

Aléssio Tony Cavalcanti de Almeida; Vieira, Fabiola Sulpino

Working Paper

Copagamento dos usuários no Programa Farmácia Popular do Brasil: Um estudo exploratório da rede conveniada

Texto para Discussão, No. 2585

Provided in Cooperation with:

Institute of Applied Economic Research (ipea), Brasília

Suggested Citation: Aléssio Tony Cavalcanti de Almeida; Vieira, Fabiola Sulpino (2020) : Copagamento dos usuários no Programa Farmácia Popular do Brasil: Um estudo exploratório da rede conveniada, Texto para Discussão, No. 2585, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília, <https://doi.org/10.38116/td2585>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/240780>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

TEXTO PARA **DISCUSSÃO**

2585

**COPAGAMENTO DOS USUÁRIOS NO
PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO
BRASIL: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO
DA REDE CONVENIADA**

**Aléssio Tony Cavalcanti de Almeida
Fabiola Sulpino Vieira**



COPAGAMENTO DOS USUÁRIOS NO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO DA REDE CONVENIADA

Aléssio Tony Cavalcanti de Almeida¹

Fabiola Sulpino Vieira²

1. Pesquisador visitante no projeto Avaliação de Políticas de Saúde na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea; e professor no Departamento de Economia da Universidade Federal da Paraíba. *E-mail*: <alessiotony@gmail.com>.

2. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Disoc/Ipea. *E-mail*: <fabiola.vieira@ipea.gov.br>.

Governo Federal

Ministério da Economia

Ministro Paulo Guedes

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério da Economia, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente

Carlos von Doellinger

Diretor de Desenvolvimento Institucional

Manoel Rodrigues Junior

Diretora de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia

Flávia de Holanda Schmidt

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas

José Ronaldo de Castro Souza Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais

Nilo Luiz Saccaro Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação e Infraestrutura

André Tortato Rauen

Diretora de Estudos e Políticas Sociais

Lenita Maria Turchi

Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais

Ivan Tiago Machado Oliveira

Assessora-chefe de Imprensa e Comunicação

Mylena Fiori

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>

Texto para Discussão

Publicação seriada que divulga resultados de estudos e pesquisas em desenvolvimento pelo Ipea com o objetivo de fomentar o debate e oferecer subsídios à formulação e avaliação de políticas públicas.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2020

Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro : Ipea , 1990-

ISSN 1415-4765

1. Brasil. 2. Aspectos Econômicos. 3. Aspectos Sociais. I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 330.908

DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td2585>

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos).
Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério da Economia.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

JEL: I18; H24.

SUMÁRIO

SINOPSE	
ABSTRACT	
1 INTRODUÇÃO	7
2 MÉTODOS.....	12
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS	53
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR	56
APÊNDICE	57

SINOPSE

Este trabalho tem como objetivo central realizar um dimensionamento dos valores de copagamento dos usuários da rede conveniada (RC) do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), bem como explorar potenciais fatores associados à taxa de copagamento (TCP) no programa. O estudo está baseado em um rico conjunto de dados, relativos às vendas dos produtos pelos estabelecimentos farmacêuticos credenciados no período de março de 2006 a setembro de 2019, considerando cerca de 2 bilhões de registros administrativos. O valor de copagamento médio foi calculado a partir da diferença entre a média do preço de venda (PV) e do valor subsidiado (VS) pelo Ministério da Saúde (MS) por embalagem, estratificando-se esse valor por indicação do produto, tipo de medicamento (genérico, similar e referência) e Unidade Federativa (UF). Os resultados encontrados demonstram que a TCP média dos usuários na RC do PFPB foi de 37,6% por embalagem de produto, com tendência de alta a partir de 2016. De 2009 a 2015, constatou-se que a TCP teve propensão à redução para o grupo de produtos com copagamento em todo o período de existência do programa (grupo de copagamento), sendo essa propensão definida, sobretudo, pela TCP média dos medicamentos indicados para a dislipidemia (que respondem por dois terços das autorizações nesse grupo). No período estudado, os medicamentos similares foram sendo substituídos por genéricos. Uma análise específica para o medicamento sinvastatina, usado no tratamento da dislipidemia, mostrou uma baixa concentração de fabricantes no mercado e uma expressiva redução dos seus preços de venda, o que ajuda a entender a dinâmica da TCP. Regionalmente, estados do Norte e do Nordeste tenderam a apresentar uma menor TCP ao longo do período. Em 2019, por exemplo, a TCP para os beneficiários do Norte e do Nordeste foi, respectivamente, 9,0 pontos percentuais (p.p.) e 7,5 p.p. menor que a registrada na região Sudeste. Os resultados deste trabalho demonstram que o subsídio dado pelo MS para a dispensação de medicamentos na RC do PFPB é um fator relevante de determinação do acesso a medicamentos no programa. Reduções desse subsídio no período analisado resultaram em um aumento do copagamento e, conseqüentemente, da TCP, com diminuição das autorizações no programa, do número de beneficiários e das receitas das farmácias – enquanto aumentos do subsídio levaram à ampliação da demanda e do número de beneficiários. A magnitude do subsídio, entretanto, não é o único fator a determinar o copagamento e a TCP pelos usuários, pois o PV de um mesmo medicamento pode ser afetado pelos tributos em cada UF e pelo grau de concorrência entre os estabelecimentos farmacêuticos e entre os produtos no mercado. Por fim, as evidências produzidas neste estudo preenchem uma lacuna da literatura sobre o PFPB, ao dimensionar a taxa efetiva de copagamento dos usuários no programa, tornando mais evidente a influência dos preços praticados pelas farmácias e dos valores subsidiados pelo governo sobre a dinâmica de acesso da população ao elenco de produtos.

Palavras-chave: acesso a medicamentos essenciais e tecnologias em saúde; preparações farmacêuticas; política pública; assistência farmacêutica; copagamento; Brasil.

ABSTRACT

This text has as main objective to calculate the users' co-payment values in the Brazilian *Farmácia Popular* program (PFPB), as well as to explore potential factors associated with the co-payment rate in the program. The study is based on a rich set of data relating to product sales by accredited private pharmacies from March 2006 to September 2019, with about two billion program administrative records. The average of co-payment value was calculated from the difference between the average sales price and the value subsidized by the Ministry of Health (MOH) per package, stratifying this value by indication of the product, type of drug (generic, similar and reference) and federative unit. The results show that the average co-payment rate (TCP) of the user in the PFPB was 37.6% per product packaging, with an upward trend from 2016. From 2009 to 2015, it was found that TCP was prone to reduction for the co-payment product group, which is composed of products that have always been co-paid since the beginning of the program. In addition, this propensity was driven by the average TCP of the drugs indicated for dyslipidemia (which accounts for two thirds of the co-payment group authorizations). In the period analyzed, similar drugs were being replaced by generic drugs. A specific analysis for the drug simvastatin, used to treat dyslipidemia, showed a low concentration of manufacturers in the market and a significant reduction in their sales prices, which helps to understand the dynamics of TCP. Regionally, North and Northeast states tended to have lower co-payment rates over the period. In 2019, for example, TCP for the North and Northeast beneficiaries was 9.0 and 7.5 percentage points lower than the Southeast region, respectively. The results of this work demonstrate that the subsidy given by the MOH for drugs in PFPB is a relevant factor in determining access to medicines in the program. Reductions in this subsidy during the period analyzed resulted in increased co-payment and, consequently, in TCP, with a decrease in program authorizations, number of beneficiaries and pharmacy prescriptions. Subsidy increases led to increased demand. However, the magnitude of the subsidy is not the only factor determining co-payment and TCP by users. The selling price of the same drug may be affected by the taxes in each federative unit and by the degree of competition among pharmaceutical establishments and the products on the market. Finally, the evidence produced in this study fills a gap in the literature on PFPB by sizing the effective co-payment rate of users in the program, making more evident the influence of pharmacy prices and government subsidized values on products access dynamics by the population.

Keywords: access to essential medicines and health technologies; pharmaceutical preparations; public policy; pharmaceutical services; co-payment; Brazil.

1 INTRODUÇÃO

O Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) foi criado em 2004 com o objetivo de assegurar o acesso da população a medicamentos e insumos essenciais, mediante subsídio público e copagamento por parte dos usuários, em valor suficiente para o ressarcimento dos custos de produção ou aquisição, distribuição e dispensação dos produtos disponibilizados pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Os medicamentos podiam ser produzidos por laboratórios oficiais da União ou dos estados, assim como adquiridos de empresas privadas, para posterior dispensação em farmácias vinculadas ao programa. Essas farmácias, chamadas farmácias populares, podiam ser criadas e integrar o PFPB por meio de convênios firmados com estados, Distrito Federal, municípios e hospitais filantrópicos. O marco regulatório do programa também previa desde o início a possibilidade de credenciamento de empresas privadas com fins lucrativos, conformando uma segunda rede de farmácias, que funcionaria com dinâmica própria, apartada da Fiocruz (Brasil, 2004a; 2004b).

A opção do governo na primeira fase do programa foi constituir uma rede de estabelecimentos farmacêuticos sem a participação de farmácias privadas com fins lucrativos, a qual foi chamada de rede própria (RP). A Fiocruz era responsável pela capacitação dos profissionais, pela aquisição, pelo armazenamento e pela distribuição dos medicamentos, enquanto os parceiros públicos e privados sem fins lucrativos se responsabilizavam pela gestão administrativa das farmácias, o que incluía a contratação de recursos humanos, a gestão de estoques de medicamentos, o fornecimento de materiais de consumo e a manutenção predial. Os parceiros recebiam recursos diretamente do Ministério da Saúde (MS), a título de incentivo, para a manutenção dessas unidades (Brasil, 2004c; Silva e Caetano, 2015).

Em 2006, em uma fase de expansão do programa, deu-se início à segunda rede do PFPB com o credenciamento de estabelecimentos farmacêuticos privados com fins lucrativos. Essa rede de farmácias privadas foi chamada de Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP) ou de rede conveniada (RC). Os proprietários das farmácias solicitam seu cadastro ao MS e o credenciamento do estabelecimento é aprovado mediante a comprovação documental dos requisitos exigidos pelo programa (Brasil, 2006; Silva e Caetano, 2015). O número de estabelecimentos credenciados por ano cresceu rapidamente entre 2006 e 2014, mas sofreu uma rápida redução entre 2015 e 2018.

Para ilustrar, permanecem com a habilitação ativa 29.273 estabelecimentos. O ano de maior credenciamento foi 2014, quando 6.084 farmácias foram credenciadas.¹

Assim, de 2006 a 2017, o programa operou com estas duas redes: a RP e a RC. Em dezembro deste último ano, porém, a RP foi encerrada por decisão da Comissão Intergestores Tripartite sob o argumento de que seus custos administrativos eram muito altos. Os recursos usados até então para a manutenção das farmácias foram realocados aos estados e municípios para a oferta de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) na atenção básica (Alencar *et al.*, 2018). Antes da sua extinção, a RP contava com 467 farmácias em todo o Brasil.²

Em 2011, uma mudança importante foi feita no programa com a campanha Saúde Não Tem Preço (SNTTP). Trata-se da dispensação gratuita de medicamentos para o tratamento de hipertensão e diabetes, sendo estendida ao tratamento da asma em 2012. Essa modalidade do programa é chamada de gratuidade. Com a iniciativa, amplia-se rapidamente a oferta de medicamentos para o tratamento dessas doenças no país (Silva e Caetano, 2015). Assim, a partir da SNTTP, o programa passou a operar com duas modalidades: *i*) gratuidade (instituída em 2011 para o elenco de medicamentos usados no tratamento de hipertensão e diabetes, sendo estendida em 2012 ao tratamento da asma, com o subsídio de 100% do MS); e *ii*) copagamento (instituída em 2004, com a criação do PFPB, mas alcançando os demais produtos não incluídos na gratuidade a partir de 2011, os quais continuavam recebendo subsídio do MS, mas com parte do pagamento sendo realizada pelos usuários).

A introdução da gratuidade constitui um marco relevante na trajetória do PFBP, contribuindo para sua maior aceitabilidade entre os defensores do SUS, uma vez que, com essa iniciativa em 2004, o governo federal havia introduzido o copagamento em um programa de saúde sob intensas críticas. Inicialmente, a principal questão levantada era de que a saúde é um direito constitucionalmente reconhecido no país e um dever

1. Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) do MS. O número de estabelecimentos com habilitação ativa na data da consulta, credenciados a cada ano, é o seguinte: em 2006, 2.144; em 2007, 399; em 2008, 1.016; em 2009, 2.573; em 2010, 3.036; em 2011, 4.735; em 2012, 2.672; em 2013, 3.767; em 2014, 6.084; em 2015, 2.628; em 2016, 110; em 2017, 70; e em 2018, 39. Não há informação sobre a data de atualização desses dados. Disponível em: <<https://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 2 ago. 2019.

2. Dados retirados do SAGE/MS referentes a junho de 2017. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 2 ago. 2019.

do Estado, o que contempla a oferta de medicamentos, sendo a iniciativa, portanto, inconstitucional (Santos-Pinto, 2014; Alencar *et al.*, 2018). Na visão de Santos-Pinto (2014), porém, não havia motivos para esse questionamento, haja vista o fato de nem a Constituição Federal de 1988 (CF/1988) nem as leis orgânicas da saúde (leis nºs 8.080/1990 e 8.142/1990) mencionarem a questão da gratuidade no SUS.

Com o credenciamento de estabelecimentos farmacêuticos privados, outras críticas surgiram ao programa, como a de que o Estado estaria estimulando o mercado farmacêutico em vez de investir na qualificação das farmácias do SUS e na provisão dos medicamentos no sistema. Além disso, a de que o modelo de farmácia da RC era do medicamento como mercadoria, um bem de consumo, e não um modelo almejado de farmácia, que promove o acesso a medicamentos com o uso racional, considerando o medicamento um bem da sociedade (Alencar *et al.*, 2018). Também se destacou que é mais desafiador ao Estado garantir a integralidade da atenção à saúde por meio da RC do programa, uma vez que ela está completamente apartada da rede de ações e serviços de saúde do SUS (Vieira, 2017), e que a oferta de medicamentos por meio do PFPB pode ter custos mais elevados que a alternativa da dispensação de medicamentos nas farmácias do SUS (Silva e Caetano, 2016; Garcia, Guerra Júnior e Acúrcio, 2017; Luiza *et al.*, 2017).

Ademais, os achados da literatura sobre o possível efeito de substituição do PFPB em relação ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), financiado pelos três entes da Federação e sob a execução direta dos municípios, passaram a preocupar pesquisadores e gestores do SUS. Identificou-se a ampliação do gasto federal com o programa entre 2006 a 2014. Os pagamentos do MS para a RC totalizaram R\$ 7,9 bilhões nesse período, em valores constantes de 2014, enquanto os repasses para o financiamento do CBAF atingiram R\$ 9,6 bilhões. Os medicamentos que compõem a lista daqueles oferecidos na RC são restritos e se sobrepõem aos constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), que devem ser ofertados no SUS para o tratamento dos pacientes na atenção básica (Silva e Caetano, 2018). Além disso, a implementação do PFPB se deu com uma significativa ampliação do gasto federal com esse programa e com a redução, em termos reais, do valor repassado pelo MS aos estados e municípios para o financiamento do CBAF (Vieira, 2018; Mattos *et al.*, 2019).

Outra questão levantada foi sobre a equidade no PFPB. Um estudo realizado com o objetivo de analisar a alocação regional dos recursos do programa e do CBAF em relação às necessidades de cada região, medidas pela renda média da população, pela proporção de idosos e pela prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, chegou à conclusão de que, para melhorar a equidade na alocação de recursos da assistência farmacêutica, seria preciso ampliar em 43,8% os repasses por meio do CBAF e aumentar em 22,7% as transferências por meio do PFPB (Silva, Almeida e Araújo Júnior, 2019).

Contudo, apesar das críticas e ressalvas, a RC cresceu rapidamente, alcançando uma cobertura de 54,6% dos municípios de pequeno porte (população igual ou menor que 20 mil habitantes) e 84,0% dos municípios de médio e grande porte (população maior que 20 mil habitantes) em 2012, com maior concentração nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Esse aumento do número de farmácias credenciadas levou à melhoria do acesso a medicamentos no país (Emmerick *et al.*, 2015). Quanto aos beneficiários, embora o programa tenha sido desenhado para atingir como público-alvo prioritário pessoas que não utilizam os serviços do SUS, possuam planos de saúde de baixa cobertura e tenham rendimento familiar de quatro a dez salários mínimos (Santos-Pinto, 2014), uma significativa parcela dos seus beneficiários é usuária do SUS, especialmente das regiões Norte e Nordeste (Santos-Pinto, Costa e Osório-de-Castro, 2011).

No tocante à disponibilidade, ao preço e aos custos dos medicamentos usados no tratamento de hipertensão e diabetes em 2007, ano em que só havia a modalidade de copagamento no PFPB, constatou-se que a RC ofereceu maior economia aos usuários em relação ao setor privado (constituído por farmácias privadas com fins lucrativos não integrantes do programa) e à RP. Foi identificada uma menor disponibilidade de medicamentos nas farmácias do SUS, revelando falhas do setor público na provisão de medicamentos essenciais (Pinto *et al.*, 2010). Também se identificou uma baixa disponibilidade de medicamentos no setor público em comparação com as farmácias privadas e o PFPB em seis municípios da região Sul (Bertoldi *et al.*, 2012).

Resultados de um estudo baseado em dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), que foi a campo em 2013, mostram que 57,4% dos diabéticos (4,2 milhões de pessoas) e 35,9% dos hipertensos (9,1 milhões de pessoas) obtiveram pelo menos um medicamento por meio do programa naquele ano (Costa *et al.*, 2016). Em 2014, com base em dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso

Racional de Medicamentos (PNAUM), verificou-se que, dos medicamentos utilizados no tratamento da hipertensão, 16% foram obtidos por meio do PFPB (Mengue *et al.*, 2016). A ampliação do acesso a medicamentos para o tratamento de hipertensão e diabetes foi responsável pela redução das internações no SUS e dos óbitos relacionados a essas doenças, mostrando-se uma estratégia efetiva para essa finalidade (Ferreira, 2017; Almeida *et al.*, 2019) – com isso, contribuiu para a redução dos custos do sistema. Em 2016, 287,3 mil internações decorrentes de asma, diabetes e hipertensão foram evitadas no SUS, representando uma economia direta no valor de R\$ 233 milhões, em termos de valores gastos com Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) (Almeida, Vieira e Sá, 2018). Esses achados se referem à modalidade de gratuidade do programa.

Embora a modalidade de copagamento tenha sido implementada na criação do PFPB em 2004, permanece sendo pouco investigada. Não há estudos publicados sobre os impactos do acesso a medicamentos sobre a saúde de pacientes portadores de dislipidemia, rinite, doença de Parkinson, osteoporose e glaucoma. Tampouco se conhecem seus efeitos quanto à oferta de contraceptivos e fraldas geriátricas, ou se sabe qual é a parcela efetiva de copagamento dos usuários no programa.

As políticas de compartilhamento de custos com os pacientes geralmente são utilizadas por seguradoras de saúde para reduzir o uso e o gasto com medicamentos. Elas podem levá-los a usar menos produtos farmacêuticos e a escolher os mais baratos, o que pode ser vantajoso para essas empresas. No entanto, podem fazer com que os pacientes reduzam ou não utilizem medicamentos importantes para a sua saúde (Luiza *et al.*, 2015). Segundo Santos-Pinto (2014), diferentemente do que acontece em outros países, que utilizam políticas de compartilhamento de custos com os usuários para moderar o uso de medicamentos, no Brasil, o PFPB foi pensado para ampliar o acesso a medicamentos, algo que precisa ser mais bem investigado.

O modelo de compartilhamento de custos do PFPB é o modelo variável, em que os pacientes pagam uma porcentagem diferente do preço final de cada medicamento vendido em suas distintas apresentações. O MS paga para o estabelecimento farmacêutico da RC até 90% do valor de referência (VR), que é definido para cada unidade

farmacotécnica do produto,³ constituindo o chamado valor máximo de pagamento pelo MS ou valor subsidiado (VS). E os usuários arcam com a diferença entre o VS e o preço de venda (PV), “que se refere ao valor cobrado pelo comércio varejista, com os eventuais descontos, na data de aquisição do medicamento pelo paciente, conforme definido na Portaria nº 1.346, de 21/06/06” (Brasil, 2016, p. 11).⁴ Portanto, o valor a ser pago pelos usuários e, conseqüentemente, a porcentagem de coparticipação variam em função do PV praticado pelas farmácias para cada produto, sofrendo influência também das distintas alíquotas do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) praticadas pelos estados.

Nesse contexto, o objetivo geral deste estudo é realizar um dimensionamento dos valores de copagamento dos usuários da RC do PFPB, assim como explorar potenciais fatores associados à TCP no programa. Buscar-se-á responder às seguintes perguntas: *i)* qual é a parcela efetiva média de copagamento dos usuários no programa?; e *ii)* quais fatores podem influenciar a parcela efetiva desse copagamento?

Dado o quantitativo de beneficiários no país do PFPB e dadas as despesas do governo brasileiro e dos cidadãos ao longo de mais de uma década, este estudo pretende contribuir para a literatura sobre o programa por meio da identificação dos valores do copagamento feitos pelos beneficiários do PFPB e dos efeitos desse copagamento sobre o acesso ao elenco de medicamentos e correlatos do programa.

2 MÉTODOS

Estatísticas descritivas foram empregadas para examinar a taxa de copagamento (TCP) dos beneficiários na RC (vertente ATFP) entre 2006 e 2019, a partir da observação de mais de 1,9 bilhão de solicitações autorizadas de produtos,⁵ constantes na base de dados de registros administrativos do programa, que está sob a gestão do MS. Também

3. Unidade farmacotécnica é a fração unitária do medicamento, correspondente a um frasco-ampola, uma ampola, uma seringa preenchida, um flaconete, um sachê, um envelope, um comprimido, uma cápsula, um óvulo vaginal, uma drágea, um adesivo transdérmico, um supositório ou outro acondicionamento ou forma farmacêutica permitidos pela legislação específica (Anvisa, 2005).

4. No caso da modalidade de gratuidade, o MS paga para o estabelecimento farmacêutico 100% do VR definido para cada unidade farmacotécnica do medicamento.

5. Os dados de 2019 se referem até o dia 27 de setembro.

utilizaram-se no estudo as listas de preços-teto de medicamentos autorizados pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) e os dados populacionais e da divisão territorial do Brasil publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A TCP dos usuários foi estimada por meio da diferença entre a média do preço unitário final de venda ao consumidor por embalagem (PV) e a média do valor unitário por embalagem subsidiado pelo MS (VS), que corresponde ao valor máximo de pagamento pelo MS, constante no apêndice, multiplicado pelo número de unidades farmacotécnicas de cada embalagem. Atualmente, o programa possui duas modalidades de subsídio, uma direcionada a medicamentos para asma, diabetes e hipertensão, que isenta o usuário de copagamento⁶ (chamada *gratuidade*), e outra em que o MS subsidia até 90% do VR (chamada *copagamento*), que inclui contraceptivos, medicamentos usados no tratamento da dislipidemia, doença de Parkinson, glaucoma, influenza, osteoporose, rinite, além de fraldas geriátricas (correlato empregado no manejo da incontinência urinária).

O VR e o valor máximo de pagamento pelo MS por unidade farmacotécnica de cada medicamento segundo o princípio ativo, este último constante na tabela A.1 do apêndice, são publicados em portarias que regulamentam e atualizam os procedimentos a serem observados pelos estabelecimentos farmacêuticos credenciados no programa. No período de 2006 a 2018, foram publicadas as seguintes portarias do GM/MS: nº 491, de 9 de março de 2006; nº 1.414, de 13 de junho de 2007; nº 749, de 15 de abril de 2009; nº 3.089, de 16 de dezembro de 2009; nº 367, de 22 de fevereiro de 2010; nº 947, de 26 de abril de 2010; nº 3.219, de 20 de outubro de 2010; nº 184, de 3 de fevereiro de 2011; nº 971, de 15 de maio de 2012; nº 1.146, de 1º de junho 2012; e nº 111, de 28 de janeiro de 2016. Houve também a Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017 (anexo LXXVII), e a Portaria nº 739, de 27 de março de 2018.

Para analisar a TCP, foram consideradas as seguintes variáveis.

6. Em 4 de fevereiro de 2011, com a publicação da Portaria do Gabinete do Ministro (GM) nº 184, o MS passou a subsidiar em 100% os medicamentos usados no tratamento da diabetes e hipertensão. Em 4 de junho de 2012, o subsídio total foi ampliado para os medicamentos destinados ao tratamento da asma.

- 1) Tipo de medicamento: biológico, genérico, similar e de referência. Destaca-se que o elenco do PFPB não inclui medicamentos específicos e radiofármacos.⁷ O quadro 1 apresenta a categorização usada neste trabalho e sua relação com a classificação utilizada pela CMED. Essa variável é importante para entender a dinâmica do copagamento, haja vista a heterogeneidade de preços de cada tipo de medicamento e o fato de que a oferta por parte da farmácia conveniada está atrelada apenas ao seu princípio ativo.

QUADRO 1

Definição dos tipos de medicamentos

Categorias deste estudo ¹	Categorias CMED ²
Biológico ³ (produto de origem biológica)	Biológico
Medicamento de referência (produto inovador)	Novo (de referência) Novo
Medicamentos similares (cópia comercializada com nome de marca)	Similar Similar (de referência)
Medicamentos genéricos (cópia que observa os requisitos da Lei nº 9.787/1999 – comercializado pelo nome do princípio ativo)	Genérico Genérico (de referência)

Elaboração dos autores.

Notas: ¹ Mais detalhes sobre os conceitos e definições de medicamentos, segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), disponíveis em: <<https://bit.ly/2PmNtaX>>.² De acordo com informações recebidas da Secretaria Executiva da CMED, um genérico se torna "genérico (referência)" para os estudos de intercambialidade quando o medicamento de referência (inovador), que foi registrado primeiro no mercado, deixa de ser comercializado. O "similar (referência)" existe porque a Anvisa está exigindo estudos de intercambialidade para os similares. Ele se torna referência no caso de o produto inovador ter sido retirado do mercado pelo fabricante. Já quanto ao "novo (referência)", ele é um medicamento novo incluído na lista de medicamentos de referência pela Anvisa para ser o comparador para o registro de medicamentos genéricos e similares. A lista de medicamentos de referência serve para orientar a realização das provas de bioequivalência/biodisponibilidade, nos termos da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 35, de 15 de junho de 2012. Mais informações disponíveis em: <<https://bit.ly/2RQG1q7>>.³ Na lista do PFPB, os medicamentos biológicos são a insulina humana *neutral protamine hagedorn* (NPH) e a insulina humana regular.

- 2) Fatores regionais e diferenciação de alíquotas do ICMS: os dados do ICMS foram tabulados a partir das listas de preços-teto da CMED. Os preços-teto são preços máximos estabelecidos para a comercialização de medicamentos no Brasil, a saber:
- a) preço fábrica ou preço fabricante (PF) – é o preço praticado pelas empresas produtoras ou importadoras do produto e pelas empresas distribuidoras. O PF é o preço máximo permitido para a venda às farmácias, às drogarias e aos entes da administração pública;

7. Consideram-se medicamentos específicos "os produtos farmacêuticos (...) não enquadrados nas categorias de medicamento novo, genérico, similar, biológico, fitoterápico ou notificado e cuja(s) substância(s) ativa(s), independentemente da natureza ou origem, não é passível de ensaio de bioequivalência, frente a um produto comparador". Disponível em: <<https://bit.ly.com/CklBU>>. Já os radiofármacos são "preparações farmacêuticas com finalidade diagnóstica ou terapêutica que, quando prontas para o uso, contêm um ou mais radionuclídeos. Compreendem também os componentes não radioativos para marcação e os radionuclídeos, incluindo os componentes extraídos dos geradores de radionuclídeos". Disponível em: <<http://bit.ly/2tJndPV>>.

- b) preço máximo ao consumidor (PMC) – é aquele praticado pelas farmácias e drogarias. O PMC é o preço máximo permitido para a venda ao consumidor e inclui os impostos incidentes; e
 - c) preço máximo de venda ao governo (PMVG) – é aquele que resulta da aplicação do Coeficiente de Adequação de Preço (CAP) sobre o PF. É o maior preço permitido para a venda do medicamento a entes da administração pública. O CAP é um desconto mínimo obrigatório para alguns medicamentos nas compras realizadas por entes da administração pública direta e indireta da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.⁸
- 3) Indicação do produto: anticoncepção, dislipidemia, doença de Parkinson, glaucoma, incontinência urinária, influenza, osteoporose e rinite.
 - 4) Grupo dos produtos: copagamento e gratuidade. O primeiro é composto por produtos que, desde a entrada no programa, requerem alguma contrapartida financeira do usuário (anticoncepção, dislipidemia, glaucoma, incontinência urinária, influenza, osteoporose, doença de Parkinson e rinite). Já o segundo é formado por medicamentos que em algum momento passaram a fazer parte da lista de gratuidade do programa (diabetes, hipertensão e asma).
 - 5) Concentração de mercado: como a TCP pode estar associada com as condições de oferta da indústria de medicamentos, calculou-se o índice de Herfindahl-Hirschman (IHH) para a mensuração do grau de concentração (competição) do mercado dos fabricantes de medicamentos. No caso deste trabalho, a análise foi direcionada para os produtos cujo princípio ativo é a sinvastatina, indicada para o tratamento da dislipidemia, substância que corresponde ao produto mais recorrente dos itens de copagamento do programa, com mais de 67% das autorizações desse grupo. A expressão usada para o cálculo do IHH está expressa a seguir.

$$IHH_{i,t} = \sum_{i=1}^n s_{i,t}^2$$

Em que $s_{i,t}$ é a participação percentual da indústria i no total de vendas de sinvastatina na RC do PFPB no período t . O índice pode variar de 0 a 10.000 pontos, com os extremos representando, respectivamente, cenários de concorrência perfeita e

8. Esses preços são divulgados e podem ser consultados em sítios eletrônicos da Anvisa, disponíveis em: <<https://bit.ly/2WRzpZv>> e <<https://bit.ly/2zA7SDQ>>. No caso dos medicamentos do PFPB, não se aplica o PMVG. Mais informações disponíveis em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0491_09_03_2006_comp.html>.

monopólio. Desse modo, um aumento no número de indústrias no mercado, *coeteris paribus*, reduz o IHH, ou seja, aumenta-se a competição no mercado. Para uma melhor caracterização, usaremos como referência as seguintes faixas:⁹ $IHH < 1.500$, mercado não concentrado; $1.500 \leq IHH \leq 2.500$, mercado com concentração moderada; e $IHH > 2.500$, mercado altamente concentrado.

A base de dados final usada na pesquisa foi tratada com o programa estatístico R, versão 3.6.1, e todos os resultados foram processados no mesmo *software*.¹⁰ Destaca-se que os valores monetários foram corrigidos pelo Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna (IGP-DI) da Fundação Getúlio Vargas (FGV), tendo por período-base setembro de 2019. Os valores a preços correntes estão apresentados no apêndice deste trabalho.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta seção está dividida em duas subseções: dimensionamento do programa em termos monetários, de usuários atendidos e de frequência de autorizações por indicação dos produtos; e estimação da taxa efetiva de copagamento pelos usuários ao longo dos anos, por indicação dos produtos e Unidades Federativas (UFs).

3.1 Dimensionamento do programa

A tabela 1 apresenta uma descrição inicial da RC em termos de receita gerada para as farmácias e valores desembolsados pelo MS e pelos usuários por modalidade do programa (copagamento e gratuidade). Todos os valores apresentados estão corrigidos monetariamente pelo IGP-DI, tendo por período-base setembro de 2019. De acordo com os dados apresentados, o programa atingiu seu auge em termos de receita para as farmácias conveniadas em 2015, ultrapassando R\$ 4,3 bilhões, sendo que cerca de 80% desse montante correspondeu aos valores subsidiados pelo MS.

9. O Departamento de Justiça e a Comissão Federal de Comércio dos Estados Unidos da América definiram essas três faixas como referência para avaliar o grau de concentração de mercado. Disponível em: <<https://bit.ly/2T0HH03>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

10. Conferir R Core Team (2019).

TABELA 1

Receita das farmácias, subsídio do MS e montante pago pelos usuários na RC por modalidade do PFPB (2006-2019)^{1,2}

(Em R\$ milhões)

	Copagamento			Gratuidade			Total		
	MS (A)	Usuário (B)	Receita das farmácias (C = A + B)	MS (D)	Usuário (E)	Receita das farmácias (F = D + E)	MS (G = D + A)	Usuário (H = B + E)	Receita das farmácias (I = G + H)
2006	73,6	16,1	89,7	0,0	0,0	0,0	73,6	16,1	89,7
2007	308,7	90,4	399,1	0,0	0,0	0,0	308,7	90,4	399,1
2008	583,2	190,2	773,5	0,0	0,0	0,0	583,2	190,2	773,5
2009	525,6	281,8	807,2	0,0	0,0	0,0	525,6	281,8	807,2
2010	405,9	258,4	664,5	0,0	0,0	0,0	405,9	258,4	664,5
2011	317,9	289,6	607,3	981,7	0,0	981,7	1.299,6	289,6	1.589,0
2012	483,4	557,1	1.040,5	1.538,3	0,0	1.538,3	2.021,7	557,1	2.578,8
2013	606,5	484,9	1.091,4	1.946,4	0,0	1.946,4	2.552,9	484,9	3.037,7
2014	776,6	843,2	1.619,6	2.409,4	0,0	2.409,4	3.185,9	843,2	4.029,0
2015	872,9	870,2	1.743,1	2.585,1	0,0	2.585,1	3.457,9	870,2	4.328,2
2016	565,7	635,0	1.200,8	2.421,5	0,0	2.421,5	2.987,2	635,0	3.622,3
2017	478,5	632,2	1.110,8	2.385,8	0,0	2.385,8	2.864,4	632,2	3.496,6
2018	454,4	552,2	1.006,6	1.991,5	0,0	1.991,5	2.445,9	552,2	2.998,1
2019	384,7	299,5	684,2	1.578,8	0,0	1.578,8	1.963,5	299,5	2.263,0

Fonte: PFPB.

Elaboração dos autores.

Notas: ¹ Até setembro de 2019.

² Valores monetários corrigidos pelo IGP-DI/FGV, tendo por período-base setembro de 2019.

De março de 2006 a setembro 2019, o MS teve um desembolso global de R\$ 24,7 bilhões com a RC do PFPB, dos quais 58% referiram-se aos itens da gratuidade – modalidade que teve início em 2011, com produtos para o tratamento de diabetes e hipertensão, e depois para asma a partir de 2012 – e 42% aos medicamentos e correlatos da modalidade de copagamento, que desde 2012 incluem produtos para anticoncepção, dislipidemia, glaucoma, incontinência urinária, osteoporose, doença de Parkinson e rinite.¹¹ Os beneficiários do programa, na totalização do período, arcaram com mais de R\$ 6 bilhões (desembolso direto ou *out-of-pocket*) para acessar medicamentos e correlatos da modalidade de copagamento da RC do PFPB.

11. Antes da modalidade de gratuidade, medicamentos para asma, diabetes e hipertensão também faziam parte do modelo de copagamento. Em 2010 e 2011, medicamentos para o tratamento da influenza A (H1N1) também faziam parte do elenco do copagamento.

O gasto do MS com o PFPB é importante para as famílias brasileiras. Na contabilidade do gasto com medicamentos, segundo a metodologia da conta-satélite de saúde (CSS), esse gasto não entra no cálculo das despesas de consumo final do governo,¹² pois é considerado subsídio do governo para o consumo final das famílias. Uma vez que as despesas de consumo final de medicamentos das famílias representam cerca de 92% do total das despesas de consumo final de medicamentos no Brasil, o gasto do MS com o programa implica a diminuição, ainda que em baixa magnitude, do desembolso direto (*out-of-pocket*) das famílias com medicamentos no país. Em 2017, as despesas de consumo final das famílias totalizaram, em termos nominais, R\$ 103,5 bilhões (IBGE, 2019), equivalentes, em termos reais (a preços de setembro de 2019), a R\$ 123,5 bilhões; e o desembolso nominal do MS com a RC do PFPB foi de R\$ 2,6 bilhões no mesmo ano (tabela A.2 do apêndice), equivalentes, em valores reais, a R\$ 2,9 bilhões.

Muito embora o PFPB, na ótica do MS, tenha um grande peso orçamentário para os itens da gratuidade, bem como o volume de vendas é bem superior, em termos de faturamento, os itens de copagamento são relevantes do ponto de vista financeiro para os estabelecimentos conveniados. Em 2018, os itens da gratuidade tiveram 5,4 vezes mais frequência de autorizações de venda que os de copagamento. Contudo, o faturamento das empresas para os produtos de gratuidade foi apenas 2,3 vezes superior aos valores faturados para itens de copagamento. Ou seja, a modalidade de copagamento tende a ser mais rentável para as farmácias conveniadas, em termos relativos, que a de gratuidade.

É importante destacar, a partir das informações constantes na tabela 1 (e na tabela A.2 no apêndice, que apresenta os valores a preços correntes), o seguinte: *i*) o aumento das receitas das farmácias com o programa como um todo e com a modalidade de copagamento de 2006 a 2009 e de 2011 até 2015, e a redução dessas receitas a cada ano a partir de 2016 até 2018; *ii*) a diminuição do subsídio do MS entre 2008 e 2011 na modalidade de copagamento e o aumento do valor pago pelos usuários no mesmo período; *iii*) a diminuição do subsídio do MS e do montante pago pelos usuários na modalidade de copagamento entre 2016 e 2018; *iv*) o aumento expressivo do subsídio do MS a partir de 2011, com um crescimento real de 220% entre 2010 e 2011, com

12. São contabilizados, nas despesas de consumo final de medicamentos, os gastos com medicamentos para o consumo humano que são adquiridos ou entregues aos indivíduos em seus domicílios. São medicamentos que não precisam ser administrados em estabelecimentos de saúde.

a instituição da modalidade de gratuidade (SNTP); e *v*) a redução do subsídio do MS tanto na modalidade de gratuidade quanto na de copagamento a partir de 2016.

Conforme se pode constatar na tabela A.1 do apêndice, houve uma diminuição do valor máximo de pagamento pelo MS para os medicamentos usados no tratamento de diabetes e hipertensão em 2009. Em relação ao valor pago em 2008, as reduções em valores correntes foram de 13% para metformina 500 mg; 36% para metformina 850 mg; 25% para glibenclamida 5 mg; 14% para insulina humana NPH; 17% para atenolol 25 mg; 24% para captopril 25 mg; 20% para propranolol; 43% para hidroclorotiazida 25 mg; e 22% para enalapril 10 mg. Essa redefinição do valor máximo de pagamento para vários medicamentos explica a diminuição do subsídio do MS entre 2008 e 2011 na modalidade de copagamento. Com a redução desse subsídio e com a inclusão de medicamentos no ATFP, tem-se um aumento do valor pago pelos usuários.

A partir da introdução da gratuidade em 2011 para os medicamentos usados no tratamento de diabetes e hipertensão e no tratamento da asma em 2012, as despesas do MS cresceram rapidamente (uma variação de 220% no VS entre 2010 e 2011). Esse aumento do gasto com o programa até 2015, com uma média de crescimento ao ano de 67% de 2011 a 2015, gerou preocupação no governo federal em 2016, ano considerado o auge da crise econômica recente e de intensificação da implantação de medidas de austeridade fiscal no Brasil, tais como os cortes de gastos com políticas públicas e a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 95, que congela em termos reais as despesas primárias e aplicação mínima da União no SUS (Ipea, 2019).

Em 2016, o MS redefiniu os VRs para a maioria dos produtos no programa e, consequentemente, os valores máximos de pagamento pelo governo federal, reduzindo-os em 50% para todos os medicamentos usados no tratamento de rinite, osteoporose, glaucoma e dislipidemia. Além disso, reduziu-se em 8% o valor máximo de pagamento para metformina 500 mg; em 25% para glibenclamida 5 mg; em 42% para atenolol 25 mg; em 32% para captopril 25 mg; em 13% para propranolol 40 mg; em 25% para hidroclorotiazida 25 mg; em 6% para losartana 50 mg; e em 33% para enalapril 10 mg (tabela A.1 do apêndice). Como se nota, a maioria dos medicamentos da modalidade de copagamento teve uma redução de 50% no valor máximo de pagamento a partir daquele ano, e mesmo os medicamentos da gratuidade foram objeto de diminuição dos valores subsidiados por unidade farmacotécnica.

Essa redefinição do VS por unidade farmacotécnica pode ter afetado fortemente os usuários do programa na modalidade de copagamento. Como o valor pago por eles é a diferença entre o PV praticado pela farmácia e o VS, uma redução deste último resulta em uma maior contrapartida para o beneficiário do programa. Com isso, os usuários têm um incentivo para buscar estabelecimentos farmacêuticos com PV mais baixo, para adquirir medicamentos mais baratos entre as opções (de referência, similares e genéricos) e para obter os medicamentos do SUS. Entre 2015 e 2018, a redução do valor pago pelos usuários foi de 37%, enquanto o valor do subsídio do MS diminuiu em 48%. O subsídio passou de R\$ 872,9 milhões para R\$ 454,4 milhões e o valor pago pelos usuários variou de R\$ 870,2 milhões para R\$ 552,2 milhões. Para avaliar o efeito da redução do subsídio do MS sobre os beneficiários, é importante analisar a evolução do número de usuários no programa. Foram considerados, para fins desta análise, usuários com o registro de pelo menos uma solicitação autorizada ao longo de um ano em uma dada UF do país.

No gráfico 1, observa-se uma redução do número de usuários únicos (distintos) por ano entre 2009 e 2010, quando apenas existia a modalidade de copagamento no programa, e um expressivo crescimento dos beneficiários do ATFP após a instituição da gratuidade no PFPB em 2011. Entre 2010 e 2011, o número de usuários da RC do PFPB cresceu em mais de 172%. Analisando-se toda a série de dados, a evolução do número de usuários foi de 700 mil em 2006 para 23,3 milhões em 2017, com uma redução de aproximadamente 800 mil usuários (de 23,3 milhões para 22,5 milhões) entre 2017 e 2018.

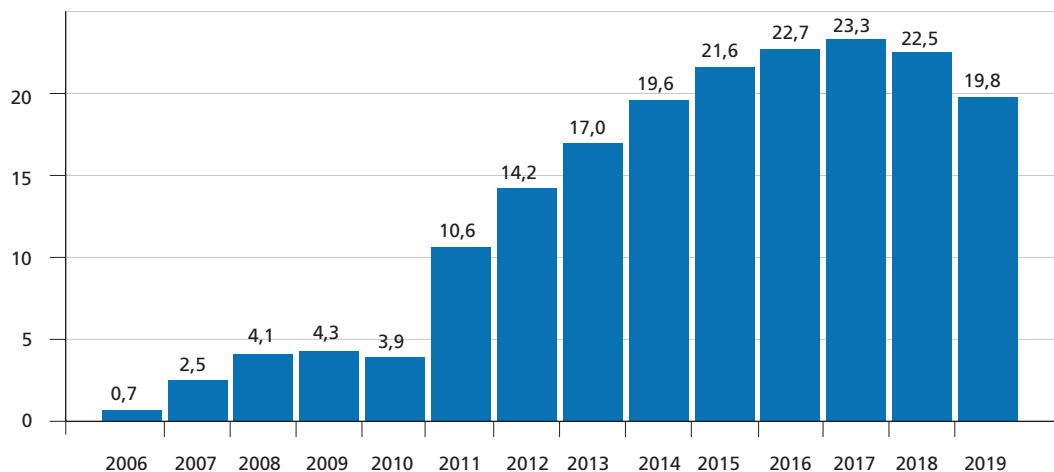
A redução do número de usuários observada entre 2009 e 2010 e entre 2017 e 2018 pode ser explicada em grande parte pela diminuição do subsídio do MS na modalidade de copagamento. Os autores de um estudo realizado com o objetivo de descrever o padrão de uso e a cobertura para hipoglicemiantes orais e anti-hipertensivos, segundo as mudanças feitas no programa, concluíram que o aumento do copagamento pelo paciente em 2009 resultou em uma redução do número de dispensações desses medicamentos por 100 mil habitantes e na proporção de dias de tratamento cobertos. Com a introdução da gratuidade, em 2011, os dois indicadores aumentaram, corroborando achados da literatura de que as políticas de compartilhamento do custo com os pacientes podem resultar na diminuição do uso de medicamentos (Emmerick *et al.*, 2017). Além disso, essas políticas influenciam a comercialização dos produtos.

Silva *et al.* (2017) observaram que, antes da introdução da gratuidade, o aumento no copagamento de captopril e enalapril foi associado à redução da participação desses produtos no mercado farmacêutico.

GRÁFICO 1

Evolução da quantidade de usuários (únicos) na RC do PFPB (2006-2019)¹

(Em milhões)



Fonte: PFPB.

Elaboração dos autores.

Nota: ¹ Até setembro de 2019.

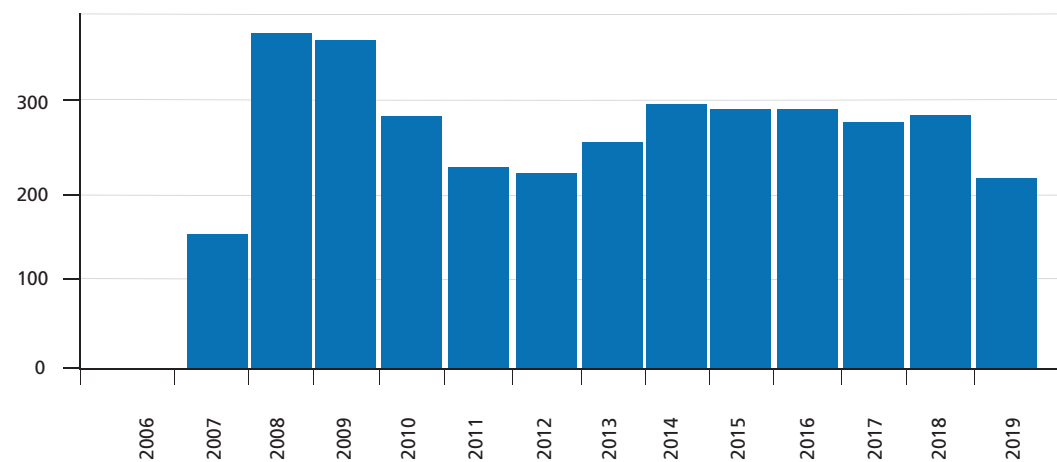
No gráfico 2, apresenta-se a evolução do número de usuários únicos por ano na RC do PFPB por indicação dos produtos. Ficam evidentes quatro movimentos no programa: *i)* o aumento significativo e continuado do número de usuários na modalidade de gratuidade (asma, diabetes e hipertensão) a partir de 2011, embora o número de usuários de medicamentos anti-hipertensivos tenha diminuído ligeiramente em 2018 em relação ao ano anterior; *ii)* a redução do número de usuários para o tratamento de hipertensão e diabetes quando os medicamentos ainda faziam parte da modalidade de copagamento e o MS diminuiu o valor do subsídio para esses produtos em 2009; *iii)* a expressiva diminuição do número de usuários na modalidade de copagamento para os medicamentos que tiveram redução do subsídio do MS em 2016 (dislipidemia, glaucoma, osteoporose e rinite); e *iv)* certa estabilidade no número de usuários da modalidade de copagamento para produtos cujo subsídio do MS foi mantido desde a sua introdução no programa (anticoncepção, doença de Parkinson e incontinência).

GRÁFICO 2

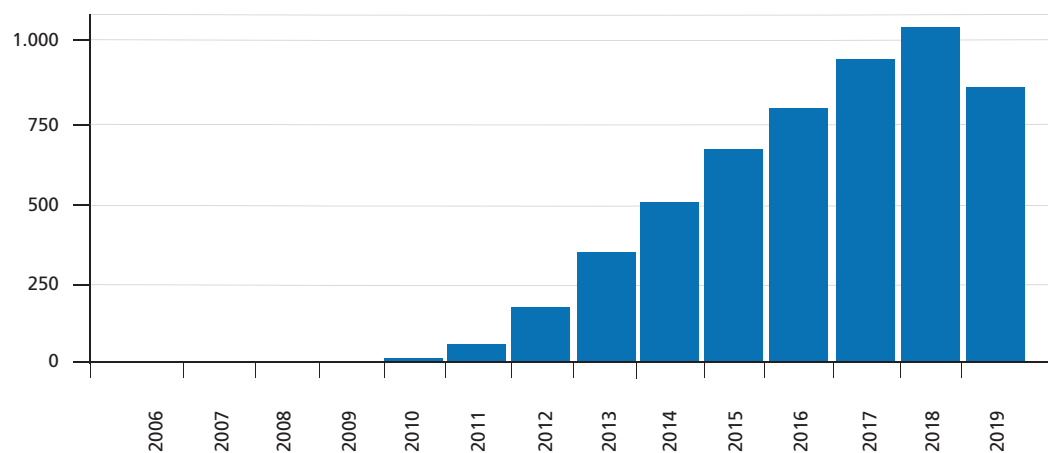
Evolução do número de usuários únicos na RC do PFPB por indicação dos produtos (2006-2019)¹

(Em 1 mil)

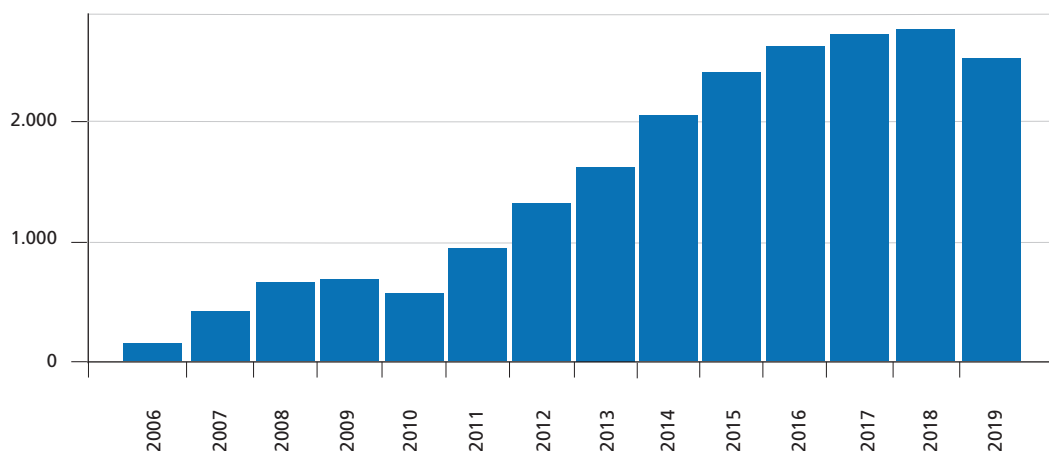
2A – Anticoncepção



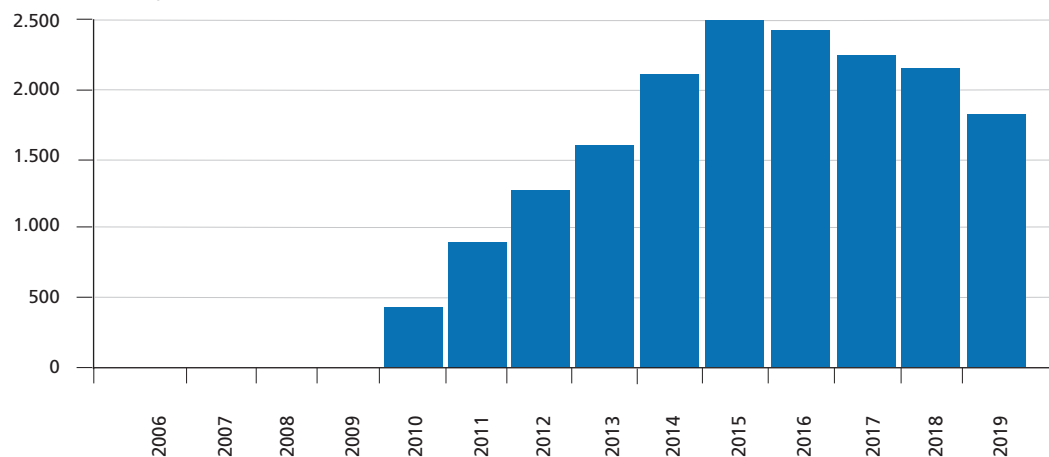
2B – Asma



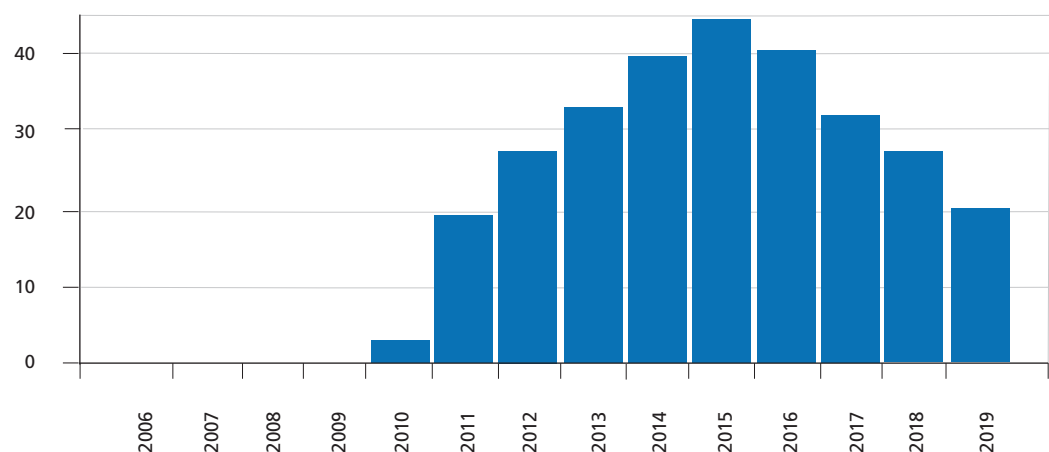
2C – Diabetes

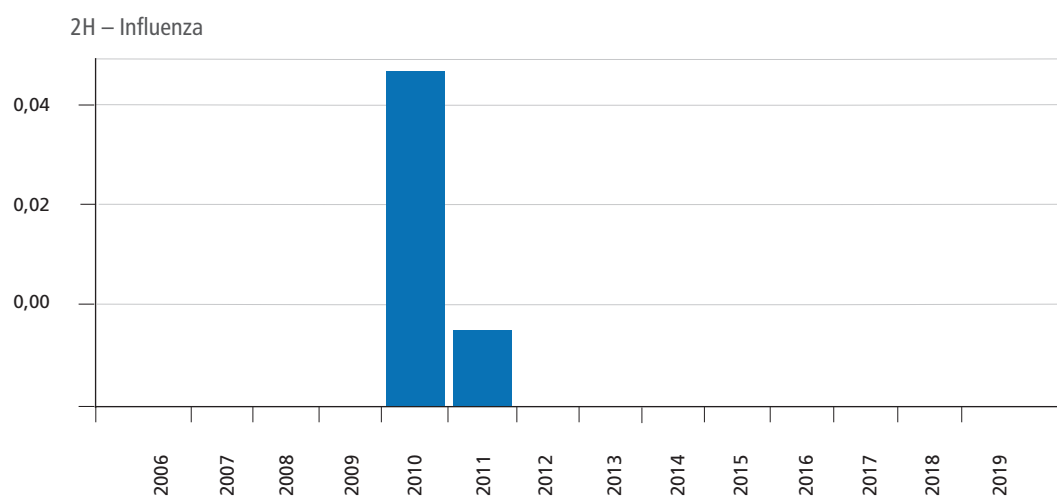
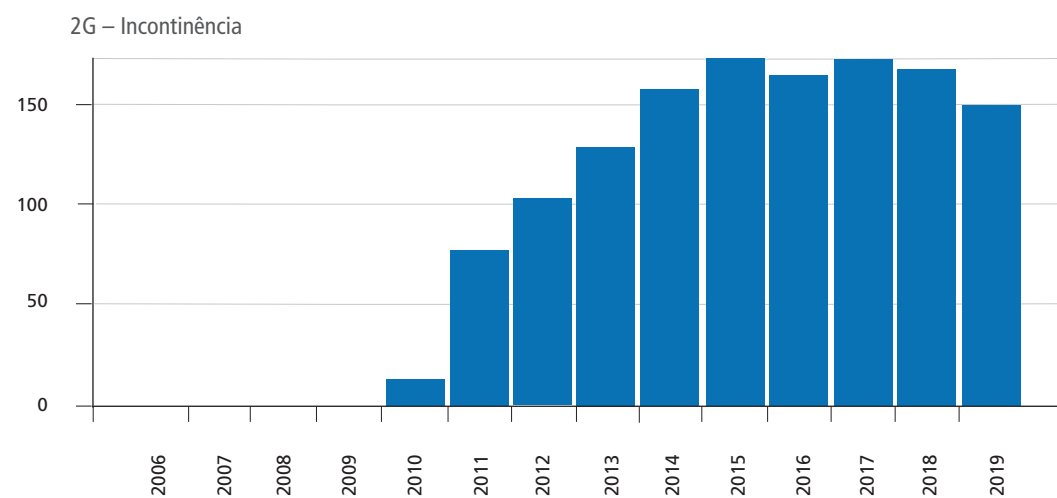
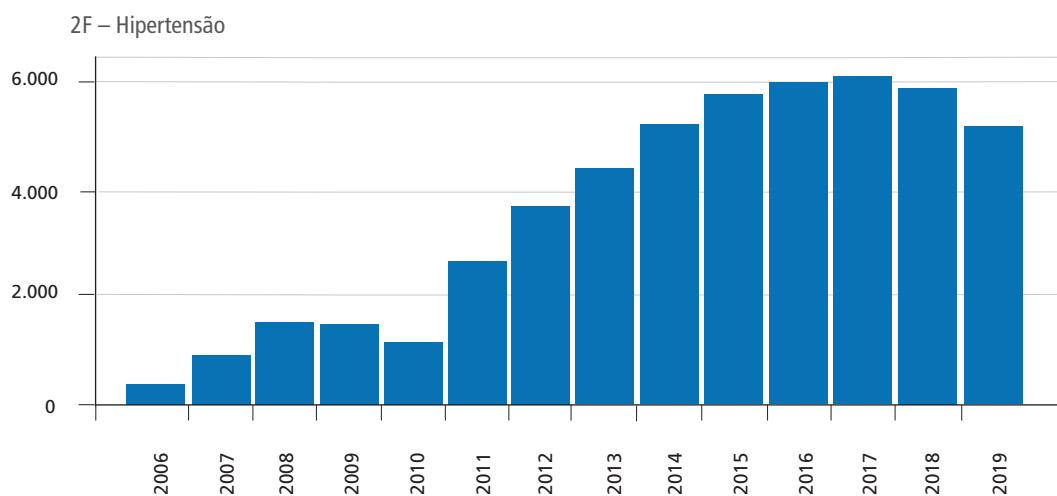


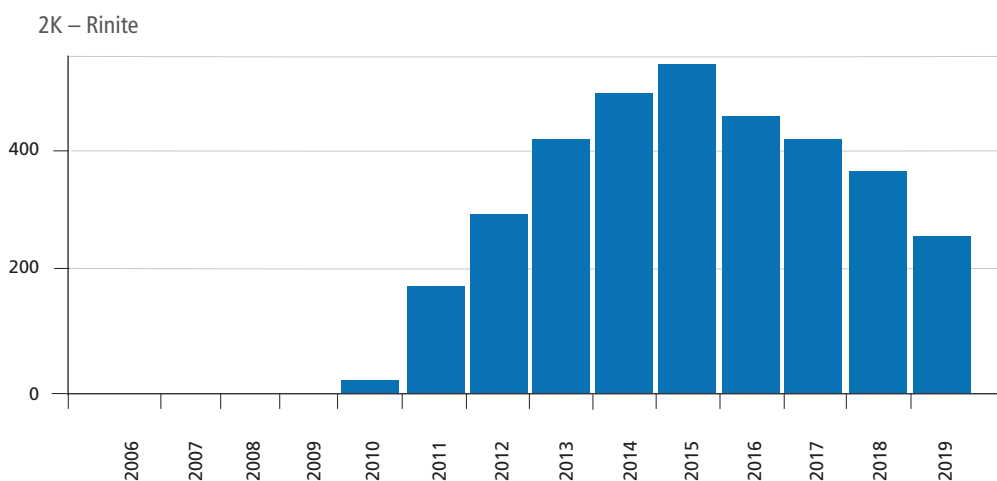
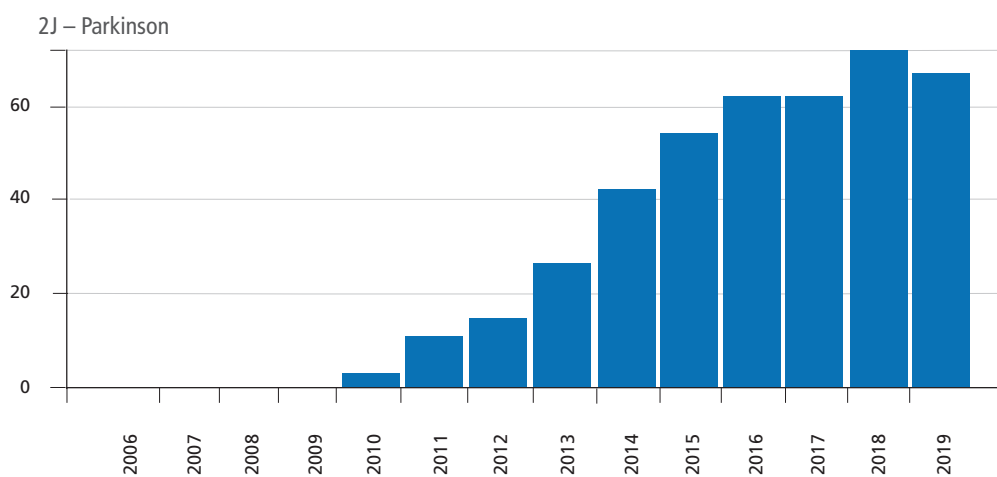
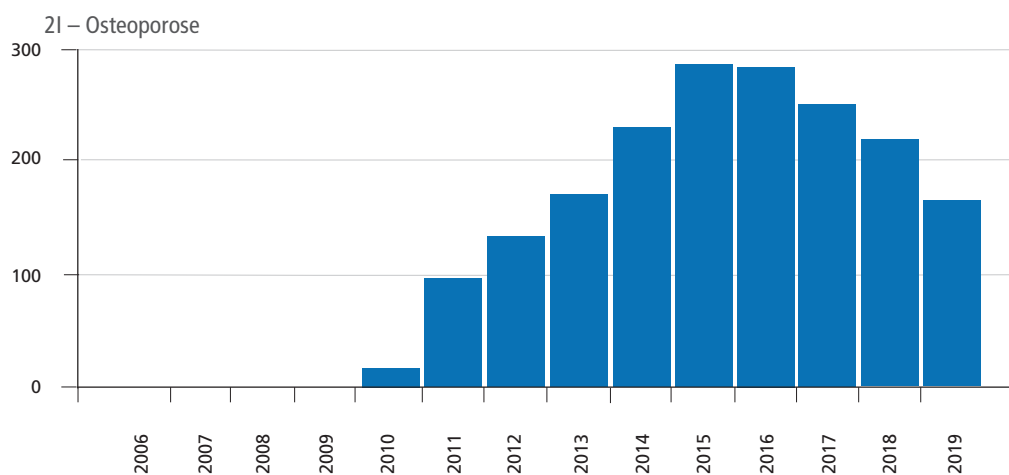
2D – Dislipidemia



2E – Glaucoma







Fonte: PFPB.

Elaboração dos autores.

Nota: 1 Até setembro de 2019.

Esses achados sinalizam que a magnitude do subsídio dado pelo governo para a dispensação dos medicamentos pode influenciar a quantidade de beneficiários do programa. Mas existem outros fatores que precisam ser investigados, que afetam o valor pago pelo usuário e, consequentemente, o número de beneficiários.

Na tabela 2, apresenta-se a frequência de autorizações na RC do PFPB por indicação dos produtos. Entre os itens da modalidade de copagamento, os medicamentos usados no tratamento da dislipidemia têm a maior participação no total de autorizações do programa (67,2%), seguidos pelas fraldas geriátricas usadas no manejo da incontinência urinária (8,7%). Na modalidade de gratuidade, os medicamentos para o tratamento de hipertensão e diabetes respondem por 97% das autorizações. No total do programa, observa-se o protagonismo da gratuidade (82,7% das autorizações acumuladas), ainda que ela somente tenha sido instituída em 2011 para diabetes e hipertensão e expandida em 2012 para asma.

TABELA 2
Frequência acumulada de autorizações na RC do PFPB por indicação dos produtos
(2006-2019)¹

Modalidade	Uso dos produtos	Frequência de autorizações	Porcentagem por modelo	Porcentagem total
Copagamento	Subtotal	339.277.185	-	-
	Anticoncepção	30.883.054	9,1	1,6
	Dislipidemia	228.128.594	67,2	11,6
	Glaucoma	2.994.273	0,9	0,2
	Incontinência	29.528.098	8,7	1,5
	Influenza	528	0,0	0,0
	Osteoporose	22.208.501	6,5	1,1
	Parkinson	7.450.128	2,2	0,4
	Rinite	18.084.009	5,3	0,9
Gratuidade	Subtotal	1.619.450.392	-	-
	Asma	47.942.063	3,0	2,4
	Diabetes	418.473.429	25,8	21,4
	Hipertensão	1.153.034.900	71,2	58,9
Total		1.958.727.577	-	-

Fonte: PFPB.

Elaboração dos autores.

Nota: ¹ Até setembro de 2019.

Um estudo que teve por objetivo analisar as mudanças no varejo farmacêutico a partir de alterações realizadas no PFPB evidencia que a inclusão na lista do programa dos medicamentos anti-hipertensivos, captopril, enalapril e losartana, ampliou a participação

deles no mercado brasileiro, em termos de volume e de vendas, especialmente após a campanha SNTF. O medicamento losartana passou a ser financeiramente acessível, alcançando uma alta participação após sua inclusão na relação. Os autores desse estudo também observaram que o PFPB impulsionou as vendas de medicamentos genéricos e promoveu empresas farmacêuticas nacionais (Silva *et al.*, 2017). Esses achados apontam para a ampliação do acesso a esses medicamentos.

A elevada participação de autorizações de medicamentos usados no tratamento de hipertensão (58,9%), diabetes (21,4%) e dislipidemia (11,6%) guarda relação com a prevalência dessas doenças no país. Em um estudo que utilizou dados da PNS de 2013, estimou-se em 45,1% a prevalência autorreferida de doenças crônicas não transmissíveis na população adulta brasileira. A prevalência de acidente vascular cerebral (AVC) foi de 1,5% e da doença do coração foi de 4,2% (Malta *et al.*, 2015). A dislipidemia, doença relacionada à alteração dos níveis séricos dos lipídeos, é considerada um dos principais fatores de risco da ocorrência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, entre elas a aterosclerose (espessamento e perda da elasticidade das paredes das artérias), o infarto agudo do miocárdio, a doença isquêmica do coração (diminuição da irrigação sanguínea no coração) e o AVC (Anvisa, 2011). Isso mostra a relevância do programa para o acesso da população a medicamentos para o tratamento das doenças mais prevalentes no país.

Tendo em vista o quantitativo de beneficiários do PFPB e os valores subsidiados pelo governo brasileiro e desembolsados diretamente pelos cidadãos, a próxima subseção explorará especificamente o comportamento da TCP dos usuários na RC do programa. Essa análise se mostra relevante, uma vez que não foram identificados estudos que direcionam atenção ao copagamento feito pelos beneficiários do PFPB e aos efeitos desse copagamento sobre o acesso ao elenco de medicamentos e correlatos do programa.

3.2 Taxa efetiva de copagamento pelos usuários

Uma importante questão a ser respondida sobre o PFPB consiste na identificação da magnitude da TCP feita pelos beneficiários do programa. Costuma-se supor que essa taxa seria de apenas 10%, uma vez que o valor máximo de pagamento pelo MS é de até 90% do VR estabelecido pelo órgão para os produtos da modalidade de copagamento. Trata-se de um equívoco, pois o preço pago pelos usuários às farmácias, nessa modalidade, não é o VR, mas sim o PV definido pelos estabelecimentos farmacêuticos.

O PV de um mesmo produto pode variar significativamente entre as farmácias em razão da incidência de diferentes alíquotas de ICMS no território nacional, da estrutura de mercado e das práticas comerciais em cada localidade. As farmácias podem definir distintos percentuais de descontos sobre o PMC de cada medicamento.¹³

O universo analisado da RC do PFPB é composto por quase 2 bilhões de dados referentes às solicitações autorizadas pelo MS para os usuários do PFPB no período de março de 2006 a setembro de 2019. A tabela 3 descreve a frequência de autorizações; a quantidade total de embalagens dos produtos disponibilizados; a média do preço unitário de venda por produto (PV) faturado pelo estabelecimento farmacêutico credenciado; a média do valor unitário subsidiado por produto (VS); a média do valor pago pelo usuário (copagamento = PV - VS); e a taxa percentual de copagamento em relação ao PV do produto ($TCP = \text{copagamento} / PV \times 100$).

Para fins analíticos, foram criados dois grupos de produtos chamados de copagamento e gratuidade. Relembrando que o primeiro é composto por produtos que, desde a entrada no programa, requerem alguma contrapartida financeira do usuário (anticoncepção, dislipidemia, glaucoma, incontinência urinária, influenza, osteoporose, doença de Parkinson e rinite); e que o segundo é formado por medicamentos que, em algum momento, passaram a fazer parte da lista de gratuidade do programa (diabetes, hipertensão e asma).

A tabela 3 mostra que o número de autorizações no grupo de copagamento cresceu até 2015, quando alcançou o patamar de 53 milhões; após esse ano, apresentou quedas anuais, chegando a 42 milhões de autorizações em 2018 (-21%). O mesmo movimento foi observado para a quantidade de embalagens, que atingiu 72 milhões em 2015 e diminuiu para 57 milhões em 2018 (-21%). O PV médio e o VS também decresceram a partir de 2015 e houve oscilações do copagamento desde então. Nesse grupo, a TCP média variou entre 2007 e 2018. Interessante notar que o menor valor dessa taxa ocorreu em 2015 (29%) e que voltou a subir após esse ano. De 2012 a 2018, não houve modificação do elenco de medicamentos (tabela A.1 do apêndice).

13. No caso dos medicamentos da modalidade de gratuidade, o VR é igual ao valor máximo de pagamento pelo MS, e este é o valor que as farmácias recebem pela dispensação desses produtos aos usuários.

TABELA 3
Frequência de autorizações, quantidade de embalagens disponibilizadas, PV, VS, copagamento e TCP na RC do PFPB (2006-2019)^{1,2}

	Total					Copagamento					Gratuidade							
	Frequência de autorizações (milhões)		Quantidade total de embalagens (milhões)		TCP (%)	Frequência de autorizações (milhões)		Quantidade total de embalagens (milhões)		TCP (%)	Frequência de autorizações (milhões)		Quantidade total de embalagens (milhões)					
	PV (R\$)	VS (R\$)	Copagamento (R\$)	PV (R\$)		VS (R\$)	Copagamento (R\$)	PV (R\$)	VS (R\$)		Copagamento (R\$)	PV (R\$)	VS (R\$)	Copagamento (R\$)	PV (R\$)	VS (R\$)	Copagamento (R\$)	TCP (%)
2006	3	5	26,5	21,6	4,9	18,4	-	-	-	-	-	3	5	26,5	21,6	4,9	18,3	
2007	12	22	22,2	17,5	4,7	21,2	1	1	19,3	12,0	7,3	37,7	11	21	22,4	17,9	4,5	20,5
2008	24	47	19,5	15,0	4,5	23,1	3	3	16,9	10,4	6,5	38,7	22	45	19,8	15,5	4,3	21,4
2009	24	48	20,3	13,5	6,8	33,3	3	3	19,2	11,1	8,0	42,1	22	45	20,5	13,9	6,6	31,7
2010	23	40	21,0	13,1	7,9	37,5	5	5	29,9	17,9	12,0	40,0	18	35	18,6	11,7	6,9	36,9
2011	76	141	15,2	12,2	3,0	19,6	15	20	33,5	20,8	12,7	37,7	60	122	10,5	10,2	0,3	3,5
2012	144	268	13,6	11,6	2,0	14,9	27	37	30,5	20,0	10,6	34,8	117	231	9,7	9,5	0,1	0,7
2013	159	290	13,0	11,2	1,8	13,7	29	40	29,6	19,6	10,0	33,5	130	250	9,3	9,3	-	-
2014	240	430	12,8	11,1	1,7	13,4	45	61	28,3	19,7	8,6	30,6	195	369	9,1	9,1	-	-
2015	275	486	11,6	10,1	1,4	12,4	53	72	25,4	18,0	7,4	29,0	222	414	8,4	8,4	-	-
2016	254	444	9,2	7,6	1,7	18,1	44	60	19,7	10,5	9,2	46,9	210	384	7,0	7,0	-	-
2017	265	454	9,0	7,6	1,4	16,0	43	58	18,5	9,8	8,7	47,2	222	397	7,2	7,2	-	-
2018	268	457	7,6	6,6	1,0	13,7	42	57	16,6	9,3	7,3	43,8	226	400	6,1	6,1	-	-
2019	193	329	7,0	6,1	0,9	12,9	30	41	15,5	9,0	6,5	41,8	164	289	5,5	5,5	-	-
Total	1.959	3.461	11,0	9,2	1,8	15,9	340	456	23,3	14,6	8,8	37,6	1.619	3.005	8,4	8,1	0,3	3,6

Fonte: PFPB.

Elaboração dos autores.

Notas: ¹ Até setembro de 2019.

² Valores monetários corrigidos pelo IGP-DIFGV, tendo por período-base setembro de 2019.

Obs.: O grupo de copagamento inclui produtos que requerem contrapartida financeira dos usuários desde o início do programa; o grupo de gratuidade é formado por medicamentos que, em algum momento, passaram a fazer parte da lista de gratuidade do programa (diabetes, hipertensão e asma).

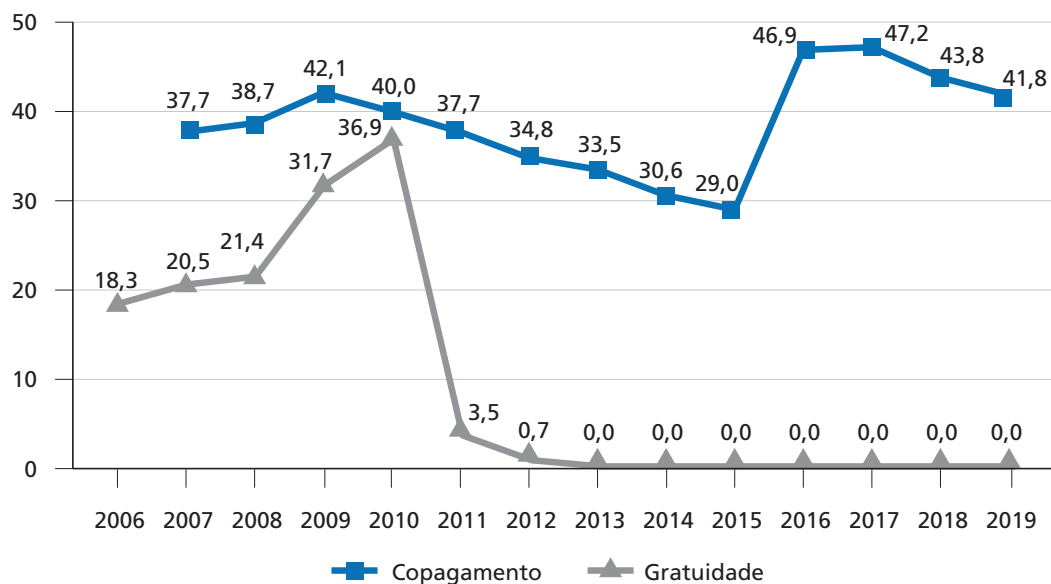
Ainda na tabela 3, para o grupo de gratuidade, observa-se que, entre 2009 e 2010, as autorizações e a quantidade de embalagens tiveram reduções de 18% e 22%, respectivamente, quando os medicamentos para o tratamento de hipertensão e diabetes ainda estavam sujeitos ao copagamento por parte dos usuários e o MS reduziu o subsídio dado a vários produtos. Um crescimento significativo foi observado, especialmente a partir de 2011, quando os medicamentos para o tratamento de hipertensão e asma passaram a ser inteiramente subsidiados pelo MS. De 2010 para 2011, as autorizações subiram 233% e a quantidade de embalagens subiu 249%. No período de 2006 a 2018, com a ampliação da RC e a instituição do subsídio de 100%, o crescimento das autorizações foi de 7.433% e o de embalagens, de 7.900%. Entre 2015 e 2018, tanto as autorizações quanto a quantidade de embalagens experimentaram pouca variação, 2% e -3%, respectivamente. Um estudo feito com o objetivo de avaliar o acesso a anti-hipertensivos no primeiro ano da campanha SNTP identificou um aumento na quantidade de comprimidos dispensada: atenolol (58,8%), captopril (52,6%), enalapril (52,3%), hidroclorotiazida (86,4%), losartana (119,7%) e propranolol (32,4%) (Araújo *et al.*, 2014).

As evidências produzidas a partir da análise comparada desses dois grupos em nosso estudo corroboram as conclusões de que a redução do VS pelo MS gerou mudanças no acesso dos usuários a medicamentos por meio do programa. Também vale destacar que, para o grupo de gratuidade, houve uma mudança no comportamento das variáveis, dos números de autorizações e da quantidade de embalagens a partir de 2015. Considerando a série inteira ou o período anterior a 2015, o aumento de autorizações estava acompanhado de um crescimento da quantidade de embalagens em magnitude maior. Já entre 2015 e 2018, há uma inversão, com o aumento das autorizações e a redução da quantidade de embalagens. Mudanças administrativas no PFPB realizadas em 2016 ajudam a explicar esse movimento, como a compatibilização da quantidade dispensada para trinta dias, segundo a posologia prevista em protocolos de tratamento das doenças.¹⁴ Assim, a queda de 3% na quantidade de embalagens sinaliza para a existência da dispensação de medicamentos em quantidade superior à necessária ao tratamento mensal, de outros problemas relacionados ao uso irracional de medicamentos e/ou de fraudes no período anterior ao da publicação das novas regras do programa.

14. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0111_28_01_2016.html> e <<https://bit.ly/2sq5wUo>>.

Uma análise mais detalhada sobre a evolução da TCP média pode ser feita a partir das informações apresentadas no gráfico 3.

GRÁFICO 3
Evolução da TCP média na RC do PFPB por grupo de produtos (2006-2019)¹
(Em %)



Fonte: PFPB.
Elaboração dos autores.
Nota: ¹ Até setembro de 2019.

De acordo com os valores da TCP média expressos na tabela 3 e exibidos no gráfico 3, observa-se:

- que a TCP dos beneficiários do programa sempre esteve em um patamar de pelo menos 29% para os medicamentos que fazem parte do grupo que requer contrapartida do usuário, com uma média no período de 37,6%;
- uma trajetória de redução na TCP entre 2009 e 2015; e
- uma reversão nessa trajetória a partir de 2016, com o aumento da taxa TCP para um patamar mais elevado que o verificado no período de 2007 a 2009.

Sobre o primeiro ponto, tem-se que os resultados obtidos desmistificam a questão do tamanho do copagamento do usuário, uma vez que este é o primeiro estudo a investigar a magnitude dessa contrapartida, e confundia-se a TCP pelo usuário em relação ao PV dos produtos (calculada neste trabalho) com os 10% previstos de

participação dos usuários em relação ao VR estabelecido pelo MS. Em nenhum ano a TCP média alcançou o patamar de 10% do PV, portanto, o subsídio médio dado pelo MS jamais foi de 90% do PV no período analisado. A menor TCP média foi de 29% em 2015, implicando um subsídio médio por embalagem de produto de 71% naquele ano. Ademais, destaca-se, considerando o segundo e o terceiro pontos, que o montante requerido de pagamento pelos usuários pode atuar como incentivador ou inibidor da demanda, vide o aumento e a redução de beneficiários para os medicamentos usados no tratamento de dislipidemia e osteoporose nos períodos de 2010 a 2014 e a partir de 2015, respectivamente.

O terceiro ponto pode ser compreendido analisando-se o apêndice (tabela A.1) deste trabalho. A partir dos dados tabulados, verifica-se a renegociação do MS para os VRs repassados para as farmácias por unidade farmacotécnica de alguns medicamentos, com impactos sobre o valor máximo de pagamento pelo órgão. O elenco de medicamentos usados no tratamento da dislipidemia, por exemplo, teve uma redução de 50% entre 2015 e 2016 nos valores repassados pelo MS às farmácias, de modo que a diferença entre o VS, que foi reduzido, e o PV foi arcada pelos usuários.

O segundo ponto requer maior atenção. O que explicaria a trajetória de redução da TCP entre 2009 e 2015? Para responder a essa questão, suscitam-se duas hipóteses centrais.

- A hipótese 1 relaciona-se à mudança na composição dos medicamentos (de referência, genérico e similar), haja vista que os valores máximos de pagamento pelo MS ficaram congelados entre 2010 e 2015. Se o repasse real do governo era menor, era de se esperar um aumento do copagamento pelos usuários. Se isso não aconteceu, no entanto, talvez tenha ocorrido uma alteração na composição da oferta das farmácias, com destaque para os produtos geralmente mais baratos (genéricos e similares).
- A hipótese 2 diz respeito a como o governo implementou a campanha SNTP para diabetes e hipertensão. As farmácias podem ter ficado com o receio de que esse modelo de gratuidade fosse expandido para todo o programa e, por isso, reduziram sua margem de lucro para “mostrar” ao governo que esse modelo de copagamento seria mais eficiente para o MS (medo da gratuidade). Esta hipótese é mais difícil de ser comprovada e não será analisada neste trabalho.

A fim de investigar a hipótese 1 para a redução da TCP, o gráfico a seguir restringe a análise para o grupo de copagamento, excluindo produtos com baixa frequência

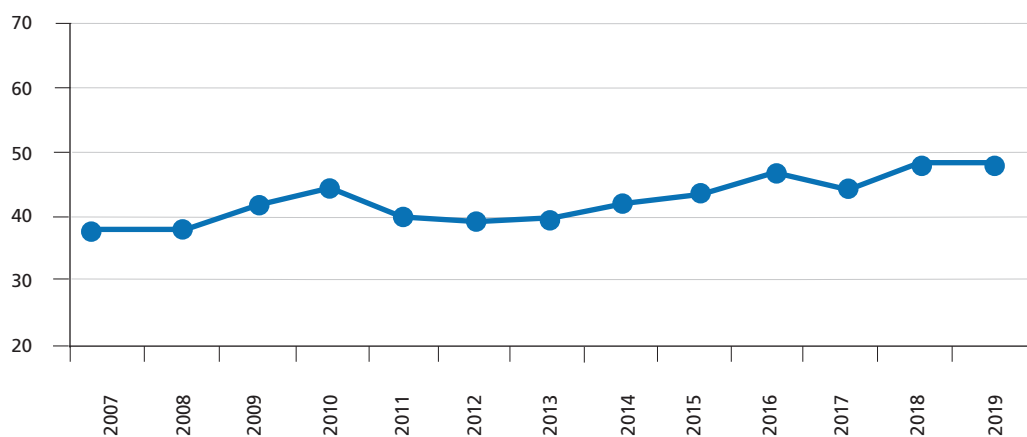
de participação no programa (glaucoma, 0,7%; e influenza, 0,01%). Como se pode verificar no gráfico 4, a tendência observada de 2009 a 2015 de redução na TCP para esse grupo é definida pela TCP média dos medicamentos usados na dislipidemia e na osteoporose, sendo que os primeiros possuem um peso maior, uma vez que apenas eles representam 73,7% das autorizações realizadas pelo MS para os itens que requerem o copagamento dos usuários na RC do PFPB (tabela 2).

GRÁFICO 4

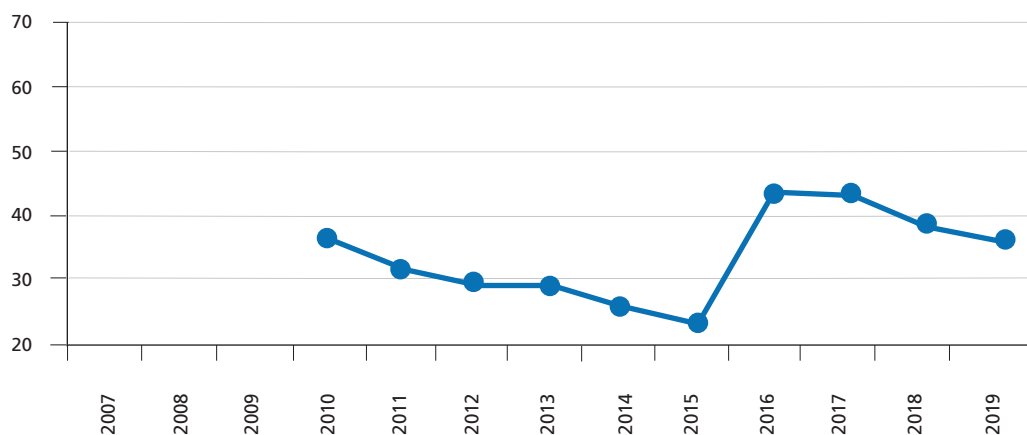
Evolução da TCP na RC do PFPB por indicação dos produtos (2007- 2019)¹

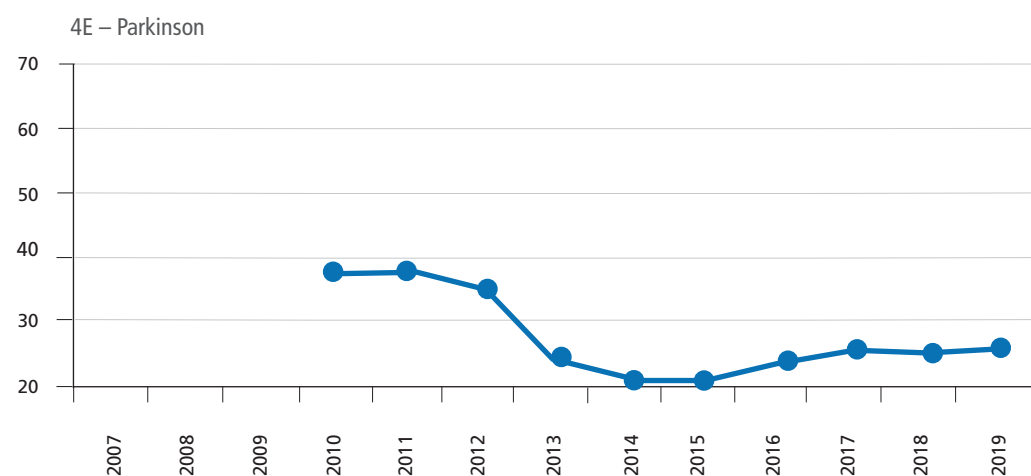
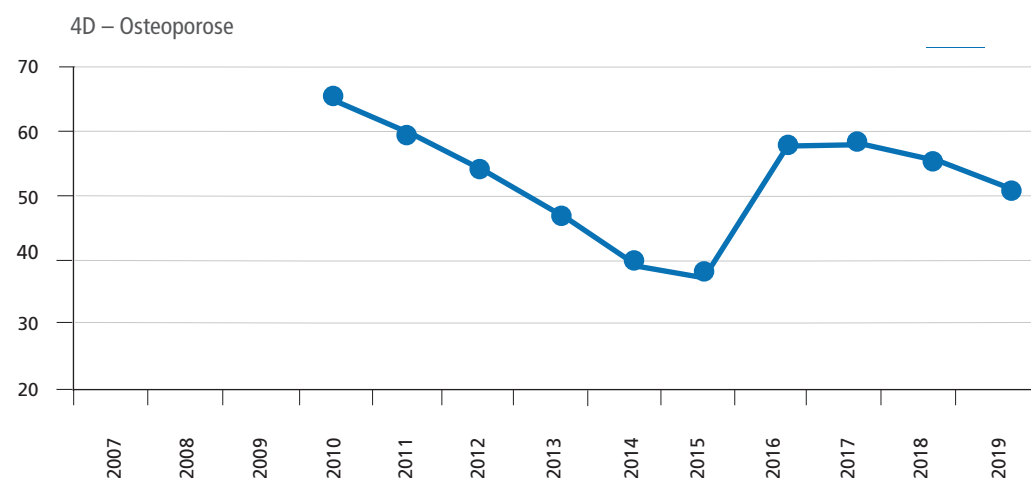
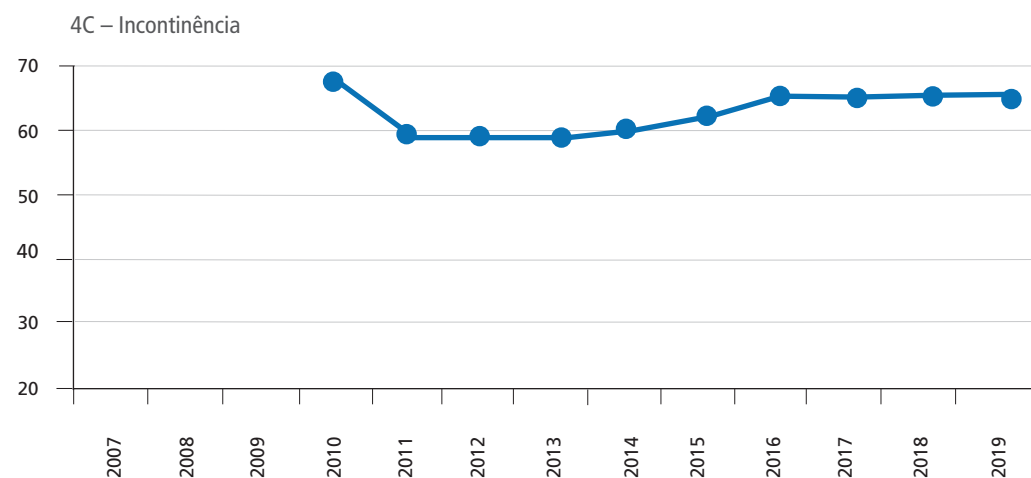
(Em %)

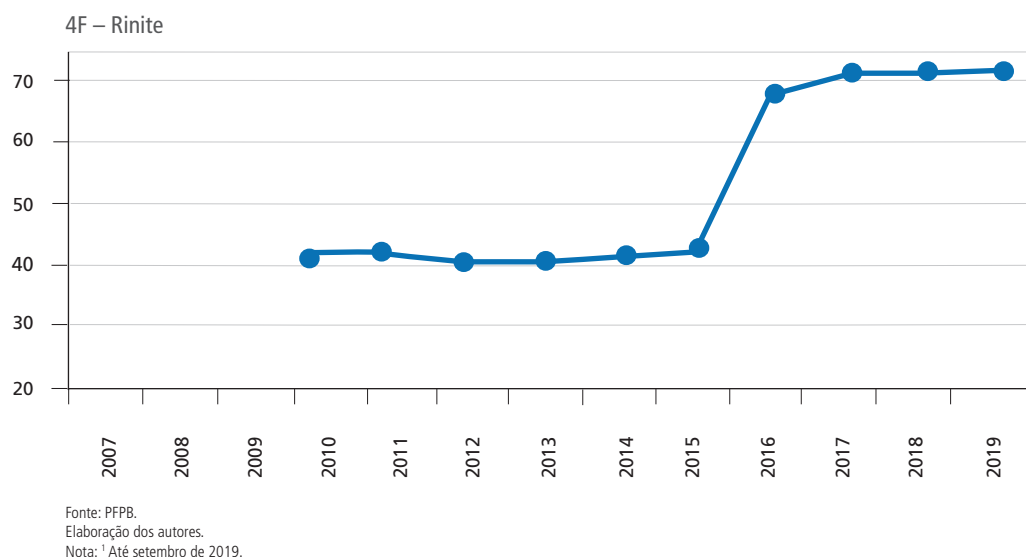
4A – Anticoncepção



4B – Dislipidemia







Dado que o VS pelo MS por unidade farmacotécnica se manteve constante no período de 2009 a 2015 e que os preços dos medicamentos regulados pela CMED aumentam todos os anos,¹⁵ a queda na TCP nesse interregno de tempo pode ser explicada por uma mudança de composição dos produtos ofertados para os usuários.

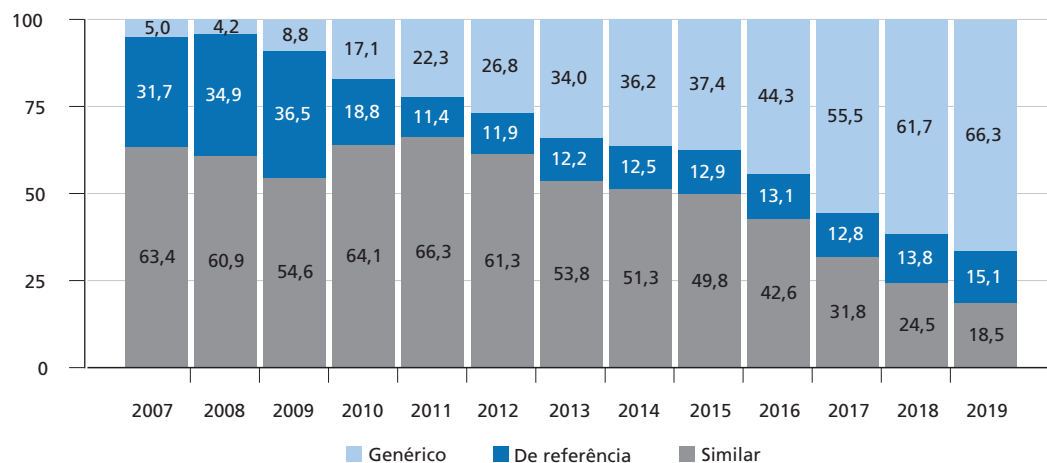
Nesse sentido, o gráfico 5 apresenta a participação dos medicamentos do grupo de copagamento por tipo, no período de 2007 a 2019 (setembro). Neste gráfico, fica evidente que houve uma mudança na composição de venda segundo o tipo de medicamento. De um lado, os similares perderam mercado no programa, com uma queda na participação da quantidade de embalagens vendidas de 63,4% em 2007 para 24,5% em 2018, ocorrendo o mesmo movimento para os de referência, que tiveram sua participação reduzida de 31,7% para 13,8% no mesmo período. Por outro lado, os medicamentos genéricos ganharam mercado, com um crescimento da participação em relação à quantidade total de embalagens no PFPB de 5% para 61,7% entre 2007 e 2018.

15. Com relação à regulação econômica do mercado de medicamentos no Brasil, o modelo é criticado por resultar em reajustes anuais dos preços-teto, sem a possibilidade de revisão desses preços para menos, o que gera, muitas vezes, um grande distanciamento entre o preço regulado e o preço praticado por indústrias, distribuidoras e farmácias (Miziara e Coutinho, 2015; Dias, Santos e Pinto, 2019).

GRÁFICO 5

Evolução da participação de medicamentos genéricos, similares e de referência disponibilizados por meio da RC do PFPB para o grupo de copagamento (2007-2019)¹

(Em %)



Fonte: PFPB.

Elaboração dos autores.

Nota: ¹ Até setembro de 2019.

A prevalência do uso de genéricos pela população brasileira adulta, segundo dados da PNAUM que foi a campo entre setembro de 2013 e fevereiro de 2014, foi de 45,5%. Nessa pesquisa, os genéricos representaram 53,7% dos medicamentos que foram obtidos por meio do PFPB (Bertoldi *et al.*, 2016).

Os genéricos podem ter ganhado participação na RC do PFPB por serem considerados confiáveis; por terem, em geral, preços mais baixos em relação aos medicamentos de referência e similares; e pela alta sensibilidade dos consumidores brasileiros ao preço dos medicamentos.¹⁶ Ademais, como o VS no programa é fixo, independentemente do produto vendido, no caso do grupo de gratuidade, após a campanha SNTP, interessa aos proprietários de farmácia vender os medicamentos pelos quais tenham pagado um preço mais baixo.

16. Em uma pesquisa realizada em 2016, 45% dos entrevistados trocaram os produtos que procuravam por genéricos ou similares de menor preço, sendo que destes 97% o fizeram para pagar um preço mais baixo. Disponível em: <<https://bit.ly/2LVFu2f>>.

Dados da Anvisa relativos ao mercado de medicamentos no Brasil em 2017 revelam que, do total de 2,5 bilhões de apresentações farmacêuticas comercializadas com o preço inferior a R\$ 5 naquele ano, a participação dos genéricos foi de 45%, a dos similares de 32% e a dos medicamentos novos de 6% (Anvisa, 2018). Em um estudo que teve por objetivo analisar o comportamento dos preços de medicamentos de referência e genéricos logo após o lançamento destes últimos e nos quatro anos seguintes, Vieira e Zucchi (2006) chegaram à conclusão de que os genéricos entraram no mercado brasileiro com o preço médio 40% menor que o preço médio dos medicamentos de referência e de que essa diferença aumentou para 47% no quarto ano após o lançamento.

A diferença de preços entre medicamentos de referência, genéricos e similares pode ser explicada em parte pela regulação econômica aplicada a esses produtos. Segundo a norma brasileira, os genéricos devem ter o PF no mínimo 35% menor que o PF do medicamento de referência correspondente. Não se estabeleceu um patamar mínimo de desconto para os preços de similares em relação aos dos medicamentos de referência – embora os itens novos tenham o preço de entrada no mercado brasileiro regulado, nos anos seguintes ao do lançamento, eles passam a ser reajustados anualmente como os demais medicamentos.¹⁷

Além disso, os similares possuem um nome comercial, o que leva as empresas a realizar gastos com a divulgação de suas marcas, enquanto a propaganda do governo sobre os genéricos rompeu barreiras à entrada desses produtos, promovendo a redução dos custos das indústrias com a divulgação deles (Nishijima, Biasoto Júnior e Lagroteria, 2014). E, por fim, em um processo que começou em 2003 e terminou em 2015, todos os similares tiveram que apresentar a prova de intercambialidade com o medicamento de referência correspondente para a comprovação da equivalência terapêutica quando da renovação do seu registro. A regra também se aplica à primeira concessão do registro (Brasil, 2003).¹⁸ Essa medida contribuiu para o aumento dos custos das empresas nesse período e pode ter afetado seus preços de comercialização.

17. Disponível em: <<https://bit.ly/34mJ0sZ>>.

18. Outras informações disponíveis em: <<https://bit.ly/2sqZSBH>>.

No mercado farmacêutico brasileiro de anti-hipertensivos e hipoglicemiantes, o número de fabricantes de genéricos e similares aumentou entre 2002 e 2010 e a entrada dos genéricos reduziu o preço dos medicamentos similares e de referência. Em 2010, no total de vendas de hipoglicemiantes, a participação dos genéricos foi de 50%; a dos similares, de 30%; e a dos de referência, de 20%. Para o medicamento glibenclamida, os genéricos e os similares tinham o preço médio equivalente a 63,5% e 53,7%, respectivamente, do preço do medicamento de referência (Bertoldi *et al.*, 2019).

Neste trabalho, a fim de melhor investigar a tendência da TCP do PFPB, a análise específica da tendência de preços por substância ao longo do tempo (tabela 4) e da participação de mercado dos fabricantes (tabela 5) foi dirigida para o medicamento sinvastatina, dada a sua participação de 67,2%, conforme expresso na tabela 2, na quantidade total de autorizações do programa no grupo de copagamento. A tabela 4 mostra a média do PV para as três apresentações desse item, incluído no PFPB para o tratamento dessa doença. Na tabela, os dados dos medicamentos de referência foram suprimidos, visto que apresentaram uma participação ínfima em relação ao total de apresentações de sinvastatina (menos de 0,01%) em todo o período.

Por meio da análise da tabela 4, quatro conclusões podem ser observadas para o caso da sinvastatina na RC do PFPB, conforme a seguir descrito.

- 1) Os preços médios em ambos os tipos de medicamentos tiveram uma significativa redução real no período, com taxas de pelo menos 71% para os genéricos e de 41% para os similares. Para a apresentação com maior participação no total de vendas (65,7% na média do período), sinvastatina de 20 mg, as taxas de variações nos preços foram de -79% e de -61% entre 2010 e 2019, respectivamente, para genéricos e similares.
- 2) Os preços médios de venda dos genéricos sofrem uma redução mais acelerada que os dos similares.
- 3) Os preços médios dos genéricos foram mais altos que os dos similares para as três apresentações na maioria dos anos analisados (2010 a 2019), muito embora, a partir de 2018, os genéricos passaram a ter preços mais baixos que os similares em todos os casos.
- 4) Houve um aumento da participação dos genéricos de sinvastatina no total das apresentações desse medicamento no programa. Em 2010, as três apresentações desses genéricos (10 mg, 20 mg e 40 mg) correspondiam a 20,7% do total de

embalagens vendidas de sinvastatina e chegaram a 72,4% em 2018. Já as apresentações de similares de sinvastatina (10 mg, 20 mg e 40 mg) tinham uma participação de 79,3% desse mercado no ATFP em 2010 e tiveram a redução dessa participação para 27,6% em 2018. A mudança de composição dos similares para genéricos ao longo desse intervalo de tempo para a sinvastatina pode estar relacionada com uma maior margem de rentabilidade das farmácias em relação aos últimos.

TABELA 4

Média do PV de sinvastatina e frequência relativa (participação) por ano, segundo as apresentações e o tipo de medicamento (genérico e similar) na RC do PFPB (2010-2019)^{1,2}

	10 mg		20 mg		40 mg	
	Preço (R\$)	Participação (%)	Preço (R\$)	Participação (%)	Preço (R\$)	Participação (%)
Genérico						
2010	51,36	2,20	49,09	14,30	65,95	4,20
2011	44,03	1,60	39,01	17,00	60,19	5,80
2012	33,85	1,50	32,11	20,30	52,86	7,80
2013	30,27	1,50	28,80	26,00	49,05	11,90
2014	26,51	1,30	26,60	26,20	44,66	14,10
2015	21,87	1,20	22,67	26,50	39,29	14,70
2016	14,95	1,50	15,64	32,50	27,48	16,30
2017	11,88	2,00	14,22	42,20	24,54	19,50
2018	10,98	2,10	11,76	48,00	20,72	22,30
2019	8,27	2,10	10,51	52,90	19,07	24,20
Similar						
2010	18,37	7,40	31,49	53,40	58,75	18,50
2011	17,69	5,90	29,23	49,60	53,04	20,00
2012	16,51	5,10	26,15	46,00	48,24	19,30
2013	15,61	3,70	24,70	39,90	45,88	16,90
2014	15,18	3,00	22,98	38,70	42,55	16,60
2015	13,53	2,70	20,38	37,10	37,37	17,80
2016	11,63	2,60	15,11	32,00	26,86	15,10
2017	11,68	1,80	13,94	24,10	24,61	10,30
2018	10,79	1,20	12,86	17,60	22,07	8,80
2019	10,81	0,90	12,27	12,90	20,91	7,00

Fonte: PFPB.

Elaboração dos autores.

Notas: ¹ Até setembro de 2019.

² Valores monetários corrigidos pelo IGP-DI/FGV, tendo por período-base setembro de 2019.

Constata-se que o preço do medicamento na RC do PFPB influencia as vendas no programa. Quanto menor o PV do produto, menor o copagamento pelos usuários, considerando que o VS por unidade farmacotécnica dado pelo governo às três

apresentações desse medicamento ficou estável entre 2010 e 2015 e foi reduzido em 50% em 2016 (tabela A.1 do apêndice). Note-se na tabela 4 que, com a redução do subsídio do MS em 2016, maior foi a queda dos preços médios das apresentações de medicamentos genéricos e da apresentação de 40 mg dos similares. Destaca-se, como foi dito anteriormente, que os preços-teto desses medicamentos tiveram reajustes autorizados pela CMED em todo o período analisado. Não obstante, o setor farmacêutico, para o caso da sinvastatina, adotou uma estratégia de redução no PV dos produtos ao longo dos anos, o que explica a tendência de redução na TCP de 2010 a 2015. Com a renegociação do governo em 2016, a taxa teve uma mudança de tendência a partir desse ano.

Outra explicação para a tendência de redução da TCP observada no gráfico de 2009 a 2015 poderia estar associada com as condições relativas a mudanças na estrutura de mercado da indústria farmacêutica. Assim, a fim de obter alguns indícios sobre a competição pela oferta de medicamentos na RC do PFPB, apresenta-se, na tabela 5, a participação dos fabricantes de sinvastatina no valor total de vendas do item no programa, bem como o IHH que mensura o grau de concentração da oferta para cada período de tempo. Destaca-se que, para manter o sigilo da informação da participação percentual dos fabricantes no programa, os nomes reais das indústrias foram substituídos por letras sequenciais de A a X.

Como pode ser observado na tabela 5, foram identificados mais de 25 fabricantes diferentes de sinvastatina de 2010 a 2019 que tiveram seus produtos distribuídos pelo PFPB. No período investigado, o máximo de participação nas vendas totais do programa não ultrapassou 36% por uma mesma fabricante. A partir de 2013, a fabricante W é a principal ofertante de sinvastatina no PFPB, com uma participação de pelo menos 24% desde então. A fim de melhor caracterizar as condições de oferta de medicamentos com esse princípio ativo, calculou-se o IHH a partir da participação dos fabricantes de sinvastatina no valor total de vendas na RC do PFPB.

TABELA 5

Participação dos fabricantes de sinvastatina no valor total de vendas do produto na RC do PFPB e IHH (2010-2019)¹

Fabricante	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Fabricante A (%)	-	-	-	-	-	-	1,03	0,78	1,26	1,97
Fabricante B (%)	0,11	0,04	0,14	0,04	0,04	0,05	0,05	0,05	0,01	-
Fabricante C (%)	3,72	2,12	1,72	1,39	1,15	1,20	1,45	1,22	1,13	1,18
Fabricante D (%)	0,71	0,80	0,99	1,76	3,15	6,47	4,86	3,73	1,54	1,84
Fabricante E (%)	0,02	0,03	0,03	0,03	0,01	0,02	0,02	0,04	0,01	-
Fabricante F (%)	1,78	1,93	2,78	4,67	5,49	5,26	8,48	13,93	11,94	11,95
Fabricante G (%)	0,12	0,06	0,04	0,05	0,07	0,08	0,10	0,14	0,02	0,00
Fabricante H (%)	1,55	7,72	7,36	6,70	6,47	5,08	4,68	8,86	5,58	4,09
Fabricante I (%)	7,57	4,43	2,68	1,59	1,29	1,19	1,21	0,88	0,69	0,71
Fabricante J (%)	2,16	2,50	2,96	3,13	2,65	4,78	4,56	1,98	1,38	1,41
Fabricante K (%)	0,01	0,93	2,19	2,92	2,74	7,37	7,39	5,09	6,82	5,30
Fabricante L (%)	6,32	9,32	17,41	14,27	15,10	13,48	8,86	4,89	5,12	6,48
Fabricante M (%)	11,82	13,18	10,43	9,26	8,25	6,38	4,98	4,75	5,01	4,43
Fabricante N (%)	0,39	0,70	2,19	4,08	3,01	0,82	0,22	0,15	0,09	-
Fabricante O (%)	0,49	2,31	5,70	6,66	4,70	5,90	6,14	5,61	3,97	3,12
Fabricante P (%)	-	0,00	0,03	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	-
Fabricante Q (%)	22,56	14,44	10,76	7,05	3,98	4,22	3,98	2,76	3,03	4,13
Fabricante R (%)	10,85	6,81	4,66	3,61	2,94	3,11	5,70	5,08	3,37	2,55
Fabricante S (%)	6,94	9,21	5,25	0,99	0,41	1,42	5,56	6,55	9,95	10,19
Fabricante T (%)	-	-	-	-	-	-	0,00	2,12	4,06	5,75
Fabricante U (%)	0,71	3,28	2,96	0,21	0,09	0,06	1,74	6,70	7,74	6,36
Fabricante V (%)	0,45	0,69	0,40	0,24	0,50	0,50	0,60	0,44	0,62	0,43
Fabricante W (%)	16,79	13,45	14,88	28,62	35,75	32,39	28,32	24,19	26,59	28,09
Fabricante X (%)	3,13	3,19	1,87	0,80	0,47	0,12	0,06	0,05	0,05	0,04
Outros (%)	1,76	2,87	2,56	1,91	1,73	0,08	0,00	-	-	-
IHH (pontos)	1.232,3	911,9	941,2	1.330,2	1.732,9	1.512,1	1.223,2	1.108,2	1.198,3	1.260,3

Fonte: PFPB.

Elaboração dos autores.

Nota: ¹ Até setembro de 2019.

Obs.: A escala de cor usada na tabela está com tonalidade divergente, do azul (menor participação) ao vermelho (maior participação).

A análise realizada demonstrou que a concentração de mercado observada por meio do IHH é baixa, com tendências cíclicas no período, isto é, ligeiros aumentos (2010-2011, 2015-2017) e reduções da concorrência (2012-2014, 2018-2019). Na maior parte do intervalo avaliado, contudo, o IHH foi menor que 1.500 pontos, enquadrando-se em um cenário de baixa concentração. As exceções foram 2014 e 2015, mas os valores dos índices não ficaram muito distantes do limiar de 1.500 pontos. É válido realçar que, quanto mais elevado o IHH (com valor máximo de 10 mil pontos), mais distante

do cenário competitivo se encontra o segmento sob avaliação. Em síntese, os resultados desse índice mostram que o lado da oferta da indústria do medicamento sinvastatina no PFPB é competitivo, de modo que os preços praticados pelos laboratórios podem ser definidos em patamares menores que em mercados monopolizados.¹⁹

A tabela 6 apresenta a média do PV e a participação por indicação dos produtos, segundo a apresentação e o tipo do medicamento (genérico, similar e de referência).

TABELA 6
Média do PV e frequência relativa por indicação dos produtos, apresentação e tipo de medicamento na RC do PFPB (2010-2019)¹

Indicação dos produtos/ princípio ativo	Variável	2010			2015			2019		
		Genérico	De referência	Similar	Genérico	De referência	Similar	Genérico	De referência	Similar
Anticoncepção										
Acetato de medroxiprogesterona 150 mg	Preço (R\$)	-	46,50	25,84	-	39,66	21,04	-	39,89	21,73
	Participação (%)	-	83,40	16,60	-	74,70	25,30	-	58,90	41,10
Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg (3 cartelas com 21 comprimidos)	Preço (R\$)	-	20,28	22,95	-	17,28	25,23	-	16,47	18,7
	Participação (%)	-	51	49	-	32,80	67,2	-	70	30
Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg (cartela com 21 comprimidos)	Preço (R\$)	-	10,20	8,55	-	7,40	6,25	4,79	7,18	5,76
	Participação (%)	-	22	78	-	38,30	61,70	5,30	28,90	65,80
Noretisterona 0,35 mg	Preço (R\$)	-	14,33	12,66	-	10,94	9,65	4,79	10,3	10,13
	Participação (%)	-	79,60	20,40	-	64,50	35,50	0,10	3,10	96,80
Valerato de estradiol 5 mg + enantato de noretisterona 50 mg	Preço (R\$)	21,25	34,10	-	16,77	27,67	23,39	15,74	29,39	22,17
	Participação (%)	36,50	63,50	-	63,50	32,50	4	84,60	12,40	2,90
Dislipidemia										
Sinvastatina 10 mg	Preço (R\$)	51,36	-	18,37	21,87	63,97	13,53	8,27	18,46	10,81
	Participação (%)	23	-	77	29,59	0,01	70,40	70,90	0,01	29,09
Sinvastatina 20 mg	Preço (R\$)	49,09	-	31,49	22,67	75,07	20,38	10,51	28,2	12,27
	Participação (%)	21,10	-	78,90	41,70	0,01	58,29	80,40	0,01	19,59
Sinvastatina 40 mg	Preço (R\$)	65,95	-	58,75	39,29	36,72	37,37	19,07	15	20,91
	Participação (%)	18,60	-	81,40	45,09	0,01	54,90	77,60	0,01	22,39

(Continua)

19. Cabe destacar que, além da perspectiva da estrutura de mercado da indústria farmacêutica, seria interessante investigar o comportamento do grau de concentração do setor varejista de medicamentos no território nacional. Não obstante, essa abordagem requer informações adicionais das farmácias (por exemplo, identificação se a empresa é matriz ou filial), fato que inviabiliza, neste estudo, aprofundar as discussões sobre a taxa de copagamento e o grau de concentração no varejo de medicamentos.

(Continuação)

Indicação dos produtos/ princípio ativo	Variável	2010			2015			2019		
		Genérico	De referência	Similar	Genérico	De referência	Similar	Genérico	De referência	Similar
Parkinson										
Carbidopa 25 mg + levodopa 250 mg	Preço (R\$)	45,02	80,94	59,39	27,30	45,76	32,62	27,44	-	35,14
	Participação (%)	63,70	3,10	33,20	33	0,10	66,90	7,20	-	92,80
Cloridrato de benserazida 25 mg + levodopa 100 mg	Preço (R\$)	-	79,12	-	-	56,93	-	-	48,35	31,62
	Participação (%)	-	100	-	-	100	-	-	100	0,001
Glaucoma										
Maleato de timolol 2,5 mg	Preço (R\$)	8,90	-	-	5,61	-	-	4,99	-	-
	Participação (%)	100	-	-	100	-	-	100	-	-
Maleato de timolol 5 mg	Preço (R\$)	9,15	14,68	11,95	7,12	12,42	9,20	5,71	11,94	7,13
	Participação (%)	79,20	17	3,90	80,60	17,10	2,30	84,70	12,90	2,50
Osteoporose										
Alendronato de sódio 70 mg	Preço (R\$)	79,37	-	55,71	24,29	157,81	25,71	13,01	193,14	16,12
	Participação (%)	15	-	85	46,40	0,01	53,49	83,29	0,01	16,70
Rinite										
Budesonida 32 mcg	Preço (R\$)	-	29,26	-	-	20,38	27,52	15,76	17,94	25,93
	Participação (%)	-	100	-	-	82,10	17,90	7,50	76,50	16
Budesonida 50 mcg	Preço (R\$)	-	35,05	-	-	28,09	-	-	26,53	-
	Participação	-	100	-	-	100	-	-	100	-
Budesonida 50 mcg (200 doses)	Preço (R\$)	-	-	-	-	-	47,67	-	-	45,49
	Participação (%)	-	-	-	-	-	100	-	-	100

Fonte: PFPB.

Elaboração dos autores.

Nota: ¹ Até setembro de 2019.

A partir da tabela 6, observa-se a entrada de genéricos na oferta de contraceptivos e de medicamentos usados no tratamento da rinite entre 2010 e 2019, ampliando a concorrência nesses mercados. Os dados apresentados revelam que: *i)* o preço é um importante fator de direcionamento das vendas de medicamentos na RC, pois a participação nas vendas por tipo de medicamento tende a ser maior para os produtos mais baratos em cada ano, à exceção dos contraceptivos e dos medicamentos usados no tratamento da doença de Parkinson, para os quais parece haver outros fatores determinando esse direcionamento (como o grau de confiança nos similares e genéricos); *ii)* os preços médios dos genéricos e similares foram mais baixos que os dos medicamentos de referência; e *iii)* sob a concorrência de similares e genéricos, os medicamentos de referência perderam participação nas vendas no programa.

Sobre a percepção da população a respeito dos medicamentos genéricos, há indícios de confiança em sua qualidade. Em um estudo de base populacional realizado no município de Pelotas, constatou-se que 87% dos entrevistados disseram que os medicamentos genéricos custam menos que os de referência e que 69% acreditavam que os genéricos têm qualidade equivalente à dos medicamentos de referência (Guttier *et al.*, 2016).

Em resumo, voltando ao nosso estudo, com relação à hipótese 1 mencionada anteriormente, constata-se, a partir dos dados da RC do PFPB, que houve uma mudança na composição das vendas de medicamentos no programa, com a redução da participação dos medicamentos de referência e similares e o aumento da participação dos genéricos, motivada pelos preços mais baixos. Isso ajuda a explicar a queda da TCP entre 2010 e 2015 em relação ao período anterior, 2007 a 2009. Como em 2016 o subsídio do MS para a maioria dos medicamentos do grupo de copagamento teve uma redução de 50%, a diminuição dos preços médios de venda observada após esse ano não foi suficiente para manter a TCP no valor de 2015 (29%), e ela volta a subir para um patamar mais elevado (46,9% e 47,2% em 2016 e 2017, respectivamente).

Na tabela 7, a evolução da TCP é apresentada por indicação dos produtos no período de 2006 a 2019. Para fins analíticos, é interessante observar o valor da taxa ao longo do tempo, segundo as variações do VS pelo MS.

Com base na tabela 7, três situações podem ser investigadas: situação 1, a dos produtos que não sofreram mudança no valor do subsídio por unidade farmacotécnica, como contraceptivos (2007 a 2019), fraldas geriátricas e medicamentos para a doença de Parkinson (2010 a 2019); situação 2, a dos produtos que tiveram redução do subsídio em 2009 (medicamentos para hipertensão e diabetes); e situação 3, a dos produtos que tiveram redução do subsídio em 2016 e que fazem parte do grupo de copagamento (dislipidemia, glaucoma, osteoporose e rinite).

TABELA 7
Evolução da TCP por grupo e indicação dos produtos (2006-2019)¹
(Em %)

Grupo/indicação dos produtos	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
<i>Copagamento</i>	-	37,7	38,7	42,1	40,0	37,7	34,8	33,5	30,6	29,0	46,9	47,2	43,8	41,8	37,6
Anticoncepção	-	37,7	38,7	42,1	44,2	41,0	39,4	40,0	42,6	43,8	47,0	44,7	48,6	48,2	43,5
Dislipidemia	-	-	-	-	36,3	32,3	29,2	29,0	26,1	23,8	43,4	43,8	39,0	36,2	32,6
Parkinson	-	-	-	-	37,5	34,9	33,4	34,2	35,5	38,2	64,2	66,5	65,9	67,4	48,6
Glaucoma	-	-	-	-	68,1	59,9	59,7	59,6	60,3	63,1	65,7	65,8	65,6	66,0	63,2
Influenza	-	-	-	-	77,3	76,1	-	-	-	-	-	-	-	-	77,2
Incontinência	-	-	-	-	64,2	59,5	54,0	46,8	39,4	37,0	57,4	57,9	55,5	51,3	49,2
Osteoporose	-	-	-	-	37,5	38,5	35,7	24,7	21,4	21,3	24,7	26,3	26,0	26,8	25,1
Rinite	-	-	-	-	41,6	41,4	40,3	40,5	41,1	42,3	67,9	71,3	71,5	71,8	53,5
<i>Gratuidade</i>	18,3	20,5	21,4	31,7	36,9	3,5	-	-	-	-	-	-	-	-	27,5
Asma	-	-	-	-	24,5	32,9	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5
Diabetes	20,4	24,0	28,8	40,2	44,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,9
Hipertensão	17,0	18,7	18,0	27,5	32,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,1

Fonte: PFPB.

Elaboração dos autores.

Nota: ¹ Até setembro de 2019.

Considerando a TCP em 2019 em relação a 2010, observa-se para os produtos da situação 1 uma ampliação para contraceptivos (44,2% para 48,2%) e medicamentos usados no tratamento da doença de Parkinson (37,5% para 67,4%) e uma redução para fraldas geriátricas – incontinência (64,2% para 51,3%). Na situação 2, a TCP em 2010 em relação a 2008 aumentou de 28,8% para 44,4% no caso dos medicamentos para o tratamento da diabetes e de 18,0% para 32,8% no caso dos anti-hipertensivos. Na situação 3, a comparação de 2019 com 2010 mostra a redução da TCP para medicamentos usados no tratamento da osteoporose (37,5% para 26,8%) e do glaucoma (68,1% para 66%); a manutenção da taxa para medicamentos indicados na dislipidemia (36,3% para 36,2%); e o aumento da taxa para medicamentos indicados no tratamento da rinite (41,6% para 71,8%). Da leitura conjunta dos dados da tabela 6 e da tabela 7, constata-se que diversos fatores podem determinar o comportamento da TCP, além do subsídio dado pelo governo, pois ela pode aumentar ou diminuir em uma situação de redução ou de manutenção do subsídio. Esses fatores precisam ser investigados em detalhes em estudos futuros.

Na tabela 8, apresentam-se os PVs, os VS e os valores de copagamento para os medicamentos do grupo de copagamento em 2019. Os dados mostram que a taxa

também pode variar muito entre produtos de uma mesma categoria de uso (por exemplo, contraceptivos), e pode variar bastante entre apresentações de um mesmo medicamento, como ilustra a sinvastatina 10 mg (61,4%), 20 mg (38%) e 40 mg (32,8%).

TABELA 8
PVs, VS e valores de copagamento na RC do PFPB para produtos do grupo de copagamento por princípio ativo (2019)¹

Indicação dos produtos/princípio ativo	Frequência de solicitações (1 mil)	PV (R\$)	VS (R\$)	Copagamento (R\$)	TCP (%)
<i>Anticoncepção</i>	1.591,1	16,68	8,64	8,03	48,2
Acetato de medroxiprogesterona 150 mg	193,6	32,43	11,09	21,34	65,8
Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg (3 cartelas com 21 comprimidos)	1,5	16,97	9,83	7,14	42,1
Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg (cartela com 21 comprimidos)	377,0	6,16	3,72	2,44	39,7
Noretisterona 0,35 mg	5,1	10,14	4,46	5,68	56,0
Valerato de estradiol 5mg + enantato de noretisterona 50 mg	1.014,7	17,62	10,02	7,60	43,1
<i>Dislipidemia</i>	21.235,7	13,41	8,56	4,85	36,2
Sinvastatina 10 mg	646,6	9,01	3,47	5,54	61,4
Sinvastatina 20 mg	14.155,2	10,86	6,74	4,12	38,0
Sinvastatina 40 mg	6.433,8	19,48	13,09	6,39	32,8
<i>Parkinson</i>	1.029,2	47,94	35,09	12,86	26,8
Carbidopa 25 mg + levodopa 250 mg	30,1	34,47	17,10	17,37	50,4
Cloridrato de benserazida 25 mg + levodopa 100 mg	999,0	48,35	35,63	12,72	26,3
<i>Glaucoma</i>	195,5	6,53	2,13	4,40	67,4
Maleato de timolol 2,5 mg	2,6	4,99	0,90	4,09	82,0
Maleato de timolol 5 mg	192,9	6,55	2,14	4,41	67,3
<i>Incontinência</i>	2.474,8	15,65	5,32	10,32	66,0
Fralda geriátrica tipo 1	2.474,8	15,65	5,32	10,32	66,0
<i>Osteoporose</i>	1.758,6	13,53	6,59	6,94	51,3
Alendronato de sódio 70 mg	1.758,6	13,53	6,59	6,94	51,3
<i>Rinite</i>	1.177,5	27,33	7,70	19,63	71,8
Budesonida 32 mcg	307,0	19,10	5,38	13,72	71,8
Budesonida 50 mcg	700,2	26,53	7,54	18,99	71,6
Budesonida 50 mcg (200 doses)	170,2	45,49	12,58	32,91	72,4

Fonte: PFPB.

Elaboração dos autores.

Nota: ¹ Até setembro de 2019.

Para analisar a TCP dos usuários do programa em níveis estadual e regional, as estatísticas apresentadas nas tabelas 9 e 10 foram calculadas usando como variável ponderadora o volume de vendas. Tomando-se por referência 2019, a tabela 9 mostra que a TCP média para a região Sudeste (44,4%) foi 9 p.p. maior que a da região Norte (35,4%). As regiões menos desenvolvidas socioeconomicamente, Norte e Nordeste,

tiveram uma menor TCP que as mais desenvolvidas, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. A cobrança de distintas alíquotas de ICMS pode explicar parte das diferenças encontradas entre os estados e, conseqüentemente, entre as regiões, mas não é suficiente para explicar todas as diferenças identificadas. Note-se que os estados de São Paulo e Minas Gerais estão entre os que apresentam maiores TCPs médias entre 2007 e 2019. Em todo o intervalo considerado, São Paulo teve a TCP acima da média nacional. Esses estados têm alíquotas de ICMS mais altas (18%) e isso poderia justificar o maior valor de copagamento para os usuários, dado que o PV dos produtos seria maior. Entretanto, o estado de São Paulo reduziu a alíquota do ICMS sobre os medicamentos genéricos para 12% em 2016 (Estado de São Paulo, 2016), e o estado de Minas Gerais trabalha com essa alíquota de 12% de ICMS para genéricos desde 2002 (Estado de Minas Gerais, 2002).

TABELA 9
TCP no ATFP para produtos do grupo de copagamento por Grande Região e estado
(2007-2019)¹
(Em %)

Região/UF	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Acima da média nacional
<i>Norte</i>	35,7	33,6	34,3	39,8	37,2	30,1	26,4	26,1	25,6	44,1	43,5	38,9	35,4	0,0
Acre			47,9	37,5	39,8	39,4	37,8	49,1	40,1	32,0	23,9	20,6	34,4	54,5
Amazonas	29,3	32,3	40,3	36,1	49,6	44,0	31,7	21,3	25,1	42,4	38,1	30,3	30,8	15,4
Amapá				48,1	55,4	33,8	37,4	33,2	31,6	54,4	39,3	41,2	37,2	60,0
Pará	35,6	32,2	32,0	37,6	36,3	28,0	23,9	25,7	27,1	48,4	47,5	41,8	37,1	15,4
Rondônia	37,0	37,4	39,4	44,7	40,5	35,8	31,1	27,7	24,3	37,1	37,9	35,4	33,9	23,1
Roraima				45,9	31,2	21,3	19,2	19,2	18,3	43,3	39,4	33,2	31,8	10,0
Tocantins	42,0	35,3	39,3	33,6	35,5	32,8	32,1	27,1	23,3	37,2	37,9	36,2	32,9	7,7
<i>Nordeste</i>	33,4	35,2	38,8	33,6	32,1	30,1	28,8	27,6	26,2	43,8	42,6	38,7	36,9	0,0
Alagoas	22,1	26,6	39,7	34,7	36,5	37,0	32,3	31,8	31,6	47,8	48,2	46,5	45,5	53,8
Bahia	33,6	34,7	37,6	35,3	35,0	31,5	29,7	27,5	26,7	43,2	43,0	40,3	38,9	0,0
Ceará	29,3	32,5	37,1	39,9	41,1	35,3	35,8	34,3	32,7	49,1	47,5	42,5	42,0	61,5
Maranhão	38,6	35,6	39,4	29,1	27,7	35,2	27,4	30,0	28,1	50,2	51,0	45,3	43,1	46,2
Paraíba	41,2	35,4	37,4	38,7	37,0	28,3	24,5	23,9	23,7	36,1	35,4	32,5	31,0	7,7
Pernambuco	32,4	37,0	42,3	25,3	26,1	27,9	30,0	28,8	26,0	45,1	43,9	38,2	34,4	7,7
Piauí	35,0	41,7	41,8	28,6	30,5	25,3	23,0	22,9	21,3	43,2	46,8	44,3	43,0	23,1
Rio Grande do Norte	41,8	43,9	40,9	42,1	26,9	25,0	22,9	20,9	20,1	39,9	34,7	32,5	31,2	23,1
Sergipe	39,8	40,8	41,6	36,8	35,1	36,1	35,0	31,5	29,2	44,0	42,3	37,3	35,8	46,2
<i>Sudeste</i>	38,6	39,6	42,7	41,6	40,3	37,2	36,9	34,0	32,3	48,9	49,1	46,4	44,4	100,0
Espírito Santo	37,9	39,4	40,7	40,1	38,7	35,2	35,6	34,0	29,1	46,2	47,3	43,8	40,3	69,2
Minas Gerais	39,0	38,6	40,0	41,3	38,6	35,8	34,6	32,8	31,1	45,5	46,8	44,2	42,8	69,2

(Continua)

(Continuação)

Região/UF	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Acima da média nacional
Rio de Janeiro	35,8	38,8	42,9	36,1	34,1	32,4	31,1	28,7	28,5	45,2	44,9	39,5	38,5	15,4
São Paulo	38,8	40,7	45,1	43,8	44,5	41,5	41,4	39,5	36,8	53,4	52,7	50,7	48,1	100,0
Sul	36,0	37,1	38,8	34,5	31,9	29,4	29,1	26,2	25,0	45,9	47,1	42,4	40,3	0,0
Paraná	36,1	36,8	37,8	38,7	38,5	36,5	35,5	34,3	32,8	47,5	49,0	45,1	42,9	69,2
Rio Grande do Sul	35,4	37,1	39,0	31,1	27,9	25,6	25,2	23,3	21,9	44,9	46,1	40,7	38,6	0,0
Santa Catarina	42,5	38,3	39,9	38,1	32,2	28,0	28,4	26,7	26,9	46,0	46,2	41,8	40,0	7,7
Centro-Oeste	41,5	39,9	55,2	49,1	40,3	36,2	33,0	30,5	28,6	44,2	45,0	42,5	40,8	46,2
Distrito Federal	45,7	49,0	50,8	45,7	40,2	35,1	30,5	26,3	23,8	43,4	42,7	36,4	34,6	46,2
Goiás	38,7	36,7	42,6	42,1	40,5	37,0	33,9	31,4	29,7	44,2	45,9	44,4	42,6	76,9
Mato Grosso do Sul	39,1	37,9	76,5	67,3	36,3	32,1	30,0	28,7	28,0	46,7	45,8	42,3	41,4	23,1
Mato Grosso	45,5	43,4	45,3	45,4	44,7	40,1	35,4	34,8	29,9	42,8	41,1	39,0	36,3	69,2
Total	37,7	38,7	42,1	40,0	37,7	34,8	33,5	30,6	29,0	46,9	47,2	43,8	41,8	0,0

Fonte: PFPB.

Elaboração dos autores.

Nota: ¹ Até setembro de 2019.

Obs.: 1. As estatísticas calculadas estão ponderadas pelo volume de vendas.

2. As células realçadas em vermelho significam que a TCP foi acima da média do país.

3. A última coluna da tabela mostra a frequência relativa da quantidade de vezes ao longo do tempo que a região/UF ficou com a TCP acima da média nacional do período.

Como os genéricos geralmente têm preços mais baixos que os medicamentos de referência e os similares e, por isso, ganharam maior participação na RC do PFPB, em termos de quantidade de embalagens vendidas, o resultado esperado seria a redução da TCP ao longo dos anos, não o aumento observado. Esses achados reforçam mais uma vez a conclusão de que diversos fatores determinam o valor de copagamento pelos usuários e, consequentemente, a TCP.

Quanto à quantidade demandada de produtos do grupo de copagamento na RC do PFPB por Grande Região e estado, constata-se a predominância das três apresentações de sinvastatina (dislipidemia) em todas as UFs, seguidas pelas fraldas geriátricas (incontinência), conforme a tabela 10. Interessante notar que, por estado, a demanda por fralda perde a segunda colocação para a demanda por alendronato (osteoporose) no caso de Roraima.

TABELA 10

Composição da quantidade demandada no ATPF por Grande Região e estado, segundo a indicação dos produtos (2007-2019)¹
(Em %)

Região/UF	Anticoncepção	Dislipidemia	Parkinson	Glaucoma	Incontinência	Osteoporose	Rinite	Total
<i>Norte</i>	7,2	57,0	7,1	0,6	16,6	8,5	3,0	100
Acre	10,4	65,6	2,4	0,2	14,3	4,8	2,3	100
Amazonas	3,2	61,0	15,0	0,1	15,0	4,7	1,0	100
Amapá	7,1	37,7	29,4	0,5	20,7	2,9	1,7	100
Pará	8,2	52,0	10,5	0,8	17,7	6,3	4,4	100
Rondônia	9,4	64,1	2,1	0,2	13,1	10,0	1,0	100
Roraima	1,3	63,2	1,4	0,3	4,2	28,0	1,7	100
Tocantins	3,2	64,5	1,2	0,5	19,1	10,7	0,9	100
<i>Nordeste</i>	4,4	48,2	5,8	0,5	33,7	5,1	2,4	100
Alagoas	3,4	46,0	7,8	0,3	35,7	4,4	2,4	100
Bahia	8,0	43,0	6,2	0,4	34,7	4,2	3,5	100
Ceará	3,5	44,5	8,6	0,1	37,4	2,8	3,1	100
Maranhão	3,3	66,0	8,1	0,3	13,6	7,8	0,9	100
Paraíba	4,0	41,1	5,1	0,3	41,8	6,0	1,7	100
Pernambuco	1,6	53,8	5,0	0,8	31,9	4,1	2,9	100
Piauí	3,5	59,7	5,0	0,9	23,3	6,3	1,2	100
Rio Grande do Norte	5,1	47,6	4,2	0,5	34,0	7,6	1,1	100
Sergipe	3,6	58,9	4,7	0,1	24,8	5,2	2,7	100
<i>Sudeste</i>	8,1	49,8	4,0	0,8	27,8	4,5	4,9	100
Espírito Santo	7,5	47,6	3,7	0,5	31,4	5,0	4,2	100
Minas Gerais	10,4	45,0	2,2	0,7	33,3	4,2	4,3	100
Rio de Janeiro	3,1	54,4	7,4	0,9	24,9	4,4	5,0	100
São Paulo	8,5	52,8	4,1	1,1	22,9	5,0	5,6	100
<i>Sul</i>	6,2	54,6	4,3	0,5	25,8	4,8	3,9	100
Paraná	6,6	49,5	3,1	0,3	34,5	3,9	2,2	100
Rio Grande do Sul	5,8	58,4	4,7	0,6	20,4	5,3	4,9	100
Santa Catarina	6,9	51,5	5,1	0,4	28,2	4,6	3,3	100
<i>Centro-Oeste</i>	3,9	54,3	5,7	0,4	26,7	6,6	2,3	100
Distrito Federal	4,1	60,0	5,5	0,4	20,0	5,8	4,2	100
Goiás	3,9	51,0	6,0	0,5	29,7	7,0	2,0	100
Mato Grosso do Sul	4,2	61,6	3,4	0,4	24,2	3,5	2,7	100
Mato Grosso	3,3	62,8	5,4	0,4	18,5	8,3	1,2	100

Fonte: PFPB.

Elaboração dos autores.

Nota: ¹ Até setembro de 2019.

Obs.: 1. As estatísticas calculadas estão ponderadas pelo volume de vendas.

2. A escala de cor usada na tabela está com a tonalidade divergente, do azul (menor participação) ao vermelho (maior participação).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o objetivo principal de dimensionar os valores de copagamento e a TCP dos usuários da RC do PFPB, realizou-se neste estudo um levantamento baseado em um rico e massivo conjunto de dados, com cerca de 2 bilhões de registros administrativos do programa, relativos às vendas das farmácias credenciadas no período de março de 2006 a setembro de 2019. Como foi identificada uma lacuna na literatura sobre o PFPB acerca desse dimensionamento e da dinâmica ao longo do tempo da TCP, bem como certa confusão a respeito do efetivo desembolso do beneficiário, os resultados encontrados demonstram que a TCP média em todo o período para os medicamentos que sempre estiveram sujeitos a copagamento foi de 37,6% por embalagem de produto, com tendência de alta a partir de 2016. A TCP variou de acordo com a indicação dos produtos, com o tipo de medicamento (genérico, similar e de referência), com o princípio ativo e por UF brasileira.

Este trabalho contribui para o entendimento acerca dos valores efetivamente arcados pelos usuários para o acesso aos medicamentos que são da modalidade de copagamento, que atualmente abrange produtos indicados para dislipidemia, rinite, doença de Parkinson, osteoporose, glaucoma, contracepção e incontinência urinária. Nos medicamentos da modalidade de gratuidade, o PV é igual ao VR do PFPB fixado pelo próprio MS. Já na modalidade de copagamento, os valores comercializados pelos estabelecimentos da RC do programa ficaram acima dos VRs do PFPB, de modo que em todo o período investigado a TCP média dos usuários foi de no mínimo 29%, ultrapassando um valor superior a 70% em alguns períodos para alguns medicamentos (como os indicados para o tratamento da rinite).

Essa informação ajuda a entender melhor a dinâmica de acesso ao elenco do programa, uma vez que a contrapartida financeira do usuário tem por base o PV do produto, não o VR definido pelo MS. Nesse contexto, como o PV é influenciado por condições do mercado e de diferenças nas alíquotas tributárias de cada UF, é de se esperar que a demanda da população reaja a mudanças nos preços praticados pelos estabelecimentos e pelos valores subsidiados pelo governo.

Os resultados deste trabalho são indicativos de que o subsídio dado pelo MS para a dispensação de medicamentos na RC do PFPB é um fator relevante de

determinação do acesso a medicamentos no programa. Reduções desse subsídio no período analisado resultaram em um aumento do copagamento e, consequentemente, da TCP, com a diminuição das autorizações no programa, do número de usuários únicos e das receitas das farmácias. Enquanto isso, aumentos do subsídio levaram à ampliação da demanda, cujo caso extremo a ilustrar esse movimento é a instituição da gratuidade para medicamentos indicados no tratamento de asma, diabetes e hipertensão (subsídio de 100%).

A magnitude do subsídio, porém, não é o único fator a determinar o copagamento e a TCP pelos usuários, como mostra este estudo, pois o PV de um mesmo medicamento pode ser afetado por distintas alíquotas de ICMS praticadas em cada UF e pelo grau de concorrência entre os estabelecimentos farmacêuticos e entre os produtos no mercado, considerando a existência de medicamentos de referência, genéricos e similares. Logo, o subsídio é um fator de determinação do acesso a medicamentos na RC do PFPB, mas a quantificação de seu efeito, assim como do efeito dos outros fatores sobre o acesso no programa, constitui uma questão de pesquisa a ser respondida com a realização de estudos específicos.

O PFPB ganhou destaque nos últimos anos por movimentar um significativo volume de recursos do MS para a oferta de uma lista reduzida de medicamentos – mais recursos que aqueles alocados pelo governo federal para o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF). Segundo a Federação Brasileira das Redes Associativistas e Independentes de Farmácias (Febrifar), o varejo farmacêutico teve um faturamento de R\$ 120,3 bilhões em 2018 e cresceu 11,8% em relação ao ano anterior.²⁰ Considerando as receitas auferidas pelas farmácias no PFPB para o mesmo ano, apuradas neste estudo (R\$ 2,9 bilhões correntes, equivalentes a R\$ 3,0 bilhões em valores de 2019), verifica-se uma baixa contribuição do programa para esse faturamento (2,4%), embora essa participação já tenha sido maior. No auge do gasto público com o PFPB em 2015, as receitas das farmácias foram de R\$ 4,3 bilhões a preços de setembro de 2019. Essa queda real de 30% nas receitas provavelmente motivou representantes da cadeia farmacêutica (indústria, distribuição e varejo) a se manifestarem publicamente

20. Disponível em: <<http://bit.ly/2Q7fRy1>>.

em defesa do programa,²¹ revelando o interesse do setor, ainda que a participação do PFPB no faturamento do varejo farmacêutico não seja tão expressiva.

O montante de recursos alocados por um pagador público único ajuda a explicar esse interesse na continuidade do programa e o incômodo do setor quando o governo reduziu os valores subsidiados e aumentou o rigor das regras para a dispensação dos produtos. Para o setor farmacêutico, impulsionar as vendas por meio do PFPB tem incentivos importantes, como a centralização do financiamento e do pagamento no MS, evitando a necessidade de participação das empresas em vários processos licitatórios e maiores incertezas quanto ao recebimento pelas vendas efetuadas a secretarias de saúde municipais e estaduais. Além disso, as margens de lucro podem ser maiores, já que diferenças significativas entre os preços praticados em licitações e os valores máximos de pagamento pelo MS já foram identificadas em alguns estudos.

Por fim, em relação ao objetivo do programa, importa destacar que, a despeito de a literatura internacional apontar a instituição do copagamento pelos usuários como forma de moderação do consumo de bens e serviços de saúde, no Brasil, o PFPB foi criado com o copagamento pelos usuários para ampliar o acesso a medicamentos a um nicho da população capaz de arcar com a parcela praticada. Tal fato torna a tarefa de avaliação dos resultados do programa, quanto ao acesso da população a medicamentos, particularmente desafiadora, pois não se trata apenas de investigar esse acesso, mas de avaliar se o programa conseguiu ampliar o acesso aos produtos cobertos para além das garantias que já eram realizadas pelo SUS. Ademais, existe uma série de problemas de pesquisa relacionados ao copagamento que não foram objeto direto deste trabalho, mostrando que ainda há lacunas de informação que precisam ser preenchidas sobre o PFPB, como, entre outros tópicos: *i*) a análise da elasticidade da demanda dos beneficiários diante de mudanças exógenas nos VRs ou no subsídio do governo; *ii*) a variação no *mark-up* dos estabelecimentos da C; *iii*) o acesso ao programa e o uso racional dos medicamentos; *iv*) os efeitos das diferenças de ICMS no acesso aos produtos do programa; e *v*) a formação de preços dos medicamentos e correlatos do programa.

21. Mais informações disponíveis em: <<http://bit.ly/36bfqZe>>, <<http://bit.ly/2ME6rl3>> e <<http://bit.ly/366lsJo>>.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, T. O. S. *et al.* Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise política de sua origem, seus desdobramentos e inflexões. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 159-172, 2018.
- ALMEIDA, A. T. C. *et al.* Impacto do Programa Farmácia Popular do Brasil sobre a saúde de pacientes crônicos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, n. 20, 2019.
- ALMEIDA, A. T. C.; VIEIRA, F. S.; SÁ, E. B. Os efeitos do acesso a medicamentos por meio do Programa Farmácia Popular sobre a saúde de portadores de doenças crônicas não transmissíveis. In: SACCARO JUNIOR, N. L.; ROCHA, W. M.; MATION, L. F. (Org.). **CMAP 2016 a 2018: estudos e propostas do Comitê de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas Federais**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018.
- ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução nº 6 da CMED, de 30 de setembro de 2005**. Brasília: Anvisa, 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/2Aif0VJ>>. Acesso em: 5 ago. 2019.
- _____. Dislipidemia. **Saúde e Economia**, Brasília, v. 3, n. 6, p. 1-4, 2011.
- _____. **Anuário estatístico do mercado farmacêutico 2017**. Brasília: Anvisa, 2018.
- ARAÚJO, J. L. O. *et al.* Access to antihypertensive agents in Brazil: evaluation of the “Health Has No Price” program. **Clinical Therapeutics**, Princeton, v. 36, n. 8, p. 1191-1195, 2014.
- BERTOLDI, A. D. *et al.* Is the Brazilian pharmaceutical policy ensuring population access to essential medicines? **Globalization and Health**, v. 8, n. 6, 2012.
- _____. Utilização de medicamentos genéricos na população brasileira: uma avaliação da PNAUM 2014. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 2, 2016.
- _____. The Brazilian private pharmaceutical market after the first ten years of the generics law. **Journal of Pharmaceutical Policy and Practice**, London, v. 12, n. 18, 2019.
- BRASIL. Resolução nº 134, de 29 de maio de 2003. Dispõe sobre a adequação dos medicamentos já registrados. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 104, p. 26-28, 2 jun. 2003. Seção 1.
- _____. Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 71, p. 1, 14 abr. 2004a. Seção 1.
- _____. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 97, p. 6, 21 mai. 2004b. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.587, de 6 de dezembro de 2004. Institui o incentivo financeiro do Programa Farmácia Popular do Brasil, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, n. 236, p. 33, 9 dez. 2004c. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de orientações às farmácias e drogarias credenciadas no “Aqui Tem Farmácia Popular”**. Brasília: MS, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2AuZHt5>>. Acesso em: 2 ago. 2019.

COSTA, K. S. *et al.* Obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Programa Farmácia Popular do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 33-44, 2016.

DIAS, L. L. S.; SANTOS, M. A. B.; PINTO, C. B. S. Regulação contemporânea de preços de medicamentos no Brasil: uma análise crítica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 543-558, 2019.

EMMERICK, I. C. M. *et al.* Farmácia Popular Program: changes in geographic accessibility of medicines during ten years of a medicine subsidy policy in Brazil. **Journal of Pharmaceutical Policy and Practice**, v. 8, n. 10, 2015.

_____. Retrospective interrupted time series examining hypertension and diabetes medicines usage following changes in patient cost sharing in the “Farmácia Popular” programme in Brazil. **BMJ Open**, 2017.

ESTADO DE MINAS GERAIS. Secretaria do Estado da Fazenda. **Regulamento do ICMS, de 2002, do estado de MG**. Belo Horizonte: SEF-MG, 2002. Disponível em: <<http://bit.ly/2PoFLgi>>. Acesso em: 16 dez. 2019.

ESTADO DE SÃO PAULO. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Decreto nº 61.840, de 25 de fevereiro de 2016, do estado de SP. Introduz alteração no Regulamento do Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação – RICMS. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://bit.ly/36DuTRB>>. Acesso em: 16 dez. 2019.

FERREIRA, P. A. A. Efeitos do copagamento de medicamentos sobre a saúde no Brasil: evidências do programa Aqui Tem Farmácia Popular. **Revista do BNDES**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 67-117, 2017.

GARCIA, M. M.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; ACÚRCIO, F. A. Avaliação econômica dos Programas Rede Farmácia de Minas do SUS *versus* Farmácia Popular do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 221-233, 2017.

GUTTIER, M. C. *et al.* Percepção, conhecimento e uso de medicamentos genéricos no Sul do Brasil: o que mudou entre 2002 e 2012? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 7, 2016.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-satélite de saúde**: 2010-2017. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. (Contas Nacionais, n. 71).

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Políticas sociais: acompanhamento e análise. **Boletim de Políticas Sociais**, Brasília, n. 26, 2019.

LUIZA, V. L. *et al.* Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational use of medicines. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 5, 2015.

_____. Applying a health system perspective to the evolving Farmácia Popular medicines access programme in Brazil. **BMJ Global Health**, v. 2, 2017.

MALTA, D. C. *et al.* A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 3-16, 2015.

MATTOS, L. *et al.* Assistência farmacêutica na atenção básica e Programa Farmácia Popular: a visão de gestores de esferas subnacionais do Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 287-298, 2019.

MENGUE, S. S. *et al.* Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 2, 2016.

MIZIARA, N. M.; COUTINHO, D. R. Problemas na política regulatória do mercado de medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 35, 2015.

NISHIJIMA, M.; BIASOTO JÚNIOR, G.; LAGROTERIA, E. A competição no mercado brasileiro após uma década de medicamentos genéricos: uma análise de rivalidade em um mercado regulado. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 23, n. 1, p. 155-186, 2014.

PINTO, C. B. *et al.* Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 611-619, 2010.

R CORE TEAM. **R**: a language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing, 2019. Disponível em: <<https://www.R-project.org/>>. Acesso em: 12 dez. 2019.

SANTOS-PINTO, C. B. Copagamento como ampliação do acesso a medicamentos: Programa Farmácia Popular do Brasil. In: OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. *et al.* (Org.). **Assistência farmacêutica**: gestão e prática para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

SANTOS-PINTO, C. B.; COSTA, N. R.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2963-2973, 2011.

SILVA, M. E. L.; ALMEIDA, A. T. C.; ARAÚJO JÚNIOR, I. T. Análise de equidade da distribuição de recursos do Programa Farmácia Popular. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, 2019.

SILVA, R. M. *et al.* Farmácia Popular Program: pharmaceutical market analysis of antihypertensive acting on the renin-angiotensin system medicines. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2501-2512, 2017.

SILVA, R. M.; CAETANO, R. Programa Farmácia Popular do Brasil: caracterização e evolução entre 2004-2012. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 2943-2956, 2015.

_____. Custos da assistência farmacêutica pública frente ao Programa Farmácia Popular. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 74, p. 1-11, 2016.

_____. Gastos com pagamentos no programa Aqui Tem Farmácia Popular: evolução entre 2006-2014. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, 2018.

VIEIRA, F. S. Integralidade da assistência terapêutica e farmacêutica: um debate necessário. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 126, 2017.

_____. **Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016**. Brasília: Ipea, 2018. (Texto para Discussão, n. 2356).

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Diferenças de preços entre medicamentos genéricos e de referência no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 444-449, 2006.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Orientação Interpretativa nº 2, de 13 de novembro de 2006**. Brasília: Anvisa, 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/2LvGPwm>>. Acesso em: 11 ago. 2019.

TAVARES, N. U. L. *et al.* Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 2, 2016.

APÊNDICE

TABELA A.1

Valor máximo de pagamento pelo MS para medicamentos da RC do PFPB, por ano de inclusão do produto e situação quanto ao copagamento pelos usuários (2006-2019)

Indicação dos produtos/ princípio ativo	Unidade farmacotécnica	Inclusão	Exclusão	Gratuidade	2006 (R\$)	2007 (R\$)	2008 (R\$)	2009 (R\$)	2010 (R\$)	2011 (R\$)	2012 (R\$)	2013 (R\$)	2014 (R\$)	2015 (R\$)	2016 (R\$)	2017 (R\$)	2018 (R\$)	2019 (R\$)
<i>Anticoncepção</i>																		
Acetato de medroxiprogesterona 150 mg	Ampola	Portaria nº 1.414, de 13/6/2007	-	-	-	11,12	11,12	11,12	11,12	11,12	11,12	11,12	11,12	11,12	11,12	11,12	11,12	11,12
Ethinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg (cartela com 21 comprimidos)	Cartela	Portaria nº 1.414, de 13/6/2007	-	-	-	3,77	3,77	3,77	3,77	3,77	3,77	3,77	3,77	3,77	3,77	3,77	3,77	3,77
Noretisterona 0,35 mg	Cartela	Portaria nº 1.414, de 13/6/2007	-	-	-	4,46	4,46	4,46	4,46	4,46	4,46	4,46	4,46	4,46	4,46	4,46	4,46	4,46
Valerato de estradiol 5 mg + enantato de noretisterona 50 mg	Ampola	Portaria nº 1.414, de 13/6/2007	-	-	-	10,18	10,18	10,17	10,17	10,17	10,17	10,17	10,17	10,17	10,17	10,17	10,17	10,17
<i>Asma</i>																		
Brometo de ipratrópio 0,25 mg/ml (solução para inalação)	Millilitro	Portaria nº 3.219, de 20/10/2010	-	A partir de 2012 – Portaria nº 1.146, de 1/6/2012	-	-	-	-	0,24	0,24	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27	0,45	0,45
Brometo de ipratrópio 0,02 mg/dose (inalador doseado)	Dose	Portaria nº 3.219, de 20/10/2010	-	A partir de 2012 – Portaria nº 1.146, de 1/6/2012	-	-	-	-	0,05	0,05	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,13	0,13
Diprionato de beclometasona 50 mcg/dose (inalador doseado)	Dose	Portaria nº 3.219, de 20/10/2010	-	A partir de 2012 – Portaria nº 1.146, de 1/6/2012	-	-	-	-	0,12	0,12	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,16	0,16
Diprionato de beclometasona 200 mcg/cápsula (cápsulas inalantes)	Cápsula	Portaria nº 3.219, de 20/10/2010	-	A partir de 2012 – Portaria nº 1.146, de 1/6/2012	-	-	-	-	0,23	0,23	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,35	0,35
Diprionato de beclometasona 200 mcg/dose (inalador doseado)	Dose	Portaria nº 3.219, de 20/10/2010	-	A partir de 2012 – Portaria nº 1.146, de 1/6/2012	-	-	-	-	0,23	0,23	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,35	0,35
Diprionato de beclometasona 250 mcg/dose (inalador doseado)	Dose	Portaria nº 3.219, de 20/10/2010	-	A partir de 2012 – Portaria nº 1.146, de 1/6/2012	-	-	-	-	0,14	0,14	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	0,21	0,21
Sulfato de salbutamol 5 mg/ml (solução inalação)	Millilitro	Portaria nº 3.219, de 20/10/2010	-	A partir de 2012 – Portaria nº 1.146, de 1/6/2012	-	-	-	-	0,79	0,79	0,88	0,88	0,88	0,88	0,88	0,88	1,56	1,56
Sulfato de salbutamol 100 mcg/dose (inalador doseado)	Dose	Portaria nº 3.219, de 20/10/2010	-	A partir de 2012 – Portaria nº 1.146, de 1/6/2012	-	-	-	-	0,09	0,09	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,09	0,09

(Continua)

(Continuação)

Indicação dos produtos/ princípio ativo	Unidade farmacotécnica	Inclusão	Exclusão	Gratuidade	2006 (R\$)	2007 (R\$)	2008 (R\$)	2009 (R\$)	2010 (R\$)	2011 (R\$)	2012 (R\$)	2013 (R\$)	2014 (R\$)	2015 (R\$)	2016 (R\$)	2017 (R\$)	2018 (R\$)	2019 (R\$)
Diabetes																		
Cloridrato de metformina 500 mg	Comprimido	Portaria nº 491, de 9/3/2006	-	A partir de 2011 – Portaria nº 184, de 3/2/2011	0,16	0,15	0,15	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,12	0,12	0,08	0,08
Cloridrato de metformina 500 mg (comprimido de ação prolongada)	Comprimido	Portaria nº 971, de 15/5/2012	-	A partir de 2016 – Portaria nº 111, de 28/11/2016	-	-	-	-	-	-	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18	0,23	0,23
Cloridrato de metformina 850 mg	Comprimido	Portaria nº 491, de 9/3/2006	-	A partir de 2011 – Portaria nº 184, de 3/2/2011	0,25	0,25	0,25	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16	0,15	0,15
Glibenclamida 5 mg	Comprimido	Portaria nº 491, de 9/3/2006	-	A partir de 2011 – Portaria nº 184, de 3/2/2011	0,17	0,16	0,16	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,09	0,09	0,08	0,08
Insulina humana NPH 100 UI/ml (solução injetável)	Frasco 10 ml	Portaria nº 491, de 9/3/2006	-	A partir de 2011 – Portaria nº 184, de 3/2/2011	30,88	30,80	30,80	26,55	26,55	26,55	26,55	26,55	26,55	26,55	26,55	26,55	21,91	21,91
Insulina humana NPH 100 UI/ml (solução injetável)	Frasco 5 ml	Portaria nº 749, de 15/4/2009	-	A partir de 2011 – Portaria nº 184, de 3/2/2011	-	-	-	13,27	13,27	13,27	13,27	13,27	13,27	13,27	13,27	13,27	10,96	10,96
Insulina humana NPH 100 UI/ml (solução injetável)	Refil 1,5 ml	Portaria nº 749, de 15/4/2009	-	A partir de 2011 – Portaria nº 184, de 3/2/2011	-	-	-	3,99	3,99	3,99	3,99	3,99	3,99	3,99	3,99	3,99	3,29	3,29
Insulina humana NPH 100 UI/ml (solução injetável)	Refil 3 ml	Portaria nº 749, de 15/4/2009	-	A partir de 2011 – Portaria nº 184, de 3/2/2011	-	-	-	7,96	7,96	7,96	7,96	7,96	7,96	7,96	7,96	7,96	6,57	6,57
Insulina humana regular 100 UI/ ml (solução injetável)	Frasco 5 ml	Portaria nº 184, de 3/2/2011	-	A partir de 2011 – Portaria nº 184, de 3/2/2011	-	-	-	-	13,27	13,27	13,27	13,27	13,27	13,27	13,27	13,27	10,96	10,96
Insulina humana regular 100 UI/ ml (solução injetável)	Frasco 10 ml	Portaria nº 184, de 3/2/2011	-	A partir de 2011 – Portaria nº 184, de 3/2/2011	-	-	-	-	26,55	26,55	26,55	26,55	26,55	26,55	26,55	26,55	21,97	21,97
Insulina humana regular 100 UI/ ml (solução injetável)	Refil 1,5 ml	Portaria nº 184, de 3/2/2011	-	A partir de 2011 – Portaria nº 184, de 3/2/2011	-	-	-	-	3,99	3,99	3,99	3,99	3,99	3,99	3,99	3,99	3,29	3,29
Insulina humana regular 100 UI/ ml (solução injetável)	Refil 3 ml	Portaria nº 184, de 3/2/2011	-	A partir de 2011 – Portaria nº 184, de 3/2/2011	-	-	-	-	7,96	7,96	7,96	7,96	7,96	7,96	7,96	7,96	6,58	6,58
Dislipidemia																		
Sinvastatina 10 mg	Comprimido	Portaria nº 947 de 26/4/2010	-	-	-	-	-	-	-	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	0,12	0,12	0,12	0,12
Sinvastatina 20 mg	Comprimido	Portaria nº 947 de 26/4/2010	-	-	-	-	-	-	-	0,46	0,46	0,46	0,46	0,46	0,23	0,23	0,23	0,23
Sinvastatina 40 mg	Comprimido	Portaria nº 947 de 26/4/2010	-	-	-	-	-	-	-	0,89	0,89	0,89	0,89	0,89	0,45	0,45	0,45	0,45

(Continua)

(Continuação)		Indicação dos produtos/ princípio ativo	Unidade farmacotécnica	Inclusão	Exclusão	Gratuidade	2006 (R\$)	2007 (R\$)	2008 (R\$)	2009 (R\$)	2010 (R\$)	2011 (R\$)	2012 (R\$)	2013 (R\$)	2014 (R\$)	2015 (R\$)	2016 (R\$)	2017 (R\$)	2018 (R\$)	2019 (R\$)
<i>Glaucoma</i>																				
		Maleato de timolol 2,5 mg (solução oftalmológica)	Millilitro	Portaria nº 3.219, de 20/10/2010	-	-	-	-	-	-	0,36	0,36	0,36	0,36	0,36	0,36	0,18	0,18	0,18	0,18
		Maleato de timolol 5 mg (solução oftalmológica)	Millilitro	Portaria nº 3.219, de 20/10/2010	-	-	-	-	-	-	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86	0,43	0,43	0,43	0,43	0,43
<i>Hipertensão</i>																				
		Atenolol 25 mg	Comprimido	Portaria nº 491, de 9/3/2006	-	A partir de 2011 – Portaria nº 184, de 3/2/2011	0,24	0,23	0,23	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,11	0,11	0,10	0,10	0,10
		Captopril 25 mg	Comprimido	Portaria nº 491, de 9/3/2006	-	A partir de 2011 – Portaria nº 184, de 3/2/2011	0,38	0,37	0,37	0,28	0,28	0,28	0,28	0,28	0,28	0,19	0,19	0,10	0,10	0,10
		Cloridrato de propranolol 40 mg	Comprimido	Portaria nº 491, de 9/3/2006	-	A partir de 2011 – Portaria nº 184, de 3/2/2011	0,11	0,10	0,10	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07
		Hidroclorotiazida 25 mg	Comprimido	Portaria nº 491, de 9/3/2006	-	A partir de 2011 – Portaria nº 184, de 3/2/2011	0,15	0,14	0,14	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06
		Losartana potássica 50 mg	Comprimido	Portaria nº 3.219, de 20/10/2010	-	A partir de 2011 – Portaria nº 184, de 3/2/2011	-	-	-	-	0,32	0,32	0,32	0,32	0,32	0,30	0,30	0,17	0,17	0,17
		Maleato de enalapril 10 mg	Comprimido	Portaria nº 491, de 9/3/2006	-	A partir de 2011 – Portaria nº 184, de 3/2/2011	0,51	0,50	0,50	0,39	0,39	0,39	0,39	0,39	0,39	0,26	0,26	0,17	0,17	0,17
<i>Incontinência</i>																				
		Fralda geriátrica	Fralda	Portaria nº 3.219, de 20/10/2010	-	-	-	-	-	-	0,64	0,64	0,64	0,64	0,64	0,64	0,64	0,64	0,64	0,64
<i>Influenza</i>																				
		Fosfato de oseltamivir 30 mg	Cápsula	Portaria nº 367, de 22/2/2010	2011 (deixa de constar no rol da Portaria nº 184, de 3/2/2011)	-	-	-	-	-	1,25	1,25	-	-	-	-	-	-	-	-
		Fosfato de oseltamivir 30 mg	Cápsula	Portaria nº 367, de 22/2/2010	2011 (deixa de constar no rol da Portaria nº 184, de 3/2/2011)	-	-	-	-	-	1,88	1,88	-	-	-	-	-	-	-	-
		Fosfato de oseltamivir 30 mg	Cápsula	Portaria nº 367, de 22/2/2010	2011 (deixa de constar no rol da Portaria nº 184, de 3/2/2011)	-	-	-	-	-	3,14	3,14	-	-	-	-	-	-	-	-

(Continua)

(Continuação)

Indicação dos produtos/ princípio ativo	Unidade farmacotécnica	Inclusão	Exclusão	Gratuidade	2006 (R\$)	2007 (R\$)	2008 (R\$)	2009 (R\$)	2010 (R\$)	2011 (R\$)	2012 (R\$)	2013 (R\$)	2014 (R\$)	2015 (R\$)	2016 (R\$)	2017 (R\$)	2018 (R\$)	2019 (R\$)
Osteoporose																		
Alendronato de sódio 70 mg	Comprimido	Portaria nº 3.219, de 20/10/2010	-	-	-	-	-	-	3,37	3,37	3,37	3,37	3,37	3,37	1,68	1,68	1,68	1,68
Parkinson																		
Carbidopa 25 mg + levodopa 250 mg	Comprimido	Portaria nº 3.219, de 20/10/2010	-	-	-	-	-	-	0,58	0,58	0,58	0,58	0,58	0,58	0,58	0,58	0,58	0,58
Cloridrato de benserazida 25 mg + levodopa 100 mg	Comprimido	Portaria nº 3.219, de 20/10/2010	-	-	-	-	-	-	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05
Rinite																		
Budesonida 32 mcg/dose (administração tópica nasal doseada)	Dose	Portaria nº 3.219, de 20/10/2010	-	-	-	-	-	-	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,04	0,04	0,04	0,04
Budesonida 50 mcg/ dose (administração tópica nasal doseada)	Dose	Portaria nº 3.219, de 20/10/2010	-	-	-	-	-	-	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,06	0,06	0,06	0,06
Dipropriionato de beclometasona 50 mcg/dose (administração tópica nasal doseada)	Dose	Portaria nº 971, de 15/5/2012	-	-	-	-	-	-	-	-	0,12	0,12	0,12	0,12	0,06	0,06	0,06	0,06

Elaboração dos autores.

Obs.: 1. IMS – Ministério da Saúde; RC – rede conveniada; PFPB – Programa Farmácia Popular do Brasil; NPH – *neutral protamine hagedorn*.

2. Insulina NPH 100 U/ml: até 2006 o preço era informado para cada 100 UI. Foi de R\$ 3,09 em 2006 e de R\$ 3,08 em 2007 e 2008. A partir de 2009, a unidade farmacotécnica passa a ser o frasco de 10 ml. Para possibilitar a comparação do preço na série, o preço para 2006 a 2008 foi multiplicado por dez, a fim de se obter o valor para o frasco de 10 ml.

3. Em 2012, os medicamentos usados no tratamento da asma passam a integrar o componente da gratuidade. Nesse ano, foram publicados dois preços para esses medicamentos: i) na Portaria nº 971, de 15 de maio de 2012; e ii) na Portaria nº 1.146, de 1º de junho de 2012. Os preços constantes deste apêndice são os da Portaria nº 1.146.

4. Em 2018, os valores pagos pelo IMS para os medicamentos usados no tratamento de asma, diabetes e hipertensão foram definidos por Unidade Federativa (UF), conforme a Portaria nº 739, de 27 de março de 2018. Os valores apresentados neste apêndice para 2018 e 2019 correspondem à média dos valores definidos por UF nessa portaria.

5. Os valores da tabela estão a preços correntes.

TABELA A.2

Receita das farmácias conveniadas, subsídio do MS e montante pago pelos usuários na RC por modalidade do PFPB (2006-2019)^{1,2}
(Em R\$ milhões)

	Copagamento			Gratuidade			Total		
	Receita das farmácias	MS	Usuário	Receita das farmácias	MS	Usuário	Receita das farmácias	MS	Usuário
2006	42,3	34,7	7,6	0,0	0,0	0,0	42,3	34,7	7,6
2007	203,1	157,1	46,0	0,0	0,0	0,0	203,1	157,1	46,0
2008	429,4	323,8	105,6	0,0	0,0	0,0	429,4	323,8	105,6
2009	441,7	287,6	154,2	0,0	0,0	0,0	441,7	287,6	154,2
2010	404,7	247,2	157,4	0,0	0,0	0,0	404,7	247,2	157,4
2011	388,4	203,3	185,2	627,8	627,8	0,0	1.016,2	831,1	185,2
2012	719,3	334,2	385,1	1.063,4	1.063,4	0,0	1.782,7	1.397,6	385,1
2013	796,1	442,4	353,7	1.419,8	1.419,8	0,0	2.215,8	1.862,2	353,7
2014	1.226,1	587,9	638,3	1.824,0	1.824,0	0,0	3.050,1	2.411,8	638,3
2015	1.460,8	731,5	729,3	2.166,4	2.166,4	0,0	3.627,2	2.897,9	729,3
2016	1.078,6	508,1	570,4	2.175,1	2.175,1	0,0	3.253,7	2.683,2	570,4
2017	997,8	429,8	567,9	2.143,0	2.143,0	0,0	3.140,8	2.572,9	567,9
2018	964,3	435,3	529,0	1.907,8	1.907,8	0,0	2.872,1	2.343,1	529,0
2019	684,2	384,7	299,5	1.578,8	1.578,8	0,0	2.263,0	1.963,5	299,5

Fonte: PFPB.

Elaboração dos autores.

Nota: ¹ Até setembro de 2019.

TABELA A.3
Frequência de autorizações, quantidade de embalagens disponibilizadas, preço de venda (PV), valor subsidiado (VS), copagamento e taxa de copagamento (TCP) na RC do PFPB (2006-2019)¹

	Total						Copagamento						Gratuidade					
	Frequência de autorizações (milhões)	Quantidade total de embalagens (milhões)	PV (R\$)	VS (R\$)	Copagamento (R\$)	TCP (%)	Frequência de autorizações (milhões)	Quantidade total de embalagens (milhões)	PV (R\$)	VS (R\$)	Copagamento (R\$)	TCP (%)	Frequência de autorizações (milhões)	Quantidade total de embalagens (milhões)	PV (R\$)	VS (R\$)	Copagamento (R\$)	TCP (%)
2006	3	5	12,5	10,2	2,3	18,3	-	-	-	-	-	-	3	5	12,5	10,2	2,3	18,3
2007	12	22	11,3	8,9	2,4	21,4	1	1	9,8	6,1	3,7	37,7	11	21	11,4	9,1	2,3	20,5
2008	24	47	10,8	8,3	2,5	23,1	3	3	9,4	5,8	3,6	38,7	22	45	11,0	8,6	2,4	21,4
2009	24	48	11,1	7,4	3,6	32,9	3	3	10,5	6,1	4,4	42,1	22	45	11,2	7,6	3,5	31,7
2010	23	40	12,8	8,0	4,8	37,8	5	5	18,2	10,9	7,3	40,0	18	35	11,3	7,1	4,2	36,9
2011	76	141	9,7	7,8	1,8	18,7	15	20	21,4	13,3	8,1	37,7	60	122	6,7	6,5	0,2	3,5
2012	144	268	9,4	8,0	1,4	15,2	27	37	21,1	13,8	7,3	34,8	117	231	6,7	6,6	0,1	0,7
2013	159	290	9,5	8,2	1,3	14,1	29	40	21,6	14,3	7,2	33,5	130	250	6,8	6,8	-	-
2014	240	430	9,7	8,4	1,2	12,8	45	61	21,4	14,9	6,5	30,6	195	369	6,9	6,9	-	-
2015	275	486	9,7	8,5	1,2	12,2	53	72	21,3	15,1	6,2	29,0	222	414	7,0	7,0	-	-
2016	254	444	8,3	6,8	1,5	17,6	44	60	17,7	9,4	8,3	46,9	210	384	6,3	6,3	-	-
2017	265	454	8,1	6,8	1,3	15,6	43	58	16,6	8,8	7,8	47,2	222	397	6,5	6,5	-	-
2018	268	457	7,3	6,3	1,1	14,8	42	57	15,9	8,9	6,9	43,8	226	400	5,8	5,8	-	-
2019	193	329	7,0	6,1	1,0	14,0	30	41	15,5	9,0	6,5	41,8	164	289	5,5	5,5	-	-
Total	1.959	3.461	8,8	7,4	1,4	15,9	340	456	18,8	11,8	7,1	37,6	1.619	3.005	6,6	6,5	0,1	1,5

Fonte: PFPB.

Elaboração dos autores.

Nota: ¹ Até setembro de 2019.

Obs.: O grupo de copagamento inclui produtos que requerem contrapartida financeira dos usuários desde o início do programa; o grupo de gratuidade é formado por medicamentos que, em algum momento, passaram a fazer parte da lista de gratuidade do programa (diabetes, hipertensão e asma).

TABELA A.4

Média do PV de sinvastatina e frequência relativa (participação) por ano, segundo as apresentações e o tipo de medicamento (genérico e similar) na RC do PFPB (2010-2019)¹

	10 mg		20 mg		40 mg	
	Preço (R\$)	Participação (%)	Preço (R\$)	Participação (%)	Preço (R\$)	Participação (%)
<i>Genérico</i>						
2010	31,28	2,2	29,90	14,3	40,17	4,2
2011	28,16	1,6	24,95	17,0	38,49	5,8
2012	23,40	1,5	22,20	20,3	36,54	7,8
2013	22,08	1,5	21,01	26,0	35,78	11,9
2014	20,07	1,3	20,14	26,2	33,81	14,1
2015	18,33	1,2	19,00	26,5	32,93	14,7
2016	13,43	1,5	14,05	32,5	24,68	16,3
2017	10,67	2,0	12,77	42,2	22,04	19,5
2018	10,52	2,1	11,27	48,0	19,85	22,3
2019	8,27	2,1	10,51	52,9	19,07	24,2
<i>Similar</i>						
2010	11,19	7,4	19,18	53,4	35,78	18,5
2011	11,31	5,9	18,69	49,6	33,92	20,0
2012	11,41	5,1	18,08	46,0	33,35	19,3
2013	11,39	3,7	18,02	39,9	33,47	16,9
2014	11,49	3,0	17,40	38,7	32,21	16,6
2015	11,34	2,7	17,08	37,1	31,32	17,8
2016	10,45	2,6	13,57	32,0	24,13	15,1
2017	10,49	1,8	12,52	24,1	22,11	10,3
2018	10,34	1,2	12,32	17,6	21,14	8,8
2019	10,81	0,9	12,27	12,9	20,91	7,0

Fonte: PFPB.

Elaboração dos autores.

Nota: ¹ Até setembro de 2019.

TABELA A.5
Média do PV e frequência relativa por indicação dos produtos, apresentação e tipo de medicamento na RC do PFPB (2010-2019)¹

Indicação dos produtos/princípio ativo	Variável	2010			2015			2019		
		Genérico	De referência	Similar	Genérico	De referência	Similar	Genérico	De referência	Similar

<i>Anticoncepção</i>										
Acetato de medroxiprogesterona 150 mg	Preço (R\$)	-	28,32	15,74	-	33,24	17,63	-	39,89	21,73
	Participação (%)	-	83,4	16,6	-	74,7	25,3	-	58,9	41,1
Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg (3 cartelas com 21 comprimidos)	Preço (R\$)	-	12,35	13,98	-	14,48	21,14	-	16,47	18,70
	Participação (%)	-	51,0	49,0	-	32,8	67,2	-	70,0	30,0
Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg (cartela com 21 comprimidos)	Preço (R\$)	-	6,21	5,21	-	6,20	5,24	4,79	7,18	5,76
	Participação (%)	-	22,0	78,0	-	38,3	61,7	5,3	28,9	65,8
Noretisterona 0,35 mg	Preço (R\$)	-	8,73	7,71	-	9,17	8,09	4,79	10,30	10,13
	Participação (%)	-	79,6	20,4	-	64,5	35,5	0,1	3,1	96,8
Valerato de estradiol 5 mg + enantato de noretisterona 50 mg	Preço (R\$)	12,94	20,77	-	14,05	23,19	19,60	15,74	29,39	22,17
	Participação (%)	36,5	63,5	-	63,5	32,5	4	84,6	12,4	2,9

<i>Dislipidemia</i>										
Simvastatina 10 mg	Preço (R\$)	31,28	-	11,19	18,33	53,61	11,34	8,27	18,46	10,81
	Participação (%)	23,0	-	77,0	29,59	0,01	70,4	70,9	0,01	29,09
Simvastatina 20 mg	Preço (R\$)	29,90	-	19,18	19,00	62,91	17,08	10,51	28,20	12,27
	Participação (%)	21,1	-	78,9	41,7	0,01	58,29	80,4	0,01	19,59
Simvastatina 40 mg	Preço (R\$)	40,17	-	35,78	32,93	30,77	31,32	19,07	15,00	20,91
	Participação (%)	18,6	-	81,4	45,09	0,01	54,9	77,6	0,01	22,39

<i>Parkinson</i>										
Carbidopa 25 mg + levodopa 250 mg	Preço (R\$)	27,42	49,30	36,17	22,88	38,35	27,34	27,44	-	35,14
	Participação (%)	63,7	3,1	33,2	33,0	0,1	66,9	7,2	-	92,8
Cloridrato de benserazida 25 mg + levodopa 100 mg	Preço (R\$)	-	48,19	-	-	47,71	-	-	48,35	31,62
	Participação (%)	-	100,0	-	-	100,0	-	-	99,99	0,01

(Continua)

Indicação dos produtos/princípio ativo	Variável	2010				2015				2019			
		Genérico		De referência		Genérico		De referência		Genérico		De referência	
		Similar	Similar	Similar	Similar	Similar	Similar	Similar	Similar	Similar	Similar	Similar	
Glaucoma													
Maleato de timolol 2,5 mg	Preço (R\$)	5,42	-	-	-	4,70	-	-	-	4,99	-	-	-
	Participação (%)	100,0	-	-	-	100,0	-	-	-	100,0	-	-	-
Maleato de timolol 5 mg	Preço (R\$)	5,57	8,94	7,28	10,41	5,97	10,41	7,71	11,94	5,71	11,94	7,13	7,13
	Participação (%)	79,2	17,0	3,9	17,1	80,6	17,1	2,3	84,7	12,9	12,9	2,5	2,5
Osteoporose													
Alendronato de sódio 70 mg	Preço (R\$)	48,34	-	33,93	132,25	20,36	132,25	21,55	193,14	13,01	193,14	16,12	16,12
	Participação (%)	15,0	-	85,0	0,01	46,4	0,01	53,49	83,29	0,01	16,7	16,7	16,7
Rinite													
Budesonida 32 mcg	Preço (R\$)	-	17,82	-	-	-	17,08	23,06	15,76	17,94	25,93	25,93	25,93
	Participação (%)	-	100,0	-	-	-	82,1	17,9	7,5	76,5	16,0	16,0	16,0
Budesonida 50 mcg	Preço (R\$)	-	21,35	-	-	-	23,54	-	-	26,53	-	-	-
	Participação (%)	-	100,0	-	-	-	100,0	-	-	100,0	-	-	-
Budesonida 50 mcg (200 doses)	Preço (R\$)	-	-	-	-	-	-	39,95	-	-	45,49	45,49	45,49
	Participação (%)	-	-	-	-	-	-	100,0	-	-	100,0	-	100,0

Fonte: PFPB.
Elaboração dos autores.
Nota: ¹ Até setembro de 2019.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Assessoria de Imprensa e Comunicação

EDITORIAL

Coordenação

Reginaldo da Silva Domingos

Supervisão

Carlos Henrique Santos Vianna

Revisão

Bruna Oliveira Ranquine da Rocha

Carlos Eduardo Gonçalves de Melo

Elaine Oliveira Couto

Lis Silva Hall

Mariana Silva de Lima

Marlon Magno Abreu de Carvalho

Vivian Barros Volotão Santos

Laysa Martins Barbosa Lima (estagiária)

Editoração

Aline Cristine Torres da Silva Martins

Mayana Mendes de Mattos

Louise de Freitas Sarmiento (estagiária)

Capa

Danielle de Oliveira Ayres

Flaviane Dias de Sant'ana

Projeto Gráfico

Renato Rodrigues Bueno

*The manuscripts in languages other than Portuguese
published herein have not been proofread.*

Livraria Ipea

SBS – Quadra 1 - Bloco J - Ed. BNDES, Térreo.

70076-900 – Brasília – DF

Fone: (61) 2026-5336

Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Missão do Ipea

Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DA
ECONOMIA



**PÁTRIA AMADA
BRASIL**
GOVERNO FEDERAL

ISSN 1415-4765



9 771415 476001