

Seguros para Cobertura de Medicamentos – Principais Desafios e Experiências

Marcos Novais
Amanda Reis

Luiz Augusto Carneiro
Superintendente Executivo

SUMÁRIO EXECUTIVO

- ✓ No Brasil:
 - A despesa total com medicamentos cresceu 13,5% em termos reais entre 2007 e 2009 (de R\$ 55,0 bi para R\$ 62,5 bi, ambos em R\$ de 2009);
 - 38,8 milhões de brasileiros (20% da população) utilizam medicamentos contínuos; desses, 12,4 milhões são beneficiários de planos de saúde.
- ✓ Esse estudo apresenta uma revisão da literatura sobre a cobertura de medicamentos via saúde privada. Os principais resultados estão dispostos a seguir:
 - 1. Não há evidências de que o seguro para cobertura de medicamentos reduz as despesas totais com saúde.**
 - Não se verifica uma diferença significativa na probabilidade de internar para quem possui ou não o seguro de medicamento.
 - Não se verifica uma relação significativa entre ter seguro de medicamento e uma boa/má percepção do estado de saúde na avaliação dos paciente.
 - Os gastos com remédios são de 18% a 66% maiores para quem possui cobertura para medicamento, dado que para essas pessoas o número de prescrições médicas é de 6% a 50% superior.

2. Os novos medicamentos aumentam as despesas.

- 46% do crescimento das despesas com medicamentos nos EUA foi atribuído à introdução de novos medicamentos, entre 1997 e 2001.
- A incorporação de novos medicamentos foi responsável por 95,7% do crescimento das despesas com medicamentos para o tratamento da diabetes, entre 1995 e 1998.

3. Os estudos demonstram que há seleção adversa¹ e risco moral² no mercado de seguro de medicamento.

- A seleção adversa é mais severa no seguro de medicamento do que no seguro saúde, por duas razões:
 - Há evidências de que os indivíduos antecipam a necessidade de uso de medicamentos, pois os gastos com medicamentos no presente são altamente determinados pelos gastos ocorridos no passado recente. Portanto, quem espera ter gastos elevados com medicamentos tem maior probabilidade de contratar o seguro;
 - Os estudos demonstram que os indivíduos doentes e que utilizam medicamentos continuamente tem mais probabilidade de contratar o seguro de medicamento.
- Em relação somente ao risco moral, há evidências de que os beneficiários que aderiram ao seguro de medicamentos com bom estado de saúde aumentaram

¹ A Seleção adversa é um problema econômico, advindo da assimetria de informação entre o segurado, a seguradora e os demais segurados de sua classe de risco. Por exemplo, o segurado que opta por contratar o seguro porque sabia ter uma maior probabilidade de precisar de medicamentos do que as demais pessoas em sua classe de risco. Essa decisão do segurado prejudica todos os demais segurados, já que o custo será repartido entre todos.

² O risco moral em seguros se refere à possibilidade de o segurado mudar seu comportamento ao contratar o seguro. Por exemplo, quando o segurado passa a consumir mais serviços de saúde ao adquirir o seguro em relação a quando não o possuía. Ela assim o faz pela percepção de que os serviços de saúde não tem custo direto sobre o seu bolso.

a utilização de medicamentos, em relação a quando ele não possuía a cobertura.

- A seleção adversa e o risco moral são agravados à medida que o beneficiário pode escolher entre uma cobertura básica ou irrestrita. Conseqüentemente, os produtos de seguro de medicamento com cobertura irrestrita não são mais comercializados no Medicare nos Estados Unidos, em nenhum estado, desde 2009.

4. Foram adotadas diversas medidas de gestão para controlar o crescimento das despesas com medicamentos.

- Gestão da Utilização de Medicamentos – o objetivo é incentivar pacientes a escolherem determinados medicamentos.
 - Uso de listas de referência dos medicamentos cobertos e suas respectivas taxas de coparticipação.
 - Separação dos medicamentos cobertos em: referenciados (indicados na lista de referência) – são genéricos e de marca com desconto; e não referenciados – de marca sem desconto;
- Gestão de Contratos: o objetivo é estabelecer estratégias contratuais entre a seguradora e as demais entidades da cadeia produtiva de saúde (PBM's - Pharmacy Benefits Management, fabricantes de medicamentos, redes de farmácias) para obter melhores resultados (descontos) na negociação de compra pela seguradora.
- Impacto das Medidas de Gestão
 - Há evidências tanto de que a adoção de listas de referência e coparticipação pode ser efetiva na redução dos gastos com medicamentos quanto de que essas medidas produzem efeitos

adversos para a saúde dos beneficiários e, às vezes, aumentam as outras despesas com saúde.

- Os estudos demonstram que, mesmo utilizando fatores moderadores e medidas de gestão, os custos do seguro de medicamento continuam crescendo acima dos demais gastos com saúde:
 - Entre 1996 e 2008, as despesas com medicamentos nos Estados Unidos cresceram 284%, enquanto as despesas com serviços de atendimento hospitalar e ambulatorial cresceram, respectivamente, 111% e 125%;
 - De 2006 a 2010, o prêmio mensal do seguro de medicamento:
 - Cresceu 44% em média no Medicare.
 - Quase triplicou, em média, na seguradora *Humana*, a segunda maior, com 3,2 milhões de vidas.
 - Cresceu 50% em um produto da seguradora *UnitedHealth Group*, a maior do segmento, com 6,4 milhões de vidas.

Introdução

A despesa total com medicamentos cresceu 13,5% em termos reais entre 2007 e 2009 (de R\$ 55,0 bi para R\$ 62,5 bi, ambos em R\$ de 2009)³, no Brasil. Em 2009 esse total representou 22,3% dos gastos totais com saúde, público e privada. As principais razões para o crescimento nos gastos com medicamentos são: i) a inclusão constante de novos medicamentos, ii) o aumento do número de doenças passíveis de identificação e tratamento, iii) o envelhecimento da população, que implica em aumento da prevalência de doenças crônicas, iv) a inflação dos medicamentos⁴.

O uso contínuo de medicamentos faz parte do dia-a-dia de 38,8 milhões de brasileiros (20% da população)⁵. Para os beneficiários de planos de saúde o percentual é maior, 27% do total de beneficiários (12,4 milhões)³. Além disso, ao fim de cada atendimento de saúde⁶, seja particular ou público, em 59% das vezes é prescrito algum medicamento (PNAD, 2008).

No Brasil, o acesso aos medicamentos pode ser via sistema público de saúde, desembolso direto das famílias ou pelo plano de saúde em casos de internação hospitalar. A Constituição Federal define que o Estado deve disponibilizar os serviços de saúde de promoção, proteção e recuperação, incluindo medicamentos, para toda a população. Porém, em 2009, o setor público financiou 10,1% de todos os gastos com medicamentos.

Em alguns países existe na saúde privada um seguro para a cobertura de medicamentos. Nesses casos uma grande parte dos gastos com medicamentos é financiada pela saúde privada. Por exemplo, no Canadá⁷, 34% dos gastos totais com medicamentos foram desembolsados pelos seguros. Na Holanda, que possui um sistema de saúde basicamente privado, quase a totalidade das despesas com medicamentos (99,7%, em 2005) é paga via seguro⁸. Já nos Estados Unidos, os seguros para a cobertura de medicamentos representaram o equivalente a 42% de todos os gastos com medicamento, em 2008. Os gastos do setor público e das famílias foram de 37% e 21%, respectivamente.

Este trabalho apresenta a experiência de cobertura de medicamentos na saúde privada nos Estados Unidos por meio de uma revisão de publicações acadêmicas sobre o assunto. O trabalho está dividido em mais 3 seções, além do sumário executivo e dessa introdução. A

³ Pesquisa “Contas Satélite Saúde 2009” do IBGE. Publicada em Janeiro de 2012.

⁴ Dubois et al. (2000); e Joyce et al. (2002).

⁵ A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD é uma pesquisa amostral, em que mais 390 mil brasileiros foram entrevistados em 2008.

⁶ A pesquisa não separa por tipo de atendimento. Portanto os atendimentos podem ser em: consultório, posto de saúde, pronto socorro, hospital ou farmácias.

⁷ O Canadá possui um sistema público universal para acesso a serviços ambulatoriais e hospitalares. Contudo, o sistema público não fornece medicamentos de uso domiciliar para todos. Assim, aproximadamente 60% da população possuem planos para a cobertura de medicamentos, muitas vezes provido pelo empregador.

⁸ Ver estudo da OECD: http://www.oft.gov.uk/shared_oftr/reports/comp_policy/oft885k.pdf

seção 1 apresenta os objetivos e as justificativas que embasam a pesquisa. Na seção 2 são feitas as análises de todo o referencial teórico pesquisado. Essa seção foi dividida em 4 partes, cada uma delas tem enfoque em um tema específico, são eles: a relação entre possuir seguro de medicamento e as despesas totais com saúde; o impacto da constate introdução de novos medicamentos sobre as despesas; a seleção adversa e o risco moral no mercado de seguro de medicamento; e as principais estratégias adotadas para fazer a gestão do produto seguro de medicamento. A seção 3 apresenta as conclusões e recomendações.

1. Objetivo e Justificativa

Esse estudo apresenta uma revisão da literatura sobre cobertura de medicamentos pela saúde privada abordando duas questões essenciais:

- Ter cobertura de medicamentos via saúde privada torna a saúde dos segurados melhor do que a dos não segurados?
- O seguro para cobertura de medicamentos é viável economicamente, tanto para as empresas quanto para os beneficiários?

A maioria das publicações científicas sobre seguro para cobertura de medicamento fazem referência à experiência dos Estados Unidos. Portanto, optou-se por direcionar a revisão de literatura para esse país. Além disso, algumas características notabilizam os Estado Unidos como referência no assunto:

- 256,3 milhões de norte americanos (83% da população) possuem algum tipo de seguro saúde, 86% desses possuem um plano para cobertura de medicamentos;
- 176 milhões (68,6% dos beneficiários de seguro medicamento) tinham, em 2008, cobertura para medicamento via saúde privada por meio de planos coletivos empresariais;
- Desde 2006, os beneficiários do Medicare⁹ têm acesso subsidiado pelo Estado para a cobertura de medicamentos via saúde privada (a chamada *Part D* do *Medicare*);
- Em 2010, 41,8 milhões de beneficiários do Medicare (acima de 65 anos), de um total de 46,5 milhões, tinham cobertura para medicamentos;
- Em 2010, a maioria dos beneficiários do Medicaid¹⁰, que totalizavam 60 milhões, possuía cobertura para medicamentos. Como o Medicaid é administrado pelos estados, alguns estados fornecem cobertura de medicamento enquanto outros não;

⁹ O Medicare é um sistema de seguros de saúde, gerido pelo governo e organizado por seguradoras privadas, destinado às pessoas de idade igual ou superior a 65 anos. Em geral, idosos podem ser beneficiários do Medicare se tiverem contribuído para o sistema durante sua vida de trabalho por pelo menos 10 anos. Pessoas com menos de 65 podem se beneficiar da assistência do Medicare se forem portadores de alguma deficiência ou estiverem com doenças renais graves.

¹⁰ http://www.chcs.org/usr_doc/Medicaid_Fact_Sheet_-121710.pdf.

- O seguro de medicamento é um produto separado do seguro médico-hospitalar;
- O seguro medicamento não é compulsório;
- O governo não determina: os medicamentos cobertos¹¹, os preços e os reajustes.

2. Referencial Teórico Pesquisado

A análise de mais de 60 artigos científicos sobre seguros para cobertura de medicamentos possibilitou identificar quatro questões recorrentes:

- Existe uma relação entre ter cobertura via seguro de medicamentos e a redução das demais despesas com saúde (exemplo: internações)?
- Os novos remédios aumentam as despesas totais com medicamentos?
- Há seleção adversa e risco moral nesse mercado? E quais são os seus efeitos?
- Quais são as medidas de gestão utilizadas para controlar o crescimento das despesas com medicamentos? Essas medidas surtiram efeito?

Cada um desses temas serão abordados nas próximas seções deste trabalho.

2.1 O Seguro para Cobertura de Medicamentos Reduz as Outras Despesas com Saúde?

Existe uma discussão a respeito da relação entre o seguro de medicamento e as despesas gerais com saúde. A hipótese avaliada é de se ter cobertura para medicamento diminui as despesas totais com saúde, em especial as internações. Essa hipótese considera implicitamente que a saúde do indivíduo com seguro de medicamento melhoraria por causa da facilidade de acesso ao tratamento e às medidas preventivas. Entretanto, verifica-se nessa seção que a maioria das evidências publicadas refutam essa hipótese.

Os artigos pesquisados mostram que quem possui cobertura de medicamento tem gastos com remédios entre 18% e 66% superiores do que quem não tem cobertura¹². O aumento dos gastos é causado por um aumento na quantidade consumida¹³, e não no preço. Esse aumento na quantidade é devido, principalmente, à elevação do número de prescrições médicas para os segurados (ação do médico), vis à vis, os não segurados. Nos Estados

O Medicaid é o programa de saúde destinado a indivíduos e famílias de baixa renda. Para ser elegível ao programa são considerados diversos aspectos, que podem incluir: idade, gravidez, deficiência física e nível de renda. A idade é fator tanto para o Medicare quanto Medicaid, pois é possível integrar os benefícios dos dois programas. A administração do Medicaid, assim como as exigências para ser elegível ao programa são definidas por cada estado.

¹¹ Huskamp et al. (2003).

¹² Briesacher et al. (2005); Leibowitz et al. (1985); Yang et al. (2004); Gianfrancesco et al. (1994); Gluck (1999); Pauly (2004); Lillard et al. (1999); Davis et al. (1999).

¹³ Yang et al. (2004); e Davis et al. (1999).

Unidos a quantidade de medicamentos prescritos é de 6% a 50% superior para um indivíduo que tem seguro de medicamento do que para um sem o benefício¹⁴. Em média, beneficiários do Medicare com seguro de medicamento recebem 20 prescrições ao ano, enquanto os que não possuem recebem 15, o que sugere uma conduta médica diferente em relação à prescrição de medicamento para quem tem seguro.

No que tange ao estado de saúde, não há evidências significativas entre ter seguro para cobertura de medicamento e um bom/mau estado de saúde na avaliação dos pacientes¹⁵. Todavia, há evidência de que a cobertura para medicamentos reduz a taxa de mortalidade de idosos¹⁶. Porém, essa sobrevida seria acompanhada por doenças que necessitam de cuidados contínuos, aumentando as despesas com saúde.

Entre os artigos pesquisados, não houve indicativos conclusivos sobre a relação entre ter ou não seguro de medicamento e a menor ou maior utilização de internação. Enquanto há diversas evidências de que ter seguro de medicamento não reduz a taxa de internação dos segurados¹⁷, outros trabalhos avaliam que, para indivíduos de baixa renda portadores de doenças crônicas, o seguro pode reduzir a taxa de internação dessa população¹⁸.

Em relação a utilização de consultas, não há consenso entre os estudos: enquanto uns indicam que os indivíduos cobertos realizam mais consultas (para que se tenha a prescrição do medicamento)¹⁹, outros indicam que não há diferença entre quem possui ou não a cobertura de medicamentos²⁰.

Há evidências de que o efeito do seguro de medicamento está relacionado à renda do beneficiário. Em 2008, os idosos beneficiários do Medicare de baixa renda obtiveram economia de renda com o seguro de medicamento, porém nenhum efeito foi observado para idosos beneficiários de média e alta renda²¹. Pesquisas recentes, publicadas em 2007 e 2008, mostram que para pobres com doenças crônicas a cobertura facilita o acesso aos medicamentos e tem impactos positivos sobre o estado de saúde²².

Em síntese, as principais evidências na bibliografia pesquisada para os Estados Unidos apontam que ter um seguro de medicamento aumenta as despesas com medicamentos, não melhora o estado de saúde na avaliação dos pacientes e não há relação conclusiva sobre o aumento ou redução da frequência de internações e consultas. Contudo, verifica-se que a

¹⁴ Shea et al. (2007); Khan et al. (2008).

¹⁵ Khan et al. (2008).

¹⁶ Yang et al. (2004).

¹⁷ Brisacher et al. (2005); Khan et al. (2008).

¹⁸ Gilman et al. (2003); Sharma et al. (2003).

¹⁹ Brisacher et al. (2005).

²⁰ Yang et al. (2004); Gilman et al. (2007).

²¹ Baker and Zipperer (2008)

²² Khan et al. (2008); Goldman et al. (2007)

cobertura de medicamentos para idosos de renda baixa tem efeito positivo sobre o estado de saúde e reduz o peso das despesas com medicamentos sobre a renda. Por outro lado, não há efeitos para idosos de renda média e alta.

2.2 Os Novos Medicamentos e o comportamento das Despesas

Segundo estudo publicado em 2001²³, 46% do crescimento das despesas com medicamentos nos Estados Unidos, entre 1997 e 2001, foi atribuído à introdução de novos medicamentos no mercado. No período de 1995 a 1998, a incorporação de novos medicamentos foi responsável por 95,7% do crescimento das despesas com medicamentos para o tratamento da diabetes; para os anti-histamínicos esse percentual foi de 71,8% (Tabela 1).

Na Tabela 1 é possível observar o impacto dos novos medicamentos sobre as despesas por classe de medicamento. Os autores observaram, nesse levantamento, que houve também um aumento de volume, pois os novos medicamentos foram adicionados aos que já estavam estabelecidos.

Tabela 1: Influência dos novos medicamentos no crescimento das despesas entre 1995 e 1998.

Categoria	Part. dos novos medicamentos (%)
Diabetes	95,7
Anti-histamínicos	71,8
Tratamento de lipídios e/ou lipoproteínas no sangue	62,5
Asma	61,7
Agentes Gastrointestinais	51,2
Terapia de Reposição Hormonal	10,0

Fonte: Adaptado de Dubois et al. (2000)

O setor da indústria farmacêutica é um dos líderes de investimento em pesquisa e desenvolvimento (P&D). Por outro lado, os vultosos investimentos, direcionados às inovações, são incorporados nos preços dos novos medicamentos. Por isso, o gasto com medicamentos mais recentes tende a ser maior do que com aqueles já lançados a mais tempo.

A introdução de novos medicamentos no mercado aumenta as despesas de diversas formas. Elas podem crescer devido à substituição de medicamentos antigos por novos de preço mais elevado²⁴, o que seria um efeito de preço. Porém, em alguns casos, o novo medicamento não substitui o antigo, mas é adicionado ao tratamento. Nesse caso o efeito é de volume. Quando esses dois efeitos ocorrem conjuntamente, as despesas com medicamentos se multiplicam, já

²³ Bernt (2001)

²⁴ Calfee (2002)

que para um mesmo tratamento passam a serem utilizados mais remédios com um preço total mais elevado.

Outra situação que aumenta as despesas com medicamentos é o “efeito de expansão de tratamento”²⁵. Isso ocorre quando o novo medicamento torna possível o tratamento para pacientes que antes não podiam ser tratados, ou seja, torna mais pessoas elegíveis ao tratamento.

Apesar das novas medicações contribuírem para a elevação das despesas com medicamentos, um estudo reporta que a melhora no estado de saúde dos pacientes devido à maior eficácia de novos remédios pode reduzir a necessidade de outros tipos de atenção à saúde²⁶, diminuindo assim as despesas totais. Porém, essas proposições não foram observadas para os medicamentos antipsicóticos, introduzidos no mercado dos Estados Unidos na década de 90: as despesas com medicamentos para esse tratamento aumentaram 610% entre 1993 e 2001²⁷. Esperava-se que esse aumento fosse compensado pela queda na quantidade consumida de outros medicamentos, o que não ocorreu.

Atualmente, nos Estados Unidos e alguns outros países²⁸, é exigido, na saúde pública e privada, uma análise de custo-efetividade para incluir os novos medicamentos na cobertura. A análise, em hipótese, permite identificar a maior eficácia terapêutica ao menor custo²⁹ entre os novos medicamentos e os já estabelecidos no mercado. Contudo, há evidências de que há viés na condução e apresentação das análises de custo-efetividade, principalmente as financiadas pela indústria farmacêutica. Em um estudo de análises de custo-efetividade realizadas nos Estados Unidos e na Europa, observou-se que os estudos financiados pela indústria farmacêutica são duas vezes mais prováveis de apresentar resultados custo-efetivo em relação aos financiados por instituições não ligadas à indústria farmacêutica³⁰.

As despesas com medicamentos tendem a decrescer a partir do momento em que as patentes expiram³¹ e os genéricos entram no mercado. No entanto, com o tempo, os medicamentos mais antigos, que muitas vezes já possuem genéricos, perdem espaço para os novos, reduzindo o efeito positivo de queda nas despesas. De acordo com levantamento realizado em 49 dos 51 estados norte-americanos, nos estados onde foi verificado elevada prescrição de novos medicamentos as despesas com medicamentos totais também foram maiores³².

²⁵ Civan e Koxsal (2008).

²⁶ Kleinke (2001).

²⁷ Duggan (2005).

²⁸ Goldman et al. (1996); Laupacis (2005); Hill et al. (2000)

²⁹ Alternativas custo-efetivas dependem do que deseja o avaliador. Por isso nem sempre são as de menor custo, mas as que acrescentam maior tempo de vida ou tempo de vida com qualidade (Bell et al., 2006).

³⁰ Bell et al. (2006)

³¹ Lakdawalla e Sood (2009)

³² Civan e Koxsal (2008)

Esse é um indicativo de que as novas medicações são mais caras do que as antigas e elevam os custos totais.

Por fim, outro fator relevante encontrado na literatura, que influencia o aumento nos gastos com novos medicamentos, é o tempo necessário para a realização de testes clínicos e aprovação pela agência reguladora. O tempo médio de aprovação de uma nova medicação pela Food and Drug Administration³³ (FDA) caiu para 14,4 meses em 2005, comparado com 18,7 meses em 2004³⁴. Quanto menor o tempo, mais medicamentos novos e caros circulam no mercado.

Em suma, pode-se inferir, a partir da literatura americana pesquisada, que os novos medicamentos aumentam as despesas totais com medicamentos tanto via preço quanto volume.

2.3 A Seleção Adversa e o Risco Moral no Mercado de Seguro de Medicamento

A mensalidade de qualquer seguro é baseada principalmente no custo per capita das indenizações pagas aos segurados pelo seguro. No caso do seguro de medicamento, o valor da mensalidade é baseado no custo per capita dos medicamentos cobertos. Como qualquer seguro, o seguro de medicamento funciona com base no mutualismo. Ou seja, segurados de uma mesma classe de risco (por exemplo, faixa etária) pagam uma mensalidade com base no custo per capita dos medicamentos consumidos por eles.

Para qualquer seguro ser viável economicamente, as pessoas devem contratar o seguro para se proteger somente de eventos imprevisíveis na data de contratação. O segurado que, no momento da contratação, sabe ter uma probabilidade maior de precisar de medicamento do que as demais pessoas da sua classe de risco terá um incentivo maior para contratar o seguro, pois o valor da mensalidade será inferior ao que ele espera gastar com medicamento. Este é um exemplo de seleção adversa, o qual tende a ser agravado quando não apenas uma pessoa, mas várias têm esse comportamento. A seleção adversa é um problema econômico advindo da assimetria de informação entre o segurado, a seguradora e os demais segurados de sua classe de risco.

No caso descrito acima, o segurado tem informação privilegiada sobre a sua saúde e utiliza isso a seu favor, apesar das consequências desfavoráveis à seguradora e, principalmente, às demais pessoas da sua classe de risco. De fato, havendo seleção adversa, quando a seguradora fizer um novo cálculo da mensalidade do seguro, com base no custo per capita, encontrará um valor maior do que o anterior, que deverá ser pago por todos segurados da classe de risco.

³³ Agência americana responsável pela regulação e supervisão da segurança alimentar e de medicamentos.

³⁴ Hoffman et al. (2007)

Adicionalmente, a seleção adversa em seguros tem mais um agravante: ela provoca um efeito “bola de neve”. Ao aumentar o custo per capita do seguro (a mensalidade), ocorre o efeito de saída de segurados com menor probabilidade de precisar da cobertura do seguro, cujo custo esperado é menor. Logo, num segundo momento, o seguro ficará novamente mais caro, e assim por diante.

O seguro de medicamento possui duas características que intensificam a seleção adversa. Uma delas é a maior previsibilidade dos gastos com medicamentos pelos contratantes. Essa afirmação é baseada em estudos cujos resultados empíricos indicam que os gastos com medicamentos no presente são altamente determinados pelos gastos ocorridos no passado recente³⁵. A probabilidade de adesão à cobertura de medicamentos é maior para quem tem maior número de prescrições nos 30 dias que antecedem a contratação³⁶. Ou seja, os indivíduos aderem ao plano dado que no passado recente o número de medicamentos prescritos e utilizados foi elevado.

Outro fator que influencia a seleção adversa é a necessidade de uso prolongado de medicamentos. Pesquisas indicam que: para indivíduos que já fazem uso de medicamentos contínuo a probabilidade de contratar seguro de medicamentos é maior³⁷; pessoas cobertas com seguro de medicamento apresentam mais doenças crônicas³⁸ em relação às pessoas que não possuem seguro; o simples fato de possuir seguro com cobertura para medicamentos implica em maior consumo de medicamentos³⁹.

A seleção adversa se agrava à medida que os indivíduos podem escolher o nível de cobertura que melhor se adequa às suas necessidades. Dessa forma, a expectativa de ter despesa elevada com medicamento torna o segurado propenso a pagar mais por uma cobertura maior. E a recíproca também é verdadeira. A concentração de beneficiários com elevada utilização em planos com cobertura ampliada força a elevação dos preços desses planos⁴⁰. Conforme os preços se elevam, a tendência é permanecerem as pessoas com alta utilização e saírem as demais. Com o tempo este produto não se sustenta, e o exemplo pode ser verificado no próprio mercado americano.

As seguradoras *BCBS Northern Plains* e *Sierra*⁴¹ reportaram que os segurados que têm gastos catastróficos com medicamentos (considerados os gastos anuais acima de US\$ 5.451,00) estão concentrados em produtos de cobertura irrestrita. Por causa disso, muitos desses produtos não são mais comercializados. Segundo informações oficiais do CMS (*Centers for Medicare and Medicaid Services*), os seguros de medicamentos com cobertura irrestrita entraram

³⁵ Goldman, D.P. et al. (2006)

³⁶ Cline, R.R., Mott, D.A. (2003)

³⁷ Schneeweiss, S. et al. (2009); Yin, W. et al. (2008).

³⁸ Poisal e Murray, (2001).

³⁹ Yang et al., 2004; e Gemmill et al. (2006).

⁴⁰ Riley, G.F. et al. (2009)

⁴¹ Hoadley et al. (2008)

em colapso a partir de 2006. No ano de 2007, quase metade desses produtos desapareceram e, para a outra metade, os preços aumentaram. A partir de 2008, esses produtos deixaram de existir⁴².

Outra característica presente no mercado de seguro para cobertura de medicamentos é o risco moral, que ocorre quando o indivíduo passa a ter um comportamento que não teria caso não possuísse o seguro. Há poucas evidências empíricas sobre tal fenômeno devido à dificuldade de se obter informações sobre como as pessoas consomem medicamentos antes e depois de adquirirem o seguro.

Contudo, há evidências de que os beneficiários que aderiram à cobertura de medicamentos Part D do Medicare e tinham bom estado de saúde aumentaram a utilização de prescrições de medicamentos, em relação aos anos anteriores quando não tinham a cobertura. Porém esse aumento não foi decorrente de necessidades não atendidas até antes de possuir o seguro⁴³.

Outros estudos, realizados em 2006⁴⁴ e em 2007⁴⁵, identificaram que, conforme a cobertura reduz o custo para a aquisição do medicamento pelos segurados, esses aumentam o consumo em proporção maior do que a redução do custo. Ou seja, tornar o medicamento mais barato ao segurado faz com que esse aumente o consumo desses produtos em comparação aos não segurados.

Para tentar contornar as situações de seleção adversa e risco moral, combinadas às constantes inovações que aumentam os custos dos medicamentos, o mercado de seguro de medicamento precisou criar mecanismos administrativos para o controle de despesas. Estes mecanismos serão abordados a seguir.

2.4 Principais Medidas de Gestão Adotadas para Controlar o Crescimento das Despesas com Medicamentos

Como visto, os novos medicamentos, a seleção adversa, o risco moral fizeram com que os custos do seguro de medicamento crescessem consideravelmente nos Estados Unidos. Adicionalmente a esses, outros fatores também contribuíram, como: o envelhecimento e a maior longevidade da população, o aumento da prevalência de doenças crônicas e o conseqüente maior consumo de medicamentos de uso contínuo. Medidas de gestão precisaram ser implantadas para tentar contornar as dificuldades impostas por esses fatores. Esta seção mostra essas medidas adotadas para a gestão dos custos e seus resultados.

⁴² Heiss, F. et al. (2008)

⁴³ Yin, W. et al. (2008)

⁴⁴ Shea, D.G. et al. (2006)

⁴⁵ Shea et al. (2007).

Uma pesquisa realizada em 2000 avaliou uma série de entrevistas com diretores de seguradoras de planos de saúde, representantes das organizações médicas e representantes de empresas que fazem a gestão da cobertura farmacêutica (PBM - *Pharmacy Benefit Manager*) no mercado americano. Essa pesquisa elencou as principais estratégias adotadas pelas empresas que ofertam seguro de medicamento com o intuito de reduzir custo⁴⁶. Estudos mais recentes mostram que essas estratégias são as mesmas adotadas atualmente pelas seguradoras que ofertam seguro de medicamento⁴⁷.

As estratégias adotadas foram agrupadas em duas categorias: gestão e regulação da utilização de medicamentos e gestão de contratos.

Gestão e regulação da utilização de medicamentos: as medidas de regulação da utilização constituem em mecanismos para incentivar pacientes, médicos e farmacêuticos a escolherem determinados medicamentos (exemplo: co-pagamentos, limites de cobertura, etc.). Uma das principais estratégias para a gestão da utilização de medicamentos relatada pelos diretores de seguradoras é o uso de listas de medicamentos com cobertura pré-aprovada (ou listas de referência). As listas de referência podem ser:

- Abertas: não excluem medicamentos, mas os ordena de forma que alguns produtos são preferidos a outros.
- Gerenciadas: também listam todos medicamentos, mas possuem incentivos e intervenções para encorajar a prescrição dos medicamentos referenciados na lista.
- Fechadas: mais restritivas, exigindo a autorização prévia para prescrição de medicamentos que não estão na lista, de acordo com as necessidades médicas.

Em geral, as listas de referência são constituídas por três níveis de cobertura. A cobertura do primeiro nível se restringe aos genéricos. No segundo nível encontram-se medicamentos de marca que não possuem genéricos e são negociados com descontos junto à indústria. E, no terceiro nível, constam os medicamentos de marca que têm genéricos disponíveis. Nem todas as seguradoras que utilizam listas adotam 3 níveis, podendo ser mais ou menos.

No que tange aos segurados, as listas de referência constituem uma estrutura de incentivos com diferentes taxas de coparticipação para os diferentes níveis⁴⁸. Essas taxas são menores para os medicamentos da lista de referência genéricos e maiores para os de marca.

⁴⁶ Lipton et al. (2000).

⁴⁷ Oliver et al. (2004); Burton et al. (2008); Clark et al. (2009).

⁴⁸ A coparticipação, empregada desde a década de 80 no mercado de seguro de medicamento nos EUA, representa a fração do custo do medicamento que será paga pelo beneficiário.

As empresas que gerenciam a cobertura de medicamento também trabalham junto aos médicos para que esses utilizem suas listas de referência e prescrevam os medicamentos constantes nela.

Gestão de contratos: as medidas de gestão de contratos constituem em estratégias contratuais entre as as empresas que gerenciam a cobertura de medicamento e as demais entidades da cadeia produtiva de saúde (fabricantes de medicamentos, redes de farmácias e organizações de médicos) para obter melhores resultados na negociação de compra.

A empresa que gerencia a cobertura de medicamento estabelece normas contratuais com a indústria farmacêutica e com as redes de farmácias, buscando descontos baseados no volume de compras. Dessa forma, as listas de referência, por exemplo, podem ser utilizadas como poder de barganha junto à indústria. Isso é possível já que os laboratórios farmacêuticos desejam que seus produtos sejam incluídos no maior número de listas de referência possível⁴⁹, com objetivo de aumentar o volume de vendas.

Todas essas estratégias foram amplamente utilizadas pelas empresas que ofertam o seguro para cobertura de medicamento nos Estados Unidos⁵⁰. A pesquisa citada anteriormente mostrou que 75% dessas empresas haviam implementado uma ou mais dessas medidas para realizar a gestão dos custos da cobertura de medicamentos, sendo que a necessidade de autorização prévia foi a mais frequente (83,3%). Além disso, a maioria das seguradoras (76,7%) confirmaram que utilizam listas de referência de medicamentos cobertos.

Há evidências de que a adoção de listas de referência e coparticipação são efetivos na redução dos gastos com medicamentos em seguros de medicamentos empresariais⁵¹, onde a ocorrência de seleção adversa é menor do que na população em geral. Entretanto, em estudos que avaliam seguros que abrangem toda a população ou apenas idosos há evidências de que essas medidas produzem efeitos adversos para a saúde dos beneficiários⁵² e às vezes aumento de outras despesas com saúde⁵³ na medida em que agem no sentido de reduzir o consumo de medicamentos.

No geral, apesar de todas as estratégias de gestão adotadas, os custos com medicamento continuaram crescendo⁵⁴ a taxas superiores ao verificado nos serviços de atendimento hospitalar e ambulatorial. Enquanto, entre 1996 e 2008, as despesas com medicamentos nos

⁴⁹ Frank, (2001).

⁵⁰ Mullins et al. (2006).

⁵¹ Joyce et al. (2002); Huskamp et al. (2003).

⁵² Goldman et al. (2004)

⁵³ Soumerai et al. (1991); Soumerai et al. (2006); Chandra et al. (2009).

⁵⁴ Lipton et al. (2000).

Estados Unidos cresceram 284%, as despesas com serviços de atendimento hospitalar e ambulatorial cresceram, respectivamente, 111% e 125%⁵⁵.

De 2006 a 2010, o prêmio médio mensal pago pelos segurados do Medicare para terem cobertura de medicamentos cresceu 44%: de US\$ 26,9 para US\$ 37,3. No mesmo período, o prêmio médio mensal da empresa seguradora *Humana*, a segunda maior empresa em seguro de medicamento, com 3,2 milhões de vidas, quase triplicou, de US\$ 14,7 para US\$ 41,4. Na maior empresa desse mercado, a *UnitedHealth Group*, com 6,4 milhões de vidas, o prêmio médio mensal de um de seus planos cresceu 50% entre 2006 e 2010, de US\$ 26,3 para US\$ 39,4⁵⁶.

3. Considerações Finais

O estudo apresenta uma ampla revisão de artigos sobre seguros de medicamentos publicados em revistas científicas.

Do ponto de vista da relação entre o seguro de medicamento e as despesas com saúde, não há evidências empíricas de que ter o seguro de medicamento diminui a probabilidade do segurado ser internado. Todavia, há um consenso na literatura pesquisada que o seguro de medicamento aumenta o consumo de remédios, por parte do segurado. Esse aumento do consumo é resultante de uma mudança no comportamento do segurado e na conduta dos médicos, que, em média, prescrevem mais medicamentos para quem possui seguro. Além disso, para o segurado, não se verifica uma relação significativa entre ter o seguro de medicamento e uma boa/má percepção do estado de saúde na avaliação dos paciente.

As inovações, que são constantes na indústria farmacêutica, em geral implicam em aumento de custo para os beneficiários de seguro de medicamento. Esse aumento de custo pode ser devido: à substituição de medicamentos antigos por novos de preço mais elevado; ao novo medicamento que não substitui o antigo e é adicionado ao tratamento; ou, ao novo medicamento que torna possível o tratamento para pacientes que antes não podiam ser tratados, ou seja, torna mais pessoas elegíveis ao tratamento.

As evidências indicam que o seguro de medicamento, via de regra, possui forte seleção adversa. Isso ocorre porque os gastos com medicamentos no presente são altamente determinados pelos gastos ocorridos no passado recente, ou seja, os indivíduos podem facilmente antecipar a necessidade de consumo de medicamentos. Sendo assim, quem espera ter gastos mais elevados com medicamentos tem maior probabilidade de contratar o seguro. Além disso, indivíduos doentes que utilizam medicamentos continuamente tem mais probabilidade de contratar o seguro de medicamento.

⁵⁵ Kaiser Family Foundation. Prescription Drug Trends, May 2010.

⁵⁶ Hoadley et al. (2010).

Todavia, há evidência de que os beneficiários que aderiram à cobertura de medicamentos com bom estado de saúde aumentaram o consumo de medicamentos, indicando a existência de um problema de risco moral nesse mercado.

Os novos medicamentos, a seleção adversa, o risco moral fizeram com que os custos do seguro de medicamento crescem consideravelmente nos Estados Unidos. Adicionalmente a esses, outros fatores também contribuíram, como: o envelhecimento e a maior longevidade da população, o aumento da prevalência de doenças crônicas e o consequente maior consumo de medicamentos de uso contínuo. Dessa forma, medidas de gestão foram implantadas para contornar essas dificuldades: listas de referência de medicamentos cobertos, taxas de coparticipação e franquia, negociação para ajuste de preço baseado no volume de compras, entre outras. Não obstante as medidas adotadas, o custo do seguro medicamento continua crescendo a taxas superiores ao verificado nos serviços de atendimento hospitalar e ambulatorial.

Referências

Baker, D. and Zipperer, B. **The Impact of the Medicare Drug Benefit on Health Care Spending by Older Households**. Center for Economic and Policy Research. 2008

Bell, C. M. et al. **Bias in published cost effectiveness studies: systematic review**. BMJ 2006; 332:699-703.

Bernt, E.R. **The U.S. Pharmaceutical Industry: Why Major Growth in Times of Cost Containment?** Health Affairs, 20, nº2. 100-114. 2001

Briesacher, B. A. Stuart, B. Ren, X. Doshi, J. A. Wrobel, M. V. **Medicare Beneficiaries and the Impact of Gaining Prescription Drug Coverage on Inpatient and Physician Spending**. Health Services Research, n. 40, v. 5. 2005

Burton, W. N. et al. **The Association Between a Tiered Pharmacy Benefit Plan and Medication Usage, Health Status, and Disability Absence Days—One Employer's Experience**. Journal of Occupational & Environmental Medicine. October 2008 - Volume 50 - Issue 10 - pp 1176-1184

Calfee, J. E. **The Role of Marketing in Pharmaceutical Research and Development**. PharmacoEconomics, Volume 20, Supplement 3, pp. 77-85(9). 2002

Chandra, A. Gruber, J. Macknight, R. **Patient Cost-Sharing, Hospitalization Offsets and the Design of Optimal Health Insurance for the Elderly**. National Bureau of Economic Research, Working Paper n° 12972, 2009.

Civan, A. and Koksal, B. **The Effect of Newer Drugs on Health Spending: Do They Really Increase the Costs?** MPRA, Paper n° 6846. 2008.

Clark, B. E. et al. **A comparison of mail-service and retail community pharmacy claims in 5 prescription benefit plans**. Research in Social and Administrative Pharmacy. Volume 5, Issue 2 , Pages 133-142, June 2009.

Cline, R.R. and Mott, D.A. **Exploring the Demand for a Voluntary Medicare Prescription Drug Benefit**. AAPS PharmSci; 5 (2) Article 19. 2003

Davis, M. Poisal, J. Chulis, G. Zarabozo, C. Cooper, B. **Prescription Drug Coverage, Utilization, and Spending Among Medicare Beneficiaries**. Health Affairs, n. 1, v. 18. 1999

Dubois, R.W. et al. **Explaining drug spending trends: does perception match reality?** Health Affairs, 19, n°2, 231-239. 2000.

Duggan, M. **Do New Prescription Drugs Pay for Themselves? The Case of Second-Generation Antipsychotics**. Journal of Health Economics. 24 (1) p. 1-31. 2005

Frank, R.G. **Prescription Drugs Prices: Why do some pay more than others do?** Health Affairs. March/April 2001.

Gemmill, M. Costa-Front, J. Kanavos, P. 2006. **Insurance Coverage and the Heterogeneity of Health and Drug Spending in the United States**. The Geneva Papers, v. 31.

Gianfrancesco, F. D. Baines, A. P. Richards, D. **Utilization effects of prescription drug benefits in an aging population**. Health Care Financing Review, n. 5, v.3. 1994

Gilman, B. H. Gage, B. Haber, S. Hoover, S. Aggarwal, J. 2007. **Impact of Drug Coverage on Medical Expenditures Among the Elderly**. Health Care Financing Review. Volume 9, Number 1, Fall 2007.

Goldman, D.P. et al. **Adverse Selection in Retiree Prescription Drug Plans**. Forum for Health Economics & Policy. Volume 9, Issue 1, Article 4. 2006

Goldman, D.P et al. **Pharmacy Benefits and the Use of Drugs by the Chronically Ill.** JAMA. 291(19):2344-2350. 2004.

Goldman, D. P. Joyce, F. Zheng, Y. 2007. **Prescription Drug Cost Sharing: Associations with Medication and Medical Utilization and Spending and Health.** Journal of the American Medical Association, n. 298, V. 1.

Gluck, M. E. **A Medicare Prescription Drug Benefit. Medicare Brief: national Academy of Social Insurance.** National Academy of Social Insurance. Medicare Brief No. 1, April 1999.

Heiss, F. et al. **The workings of a private health insurance market: Enrollment decisions, plan choice, and adverse selection in Medicare Part D.** Working paper, University of Munich. 2008

Hill, R.P. et al. **Cost-effectiveness of Prophylactic Antiemetic Therapy with Ondansetron, Droperidol, or Placebo.** Anesthesiology. Volume 92 - Issue 4 - pp 958-967. April 2000

Hoadley, J. Hargrave, E. Cubanski, J. Neuman, T. 2008. **The Medicare Part D Coverage Gap: Costs and Consequences in 2007.** The Henry J. Kaiser Family Foundation.

Hoadley, J. Summer, L. Hargrave, E. Cubanski, J. Neuman, T. 2010. **Medicare Part D 2010 Data Spotlight.** Kaiser Family Foundation. <http://www.kff.org/medicare/upload/8096.pdf>

Hoffman, J.M. et al. **Projecting Future Drug Expenditures.** 2007. American Journal of Health-System Pharmacy, 64(3): 298-314.

Huskamp, H. A. Epstein, A. M. Blumenthal, D. **The Impact of a National Prescription Drug Formulary on Prices, Market Share, and Spending: Lessons for Medicare.** 2003. Health Affairs, v. 22, n. 3.

Joyce, G. F. Escarce, J. J. Solomon. M. D. Goldman, D. P. **Employer Drug Benefit Plans And Spending on Prescription Drugs.** Journal of American Medical Association. Vol 288, nº14. October 9, 2002.

Khan, N. et al. **Effect of Prescription Drug Coverage on Health of the Elderly.** Health Services Research. Volume 43, Issue 5p1, pages 1576–1597, October 2008.

Kleinke, J.D. **The Price of the progress: Prescription drugs in the health care.** Health Affairs, 20, n°5, 43-60 (2001).

Lakdawalla, D and Sood, N. **Innovation and The Welfare Effects of Public Drug Insurance.** Journal Public Economics. 93 (3-4): 541-548. April, 2009

Laupacis, A. **Incorporating Economic Evaluations Into Decision-Making: The Ontario Experience.** Medical Care. Volume 43 - Issue 7 - pp II-15-II-19. July 2005

Leibowitz, A. Manning, W. G. Newhouse, J. P. **The demand for Prescription Drugs as a function of cost-sharing.** Social Science and Medicine, n. 21, V10. 1985

Lillard, L. A. Rogowski, A. J. Kington, R. **Insurance Coverage for Prescription Drugs: Effects on Use and Expenditure in the Medicare Population.** Medical Care, n.37, v. 9, p. 926-36. 1999

Lipton, H.L. **Managing the pharmacy benefit in Medicare HMOs: what do we really know?** Health Affairs, 19, no.2 p.:42-58. 2000.

McAdams, D. e Schwarz, M. **Perverse Incentives in The Medicare Prescription Drug Benefit.** NBER Working Paper No. 12008. February, 2006.

Mullins, C.D. et al. **Health Plans' Strategies for Managing Outpatients Specialty Pharmaceuticals.** Health Affairs. 25 n°5, p. 1332-1339. 2006

Oliver, T. R., Lee, P. R. e Lipton, H. L. **A Political History of Medicare and Prescription Drug Coverage.** Milbank Quarterly, 82: 283–354. 2004

Pauly, M. V. 2004. **Medicare Drug Coverage and Moral Hazard.** Health Affairs, n.23, v. 1.

Poissal, J. A. Murray, L. 2001. **Growing Differences Between Medicare Beneficiaries With and Without Drug Coverage.** Health Affairs, v. 20, n. 2.

Riley, G.F. et al. **Adverse Selection in the Medicare Prescription Drug Program.** Health Affairs, 28, n°6, 1826-1837. 2009

Sharma, R. Liu, H. Wang, Y. P. D. **Drug Coverage, Utilization, and Spending by Medicare Beneficiaries with Heart Disease.** Health Care Financing Review, v.23, n3. 2003

Shea, D.G. et al. **Moral Hazard in Medicare Coverage for Prescription Drugs**. 2006. Health Services Research 42:3, Part I.

Schneeweiss, S. et al. **The effect of Medicare Part D Coverage on Drug use and cost sharing among seniors without prior drug benefits**. Health Affairs, 28, n°2, w305-w316. 2009

Shea, D. G. Terza, J. V. Stuart, B. C. 2007. **Estimating the Effects of Prescription Drug Coverage for Medicare Beneficiaries**. Health Services Research, n. 42, v.3.

Soumerai, S.B. e Ross-Degnan, D. Avorn, J. McLaughlin, T. J. Choodnovskiy, I. 1991. **Effects of Medicaid Drug-Payment Limits on Admission to Hospitals and Nursing Homes**. The New England Journal of Medicine, v. 325, n. 15.

Soumerai, S.B. Pierre-Jacques, M. Zhang, F. Ross-Degnan, D. Adams, A. Gurwitz, J. Adler, G. Safran, D. C. 2006. **Cost-Related Medication Nonadherence Among the Elderly and Disabled Medicare Beneficiaries**. Arch Intern Med, v. 166.

Yang, Z. Gilleskie, D. B. Norton, E. C. **Prescription Drugs, Medical Care, and Health Outcomes: A Model of Elderly Health Dynamics**. NBER Working Paper No. 10964. December 2004.

Yin, W. et al. **The Effect of the Medicare Part D Prescription Benefit on Drug Utilization and Expenditures**. Annals of Internal Medicine. 2008. 148:169-177