 a 23 anos	R\$ 67,27	R\$ 43,69	R\$ 70,02
3ª faixa - 24 a 28 anos	R\$ 67,72	R\$ 43,62	R\$ 73,23
4ª faixa - 29 a 33 anos	R\$ 76,08	R\$ 47,51	R\$ 74,70
5ª faixa - 34 a 38 anos	R\$ 64,42	R\$ 48,65	R\$ 86,89
6ª faixa - 39 a 43 anos	R\$ 68,76	R\$ 57,33	R\$ 80,94
7ª faixa - 44 a 48 anos	R\$ 73,51	R\$ 59,71	R\$ 88,05
8ª faixa - 49 a 53 anos	R\$ 78,14	R\$ 76,38	R\$ 110,39
9ª faixa - 54 a 58 anos	R\$ 78,52	R\$ 75,30	R\$ 116,29
10ª faixa - 59 anos ou mais	R\$ 79,92	R\$ 84,62	R\$ 128,42

Fonte: autor

Ao avaliar-se a distribuição do ticket médio por faixa etária, encontram-se forte pressão nas faixas das idades mais elevadas. Isso traz significativa diferença entre as empresas, potencialmente devido a políticas que caracterizam cada uma delas.

5.1. Avaliação do perfil por classe terapêutica e perfil de risco

A utilização no estudo das classes terapêuticas estabelecidas pela OMS (Organização Mundial da Saúde), a ATC (*Anatomic, therapeutic, chemical classification*), estabeleceu-se como indicador de um potencial marco de identificação as classes terapêuticas que estariam diretamente ligadas a patologias que poderiam indicar a formação de grupos de risco para doenças crônicas, doenças que, quando bem monitoradas e controladas, podem estabelecer uma melhor qualidade de vida para o paciente e, conseqüentemente,

uma melhor gestão financeira para o patrocinador do benefício ou administrador do plano de saúde.

O mapeamento precoce de usuários que poderão apresentar, no futuro, caso não estejam em pleno controle de suas patologias, agravamento do estado de saúde e piora dos índices de sinistralidade, pode representar uma economia real das despesas oriundas de usuários não corretamente tratados ou simplesmente com incapacidade de adesão ao tratamento prescrito. A presença do medicamento, dependendo do caso específico, não deve ser considerada como terapia complementar e sim como terapia base para a manutenção do estado de saúde do paciente.

Ribeiro (2005) indica a importância de se estabelecer políticas e formas de subsidiar ou reduzir os preços dos fármacos prescritos para os casos de doença arterial coronariana, como forma de assegurar a assistência ambulatorial desses pacientes crônicos.

O exemplo dos casos de doença arterial coronariana serve como parâmetro para o estabelecimento de políticas de benefício de assistência farmacêutica, focadas em grupos que apresentem efetivo risco para a gestão, seja na qualidade de vida do beneficiário, seja no quesito financeiro. Exemplos da importância de garantir o acesso aos medicamentos, como forma de evitar a não-adesão, são encontrados em estudos específicos para grupos de pacientes crônicos, indicando como ausência de recursos financeiros um dos principais motivos de abandono de tratamento (STEIN, 2001).

As políticas de benefício de assistência farmacêutica devem considerar esses quadros de potencial abandono de tratamento, casos como os de hipertensão arterial, assintomáticos e incuráveis, em que pacientes, quando não adequadamente tratados, podem gerar custos administrativos adicionais, devido ao uso da estrutura de saúde e, portanto, apresentam-se com fortes candidatos a consumir os recursos destinados à saúde.

Kannel (1970), através do *The Framingham Study*, estabeleceu as primeiras etapas do relacionamento entre hipertensão arterial e risco do infarto do miocárdio (IM) e doenças cardiovasculares. As relações entre os níveis de morbidade-

mortalidade motivados por doença coronariana, agravada pela hipertensão arterial, além de serem multifatoriais, oferecem grande risco para a população.

Estes estudos estabeleceram a relação das doenças coronarianas com a hipertensão, e seus riscos serviram como base para o estabelecimento de novas estratégias e terapêuticas capazes de prevenir os riscos inerentes ao agravamento do estado de saúde.

Um ponto do estudo foi a correlação entre os níveis de elevação da pressão arterial e o aumento do risco de doença isquêmica. Para indivíduos entre 40 e 69 anos, pequenas elevações de 10 e 20 mmHg da pressão podem elevar o risco relacionado às doenças coronarianas e derrame cerebral. A correlação pretendida é o estabelecimento de práticas que minimizem a exposição da população assistida sob a responsabilidade do administrador, a ponto de potencializar medidas que maximizem a utilização dos recursos, comumente escassos.

De acordo com os Indicadores de Morbidade e Fatores de Risco do IDB (2006), no relatório D.27, a taxa de prevalência de hipertensão arterial apresenta os índices disponibilizados na Tabela 31.

Tabela 31 - Taxa de Prevalência da Hipertensão Arterial por Faixa Etária		
	40 a 59 anos	60 anos ou mais
Média das cidades pesquisadas	30,93%	48,56%

Fonte: Ministério da Saúde/SVS e Instituto Nacional do Câncer (2009)

Portanto, de acordo com esses indicadores, para essas faixas etárias, é de se esperar que se encontre parcela de potenciais usuários considerados hipertensos. Ainda de acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, publicadas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007), existe a indicação de taxas de prevalência entre 22,3% e 43,9%, porém sem indicar as faixas etárias da população pesquisada.

Outro importante fator na avaliação de risco populacional, e conseqüentemente de sinistro dos seguros saúde, é a incidência de derrames cerebrais e doenças cardiovasculares em populações hipertensas.

De acordo com o HiperDia, Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos do Ministério da Saúde (MS, 2009), as doenças do aparelho circulatório representam um importante problema de saúde pública, sendo, há algumas décadas, a primeira causa de morte no Brasil. Em 2000, corresponderam a mais de 27% do total de óbitos (DATASUS, 2008).

A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular (SBC, 2006). A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades. Ainda, de acordo com o HiperDia (2009), as taxas de coronariopatia e acidente vascular cerebral atingiram os seguintes níveis, quando pesquisados nas populações hipertensas:

Tabela 32 - Incidência de AVC, IAM e angina em grupos diagnosticados como hipertensos	
Índice	10,03%

Fonte: DATASUS (2009)

A falta de avaliações sócio-financeiras sobre o custo da saúde é um fator prejudicial à evolução dos trabalhos de análise, principalmente no quesito da prevalência de determinadas doenças. Porém, com base nos estudos do Ministério da Saúde (2009), do HiperDia (2009) e dos trabalhos de avaliação de impacto financeiro do agravamento de saúde, Ribeiro (2005), pretende-se, nos casos do tratamento da hipertensão arterial, avaliar a prevalência e o impacto das políticas de benefício de assistência farmacêutica. Essas políticas podem ser analisadas sob a forma de viabilizar a manutenção das terapias prescritas, por entender que, nos casos do tratamento da hipertensão arterial, o tratamento farmacológico representa um importante fator de controle (MION, 2001).

5.3. Aplicação dos indicadores de risco na população controlada

Ao proceder à avaliação da população das empresas estudadas durante o ano de 2008, aplicou-se a classificação recomendada pela OMS (Organização Mundial de Saúde) para todos os medicamentos consumidos pelos usuários do benefício, em especial, com o objetivo de classificar a avaliação de consumo de produtos com tendências terapêuticas que configurassem patologias crônicas. Os usuários foram separados de acordo com o consumo das classes terapêuticas apresentadas na tabela 33.

Tabela 33 – Classes terapêuticas de acordo com o ATC-OMS	
Classe	Descrição
C	Sistema Cardiovascular
C02	Antihipertensivos
C03	Diuréticos
C07	Beta bloqueadores
C08	Bloqueadores dos canais de cálcio
C09	Agentes com ação no sistema renina-angiotensina
C10	Agentes modificadores dos lípidos
A	Metabolismo e sistema alimetar
A10	Drogas usadas em diabetes
A10A	Insulinas e análogos
A10B	Drogas redutoras de glicose, excluindo insulinas
A10X	Outras drogas usadas em diabetes

Fonte: DATABASE (2009)

5.4. Qualificação da amostra

Foram considerados todos os usuários que apresentaram compra dos produtos pertencentes às classes C2, C3, C7, C8, C9, com indicação anti-hipertensiva,

tendo no mínimo três compras registradas em um período de seis meses durante o ano de 2008. Foram considerados usuários identificados com tendência à hipertensão, aqueles que apresentaram compras, mesmo alternadas, em 50% dos meses potenciais, registrados a partir da primeira compra identificada. Como indicação adicional, foram também analisados os usuários das classes C10, agentes de modificação de lípidos e A10, produtos para diabetes.

Essas informações podem, em tese, indicar um perfil de risco mais elevado quando da presença concomitante de consumo dos produtos com indicações crônicas.

O presente estudo não se pré-dispõe a afirmar que os usuários que adquiriram estes produtos são portadores das patologias constantes em suas indicações, mas que o evento da aquisição do medicamento, contra a apresentação da receita médica, presta como forte indicador para essas tendências.

Por se tratar de um estudo com base nas informações de consumo, a presença da patologia propriamente dita somente poderia ser afirmativa com a visita de profissional de saúde qualificado para tanto. Os dados estudados apontam para essas tendências, e a leitura das regras existentes para o uso do benefício pelos funcionários e dependentes das empresas são analisadas como potencializadores da qualidade da informação analisada.

Além dos pontos anteriormente citados, para o estudo de classificação de risco, utilizou-se como coorte as faixas etárias acima de 39 anos de idade e os funcionários ativos durante todo o ano. Portanto, foram desconsiderados da análise, aqueles que adquiriram os medicamentos produtos do estudo mas que foram desligados das empresas no decorrer do ano de 2008.

Os parâmetros utilizados para análise estão disponibilizados no quadro 2.

Quadro 2 - Parâmetros de Avaliação do Risco em Hipertensão Arterial

Mais de 2 compras em um ano, 50% do tempo de início do tratamento

Faixa Etária acima de 39 anos

Ter adquirido produtos para o tratamento da Hipertensão Arterial, das classes C2, C3, C7, C8 e C9

Somente usuários ainda ativos nas empresas da pesquisa

Fonte: autor

5.5. Avaliação dos usuários de produtos para hipertensão

A partir da análise dos parâmetros descritos no quadro 2, o cruzamento das informações de consumo de medicamentos, das faixas etárias, do nível mínimo de compra e da utilização apenas por usuários ativos, os seguintes dados foram observados:

Tabela 34 - Usuários Classificados nas Classes Terapeuticas Objetivo						
	C 2	C 3	C 7	C 8	C 9	Total
Empresa A	32	274	379	279	730	1.029
Empresa B		22	45	22	79	103
Empresa C	25	232	220	134	432	520

Fonte: autor

Com base nesses, dados foi avaliada a identificação total dos usuários por empresa, conforme se observa na Tabela 35.

Tabela 35 - Participação dos usuários identificados na população total						
	Empresa A		Empresa B		Empresa C	
População Total	30.585		7.089		4.471	
População na faixa etária	18.462	60,4%	1.524	21,5%	2.191	49,0%
População compradora de antihipertensivos	1.871	6,1%	254	3,6%	788	17,6%
População no coorte	1.029	3,4%	103	1,5%	520	11,6%

Fonte: autor

A identificação dos usuários possibilitou traçar o perfil de tratamento dos usuários das empresas, de acordo com o nível de suporte apresentado para o programa de benefício da assistência farmacêutica, ou seja, a maior, ou menor, facilidade de uso do tratamento prescrito, com suporte e políticas de subsídio, interfere diretamente na qualidade da informação analisada.

A Tabela 36 traça o perfil populacional e estabelece a quantidade potencial de usuários para hipertensão arterial.

Tabela 36 - Distribuição etária da população e potencialidade da prevalência de quadros de HAS por sexo												
Sexo ---- >>>	Empresa A			Empresa B			Empresa C			Prevalência da HAS		
	M	F		M	F		M	F		Emp. A e C	Emp. B	
6ª faixa - 39 a 43 anos	1.169	1.300	13,4%	378	300	44,5%	108	127	10,7%	36,40%	30,10%	
7ª faixa - 44 a 48 anos	1.572	1.885	18,7%	244	191	28,5%	104	104	9,5%	36,40%	30,10%	
8ª faixa - 49 a 53 anos	1.790	2.142	21,3%	154	113	17,5%	128	152	12,8%	36,40%	30,10%	
9ª faixa - 54 a 58 anos	1.624	1.880	19,0%	61	37	6,4%	174	186	16,4%	36,40%	30,10%	
10ª faixa - 59 anos ou mais	2.423	2.685	27,7%	31	15	3,0%	593	515	50,6%	55,70%	52,50%	
Total	8.578	9.892	100,0%	868	656	100,0%	1.107	1.084	100,0%			
População Potencial para quadros de HAS												
	Empresa A			Empresa B			Empresa C					
6ª faixa - 39 a 43 anos	425	473	11,7%	113	90	43,7%	39	46	8,4%			
7ª faixa - 44 a 48 anos	572	686	16,3%	73	57	28,0%	37	37	7,4%			
8ª faixa - 49 a 53 anos	651	779	18,6%	46	34	17,2%	46	55	10,0%			
9ª faixa - 54 a 58 anos	591	684	16,5%	18	11	6,2%	63	67	12,9%			
10ª faixa - 59 anos ou mais	1.349	1.495	36,9%	16	7	4,9%	330	286	61,2%			
Total	3.588	4.117	100,0%	266	199	100,0%	515	491	100,0%			

Fonte: autor

Ao compararem-se os usuários identificados na avaliação de produtos consumidos, como de usuários possíveis portadores de hipertensão arterial, traça-se um potencial cenário de risco de saúde e, conseqüentemente, risco financeiro ao gestor de saúde, conforme se observa na Tabela 37.

Tabela 37 - Nível de identificação no perfil de risco para HAS						
	Empresa A		Empresa B		Empresa C	
População Total por Faixa Etária	18.462		1.524		2.191	
População com Potencial de Risco Identificada (prevalência por faixa etária)	6.608	35,8%	477	31,3%	871	39,8%
População compradora de antihipertensivos	1.871	10,1%	254	16,7%	788	36,0%
População no coorte	1.029	5,6%	103	6,8%	520	23,7%

Fonte: autor

A análise desses dados sugere que, além de uma política agressiva de subsídios aos medicamentos em programas de assistência farmacêutica, para populações potencialmente sujeitas à presença da hipertensão arterial, outros fatores influenciam na adesão ao tratamento. O acesso precoce a informações de potenciais não-tratamentos pode auxiliar os gestores na definição de políticas educacionais, que propiciariam o adequado tratamento para os usuários identificados como formadores de grupos de risco. A avaliação dos casos de hipertensão arterial pode sugerir que a lógica se repita para demais patologias,

sendo o medicamento prescrito um item importante na gestão da informação de usuários de risco, que deve ser observado com cuidado pelo gestor do benefício.

5.6. Avaliação dos usuários de produtos para diabetes

Aplicando-se os conceitos previamente estabelecidos, para estratificação dos usuários de produtos para diabetes, mantendo-se a convenção da coorte o mesmo número de compras, a faixa etária pré-estabelecida e a indicação do tratamento da diabetes, as informações encontradas permitiram a construção da tabela 38.

Tabela 38 - Participação dos usuários identificados na população total						
	Empresa A		Empresa B		Empresa C	
População Total	30.585		7.089		4.471	
População na faixa etária	18.462	60,4%	1.524	21,5%	2.191	49,0%
População compradora de anti-diabéticos total	630	2,1%	65	0,9%	303	6,8%
População compradora de anti-diabéticos na faixa etária	599	2,0%	44	0,6%	270	6,0%
População no coorte na faixa etária	279	0,9%	14	0,2%	179	4,0%

Fonte: autor

Com os usuários identificados como consumidores de produtos para diabetes, foram utilizados os dados disponíveis no IDB (Indicadores e Dados Básicos – Brasil, 2007) do Ministério da Saúde, Relatórios D. Indicadores de Morbidade e Fatores de Risco, subitem Taxa de Prevalência de Diabetes Mellito - D.10, para a projeção do número de diabéticos presentes nas empresas estudadas.

De acordo com o IDB-2007, a prevalência de diabetes é de 7,6% no Brasil, com variações regionais de 2 pontos percentuais. Apesar de não apresentar estratificação etária, a SBD (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007) indica o mesmo índice de 7,6%, porém para populações acima de 30 anos.

Tendo as referências estabelecidas, a utilização do índice de 7,6% de prevalência para diabetes foi adotada nas faixas etárias acima de 39 anos, mantendo o

mesmo patamar do estudo da presença da hipertensão arterial anteriormente avaliada (Tabela 39).

Tabela 39- Distribuição Etária da População e Potencialidade da Prevalência de Quadros de Diabetes				
	Empresa A	Empresa B	Empresa C	Prevalência da Diabetes
População Total	18.462	1.524	2.191	7,60%
População Potencial para quadros de Diabetes				
	Empresa A	Empresa B	Empresa C	
Total	1.403	115	166	

Fonte: autor

Realizando-se o cruzamento das informações de usuários consumidores com a prevalência estabelecida pelo Ministério da Saúde, o quadro apresenta diferentes cenários para cada empresa estudada. Potencialmente, a população da empresa C apresentou a cobertura dos usuários estimados para o quadro da diabetes, e as empresas A e B uma cobertura insuficiente para a expectativa do número total de usuários esperados para o quadro de diabetes. A gestão da informação de consumo permite a extrapolação desses dados em campanhas de orientação que busquem a identificação dos casos em que o risco associado à presença de mais de um quadro crônico pode representar aumentos significativos dos custos de saúde desses usuários (Tabela 40).

Tabela 40 - Nível de identificação no perfil de risco para diabetes						
	Empresa A		Empresa B		Empresa C	
População Total por Faixa Etária	18.462		1.524		2.191	
População com Potencial de Risco Identificada (prevalência por faixa etária)	1.401	7,6%	114	7,5%	164	7,5%
População compradora de antidiabéticos	599	3,2%	44	2,9%	270	12,3%
População no coorte	279	1,5%	14	0,9%	179	8,2%

Fonte: autor

5.7. Identificação cruzada de patologias crônicas

De acordo com o Ministério da Saúde (2001) vários ensaios clínicos, tanto de prevenção primária quanto secundária, demonstram que a redução do LDL-C diminui a taxa de eventos cardiovasculares. Usados na prevenção primária e secundária de doenças cardiovasculares, esses tratamentos podem reduzir a incidência de doença isquêmica do coração em 25% a 60% e o risco de morte em

30%, além de outros efeitos em eventos mórbidos, como angina, acidentes vasculares cerebrais, necessidade de procedimentos de revascularização miocárdica e periférica.

A identificação precoce dos portadores dessas patologias favorece a intervenção educacional, possibilitando a sugestão de ações que conduzam os usuários a um estilo de vida favorável ao controle dos quadros de risco, que podem indicar a incidência de eventos que contribuam para morbidade e a elevação dos índices de mortalidade da população assistida.

O acompanhamento ativo de usuários que estejam classificados nesses quadros pode apresentar-se como opção à gestão baseada em informação, que reduza a incidência do agravamento dos quadros de saúde. Avaliar os usuários com base nos medicamentos por eles consumidos pode ser uma primeira etapa de identificação que direcione os pacientes para os cuidados necessários.

Entre as avaliações realizadas, dos usuários de produtos para hipertensão arterial e diabetes, foram também apreciadas as informações decorrentes do uso de produtos para dislipidemias. As informações de consumo mantiveram os mesmos direcionadores na coorte, para que o cruzamento das informações pudesse ser avaliado conjuntamente. As informações encontradas disponibilizam-se na tabela 41.

Tabela 41 - Participação dos usuários identificados na população total						
	Empresa A		Empresa B		Empresa C	
População Total	30.585		7.089		4.471	
População na faixa etária	18.462	60,4%	1.524	21,5%	2.191	49,0%
População compradora de dislipidemicos total	1.641	5,4%	323	4,6%	578	12,9%
População compradora de dislipidemicos na faixa etária	1.580	5,2%	202	2,8%	537	12,0%
População no coorte na faixa etária	643	2,1%	54	0,8%	261	5,8%

Fonte: autor

A gestão integrada das informações de saúde, potencializadas pelo uso de ferramentas de análise de risco em saúde, concretizam-se a partir do momento em que sejam utilizadas como fatores de tomada de decisão.

O estabelecimento de políticas no benefício de medicamentos permite a antecipação das informações dos usuários que estão em tratamento, inferindo

que a aquisição dos medicamentos representa tratamento. As análises podem indicar os usuários que, caso não realize o tratamento adequadamente, poderão oferecer risco de agravamento do estado de saúde. Tão importante quanto a identificação dos usuários potencialmente portadores de doenças crônicas, é a gestão da informação de uso concomitante de mais de uma classe terapêutica.

Entre as várias patologias observadas na população geral, as doenças cardiovasculares se apresentam como uma das principais causas de mortalidade no Brasil. No IDB (Indicadores e Dados Básicos/Brasil, 2007), do Ministério da Saúde, Relatórios C. Indicadores de Mortalidade, subitem C.8, Taxa de Mortalidade Específica por Doenças do Aparelho Circulatório, os óbitos a cada 100.000 habitantes apresenta a taxa de 46,12, ou seja, 0,05%. Mesmo com as limitações da cobertura e potencial qualidade da informação da causa do óbito, as doenças do aparelho circulatório são significativas.

Entre todas as patologias existentes, foi analisado o consumo concomitante dos produtos para hipertensão arterial, diabetes melito e dislipidemias. Nas três empresas analisadas, usuários foram identificados nos padrões estabelecidos na coorte, caracterizando uma população que pode ser definida como de um nível de co-morbidade superior aos usuários de produtos isolados.

A estrutura da informação de consumo permite a associação dos produtos adquiridos com as tendências terapêuticas apresentadas, indicando um caminho ágil na identificação de usuários que devem receber um nível assistencial intenso do provedor de saúde. A partir da informação de consumo, o estudo detalhado do usuário do benefício pode ser realizado como forma de observar, a partir da ótica do gestor de saúde, quais são os demais custos envolvidos na administração da saúde desse usuário, como estão os custos da gestão médica, como se comporta o uso da estrutura de saúde, tais como: consultas, exames e internações.

Com a discussão de recursos escassos, faz-se necessária a definição de prioridades para o estabelecimento das estratégias na gestão do orçamento de saúde. Definição de quais critérios nortearão a tomada de decisão dos investimentos em saúde, a análise dos riscos envolvidos e a utilização de ferramentas de identificação.

O uso das informações de consumo de medicamentos providas pelas PBMs parece apresentar um caminho a ser explorado, como na pesquisa dos casos de consumo concomitante. Nas empresas observadas, os quadros apresentados são disponibilizados na Tabela 42.

Tabela 42 - Número de Usuários Identificados Consumindo mais de uma Classe Terapêutica						
	Empresa A		Empresa B		Empresa C	
População Total por Faixa Etária	18.462		1.524		2.191	
População compradora no coorte						
de antihipertensivos	1.029	5,6%	103	6,8%	520	23,7%
de antidiabéticos	279	1,5%	14	0,9%	179	8,2%
de dislipidêmicos	643	3,5%	54	3,5%	261	11,9%
Compra conjunta						
antihipertensivos X antidiabéticos	160	0,9%	11	0,7%	135	6,2%
antihipertensivos X dislipidêmicos	345	1,9%	37	2,4%	189	8,6%
antidiabéticos X dislipidêmicos	119	0,6%	9	0,6%	84	3,8%
antihipertensivos X antidiabéticos X dislipidêmicos	85	0,5%	8	0,5%	69	3,1%

Fonte: autor

Duas formas podem ser utilizadas para a avaliação das informações apresentadas: quais ações nortearão o trabalho de gestão de saúde para os usuários encontrados consumindo de forma regular medicamentos para hipertensão arterial, diabetes melito e dislipidemias; e quais ações nortearão o trabalho de gestão de saúde para os usuários não encontrados consumindo produtos para nenhuma destas patologias.

Como os índices de prevalência nos levam a crer na existência de portadores dessas patologias dentro do grupo de usuários analisados, a não existência de usuários pode representar também um desencadeador de análise.

Esses questionamentos são possíveis devido a um nível de informação até então pouco ou não explorado. Pode ser grave para a gestão não ter informação. Tê-la e não possuir estratégias adequadas para geri-las pode ser igualmente prejudicial aos objetivos das instituições. Pondera-se a discussão na qualidade dos trabalhos em saúde e na necessidade de conhecer o indivíduo, suas particularidades e suas necessidades. Antecipar-se na gestão da informação de consumo pode ser uma forma de conhecer o comportamento de saúde a partir dos medicamentos consumidos.

5.8. Perfil da prescrição dos casos crônicos

Além da análise da informação relativa às indicações terapêuticas, com base nos produtos consumidos pelos usuários analisados, a questão sobre quais produtos são mais prescritos e o custo efetivo desses tratamentos influencia diretamente as análises de estruturação de uma política de saúde voltada para a assistência farmacêutica.

As análises a seguir observam o modelo de prescrição utilizado para os usuários acompanhados durante o ano de 2008.

Foi estabelecida como coorte a totalidade de produtos que representaram 50% das prescrições no período, no somatório dos valores gastos no ano de 2008 para cada uma das três patologias acompanhadas: hipertensão arterial, diabetes e dislipidemias (Tabelas, 43, 44 e 45).

Tabela 43 - Principais Produtos Adquiridos - Empresa A				
Produto	Princípio Ativo	Diabetes	Dislipidemia	HAS
CRESTOR 10MG CX 30 COMP	Rosuvastatina		X	
JANUVIA 100MG CX C/ 28 COMP	Sitagliptina, fosfato	X		
AVANDIA 4MG CX 28 COMP	Rosiglitazona, maleato	X		
ACTOS 30MG FR 15 COMP	Pioglitazona	X		
VYTORIN 10+20MG CX 28 COMP	Sinvastatina		X	
CITALOR 10MG CX 30 COMP	Atorvastatina		X	
LANTUS 100UI INJ CX 1FA X 10ML	Insulinas	X		
GALVUS 100MG CX 28 COMP	Vildagliptina	X		
LIPITOR 10MG CX 30 COMP	Atorvastatina		X	
AVANDAMET 2+500MG CX 28 COMP	Metformina, cloridrato	X		
LIPLESS 100MG CX 30 COMP	Dexfenfluramina		X	
DIAMICRON MR 30MG CX 60 COMP	Gliclazida	X		
CRESTOR 20MG CX 30 COMP	Rosuvastatina		X	
VYTORIN 10+20MG CX C/ 28 COMP	Sinvastatina		X	
CITALOR 20MG CX 30 COMP	Atorvastatina		X	
GLIMEPIRIDA 4MG CX 30 COMP	Glimepirida	X		
OROXADIN 100MG CX 30 COMP	Ciprofibrato		X	
SINVASTATINA 20MG CX 30 COMP	Sinvastatina		X	
COVERSYL 4MG CX 30 COMP + SACHE	Perindopril			X
ATACAND HCT 16+12,5MG CX 30 COMP	Hidroclorotiazida			X
MICARDIS 40MG CX 28 COMP	Telmisartan			X
SINVASTATINA 10MG CX 30 COMP	Sinvastatina		X	
GLIFAGE 1G CX 30 COMP	Metformina, cloridrato	X		
NATRILIX SR 1,5MG CX 30 COMP	Indapamida			X
AMARYL 2MG CX 30 COMP	Glimepirida	X		
QUESTRAN LIGHT PO CX 10 ENV X 4G	Colestiramina		X	
NORVASC 5MG CX 30 COMP	Anlodipino, besilato			X
VIVACOR 10MG CX 30 COMP	Rosuvastatina		X	
DIAMICRON MR 30MG CX 30 COMP	Gliclazida	X		

Fonte: autor

Tabela 44 - Principais Produtos Adquiridos - Empresa B				
Produto	Princípio Ativo	Diabetes	Dislipidemia	HAS
CRESTOR 10MG CX 30 COMP	Rosuvastatina		X	
ZETSIM 10+20MG CX 28 COMP	Sinvastatina		X	
AVANDAMET 4+500MG CX 28 COMP	Metformina, cloridrato	X		
COVERSYL 8MG CX 30 COMP + SACHE	Perindopril			X
VYTORIN 10+20MG CX 28 COMP	Sinvastatina		X	
LIPITOR 10MG CX 30 COMP	Atorvastatina		X	
AVANDAMET 2+500MG CX 28 COMP	Metformina, cloridrato	X		
LIPLESS 100MG CX 30 COMP	Dexfenfluramina		X	
GALVUS MET COMBI PACK 50+850MG CX 56+56 COMP	Metformina, cloridrato	X		

Fonte: autor

Tabela 45 - Principais Produtos Adquiridos - Empresa C				
Produto	Princípio Ativo	Diabetes	Dislipidemia	HAS
LANTUS 100UI INJ CX 1CARP X 3ML	Insulinas	X		
AMARYL 4MG CX 30 COMP	Glimepirida	X		
CRESTOR 10MG CX 30 COMP	Rosuvastatina		X	
ACTOS 30MG FR 15 COMP	Pioglitazona	X		
SINVASTATINA 20MG CX 30 COMP	Sinvastatina		X	
DIOVAN HCT 160+12,5MG CX 28 COMP	Hidroclorotiazida			X
LIPITOR 20MG CX 30 COMP	Atorvastatina		X	
LIPITOR 10MG CX 30 COMP	Atorvastatina		X	
JANUVIA 100MG CX C/ 28 COMP	Sitagliptina, fosfato	X		
MICARDIS 40MG CX 28 COMP	Telmisartana			X
GALVUS 50MG CX 56 COMP	Vildagliptina	X		
HUMULIN HUMULIN NPH 1FA 10ML	Insulinas	X		
ZETSIM 10+20MG CX 28 COMP	Sinvastatina		X	
LIPLESS 100MG CX 30 COMP	Dexfenfluramina		X	
CITALOR 10MG CX 30 COMP	Atorvastatina		X	
DIOVAN 160MG CX 28 COMP	Valsartan			X
CRESTOR 20MG CX 30 COMP	Rosuvastatina		X	
ZANIDIP 10MG CX 30 COMP	Lercanidipino, cloridrato			X
BESILATO DE ANLODIPINO 5MG CX 30 COMP	Anlodipino, besilato			X
SINVASTATINA 10MG CX 30 COMP	Sinvastatina		X	
ACTOS 15MG FR 15 COMP	Pioglitazona	X		
GLUCOFORMIN 850MG CX 30 COMP	Metformina, cloridrato	X		
ZETIA 10MG CX 30 COMP	Ezetimibe		X	
AMARYL 2MG CX 30 COMP	Glimepirida	X		
DIAMICRON MR 30MG CX 60 COMP	Gliclazida	X		
VYTORIN 10+20MG CX C/ 28 COMP	Sinvastatina		X	
ARADOIS H 100+25MG CX 30 COMP	Hidroclorotiazida			X
GALVUS MET COMBI PACK 50+850MG CX 56+56 COMP	Metformina, cloridrato	X		
VYTORIN 10+20MG CX 28 COMP	Sinvastatina		X	
HYPERIUM 1MG CX 30 COMP	Rilmenidina			X
CLORIDRATO DE METFORMINA 850MG CX 60 COMP	Metformina, cloridrato	X		

Fonte: autor

Na avaliação dos produtos mais prescritos, os quadros de dislipidemias apresentam-se como os mais onerosos, com maior destaque para novos produtos para diabetes na Empresa C.

Sobre os princípios ativos mais indicados para a população acompanhada, as estatinas e os diuréticos estiveram presentes em todas as empresas, sendo produtos já consagrados para as patologias eleitas (Tabelas 46, 47 e 48).

Tabela 46 - Principais Princípios Ativos - Empresa A			
Princípio Ativo	Diabetes	Dislipidemia	HAS
Sinvastatina		X	
Hidroclorotiazida			X
Rosuvastatina		X	
Atorvastatina		X	
Anlodipino, besilato			X
Losartan potassico			X

Fonte: autor

Tabela 47- Principais Princípios Ativos - Empresa B			
Princípio Ativo	Diabetes	Dislipidemia	HAS
Rosuvastatina		X	
Sinvastatina		X	
Hidroclorotiazida			X
Atorvastatina		X	
Metformina, cloridrato	X		
Atenolol			X

Fonte: autor

Tabela 48 - Principais Princípios Ativos - Empresa C			
Princípio Ativo	Diabetes	Dislipidemia	HAS
Hidroclorotiazida			X
Sinvastatina		X	
Atorvastatina		X	
Anlodipino, besilato			X
Rosuvastatina		X	
Metformina, cloridrato	X		
Losartan potássico			X

Fonte: autor

Nas estruturas dos desenhos dos planos de benefício de medicamentos, o custo dos tratamentos apresenta-se como fator de destaque, pois, como anteriormente apresentado, políticas de assistência farmacêutica não possuem uma regulação específica no mercado brasileiro. Ao analisarem-se os perfis de consumo, chega-se aos valores médios das prescrições médicas para as três patologias definidas como matéria de estudo (Tabela 49).

Tabela 49 - Custo/subsídio médio da prescrição				
		Diabetes	Dislipidemia	HAS
Empresa A	Custo	R\$ 64,20	R\$ 70,25	R\$ 50,40
	Subsídio	R\$ 23,61	R\$ 26,09	R\$ 19,12
	%	36,8%	37,1%	37,9%
Empresa B	Custo	R\$ 68,99	R\$ 87,22	R\$ 55,99
	Subsídio	R\$ 48,28	R\$ 61,04	R\$ 39,19
	%	70,0%	70,0%	70,0%
Empresa C	Custo	R\$ 81,34	R\$ 71,32	R\$ 72,48
	Subsídio	R\$ 71,09	R\$ 62,04	R\$ 64,24
	%	87,4%	87,0%	88,6%

Fonte: autor

As políticas do benefício de assistência farmacêutica, no campo dos subsídios, representam cobertura linear para todas as patologias. Com a obtenção dos valores médios do custo dos tratamentos, é possível a projeção dos investimentos necessários para uma cobertura farmacêutica das patologias crônicas analisadas.

5.9. Avaliação potencial do custo de agravamento de saúde

De acordo com Ribeiro (2005), o custeio no manejo da cardiopatia isquêmica crônica no Brasil, para um agente privado, seria de R\$ 6.788,00/ano em 2002, sendo R\$1.154,00 em despesas com medicamentos. Excluindo-se a parcela relativa a medicamentos e atualizando-se os valores pelo INPC do período (Janeiro de 2002 a Fevereiro de 2009) o resultado do custo da doença arterial coronária seria de R\$9.217,24.

Avaliando-se que o agravamento do estado de saúde é fortemente influenciado pela não-adesão ao tratamento farmacológico, Kannel (1970), afirma que o cenário construído a partir das indicações da incidência de AVC (Acidente Vascular Cerebral) e Coronariopatias poderia ser visto como a construção de potenciais cenários de custeio a partir do reconhecimento de que um usuário não tratado adequadamente pode além dos demais fatores que influenciam o agravamento de saúde, representar um risco financeiro.

Projetando-se cenários com usuários de compras não identificadas, índices de prevalência de patologias crônicas, como a hipertensão arterial, a incidência de eventos considerados como de agravo do estado de saúde, e o custo do tratamento do evento, pode-se considerar a potencialidade do custo decorrente da não adesão e demais fatores envolvidos no agravamento do estado de saúde.

Uma projeção desses impactos não deve ser considerada como forma única de avaliação do risco de um grupo de usuários. Deve ser entendida como um importante ponto de partida para a análise do comportamento de uma determinada população sobre o consumo de medicamentos. Os hábitos prescritivos, as drogas mais utilizadas, a frequência de compra são indicadores que permitem um acompanhamento acurado de usuários de determinados produtos que indicam um quadro clínico potencial. A associação dessas informações com outras informações sobre a estrutura de saúde poderá construir

uma análise mais próxima da realidade existente para grupos tidos como de risco e, portanto, com potencial de acompanhamento.

A aplicação dos conceitos previamente discutidos sugere um potencial de economia no acompanhamento dos usuários portadores de hipertensão arterial, como demonstrado nas Tabelas 50, 50-A e 50-B.

Tabela 50 - Projeção do custo da ausência de gerenciamento em HAS - Empresa A			
Sexo	Empresa A		
	M	F	Total
Usuários pertencentes a faixa etária, > 39 anos (por sexo)	8.578	9.892	18.470
Intervalo de prevalência de HAS por faixa etária, nas cidades pesquisadas ¹	(36,4% - 55,7%)		
Número estimado de usuários com potencial de risco para HAS (prevalência por faixa etária, nas cidades de origem)	3.588	4.117	7.705
Incidência de eventos em usuários com HAS: AVC, coronariopatias, IAM ²	10,03%	10,03%	
Número estimado de usuários com risco potencial de agravamento do estado de saúde ³	359	412	771
Custo estimado anual do evento no agravamento do estado de saúde (000) ⁴	R\$ 9,22	R\$ 9,22	
Custo potencial anual estimado do agravamento do estado de saúde (000)	R\$ 3.308,99	R\$ 3.797,50	R\$ 7.106,49
Usuários identificados com aquisição de antihipertensivos (coorte)	555	474	1.029
Número de usuários não identificados consumindo antihipertensivos, como estimado	3.033	3.643	6.676
Incidência de eventos em usuários com HAS: AVC, coronariopatias, IAM ²	10,03%	10,03%	
Número estimado de usuários com risco potencial de agravamento do estado de saúde ³	304	365	669
Custo anual estimado para usuários não identificados (000)	R\$ 2.802,04	R\$ 3.364,29	R\$ 6.166,33
Investimento em subsídios na HAS (000) ⁵	R\$ 90,41	R\$ 69,30	R\$ 159,71
Potencial economia com medidas de gerenciamento em subsídios (000)	R\$ 416,54	R\$ 363,91	R\$ 780,45
Investimento per capita com subsídios	R\$ 162,90	R\$ 146,21	R\$ 155,21
Custo estimado per capita dos eventos adversos	R\$ 923,85	R\$ 923,50	R\$ 923,66
Economia estimada por usuário acompanhado	R\$ 760,95	R\$ 777,29	R\$ 768,45
% potencial de retorno sobre o investimento em subsídios	21,4%	18,8%	20,2%

1 - MS-SVS, INCA; 2 - HiperDia (MS); 3 - Projetando a inexistência de medidas de controle e tratamento; 4 - Ribeiro (2005); 5 - Pesquisa Vidalink do Brasil (2008)

Fonte: autor

Tabela 50 - A - Projeção do custo da ausência de gerenciamento em HAS - Empresa B			
Sexo	Empresa B		
	M	F	Total
Usuários pertencentes a faixa etária, > 39 anos (por sexo)	868	656	1.524
Intervalo de prevalência de HAS por faixa etária, nas cidades pesquisadas ¹	(30,1% - 52,5%)		
Número estimado de usuários com potencial de risco para HAS (prevalência por faixa etária, nas cidades de origem)	266	199	465
Incidência de eventos em usuários com HAS: AVC, coronariopatias, IAM ²	10,03%	10,03%	
Número estimado de usuários com risco potencial de agravamento do estado de saúde ³	26	19	45
Custo estimado anual do evento no agravamento do estado de saúde (000) ⁴	R\$ 9,22	R\$ 9,22	
Custo potencial anual estimado do agravamento do estado de saúde (000)	R\$ 239,65	R\$ 175,13	R\$ 414,78
Usuários identificados com aquisição de antihipertensivos (coorte)	71	32	103
Número de usuários não identificados consumindo antihipertensivos, como estimado	195	167	362
Incidência de eventos em usuários com HAS: AVC, coronariopatias, IAM ²	10,03%	10,03%	
Número estimado de usuários com risco potencial de agravamento do estado de saúde ³	19	16	35
Custo anual estimado para usuários não identificados (000)	R\$ 175,13	R\$ 147,48	R\$ 322,60
Investimento em subsídios na HAS (000) ⁵	R\$ 21,78	R\$ 8,48	R\$ 30,26
Potencial economia com medidas de gerenciamento em subsídios (000)	R\$ 42,74	R\$ 19,17	R\$ 61,91
Investimento per capita com subsídios	R\$ 306,72	R\$ 265,11	R\$ 293,79
Custo estimado per capita dos eventos adversos	R\$ 898,09	R\$ 883,09	R\$ 891,17
Economia estimada por usuário acompanhado	R\$ 591,37	R\$ 617,98	R\$ 597,38
% potencial de retorno sobre o investimento em subsídios	51,9%	42,9%	49,2%

1 - MS-SVS, INCA; 2 - HiperDia (MS); 3 - Projetando a inexistência de medidas de controle e tratamento; 4 - Ribeiro (2005); 5 - Pesquisa Vidalink do Brasil (2008)

Fonte: autor

Tabela 50-B - Projeção do custo da ausência de gerenciamento em HAS - Empresa C			
Sexo	Empresa C		
	M	F	Total
Usuários pertencentes a faixa etária, > 39 anos (por sexo)	1.107	1.084	2.191
Intervalo de prevalência de HAS por faixa etária, nas cidades pesquisadas ¹	(36,4% - 55,7%)		
Número estimado de usuários com potencial de risco para HAS (prevalência por faixa etária, nas cidades de origem)	515	491	1.006
Incidência de eventos em usuários com HAS: AVC, coronariopatias, IAM ²	10,03%	10,03%	
Número estimado de usuários com risco potencial de agravamento do estado de saúde ³	51	49	100
Custo estimado anual do evento no agravamento do estado de saúde (000) ⁴	R\$ 9,22	R\$ 9,22	
Custo potencial anual estimado do agravamento do estado de saúde (000)	R\$ 470,08	R\$ 451,64	R\$ 921,72
Usuários identificados com aquisição de antihipertensivos (coorte)	358	431	789
Número de usuários não identificados consumindo antihipertensivos, como estimado	157	60	217
Incidência de eventos em usuários com HAS: AVC, coronariopatias, IAM ²	10,03%	10,03%	
Número estimado de usuários com risco potencial de agravamento do estado de saúde ³	15	6	21
Custo anual estimado para usuários não identificados (000)	R\$ 138,26	R\$ 55,00	R\$ 193,26
Investimento em subsídios na HAS (000) ⁵	R\$ 136,50	R\$ 177,00	R\$ 313,50
Potencial economia com medidas de gerenciamento em subsídios (000)	R\$ 195,32	R\$ 219,64	R\$ 414,96
Investimento per capita com subsídios	R\$ 381,30	R\$ 410,67	R\$ 397,34
Custo estimado per capita dos eventos adversos	R\$ 880,63	R\$ 916,67	R\$ 890,59
Economia estimada por usuário acompanhado	R\$ 499,33	R\$ 505,99	R\$ 493,25
% potencial de retorno sobre o investimento em subsídios	76,4%	81,2%	80,6%

1 - MS-SVS, INCA; 2 - HiperDia (MS); 3 - Projetando a inexistência de medidas de controle e tratamento; 4 - Ribeiro (2005); 5 - Pesquisa Vidalink do Brasil (2008)

Fonte: autor

Os dados presentes nas tabelas 50, 50-A e 50-B sugerem o acompanhamento de usuários dos sistemas de assistência farmacêutica, como forma de monitorar grupos que podem se transformar em custos elevados para os gestores de saúde. A validação de dados de risco potencial necessita de pesquisa específica para esta finalidade, indicando os valores de benefício que sugerem a tendência de projeção de economia realizada.

O papel dos medicamentos como redutores de sinistralidade não encontra estudos ambulatoriais que ratifiquem os dados projetados da não-adesão aos tratamentos prescritos, principalmente por tratar-se de matéria complexa que visita, necessariamente, outros parâmetros de avaliação que não apenas a capacidade de compra dos medicamentos prescritos pelo médico assistente.

A mortalidade cardiovascular, atribuída a HAS, corresponde a quase 6% do total de mortes ocorridas no mundo atualmente (KEARNEY *et al.*, 2005). Mesmo com índice elevado, o tratamento e o acompanhamento da HAS sofrem a interferência

de vários fatores. Souza (2006), ao acompanhar pacientes hipertensos, indica que fatores como visita ao médico assistente podem sofrer interrupções devido a falta de tempo, entendimento por parte do paciente como ação desnecessária, dificuldades de locomoção e dificuldades financeiras. Assim, avaliações do potencial de resultado esperado com iniciativas que coloquem no centro da discussão a assistência farmacêutica podem não surtir o efeito desejado, por tratar-se de ação multifatorial e não simplesmente da problemática do acesso ao tratamento prescrito.

A abordagem dos temas ligados a adesão ao tratamento se baseia no entendimento de que os usuários foram corretamente diagnosticados, e possuem prescrições adequadas para as patologias que apresentam. O controle de doenças, no foco estudado das doenças crônicas, aborda não apenas o tema do acesso propriamente dito mais outros temas também complexos para o gestor. A própria questão do acesso pode apresentar outras facetas, como o acesso logístico ao tratamento e também a questão financeira, pois, dependendo da patologia, o custo do tratamento pode ser um impeditivo ao tratamento adequado. A negligência do usuário quanto à questão da saúde, falta de informação, e também efeitos colaterais não reportados podem comprometer a qualidade do tratamento.

A observação no desenvolvimento do estudo das nuances apresentadas por cada empresa, e o comportamento relativo dos usuários ao utilizarem o benefício de medicamentos propiciou referências que parecem indicar um tipo de comportamento e um potencial de ganho na gestão, que merecem ser observados com maior atenção.

Os cálculos apresentados nas tabelas 50, 50-A e 50-B tomam como base os indicadores apresentados nos estudos do HiperDia (MS, 2009) e auxiliaram na construção dos modelos propostos para a avaliação do risco da não adesão ao tratamento e, conseqüentemente, para a potencialização do aumento do índice de sinistralidade na gestão de saúde da carteira de vidas

A observação permitiu a avaliação de uma tendência de melhor adesão na empresa C, a qual apresentou um índice de retorno potencial sobre os recursos

investidos no subsídio de medicamentos de 80,6%, tendo como base de comparação as compras realizadas pelos usuários monitorados, os quais atingiram 78,4% do total de usuários hipertensos estimados pelo estudo. (referência do índice de prevalência de hipertensão arterial na cidade de São Paulo (MS, 2009)). A empresa A e a empresa B atingiram, respectivamente, 13,4% e 22,2%. A correlação está exposta na Tabela 51 e constroem o seguinte cenário.

Tabela 51 - Usuários identificados				
	Subsídio oferecido	Subsídio médio identificado	Vidas identificadas (%)	Retorno estimado com o uso do benefício
Empresa A	Genéricos – 50% Marca - 35%	37,9%	13,4%	20,2%
Empresa B	70% linear	70,0%	22,2%	49,2%
Empresa C	60 a 90% por faixa salarial	88,6%	78,4%	80,6%

Fonte: autor

Uma das hipóteses levantadas, a de que os subsídios auxiliam na identificação e melhor tratamento entre os usuários do benefício, foi observada nas três empresas, com participações distintas entre cada uma delas. Na empresa B, 22,2% das vidas estimadas foram encontradas entre os usuários do benefício. Apesar do estado do Paraná apresentar uma prevalência para hipertensão arterial menor, o retorno estimado dos investimentos em subsídio atingiu 49,2%, superior, proporcionalmente, à empresa A, com 13,4% de usuários identificados e com retorno de 20,2%.

Políticas de benefícios que permitam uma melhor adesão ao tratamento prescrito favorecem a identificação dos usuários portadores de patologias crônicas. A análise dos resultados deve considerar o caráter, muitas vezes, assintomático dos quadros de hipertensão arterial, fator esse que potencializa o não tratamento de usuários, podendo manter os números de usuários identificados abaixo dos valores estimados de portadores de hipertensão arterial.

A identificação dos usuários do benefício da assistência farmacêutica pode também ser encarada como ferramenta de segmentação e orientação aos usuários elegíveis ao benefício. Se por um lado estima-se que a população em

determinada faixa etária tende a ser usuário de medicamentos para hipertensão arterial, não se deve descartar que o fato da não identificação também permite uma ação direcionada para aqueles usuários não identificados e potenciais portadores do perfil de risco.

Esse ângulo, que permite a segmentação, já exclui da amostra os usuários identificados e direciona os esforços educacionais e de acompanhamento para aqueles não filtrados pela ação de acompanhamento. Perfis de risco para doenças cardiovasculares tais como: idade, sexo, etnia, fatores socioeconômicos, consumo de sal, obesidade, consumo de álcool e sedentarismo (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial) são também importantes fatores a serem observados nos grupos de usuários estudados.

Esses fatores podem representar terapêuticas medicamentosas adicionais que permitiriam, em análise conjunta, a indicação da presença, não apenas de produtos com a indicação no tratamento da hipertensão arterial, mas também o uso concomitante de produtos para o tratamento de outras patologias, como diabetes e dislipidemias, permitindo o estabelecimento de níveis de risco dentro da população consumidora de medicamentos.

Nesse sentido, a definição dos perfis de análise dos usuários de produtos para a hipertensão arterial representou apenas um ângulo possível de análise dos consumidores de medicamentos. O risco inerente ao agravamento de cada estado de saúde representa diretamente um novo custeio para o gestor. O estabelecimento de riscos cruzados potencializa novos perfis que devem ser pesquisados com o cuidado de se estabelecer uma perspectiva cuidadora dos usuários identificados.

A confiança na análise permitirá o estabelecimento de parâmetros de pesquisa, como os observados nas tabelas 50, 50-A e 50-B, pois indicam potencial de retorno do investimento pelo fato dos usuários em tratamento, teoricamente, estarem menos propensos a quadros de infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral ou outros eventos cardiovasculares.

Fatores como retorno dos valores investidos no subsídio de tratamentos medicamentosos podem ser considerados como indicadores que permitam um

melhor conhecimento do perfil de cada usuário dos benefícios, sejam farmacêuticos, médicos, ou outros fatores que permitam uma existência estável.

A validação da identificação de um fator que permita inserir uma meta de cobertura ainda será matéria de estudos, pois não está bem explicado se os valores encontrados nos 42.145 usuários do benefício de medicamentos durante o ano de 2008 representam uma média setorial, e se os resultados encontrados entre as empresa B e C, com elevados subsídios, podem ser considerados melhores quanto ao número total de hipertensos estimados e encontrados. O fato relevante deve ser considerado certa proporcionalidade entre os valores de subsídios, vidas encontradas na estimativa e retorno dos valores investidos. A falta de acesso aos valores reais de sinistro representa um desafio que, para o gestor com acesso direto aos dados de consumo da infra-estrutura de saúde, pode significar um passo importante, quando possibilitada a comparação entre os dois fatores: consumo de estrutura como consultas e internações, exames e procedimentos, e o perfil de consumo dos usuários de risco.

A pesquisa buscou a indicação de uma metodologia que auxiliasse os gestores na análise e observação do impacto de políticas que minimizem, ou permitam minimizar, o custo inerente a sinistralidade e, de forma potencial, uma melhor qualidade de vida aos usuários dos planos de benefícios. A correlação entre empresas de perfis diferentes permitiu traçar uma primeira análise e as particularidades dos grupos analisados deverão considerar possíveis particularidades existentes e objetivos claros na adoção de estratégias de benefícios que compactuem com o estudo aqui apresentado.

5.10. Custos de referência

Uma característica marcante do mercado farmacêutico brasileiro é a vasta disponibilidade do mesmo princípio ativo por vários fabricantes diferentes. A

presença dessas várias opções cria um cenário de grande variação entre os preços praticados pelas diversas indústrias farmacêuticas estabelecidas no mercado nacional.

A maior demanda de determinados fármacos impulsiona a competição e acaba estimulando o lançamento de várias opções com a mesma substância, marcando a competição entre o produto de referência, pesquisador inicial do produto, genéricos e produtos similares. Apesar de existir no Brasil um mercado farmacêutico de preços regulados, promovido pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), os preços registrados no lançamento desses produtos apresentam variações expressivas para muitos casos.

Entre os produtos utilizados para o tratamento da HAS, Dislipidemias e Diabetes, presentes nesta pesquisa, as variações de preço máximo ao consumidor, por unidade farmacêutica, foram significativas, como apresenta a Tabela 52.

Tabela 52 - Variação de preços de medicamentos		
Princípio Ativo	Preço/Comprimido (R\$)	Intervalo de Preço
HAS		
Atenolol	0,56	(0,38 - 0,90)
Losartan potassico	1,12	(0,93 - 1,32)
Enalapril, Maleato	0,92	(0,85 - 1,00)
Diltiazem, cloridrato	0,60	(0,27 - 1,02)
Captopril	0,68	(0,51 - 1,81)
Anlodipino, besilato	1,35	(0,68 - 3,00)
Dislipidemias		
Sinvastatina	1,49	(1,44 - 1,60)
Atorvastatina	4,42	-
Rosuvastatina	3,66	(3,79 - 3,52)
Pravastatina	1,66	(1,21 - 2,30)
Diabetes Melito		
Metformina, cloridrato	0,42	(0,28 - 0,56)
Glimepirida	1,55	(0,73 - 2,11)
Glibenclamida	0,29	(0,20 - 0,32)

Fonte: autor

Nesta dissertação, considera-se que as estratégias nos programas de assistência farmacêutica podem contribuir para um melhor tratamento de usuários crônicos. As despesas relativas à saúde para esse grupo de usuários pode significar

parcela importante nos custos com a saúde, a ponto de estimular o agente regulador na criação dos Programas de Promoção e Prevenção de Doenças na Saúde Suplementar (ANS). A implantação de políticas de subsídios para grupos específicos de usuários, portadores das patologias-alvo, pode vir a representar uma estratégia de custo gerenciável e aplicável a RN 94/05. Essa medida propõe a troca da prorrogação dos prazos para a integralização da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco pela adoção de programas de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças pelas operadoras de planos de saúde.

A gestão da informação sobre o consumo de medicamentos constitui o primeiro passo para o entendimento do comportamento dos usuários frente à prescrição dos medicamentos, seu uso, sua frequência de compra e, conseqüentemente, o custo derivado das prescrições. A aplicação de ferramentas de gestão potencializa o uso racional dos medicamentos prescritos e pode permitir o correto financiamento do tratamento dos usuários elegíveis aos planos de benefícios em medicamentos.

As variações de preço existentes entre os princípios ativos também permitem que sejam estabelecidas, frente a protocolos e diretrizes de tratamento, um fator de custeio relevante, que estimule a participação do usuário nos programas de prevenção e permita que as metas traçadas de atenção à saúde sejam alcançadas.

Ao observarem-se os diferentes percentuais de subsídios aplicados pelas empresas pesquisadas, é possível encontrar oportunidades de economia na gestão do benefício de medicamentos, as quais potencializam uma melhor gestão dos recursos destinados ao acompanhamento desses usuários.

O estabelecimento de um custo de referência nas políticas de benefício pode permitir aos usuários maior comprometimento na gestão integrada de saúde, atuando na busca de produtos que atendam a prescrição emitida e apresentem um custo adequado ao custo de referência estabelecido no plano de medicamentos.

Além do custo de referência, a participação de produtos genéricos se apresenta como alternativa na gestão do custo, enquanto a observação do comportamento de compra indica o nível de adesão dos usuários para esse tipo de medicamento.

	Patologia	% Genéricos (Unidades)
Empresa A	HAS	26,9%
	Diabetes	23,3%
	Dislipidemia	26,1%
Empresa B	HAS	17,8%
	Diabetes	13,8%
	Dislipidemia	14,1%
Empresa C	HAS	25,8%
	Diabetes	18,0%
	Dislipidemia	28,3%

Fonte: autor

6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Os dados utilizados neste estudo são provenientes de uma base de compras dos medicamentos utilizada por três empresas com políticas de subsídios diferentes e com potenciais estímulos ao uso dos serviços de PBM. A única forma de ter acesso ao subsídio fornecido pelas empresas foi a utilização dos sistemas, portanto, ao não utilizar os serviços da PBM, o usuário não teria o subsídio disponibilizado pela empresa, constituindo, dessa forma, um importante direcionamento ao usuário e um indicar de que as informações coletadas podem significar o comportamento dos usuários elegíveis ao programa.

Apesar desses pontos, as informações foram imputadas no sistema pelos balconistas das lojas credenciadas pela PBM, o que significa que os dados foram imputados por funcionários de 970 farmácias e drogarias durante o ano de 2008. Potenciais desvios no *input* dessas informações devem ser considerados na análise dos dados. As estimativas sobre prevalência e incidência das patologias e eventos foram utilizadas com base nos indicadores do Ministério da Saúde.

Essa fonte de informações também destaca possíveis desvios nas amostras utilizadas na composição dos índices fornecidos. Os custos apresentados são os reais encontrados nas movimentações de vendas, sendo os valores expressos pelos comprovantes fiscais emitidos pelas lojas credenciadas. Tais valores foram efetivamente pagos, seja pelas empresas, na composição dos subsídios, seja pelos usuários na parcela de co-pagamento que lhes coube. A análise dos preços médios sofre variação devido a diferenças de políticas de descontos praticadas pelas farmácias e drogarias e pelas diferenças de preços entre os estados brasileiros, pela diferença decorrente das políticas de ICMS, e dos aumentos de preços praticados em março de 2008.

Dessa maneira, valores observados no passado servem apenas como indicadores. Na projeção de investimentos esses fatores devem ser considerados. O custo do agravamento de saúde reportado tem como base o trabalho apresentado em Ribeiro (2005), sendo necessário a atualização monetária destes custos para que reflitam a realidade atual. Portanto, os custos com agravamento de saúde devem também ser atualizados continuamente, devido a potenciais introduções de novas tecnologias e procedimentos, os quais não foram matéria deste estudo.

CONCLUSÃO

A gestão da informação de consumo de medicamentos apresentou-se como uma ferramenta de entendimento para o gestor de saúde, por demonstrar a capacidade de potencializar a antecipação do conhecimento sobre os riscos de saúde que a população atendida pode apresentar. O conhecimento prévio dos grupos que podem ser considerados como de risco indicou que ações de prevenção podem ser implantadas de forma mais segmentada, atuando na população que necessita de aproximação do agente gestor e o fomento de uma utilização medicamentosa adequada, racional.

Pode, também, representar uma forma de economia tangível na aplicação de políticas de subsídio ao potencializar a supressão de eventos adversos. A regulação no mercado de saúde suplementar não apresentou uma política específica para a atuação dos agentes de saúde na questão dos medicamentos ambulatoriais. Ela propõe uma atuação voltada à prevenção, com medidas educacionais submetidas pelos próprios agentes e não definidas pelo agente regulador.

Aparentemente, o consumo de medicamentos não define sozinho um controle adequado de usuários potencialmente críticos, como hipertensos, diabéticos ou dislipidêmicos, nem os define como portadores dessas patologias, apenas indicam tendências que podem ser observadas com atenção. O uso concomitante de medicamentos com indicações para patologias crônicas também representou um importante identificador do nível de risco potencial desses usuários. Porém, como o estudo apresenta, informações adicionais devem ser coletadas para que

uma análise conclusiva seja realizada sobre o perfil de cada usuário inscrito nos programas de benefícios em medicamentos.

A evolução da forma de gerir o benefício em medicamentos, de um convênio farmacêutico para uma gestão integrada, como a proposta apresentada pelas PBMs, pode representar um caminho para um entendimento detalhado do uso dos serviços de saúde. A associação das informações da saúde suplementar, com a padronização da nomenclatura utilizada e centralizada no TISS, com a integração das informações de consumo de medicamentos, separando as classes terapêuticas indicadas ao tratamento de patologias crônicas, pode também representar uma nova forma de antecipação dos riscos e sinistralidade para as ações de prevenção.

A identificação dos usuários crônicos encontrada apresentou-se mais próxima das estimativas da prevalência esperada na empresa com maior nível de subsídio, porém a realização de novos estudos seria necessária para a confirmação desse indicador.

Índices de sinistralidade representam análises globais e financeiras, e atuam como fatores de reajustes de contratos. Eventos que possam ser precocemente identificados podem atuar como redutores desses índices, fazendo com que a gestão da informação seja uma ferramenta estratégica e importante no direcionamento dos negócios de saúde.

As informações de saúde circundam a esfera financeira, e a análise detalhada do uso da estrutura de saúde parece ser um fator que pode contribuir para um melhor entendimento do perfil de saúde de grupos de usuários. Os medicamentos podem antecipar essa visão, pois, ao atuar fora do radar dos grandes sinistros, podem servir como uma nova ótica, contribuindo, assim, para o gerenciamento de saúde.

Os resultados encontrados nas empresas pesquisadas tendem a direcionar as ações para categorias de usuários que podem representar um nível de sinistro elevado, usuários estes que, ao se analisarem as várias categorias de medicamentos consumidos, revelam um perfil de uso, algumas vezes, dentro do esperado, referenciando as medicações indicadas a cada patologia observada.

Os subsídios aparentam ser importantes ferramentas de gestão no uso de medicamentos, e o percentual mais elevado, das empresas B e C, parece surtir um maior efeito sobre os usuários na busca pelos medicamentos prescritos.

Para atingir o objetivo geral de entender o impacto da utilização das informações disponibilizadas sobre consumo de medicamentos nos bancos de dados das PBMs, e objetivos específicos de analisar o potencial para ações preventivas, os incentivos existentes a adesão ao tratamento, os resultados de políticas de subsídios no custeio dos tratamentos e a repercussão no comportamento do varejo farmacêutico.

O estudo propôs uma metodologia de avaliação dos investimentos em subsídios de medicamentos, centralizou a análise em um grupo terapêutico específico, a hipertensão arterial, sendo possível uma avaliação mais abrangente com outras classes terapêuticas. Possíveis estudos vindouros, nesse sentido, deverão considerar os níveis de risco apresentados por cada patologia, para que seja possível o estabelecimento de políticas de saúde que estejam direcionadas às necessidades de cada grupo populacional, cabendo a cada gestor de saúde definir o melhor escopo e o nível de atenção farmacêutica que será dispensado aos usuários do benefício.

Considerando os dados observados nesta pesquisa, possibilitar o acesso aos medicamentos, através de uma gestão integrada da informação, apresenta-se como uma medida viável de controle e conhecimento e que pode oferecer resultados interessantes aos que se propõem entender o papel dos medicamentos como fatores de impacto na gestão de saúde.

REFERÊNCIAS

MION JR, D, PIERIN, A.M.G, GUIMARÃES A. Tratamento da Hipertensão Arterial - Respostas de Médicos Brasileiros a um Inquérito. **Rev. Assoc. Med. Bras.** Vol.47 no.3 São Paulo julho/setembro. 2001

KEARNEY PM, WHELTON M, REYNOLDS K, *et al.* **Global burden of hypertension: analysis of worldwide data.** Lancet, 2005.

STEIN R, TOCHETTO E, ALBOIM C, *et al.* Tratamento farmacológico da cardiopatia isquêmica: qual o custo e quais estratégias para reduzi-lo? **Arq. Bras. Cardiol**, 2001; 78: 96.

KANNEL WB, WOLF PA, VERTER J, MCNAMARA PM. Epidemiologic assessment of the role of blood pressure in stroke: the Framingham Study. **JAMA.** 1970;214(2):301-310

MION, D JR. (org.). V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Sociedade Brasileira de Cardiologia.** São Paulo, 2007.

SARLET, I. W. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na constituição de 1988. **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado (RERE)**, Salvador, Instituto Brasileiro de Direito Público, nº11, setembro/outubro/novembro, 2007.

GUIMARÃES, R. A. **Política Pública de Saúde e o Acesso a Medicamentos.** Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Brasil, 2008.

SILVA, R. A. C. Regulamentação Econômica da Saúde. **Constituição de 1988.** CMED/ANVISA/ANS/CADE. São Paulo: LCTE Editora, 2008.

MORTELLA, C, *et al.* **Saúde e Indústria Farmacêutica em Debate.** São Paulo, Cubzac, 2008.

SCHUMPETER, J. A. **Teoria do desenvolvimento econômico uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e o ciclo econômico.** São Paulo: Nova Cultural, 1997.

FIANI, R. **Teoria da Regulação Econômica: Estado Atual e Perspectivas Futuras** Rio de Janeiro: UFRJ, 1998.

CARDOSO, A. A. **Saúde suplementar, regulação, desafios e oportunidades.** Florianópolis: ANS, 2007.

PIOLA, S. F.; VIANNA S. M. (orgZ). **Economia da Saúde**: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA, 1995.

LUIZA, V. L. Acceso a medicamentos: conceptos, polémica y indicadores. In: **Tercer, Seminario Internacional “Acceso a medicamentos: Derecho Fundamental – Papel Del Estado”**. 2002.

AMORIM, M. C. S., PERILLO, E. B. F. (org). **Para entender a saúde no Brasil**. São Paulo: LCTE, 2006.

DOWBOR, L., KILSZTAJN, S. (org). **Economia Social no Brasil**. São Paulo: Senac, 2001.

SCHENKEL E. P. MENGUE S. S, PETROVICK P. R. **Cuidados com os medicamentos**. 3ª ed. Porto Alegre/Florianópolis: UFSC, 1998.

ANIS, A., D. GUH, D. LACAILLE, C. MARRA, A. RASHIDI, X. LI, J. ESDAILE. When patients have to pay a share of drug costs: effects on frequency of physician visits, hospital admissions and filling of prescriptions, **Canadian Medical Association Journal**, 2005, Vol. 173, No. 11, pp. 1335-1340.

PARIS, V, DOCTEUR E. **Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Canada # 24**, 2007, OCDE

PARIS, V, DOCTEUR E. **Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Germany # 39**, 2008, OCDE

PIERRE M, DOCTEUR E. **Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Mexico # 25**, 2007, OCDE

GONZÁLEZ-PIER E, *et al.* Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health. **Lancet**, 2006; published online Oct 25. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69567-6.

DEL NERO, C. R. O que é Economia da Saúde. In: PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães (orgs.). **Economia da Saúde**: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde. 3º Ed. Brasília, IPEA149, 2002.

MÉDICI, A. C. Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde . In: PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães (orgs.). **Economia da Saúde**: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde. 3º Ed. Brasília, IPEA149, 2002.

CASTRO, J. **Geografia da Fome**: o dilema brasileiro – pão ou aço. Rio de Janeiro: Antares/Achiame, 1980.

RIBERIO, R. A; MELLO, R. G.B. et al. Custo Anual do Manejo da Cardiopatia Isquêmica Crônica no Brasil. **Perspectiva Pública e Privada Arquivos Brasileiros de Cardiologia** - Volume 85, Nº 1, Porto Alegre, Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Julho 2005

AMORIM, M. C. S. Regulação dos preços e acesso ao consumo de medicamento no Brasil. In: SILVA, H. DOWBOR, L. ANTAS JR., R. **Os desafios do consumo**. Petrópolis: VOZES, 2007.

COUTINHO, M. C. Introdução à Economia: Princípios de Micro e Macroeconomia. **Revista de Economia Política**, vol. 22, nº 1 (85), Instituto de Economia, Unicamp. janeiro-março/2002

ANDRADE, J. VILAS-BOAS, F. *et al.* Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Arq. Bras. Cardiol**, volume 79 (nº 4), 375-9, 2002

MALIK, A. M. Qualidade em serviços de saúde público e privado. **São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde**. São Paulo: NAMH/FSP-USP/Banco Itau, 1998

MION, D., PIERIN, A. M. G., GUIMARÃES, A. Tratamento da Hipertensão Arterial – Respostas de Médicos Brasileiros a um Inquérito. **Revista Associação Médica**. Brasil, 2001; 47(3): 249-54

OCKÉ REIS, C. O., SILVEIRA, F. G., ANDREAZZI, M. F. S. **Avaliação dos Gastos das Famílias com a Assistência Médica no Brasil**: O Caso dos Planos de Saúde. Texto para Discussão Nº 921 IPEA

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES). **Qualificação da Saúde Suplementar**: nova perspectiva no processo de regulação. Rio de Janeiro: 2007.

_____. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro, 2007.

_____. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp>> Acesso em: abril/2009

_____. **Perfil Setorial**. <<http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp>> Acesso em: abril/2009

_____. **IDSS**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp>> Acesso em: abril/2009

_____. **SIEPI**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp>> Acesso em: abril/2009

LISBOA, M, FIUZA, E. VIEGAS, M. FERRAZ, L. **Política Governamental e Regulação do Mercado de Medicamentos**. Disponível em: <http://www.seae.fazenda.gov.br/central_documentos/documento_trabalho/2001-1/doctrab08.pdf> - acessado em 13/03/2009> Acesso em: abril/2009

MINISTÉRIO DA SAÚDE/SVS e Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Inquérito Domiciliar de Comportamentos de Risco de Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis**: protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/do_d07_00.htm> Acesso em: abril/2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de promoção da saúde. **Seminário política nacional de medicamentos, buscando uma política de medicamentos para o Brasil** (3.:2007: São Paulo). GUERRA, Rafael (org.). São Paulo: Febrapharma, 2007.

BRASIL. Iii seminário de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. **Programa de Estímulo à Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças da ANS** – Experiências Bem Sucedidas Ana Paula Cavalcante 13 de dezembro de 2006.

IBGE. ECONOMIA DA SAÚDE UMA PERSPECTIVA MACROECONÔMICA 2000-2005. **Estudos e Pesquisas Informação Econômica**. número 9. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2006.

SBN. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Realização Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC, Sociedade Brasileira de Hipertensão – SBH e Sociedade Brasileira de Nefrologia. São Paulo: 2007.

THE WORLD HEALTH REPORT 2008 : **primary health care now more than ever. 1.World health – trends. 2.Primary health care – trends. 3.Delivery of health care. 4.Health policy**. World Health Organization.de dezembro de 2006

BRASIL. **Diário Oficial da União**. Edições de Março de 2006 a Fevereiro de 2009.

_____. Portaria número 491 de 9 de Março de 2006.

_____. Portaria número 1414 de 13 de Março de 2007.

SITES UTILIZADOS

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/e09_03m.htm> Acessado em 12/03/2009.

<<http://www.who.int/classifications/atcddd/en/index.html>> Acessado em 15/02/2009.

<http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/059.pdf> Acessado em 12/03/2009.

<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1272&id_pagina=1> Acessado em 07/04/2009.

<<http://www.anvisa.gov.br/monitora/cmed/index.htm>> Acessado em 07/02/2009.

<<http://www.abrafarma.com.br/numeros.htm>> Acessado em 15/03/2009.

<<http://www.bnb.gov.br/content/aplicacao/ETENE/Anais/docs/2004-o-controle-.pdf>> Acessado em 15/03/2009.

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/e09_03m.htm> Acessado em 28/03/2009.

<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=1272> Acessado em 22/3/2009.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)