

FUNDAÇÃO INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO
FACULDADE FIA DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE NEGÓCIOS

RUBEN ESTEBAN ALFARO SALAS

**ESTUDO COMPARATIVO ENTRE BRASIL E ESTADOS UNIDOS SOBRE A
DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIAIS COM PRESCRIÇÃO**

SÃO PAULO,

2022

RUBEN ESTEBAN ALFARO SALAS

**ESTUDO COMPARATIVO ENTRE BRASIL E ESTADOS UNIDOS SOBRE A
DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIAIS COM PRESCRIÇÃO**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Negócios, mantida pela Fundação Instituto de Administração, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão de Negócios, sob a orientação do Prof. Dr. Maurício Jucá de Queiroz.

SÃO PAULO,

2022

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família pela constante
inspiração e incentivo aos meus estudos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao professor e orientador, Dr. Maurício Jucá de Queiroz, pela sua confiança e orientação ao longo deste trabalho.

Aos professores do mestrado, com os quais tive a oportunidade de aprender ao longo dos dois anos de curso.

Aos coordenadores do curso de mestrado da FIA, Prof. Dr. Daniel Estima de Carvalho e Profa. Dra. Elza Fátima Rosa Veloso, por todo apoio que precisei, em especial, nos últimos meses da preparação deste trabalho.

Aos profissionais do setor que aceitaram fazer parte das entrevistas, os quais puderam enriquecer o conteúdo deste trabalho e contribuíram para o tema pesquisado.

Aos meus colegas de profissão do setor farmacêutico, com os quais pude compartilhar este estudo ao longo de sua elaboração.

À minha colega de mestrado e amiga, Kelly Cristina Vilaça Mazi, por sua ajuda e diversas conversas sobre este estudo ao longo de todo o curso.

À minha esposa, Paula Simone Gaspar, pelo apoio e incentivo que teve ao longo dos últimos 2 anos para que eu me dedicasse ao mestrado.

Aos meus pais, Victoria Yolanda Salas Infante e Rubén Patricio Alfaro Montenegro, que sempre me apoiaram com meus estudos.

“APRENDER É, DE LONGE, A MAIOR RECOMPENSA.”

— William Hazlitt —

RESUMO

O setor farmacêutico tem uma distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição altamente complexa e regulada. Fabricantes contam com diversos canais de distribuição para que seus produtos cheguem aos seus consumidores finais em quantidade e tempo adequados. A busca por aprimoramento constante é essencial para que gestores assegurem que seus consumidores finais sejam atendidos adequadamente e é com base nisso que este estudo procura indicar alternativas de melhorias na distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição no Brasil. Este trabalho realizou um estudo da distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição nos Estados Unidos e apresentou algumas práticas identificadas naquele país a profissionais do setor farmacêutico brasileiro. A escolha dos Estados Unidos para este estudo é devido ao fato de que esse país representa aproximadamente 50% de todo o setor farmacêutico global e estudá-lo permitiu identificar propostas de boas práticas para aprimorar os canais de distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição no Brasil. Foi realizada, dessa forma, uma pesquisa documental para realização de *benchmarking* com os Estados Unidos, seguido de entrevistas semiestruturadas com profissionais do setor farmacêutico brasileiro. Através de análise de conteúdo dessas entrevistas, chegou-se à conclusão da indicação de um conjunto de boas práticas para poderem auxiliar profissionais do setor farmacêutico brasileiro a aprimorar a distribuição de medicamentos ambulatoriais no Brasil: (i) criar proximidade entre fabricantes e planos de saúde; (ii) realizar a integração de programas disponíveis com foco no paciente e (iii) realizar maior integração digital. Por fim, o estudo sintetiza as três propostas de boas práticas de forma objetiva, o que permite dar maior clareza sobre sua contribuição para as organizações.

Palavras-chave: Setor Farmacêutico, Distribuição De Medicamentos, Distribuição Farmacêutica, Boas Práticas De Distribuição

ABSTRACT

The pharmaceutical sector has a highly complex and regulated outpatient drug distribution. Manufacturers rely on several distribution channels so that their products reach their end consumers with adequate quantity and time. The constant search for improvement is essential for managers to ensure that their final consumers will be adequately served, and with that in mind, this study seeks to understand if there are ways to improve the distribution of outpatient prescription drugs in Brazil. This work aimed to conduct a comparative study between Brazil and the United States regarding the distribution of outpatient prescription drugs. The choice of the United States for this study was primarily due to the fact it represents approximately 50% of the entire global pharmaceutical sector, and hence by studying this market, it was possible to identify proposals for good practices to improve the distribution channels for outpatient prescription drugs in Brazil. A benchmarking was carried out with data from the United States, followed by interviews with professionals from the Brazilian pharmaceutical sector. Through the content analysis of these interviews, three good practice proposals were elaborated upon to help professionals in the Brazilian pharmaceutical sector improve the distribution of outpatient drugs in Brazil: (i) create proximity between manufacturers and health plans; (ii) carry out the integration of available programs with a patient-centric focus and (iii) carry out greater digital integration. Finally, the study summarizes the three proposals for good practices in an objective way, which allows for greater clarity on their contribution to organizations.

Keywords: Pharmaceutical Sector, Drug Distribution, Pharmaceutical Distribution, Good Distribution Practices

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Níveis de canais de distribuição para bens de consumo.....	26
Figura 2 – Fase de Pesquisa e Desenvolvimento de um medicamento	35
Figura 3 – Esquema das fases da pesquisa	50
Figura 4 – Fluxo de medicamentos ambulatoriais no Brasil	78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - síntese da literatura sobre canais de distribuição.	33
Quadro 2 – Classificação de um medicamento	36
Quadro 3 – Aspectos-chave de comparação entre Brasil e Estados Unidos	45
Quadro 4: Os principais estudos utilizados para contextualizar o setor farmacêutico são sintetizados no quadro abaixo:	45
Quadro 5 – Tipos de pesquisa.....	47
Quadro 6 – Níveis de amostras	49
Quadro 7 – Categorias de análise	53
Quadro 8 – Perfil dos entrevistados	55
Quadro 9 – Desenvolvimento da análise de conteúdo	57
Quadro 10 – Unidades de registro e de contexto	57
Quadro 11 – Matriz de amarração.....	59
Quadro 12 – Categorias de análise.....	61
Quadro 13 – Boas práticas identificadas na pesquisa	106

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Codificação da categoria de oportunidades.....	81
Tabela 2 – Codificação da categoria de desafios.....	82

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Contextualização	14
1.1.1 Canais de distribuição no setor farmacêutico.....	14
1.2 Questão de pesquisa	17
1.3 Objetivos	17
1.4 Delimitação do Escopo	17
1.5 Justificativa	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 Canais de distribuição	20
2.2 A importância dos canais de distribuição	21
2.3 Objetivos de canais de distribuição.....	22
2.4 Membros dos canais de distribuição	23
2.5 Fluxos e número de membros nos canais de distribuição.....	25
2.6 Funções dos canais.....	26
2.7 Conflito de canais	29
2.8 Multichannel e Omnichannel	32
3 UM BREVE CONTEXTO SOBRE O SETOR FARMACÊUTICO	34
3.1 Pesquisa e Desenvolvimento.....	34
3.2 Tipos de medicamentos.....	35
3.3 Participantes da distribuição de medicamentos	37
3.3.1 Membros de canal no setor farmacêutico	38
3.4 Alguns aspectos sobre a dinâmica de mercado.....	39
3.5 Como a demanda de medicamentos é gerada	41
3.6 Agências de regulação sanitária.....	42
3.7 Regulação de preços	43

3.8 Regulação de planos de saúde em relação à medicamentos ambulatoriais com prescrição	44
---	----

4 MÉTODOS DE PESQUISA	47
4.1 Caracterização da Pesquisa	47
4.1.1 Unidade de análise.....	48
4.1.2 Unidades de coleta de dados	48
4.1.3 Amostra	48
4.2 Delineamento das etapas da pesquisa	50
4.2.1 Benchmarking	51
4.2.2 Entrevistas semi estruturadas	53
4.2.3 Análise de conteúdo	56
4.3 Matriz de amarração.....	59
4.4 Validade do estudo.....	60
4.5 Limitações do Método de Pesquisa.....	60
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS	61
5.1 <i>Benchmarking</i> com a distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição dos Estados Unidos.....	61
5.1.1 Canais de distribuição de medicamentos de prescrição nos Estados Unidos.....	61
5.1.2 Fluxo financeiro de medicamentos de prescrição nos Estados Unidos.....	68
5.2 Canais de distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição no Brasil.....	78
5.2.1 Distribuição atacadista	79
5.2.2 Varejistas: Farmácias e demais pontos de dispensação.....	79
5.2.3 Fluxo financeiro de medicamentos de prescrição no Brasil.....	79
5.3 Análise das entrevistas	80
5.3.1 Detalhamento das categorias de análise	81
5.3.2 Oportunidades identificadas nas entrevistas.....	83
5.3.3 Desafios identificados nas entrevistas	93
5.4 Similaridades e diferenças na distribuição dos países	96

5.4.1 Similaridades	96
5.4.2 Diferenças.....	97
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	99
6.1 Foco no consumidor final alinhado com as principais unidades de registro	100
6.2 Desafios devido à regulação de preços	101
6.3 Desafios por questões regulatórias ou por posicionamento estratégico?.....	102
6.4 Propostas de boas práticas.....	103
6.4.1 Proximidade entre fabricantes e planos de saúde	104
6.4.2 Integração dos programas disponíveis com foco no paciente	104
6.4.3 Integração digital	105
6.4.4 Síntese das propostas de boas práticas	106
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	108
7.1 Principais resultados encontrados na pesquisa de campo	108
7.2 Limitações da pesquisa e sugestões para estudos futuros	110
7.3 Considerações finais	111
8 REFERÊNCIAS.....	112
APÊNDICE A	119

INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

A indústria farmacêutica tem uma representação muito significativa na economia global, com um faturamento total de 1,27 trilhões de dólares no ano de 2020 nas áreas de pesquisa, desenvolvimento, produção e distribuição. A América Latina tem uma representação de 4,1% nesse mercado, sendo liderada pelo Brasil com 2,6% do mercado global. Estima-se um crescimento da indústria farmacêutica brasileira de 169% entre os anos de 2017 e 2030 (STATISTA, 2021). É uma indústria de alta relevância para a sociedade por fazer parte do setor de saúde.

Uma área de muita importância na indústria farmacêutica é a distribuição de medicamentos, desde os fabricantes e importadores até os consumidores finais. Nesse sentido, trata-se de um processo comercial e logístico que conta com canais de distribuição, cujos membros cumprem funções como fabricação, distribuição e venda ao consumidor final, através de farmácias. A distribuição está inserida em um complexo sistema que envolve diversos agentes como agências sanitárias, agências de regulação de preços, o governo no papel de comprador de medicamentos, seguradoras e planos de saúde, e os PBMs (*Pharmacy Benefit Manager*), cujas funções são descritas no capítulo 3. Também estão presentes os decisores em relação à escolha do produto, como os profissionais de saúde, em especial, os médicos. Uma boa estratégia de distribuição e comercialização de medicamentos é necessária para disponibilizar medicamentos aos consumidores finais.

1.1.1 Canais de distribuição no setor farmacêutico

Definir os canais de distribuição para disponibilizar um medicamento, desde o fabricante até o consumidor final, é um grande desafio para gestores comerciais, de *marketing* e de *Supply Chain*. Existem diversos aspectos importantes que devem ser considerados, como necessidades, desejos, demandas de seus consumidores, qual o mercado em que querem atuar e como irão posicionar sua marca e produto (KOTLER & KELLER, 2018). Saber como melhor atender às demandas de seu consumidor final de acordo com o tipo de produto a ser vendido é crucial para uma adequada gestão dos canais de distribuição. Fabricantes de produtos e serviços nem sempre têm as condições necessárias para chegar de forma direta a seus consumidores finais, portanto, é parte da estratégia de um negócio a utilização de parceiros comerciais que tornarão possível essa distribuição, auxiliando empresas não apenas a fazerem a conexão entre fabricantes e consumidores, mas também criando mercado (KOTLER & KELLER, 2018).

Conforme definido por Kotler e Keller (2018, p. 542), canais de distribuição, ou canais de marketing, “são conjuntos de organizações interdependentes envolvidas no processo de disponibilizar um bem ou serviço para uso ou consumo, formando caminhos que um produto segue depois da produção e culminando na compra ou na utilização pelo usuário final”. Essas organizações interdependentes são compostas por membros de canal, e eles são os responsáveis por distribuir produtos e serviços desde fabricantes até consumidores finais. Desse modo, alterações em canais de distribuição podem ser necessárias em situações como não funcionamento conforme o plano de um canal atual, mudanças no padrão de compra dos consumidores, quando há expansão de mercado, quando há novos concorrentes ou novos canais de distribuição, ou quando o produto chega ao fim de seu ciclo de vida (KOTLER & KELLER, 2018).

Nesse contexto, este estudo tem como tema compreender melhor os canais de distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição na indústria farmacêutica no setor privado, o qual conta com uma estrutura de distribuição bastante consolidada, com regras rígidas impostas por agentes reguladores sanitários e econômicos para todos os membros dos canais, como os fabricantes, atacadistas e varejistas, bem como, os agentes envolvidos nos processos de negociação dessa distribuição.

As vendas de medicamentos no Brasil pelo canal farmácia foram de 76,98 bilhões de reais no ano de 2020 (Sindusfarma, 2021). Desse montante no Brasil, 56,87 bilhões de reais, mais de 73%, foram faturados por redes de farmácias (ABRAFARMA, 2021), as quais costumam adquirir produtos diretamente dos fabricantes. Pode-se estimar que o saldo de pouco mais de 20 bilhões de reais tenha sido faturado por farmácias que adquirem seus produtos através de atacadistas. Já nos Estados Unidos, país que representa 48% do setor farmacêutico global (STATISTA, 2021), 95% da distribuição de medicamentos é feita através de 3 distribuidores: *AmerisourceBergen Corporation (ABC)*, *McKesson Corporation* e *Cardinal Health, Inc.* (FEIN, *The Big Three Wholesalers: Revenues and Channel Share Up, Profits Down*, 2021). Além disso, o país conta com um complexo sistema de reembolso, o que influencia diretamente os canais de distribuição utilizados pela indústria farmacêutica desse país.

Uma etapa importante no processo venda de medicamento, e talvez uma das que mais a diferencia de uma venda de outro produto, é a dispensação, que deve ser realizada por um farmacêutico, o qual é um profissional habilitado para essa atividade. De acordo com a Política Nacional de Medicamentos (PNM), a dispensação é “o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à

apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado” (BRASIL, 2001). Dessa forma, toda uma cadeia logística é desenhada, tendo como destino um ponto de dispensação, que pode ser uma farmácia, drogaria, posto de medicamento e dispensário de medicamento, no caso de pequena unidade hospitalar ou equivalente (ANGONESI, 2007).

Consoante os dados de 2020 do Conselho Federal de Farmácia, o Brasil conta com registro de 89.879 farmácias e drogarias comerciais, além de mais de seis mil farmácias hospitalares e mais de quatro mil distribuidores (CFF, 2021). Curiosamente, os Estados Unidos têm um número muito aproximado ao do Brasil, de 88.191 farmácias conforme as informações de 2019 da IQVIA (IQVIA, 2021). No entanto, o que chama a atenção é um país como os Estados Unidos, que representa 48% do mercado global farmacêutico, contar com três distribuidores para abastecer 95% dos pontos de dispensação, enquanto o Brasil tem milhares de distribuidores registrados no CFF e 26 redes de farmácias para dispensação de medicamentos (ABRAFARMA, 2021).

Ademais, é válido ressaltar que medicamentos têm diversas formas de classificação a depender do que se pretende analisar, conforme descrito no capítulo 3.2. Contudo, uma classificação que é muito relevante no processo de distribuição, venda e promoção refere-se ao controle e ao acesso a esses medicamentos. Segundo o que Campbell (2008) descreve em seu trabalho sobre a indústria farmacêutica, uma divisão pode ser feita em medicamentos com e sem prescrição médica (CAMPBELL, 2008). Por esse motivo, este estudo versará nos medicamentos ambulatoriais com prescrição devido à sua complexidade e ao seu maior dinamismo na relação entre os membros dos canais de distribuição, os agentes envolvidos, os prescritores (médicos) e os consumidores finais.

A dinâmica de mercado que estabelece a participação de cada membro de um canal de distribuição no setor farmacêutico depende de alguns fatores, como regras de órgãos sanitários, grau de maturidade de cada intermediário, hábitos de consumo dos consumidores finais (como preferência por loja física ou virtual), condições logísticas da região ou país, agentes envolvidos no processo de compra de medicamentos, como seguradoras, o governo ou empresas administradoras de programas de benefícios e descontos, chamadas de PBM (Programa de Benefício de Medicamento ou, em inglês, *Pharmacy Benefit Manager*). O entendimento do funcionamento dessa dinâmica por meio de o estudo de dois países pode ser interessante para que gestores de canais de distribuição no Brasil possam identificar oportunidades de melhorias em seus negócios.

1.2 Questão de pesquisa

A busca por melhorias nos canais de distribuição é uma tarefa chave no setor farmacêutico para assegurar que o medicamento chegue da melhor forma possível aos consumidores finais, através de intermediários adequados para a realização das tarefas de distribuição e dispensação. Gestores de canais de distribuição devem atentar-se não apenas às questões comerciais ou logísticas, mas também ao complexo contexto regulatório, econômico e social em que estão inseridos. Uma constante revisão da estratégia de distribuição é necessária para garantir que o negócio está de fato atendendo as necessidades de seus consumidores finais (PALMATIER, SIVADAS, STERN, & EL-ANSARY, 2020). Dessa forma, a questão de pesquisa deste estudo é: há formas de melhorar a distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição no Brasil?

1.3 Objetivos

O objetivo deste trabalho é indicar alternativas de melhorias na distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição no Brasil.

Como objetivos específicos, esta pesquisa busca:

- Identificar quais canais são utilizados no Brasil e Estados Unidos para distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição, descrevendo as características identificadas nos fluxos de propriedade de produto e fluxo financeiro;
- Identificar as similaridades e diferenças nos canais de distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição de cada país;
- Identificar oportunidades e desafios para as alternativas de melhorias na distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição.
- Indicar um conjunto de boas práticas identificadas nos Estados Unidos para aprimorar os canais de distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição no Brasil.

1.4 Delimitação do Escopo

Este estudo tem como escopo a análise da relação dos membros envolvidos na distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição, com olhar sobre o fluxo de propriedade e financeiro. Membros de canais como hospitais e clínicas, cujos medicamentos requerem administração profissional para aplicação, não fazem parte do escopo deste estudo (ex. medicamentos de oncologia), tampouco medicamentos isentos de prescrição (OTC *Over the Counter*). O estudo analisa a distribuição que é feita desde o fabricante, até o consumidor final, passando pelos intermediários dos canais de distribuição. Também serão avaliados os

agentes envolvidos nessa distribuição, como agências reguladoras de assuntos regulatórios e econômicos, empresas seguradoras, planos de saúde, empresas de PBMs (Programa de Benefício de Medicamento ou, em inglês, *Pharmacy Benefit Manager*), e o Governo, sob uma perspectiva de um agente pagador do medicamento (reembolso). Este estudo faz uma análise da distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição nos Estados Unidos através da utilização do processo de Benchmarking, proposto por Camp (1998), entrevistas com profissionais do setor e análise de conteúdo para analisar as entrevistas. Além disso, salienta-se que não fazem parte do escopo deste estudo empresas logísticas como armazéns e transportadoras.

Aspectos logísticos na distribuição de medicamentos, por exemplo, tipos de transportadoras, operações de armazenagem, utilização de cadeia fria ou refrigerada etc., não foram abordados neste estudo, pois o pesquisador identificou que questões ligadas ao fluxo financeiro dos dois países poderiam trazer recomendações de maior relevância para as alternativas de melhorias que o estudo se propõe a identificar.

Também não fazem parte do escopo deste estudo outros países além dos mencionados nos objetivos, dado que buscou-se focar em práticas de um país com notória relevância para o setor, visto a participação dos Estados com 48% do setor farmacêutico globalmente.

1.5 Justificativa

Conforme explicado por Camp (1998) em seu livro *Benchmarking. O caminho da qualidade total*, a necessidade de busca por melhoria contínua deve ser uma prática constante em empresas, mesmo quando elas tenham uma missão definida, objetivos claros e foco em suas prioridades. O olhar comparativo que este estudo busca permitir aos gestores de canais de distribuição e demais profissionais envolvidos em atividades relacionadas ao tema, uma análise mais ampla em relação ao setor farmacêutico, tendo como objeto de análise não apenas os membros de canais, mas também todos os agentes envolvidos no processo de distribuição.

A escolha dos Estados Unidos para este estudo foi feita tendo em mente alguns fatores, como:

- A relevância do mercado americano no setor farmacêutico, dado que o país representa 48% do setor globalmente;
- A compreensão dos possíveis impactos gerados pela ausência de regulação de preço máximo nos Estados Unidos em comparação com a regulação existente no Brasil;
- A relevância dos seguros de saúde e PBMs nos Estados Unidos para a distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição.

O setor farmacêutico tem grandes projeções de crescimento (STATISTA, 2021), e é um setor no qual muitos países requerem aprovação de órgãos do governo em relação ao preço máximo de venda ao consumidor final, como é o caso do Brasil através da CMED (Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos). Já nos Estados Unidos, o preço máximo de venda ao consumidor não passa por análise de órgãos do governo, o que traz uma dinâmica comercial diferente nesse mercado.

As margens que são negociadas entre cada membro de um canal impactam diretamente o preço final ao consumidor final, o qual é o foco de uma empresa farmacêutica. Ademais, o modelo escolhido de canais de distribuição impacta também o preço final de acordo com as negociações feitas, quantidade de membros em um determinado canal. Ter clareza sobre a estratégia de distribuição, e com um olhar sobre diferentes países, é uma forma de identificar possíveis oportunidades de melhoria para a distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição no Brasil, para contribuir com o conhecimento a respeito do tema e colaborar com profissionais do setor que busquem aprimorar sua estratégia de distribuição.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta alguns conceitos básicos de canais de distribuição, com o objetivo de contextualizar o tema deste estudo. Inicia-se com uma breve explicação sobre o que são os canais de distribuição, qual a sua importância e quais seus objetivos. Em seguida, são demonstrados os membros pertencentes aos canais de distribuição, bem como os fluxos realizados entre eles e as suas funções. Encerra-se este capítulo com o conceito de conflitos de canais e uma breve explicação sobre *Multichannel* e *Omnichannel*, dada sua relevância na estratégia de distribuição de produtos e serviços atualmente.

2.1 Canais de distribuição

Fabricantes de quaisquer tipos de produtos buscam atender às demandas de seus consumidores sempre da forma mais eficiente possível. Para isso, faz parte de sua estratégia definir quais canais de distribuição implementarão, tendo como objetivo fazer com que seus produtos cheguem a seus consumidores. Assim, os canais de distribuição, ou, como também são conhecidos, canais de marketing.

São conjuntos de organizações interdependentes envolvidas no processo de disponibilizar um bem ou serviço para uso ou consumo, formando caminhos que um produto segue depois da produção e culminando na compra ou na utilização pelo usuário final. (KOTLER e KELLER, 2018, p. 542).

De maneira complementar, Coughlan *et al* (2006) trazem uma explicação similar ao definirem os canais de distribuição como “conjunto de organizações interdependentes envolvidas no processo de disponibilizar um produto ou serviço para uso ou consumo”. Esta definição demonstra a interdependência de alguns membros, também chamados de intermediários, que fazem parte do negócio de distribuição de produtos ou serviços. Coughlan *et al.* (2006) complementam sua definição explicando que administrar canais de distribuição é um processo, e não simplesmente um evento isolado, dado que a atividade de distribuição toma tempo e, mesmo ao uma venda ser realizada, o relacionamento com o usuário final não está necessariamente concluído.

Para Rosenbloom, o canal de marketing pode ser definido como “a organização contatual externa que a administração opera para alcançar seus objetivos de distribuição” (2014, p. 9). Nesta definição, o autor esclarece alguns dos termos utilizados como, *externo*, o qual se refere às organizações externas à empresa, isto é, os intermediários no processo de distribuição de produtos e serviços; *organização contatual* que são empresas ou partes com as

quais há negociação para que os produtos ou serviços possam ser distribuídos; *opera* que está ligado ao nível de gestão sobre o canal de distribuição; e, finalmente, *objetivos de distribuição*, que tem como foco definir quais serão as metas dos canais de distribuição.

Palmatier *et al.* (2020) complementam a definição de canais de distribuição ao afirmarem que eles também são compostos por organizações independentes, e não apenas interdependentes, envolvidas no processo de tornar um produto ou serviço disponível para uso ou consumo.

As organizações que fazem parte dos canais de distribuição têm um papel crucial na estratégia dos fabricantes de produtos e serviços, não apenas servindo o mercado, mas também criando-os. Desse modo, as escolhas dos canais e dos membros daqueles devem ser cuidadosamente feitas, dado que impactam em questões como o preço de venda ao consumidor, a força de vendas necessária e a estratégia de marketing, as quais devem estar alinhadas a essas escolhas (KOTLER & KELLER, 2018).

Adicionalmente, Palmatier *et. Al* (2020) apontam a importância da atividade exercida pelos intermediários em facilitar a busca por parte dos consumidores finais, dado que usuários precisam saber encontrar os produtos que desejam, enquanto fabricantes precisam saber onde encontrar esses usuários. Os intermediários facilitam essa conexão entre fabricantes e usuários finais. Além disso, intermediários também tornam possível a escolha de produtos específicos ofertados por fabricantes de acordo com as necessidades específicas de consumidores. Em outras palavras, permitem que fornecimentos homogêneos de um fabricante sejam separados em produtos heterogêneos para seus clientes, ou consumidores.

Por esse motivo, uma adequada gestão dos canais de distribuição é parte importante da estratégia de Marketing de uma empresa, e isso pode ser verificado quando há alto nível de comprometimento dos membros do canal, com os quais devem realizar suas funções de canal com alto nível de qualidade. Além disso, longas relações com os parceiros comerciais que farão essa distribuição e bom entendimento das dinâmicas dos seus canais também são indicativos de uma boa gestão dos canais de distribuição (BELLIN H. , 2006).

2.2 A importância dos canais de distribuição

Sendo os canais de distribuição conjuntos interdependentes de organizações, devem atuar como um time. No entanto Fabricantes poderiam acessar seus clientes diretamente, dado que seu objetivo é satisfazer suas necessidades. Porém, o que justifica a existência de canais de distribuição, ou seja, o estabelecimento de parcerias com outras empresas para a distribuição de produtos da indústria é um equilíbrio entre interagir diretamente com os consumidores finais

e o custo para isso. Ao serem definidos e implementados, os canais de distribuição devem constantemente ser revistos, dado que o equilíbrio mencionado acima é também alterado ao longo do tempo. Intermediários devem trazer benefícios para um canal de marketing, e isso deve ser verificado de acordo com os serviços que são prestados (PALMATIER ET AL., 2020).

Rosenbloom (2014) complementa a explicação acima ao afirmar que intermediários são necessários devido à sua especialização e divisão do trabalho, e à sua eficiência contatual. O autor explica que o gerente de canal deve alocar as atividades de distribuição, de forma *interorganizacional*, através de empresas que tenham essa especialidade, isto é, não necessariamente a distribuição deve ser feita pela empresa fabricante. Logo, empresas que se especializem em distribuição supostamente terão melhor eficiência contatual, dado que focarão em negociação e distribuição.

2.3 Objetivos de canais de distribuição

Para definir os objetivos dos canais de distribuição, uma empresa deve atentar-se às necessidades e desejos de seus clientes e, com base nisso, definir os níveis de serviços e o quanto a empresa está disposta a arcar com isso. Kotler e Keller (2018) descrevem cinco níveis de serviços que são produzidos pelos canais de distribuição: tamanho do lote, tempo de espera e entrega, conveniência espacial, variedade do produto e suporte de serviço.

O tamanho do lote ou, em outras palavras, a quantidade a ser vendida ao cliente de determinado membro de um canal define, por exemplo, se a empresa venderá em grande escala ou se venderá para o consumidor final. O tempo de espera e entrega é um nível de serviço que corresponde ao tempo entre solicitar um pedido e tê-lo disponível. Conveniência espacial refere-se à facilidade de compra e relação como ao número de pontos de vendas para determinado produto. A variedade de produto refere-se ao sortimento oferecido pelo canal. Por fim, o suporte de serviço refere-se aos serviços oferecidos pelo canal, como crediário, entrega, instalação. Quanto mais serviços são oferecidos, maior o custo de venda.

Ainda de acordo com Kotler e Keller (2018), os objetivos definidos para cada canal de marketing devem ser pensados tendo em conta esses níveis de serviços, e o que será necessário para atingi-los. O tipo de produto é um fator determinante para a escolha dos níveis de serviço, bem como o macroambiente onde o negócio está inserido.

Palmatier *et. al*, (2020) elencam os seguintes benefícios que intermediários trazem aos canais de distribuição:

Busca ou pesquisa

Consumidores precisam ser capazes de encontrar os produtos ou serviços que buscam, e vendedores precisam saber exatamente como encontrar esses consumidores. Uma marca ainda não conhecida, exemplifica Palmatier *et. al*, (2020) não seria capaz de atingir grandes vendas sem um intermediário. Consumidores, ainda segundo o autor, percebem como maior a qualidade do produto quando ele está disponível em varejistas de alta reputação.

Triagem de produtos

Intermediários independentes, ou seja, que adquirem produtos de diversos fabricantes, fazem um sortimento de produtos, o que beneficia tanto os fabricantes, quanto os consumidores finais. Fabricantes geralmente produzem uma grande quantidade de poucos produtos, enquanto consumidores finais tendem a buscar pouca quantidade de uma grande variedade.

Rotinização de transações

Ao optar por distribuir produtos através de intermediários, o processo de venda entre o fabricante e o distribuidor pode ser padronizado e rotinizado, o que evita que cada venda requeira nova negociação e processo de barganha. Sob essa ótica, uma forma eficiente de implementar rotinas claras e eficientes é mediante *Continuous Replenishment Program CPR*. Trata-se de um compartilhamento de informações relevantes ao planejamento entre o fabricante e o atacadista ou varejista. Informações como nível de inventário, projeções de vendas e outras são trocadas através de sistema, com o objetivo de melhorar as transações de compra, embarque, produção.

Menor número de contratos

A utilização de intermediários permite uma redução em número de contratos, dado que um fabricante que negocie diretamente com os consumidores de seus produtos teria um alto número de acordos comerciais ou contratos.

2.4 Membros dos canais de distribuição

Canais de distribuição têm o envolvimento de três tipos de membros: fabricantes, intermediários e consumidores, e cada um deles tem suas funções no canal de tal forma que se adicione valor a esses membros (PALMATIER *et. al*, 2020). Ainda de acordo com Palmatier *et. al*, em muitos casos, um dos membros do canal atua como Capitão do Canal, o qual tem o

maior interesse no seu funcionamento, assegurando que os demais membros estejam adequadamente conectados.

Essa mesma forma de entendimento dos canais de distribuição é apresentada por Rosenbloom, o qual a complementa com a distinção entre os participantes que têm função contatual, ou seja, estão ligados através dos fluxos de propriedade e de negociação, e os participantes que são agentes facilitadores, como empresas responsáveis pelo transporte, armazenamento, agências de propaganda, instituições financeiras, seguradoras e empresas de pesquisa de marketing (ROSEMBLOOM, 2014).

Observando a organização contatual, isto é, membros dos canais de distribuição que têm função de propriedade de produto e negociação, temos os seguintes membros:

O primeiro membro – o fabricante – é o produtor ou originador do produto ou serviço sendo vendido (PALMATIER *et. al*, 2020). Fabricantes, de acordo com o autor, podem ter suas marcas conhecidas pelos consumidores, como também podem ser fabricantes de produtos em que a marca não é relevante para o consumidor final.

O segundo membro é o intermediário e pode incluir qualquer participante de um canal de marketing que esteja entre o fabricante e o consumidor final. De forma geral, há basicamente três tipos: atacadista, varejista e atacadista especializado (PALMATIER *et. al*, 2020).

O atacadista é um membro do canal que tem a função de vender para outro intermediário, em síntese, ele não vende diretamente ao consumidor final. Atacadistas podem incluir distribuidores, representantes de fabricantes, agentes e corretores. Ao fazer negócios com um fabricante, o atacadista pode seguir por dois modelos: ter a propriedade e posse do produto ou simplesmente fazer uma representação comercial, sem que haja transferência desse produto do fabricante para o atacadista. No primeiro caso, o atacadista torna-se responsável pelo inventário, promoção dos produtos, financiamentos, atendimento dos pedidos e pagamento de seus clientes. Já como representante comercial, sem a propriedade e posse de produtos, o atacadista atua como um agente ou corretor. *Tradings* internacionais, empresas especializadas em representação comercial internacional são um tipo de exemplo de intermediário que não adquire propriedade ou posse de produtos para representar fabricantes em negociações internacionais (PALMATIER *et. al*, 2020).

Empresas varejistas são aquelas nas quais os consumidores finais têm acesso aos produtos. Varejistas podem ter vários formatos, como explica PALMATIER *et. al*, (2020): lojas de departamentos, mercados, lojas especializadas, lojas de conveniência, franquias, clubes de compras, entre outros. Além de outras funções, os varejistas são empresas que têm um sortimento grande de produtos de diversos fabricantes e os disponibilizam para compra aos

consumidores finais. Ao longo dos anos, porém varejistas têm desenvolvido outras funções que têm tornado seus negócios ainda mais relevantes, como é casos de mercados que possuem marcas próprias de produtos de consumo (PALMATIER *et. al*, 2020).

O terceiro tipo básico de intermediação é o atacadista especializado. Ele pode ter a propriedade ou posse do produto e sua participação no canal torna-se necessária por conta de sua especialidade, seja ela em relação ao produto, ou a algum serviço que preste, como de logística, financeiro, de seguro, de pagamento, marketing ou outros.

Por fim, também como membro de um canal de marketing, está o consumidor final, para o qual o fabricante e o intermediário tornam o produto disponível para compra.

Outros tipos de membros de canais de distribuição são elencados por Bellin e complementam os citados acima. Agentes, corretores, *dealers*, franquias, cooperativas, vendas diretas e canais de logística reversa (BELLIN H. , 2016).

2.5 Fluxos e número de membros nos canais de distribuição

Com um olhar mais amplo para os canais de distribuição, Kotler e Keller (2018) dispõem sobre as funções e fluxos do canal de uma forma simples e abrangente: um fabricante, ao vender produtos ou serviços, precisa ter basicamente três canais: um canal de vendas, um canal de entrega e um canal de serviços. Ao analisar esses canais em mais detalhes, Kotler e Keller (2018) dispõem sobre o tema apresentando os seguintes fluxos:

Fluxo físico: Envolve a movimentação física de um produto desde seu fabricante, passando pelos intermediários (pode ser um ou mais), até chegar ao consumidor final.

Fluxo de propriedade: É a transferência de propriedade feita através de venda. Nem todos os tipos de intermediários, como mencionado acima, tomam propriedade de produtos ou serviços os quais representam.

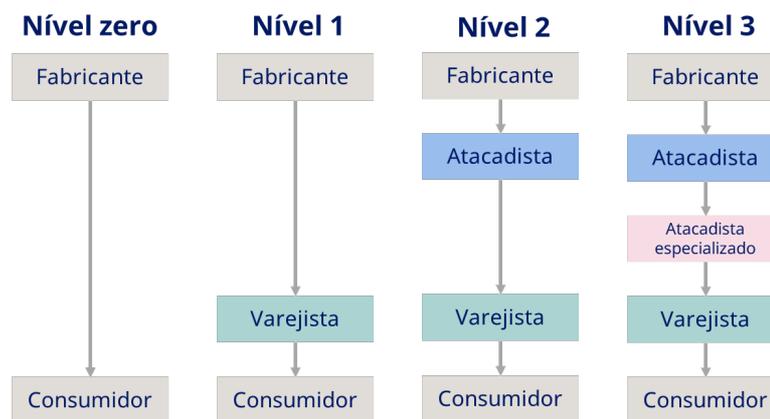
Fluxo de pagamento: É o sentido contrário ao fluxo de produto. Este fluxo é iniciado com o consumidor final e passa, através de instituições bancárias, pelos intermediários que obtiveram propriedade do produto ou serviço ou por outros atores envolvidos nos canais de distribuição.

Fluxo de informações: Trata-se um fluxo de dois sentidos, ou seja, tanto da direção fabricante → consumidor, quanto consumidor → fabricante. A troca de informações relevantes ao negócio é essencial para que seja feito um planejamento adequado e uma venda de acordo com a necessidade dos membros da cadeia.

Fluxo de comunicação: Envolve a comunicação entre o fabricante, agentes de propaganda, intermediários e consumidores finais.

O número de membros envolvidos em canais de distribuição varia de acordo com o nível de complexidade da cadeia de fornecimento em questão. Uma forma bastante simples de entendimento é a proposta por Kotler e Keller (2018), chamada *Níveis de canal*. Basicamente, contam-se os intermediários entre o fabricante e o consumidor. Um canal de nível zero, ou seja, de marketing direto não tem intermediários. Já um canal por meio do qual um fabricante vende seus produtos a um varejista que, por sua vez, os vende à consumidores, é um canal de nível um. Em um canal nível 2, temos o fabricante vendendo para um atacadista, o qual vende para o varejista. É possível também um canal nível 3, em que o fabricante vende para um atacadista, que utiliza um outro atacadista especializado para então atender a um varejista, que vende ao consumidor final. A tabela abaixo demonstra essa estrutura de níveis de canais de distribuição para bens de consumo.

Figura 1 – Níveis de canais de distribuição para bens de consumo



Fonte: Kotler e Keller (2018)

Rosenbloom apresenta os mesmos fluxos, porém nomeando alguns deles de forma diferente, como é o caso o fluxo físico, o qual é chamado pelo autor de fluxo do produto; o fluxo de pagamento é chamado de fluxo de negociação; e o fluxo de comunicação apresentado por Kotler e Keller é chamado de fluxo de promoção (ROSEMBLOOM, 2014). Tanto Kotler e Keller quanto Rosenbloom, apresentam os cinco fluxos citados acima de forma similar.

2.6 Funções dos canais

Canais de distribuição existem para realizar algumas funções que necessariamente devem adicionar valor para o consumidor final. Palmatier *et. al* (2020) destacam nove funções universais que são realizadas em um canal de marketing por seus membros. São elas: posse

física, propriedade, promoção, negociação, financiamento, gestão de risco, gestão de pedido, pagamento e compartilhamento de informações. Nem todas as funções precisam ser realizadas por todos os membros do canal. Palmatier *et. al* (2020) citam, como exemplo, a posse física de produtos que poderia deixar de seguir o caminho fabricante, atacadista, varejista e consumidor final para uma venda do fabricante ao varejista diretamente através de representantes do fabricante, que fariam o papel do atacadista em relação à negociação, mas não em relação à posse física do produto. Isso reforça a necessidade de utilização de membros de canal que agreguem valor ou reduzam custos ao serem participantes de um determinado canal de distribuição. O autor também explica que algumas funções de canal são correlacionadas a outras funções, como é o caso de financiamento, a qual está ligada à propriedade do produto. A cada venda realizada entre membros do canal, ocorre um processo de financiamento. Um atacadista que compra produtos de um fabricante o está financiando ao adquirir a posse e propriedade daquele estoque que ainda será vendido para o membro seguinte da cadeia, o varejista. Outros custos que um intermediário tem ao adquirir a posse e propriedade de um produto podem ser obsolescência, depreciação, furto, quebra, armazenamento, seguro e impostos. Caso não houvesse a necessidade de adquirir a posse e propriedade do produto em questão, os valores desses custos poderiam ser investidos em outras oportunidades que poderiam gerar lucros. Dessa forma, conclui o autor que o custo de capital é igual ao custo de oportunidade ao manter um inventário.

Adicionalmente, Kotler e Keller (2018) apresentam as funções de canais como atividades que ocorrem em fluxos dentro de um canal de marketing: fluxos à frente, contrafluxos e fluxos que ocorrem nas duas direções. Fluxos à frente podem ser o transporte de produtos físicos, a transferência de propriedade, a comunicação de marketing. Pedido e pagamento são exemplos de contrafluxos. Já trocas de informações, negociações e riscos assumidos são fluxos que ocorrem nas duas direções.

De acordo com Kotler e Keller (2018), as funções do canal têm três elementos em comum: usam recursos escassos, normalmente podem ser desempenhadas por quem é especializado e podem ser trocadas entre membros do canal. A transferência de determinada atividade para algum membro do canal deve ser justificada por algum ganho, como redução de custo ou aumento de valor para o consumidor final.

Palmatier *et. al* (2020) descrevem as funções de canal da seguinte forma:

Posse física de produtos: trata-se de uma função de canal que consiste em armazenagem e transporte de um produto entre membros de um canal de marketing. Os custos para armazenar e transportar produtos são chamados de custo de posse física.

Propriedade: a posse física é diferente de propriedade, a qual consiste em passar a ser o dono do produto, logo, a ter responsabilidade sobre o inventário, com capital investido nele. Em muitos casos, posse e propriedade caminham juntos, mas isso não é uma regra. Estoque consignado é um exemplo em que um fabricante passa a posse a um intermediário, mas não a propriedade. O fabricante deixa de ter a propriedade quando o intermediário vende o produto para o próximo membro do canal. Outra situação em que posse e propriedade não são necessariamente do mesmo membro do canal é quando um fabricante utiliza uma empresa de logística para o transporte, tanto na venda, quanto na logística reversa.

Inventário: como mencionado acima, posse e propriedade caminham juntos em diversas situações em canais de distribuição, e um termo comum para referir-se a isso é custo de manutenção de inventário. Manter inventário é algo necessário por alguns motivos como demanda superior à capacidade de produção; economia de escala, a qual é possível por produção em grande quantidade; prazos de transporte entre membros do canal; incertezas sobre vendas e produção. Para isso, intermediários podem optar por terem estoque de segurança, que seria um estoque extra àquele suficiente para um ciclo de pedido.

Promoção: a promoção pode ser feita de diversas formas, com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre o produto sendo comercializado, educar potenciais compradores sobre as características do produto e persuadir compradores potenciais a comprar o produto.

Negociação: negociação é uma função de canal presente em situações em que os termos de pagamentos estão abertos para negociações e seus custos podem ser medidos pelo tempo que negociadores dedicam a essas negociações ou mesmo custos de consultorias legais, se for o caso.

Financiamento: trata-se do prazo geralmente dado para o recebimento de um produto entregue. Caso uma venda seja feita com um prazo de pagamento de 30 dias, o vendedor está financiando o comprador por esse período.

Risco: assegurar preço por determinado período pode ser caracterizado como um tipo de risco assumido pelas partes envolvidas numa negociação. Risco também pode ser observado nos custos incorridos em seguros, garantias e serviços pós-venda.

Processos de compra e pagamento: estas atividades geram custos e são partes importantes do processo de aquisição de produtos em um canal de marketing.

Troca de informações: a troca de informações entre membros da cadeia é uma função de canal importante para planejamento. Dados de vendas no varejo podem auxiliar fabricantes em seus processos de previsão de vendas para melhorar os planos de produção. Conhecimento

sobre o estoque ao longo da cadeia também é um tipo de informação relevante para planejar produção e vendas.

Adicionalmente, Rosenbloom elenca algumas das funções que devem ser executadas pelos intermediários, separando os atacadistas dos varejistas. Os atacadistas, de acordo com o autor, devem “ficar a cargo de proporcionar cobertura de mercado, fazer contatos de vendas, manter estoques, processar pedidos, reunir informações de mercado e de oferecer suporte ao consumidor” (ROSEMBLOOM, 2014, p. 39). Já os varejistas devem:

Oferecer recursos humanos e instalações físicas para os consumidores finais; fornecer vendedores para vendas pessoais, propaganda e displays para auxiliar na venda; interpretar a demanda e informa-la aos demais membros do canal; dividir grandes quantidades em lotes nos tamanhos que os consumidores precisam; oferecer armazenamento para que fornecedores tenham seus estoques dispersos e que os consumidores tenham acesso e reduzir o risco substancial do fabricante e atacadista ao encomendar e aceitar entrega antes da temporada de venda (ROSEMBLOOM, 2014, p. 53).

Assim, estudos sobre as funções dos canais têm sido frequentes ao longo dos anos, como demonstra Rosenbloom em seu artigo *Functions and Institutions: the roots and the future of marketing channels* (2013). O autor explica que a relevância das funções dos canais segue a mesma de décadas atrás mesmo em um contexto em que a tecnologia, forças socioculturais e concorrência global tenham afetado profundamente a forma que empresas estruturam seus canais de distribuição. Apenas para exemplificar, o processo que envolve um pedido realizado por um consumidor por meio de seu aparelho celular, que posteriormente é recebido pelo varejista em seu sistema computadorizado em serviço de nuvem, com separação de inventário por sistema RFID (*radio frequency identification*) e empilhadeiras automatizadas ainda é função de canal de processo de compra, ou seja, na sua essência, segundo o autor, não importa o nível de tecnologia envolvido, membros de canais de distribuição devem executar as funções de canal para que consumidores tenham seus pedidos de produtos ou serviços atendidos (ROSEMBLOOM, 2013).

2.7 Conflito de canais

Relações comerciais sempre geram conflitos, dado que os interesses das empresas nem sempre coincidem (KOTLER & KELLER, 2018). De acordo com Palmatier *et. al* (2020), conflitos em canais surgem quando o comportamento de um membro do canal está em oposição aos desejos e comportamentos dos demais membros. O autor complementa afirmando que um

membro do canal, quando está em situação de conflito, enxerga os demais membros como adversários ou oponentes.

Kotler e Keller (2018) descrevem os tipos de conflitos que podem surgir em canais de distribuição como conflito horizontal, vertical ou multicanal. De acordo com os autores, um conflito horizontal ocorre entre membros de mesmo nível no canal. Um conflito vertical, por sua vez, entre membros de um mesmo canal. Já o conflito multicanal pode ocorrer quando um mesmo mercado é abastecido por dois canais diferentes.

Palmatier *et. al* (2020) descrevem quatro tipos de conflitos de canal com um olhar mais amplo sobre o tema. O primeiro tipo de conflito apresentado é o conflito latente, o qual, de acordo com os autores, está presente na maioria dos canais de distribuição. Os interesses dos membros dos canais inevitavelmente colidem, visto que cada um busca por objetivos separados, por autonomia e concorrem por recursos limitados. Este tipo de conflito seria evitado caso os membros de um canal pudessem ignorar uns aos outros, porém as relações entre eles são de interdependência devido ao fato de que todos devem buscar atender as demandas dos consumidores finais.

O segundo tipo de conflito apresentado pelos autores é o conflito percebido. Trata-se de um conflito em que membros do canal têm alguns tipos de oposições em relação a pontos de vista, percepções, sentimentos, interesses ou intenções. De acordo com os autores, neste tipo de conflito, mesmo se duas organizações perceberem diferentes pontos de vista e percepção. entre elas, seus funcionários são pouco influenciados por isso. É um tipo de conflito que é frequente e é considerado como parte de uma relação entre membros de canal.

Conflito afetivo é o terceiro tipo descrito pelos autores e ocorre em casos em que há envolvimento de emoções. As motivações podem ser diversas, mas os resultados costumam ser similares, como indivíduos começarem a falar a respeito dos conflitos entre membros dos canais. Quando esses conflitos não são gerenciados, podem transformar-se no quarto tipo descrito pelos autores, que é o conflito manifestado. Este tipo de conflito fica visível pelos comportamentos demonstrados como o bloqueio de iniciativas dos demais membros do canal ou a falta de apoio em alguma ação. Casos extremos podem chegar à sabotagem ou até mesmo vingança.

Algumas das causas de conflitos, conforme descrito por Kotler e Keller (2018) são a incompatibilidade de objetivos em que, por exemplo, um fabricante pode ter uma necessidade de atendimento dos consumidores finais em diferente formato ou tempo da que o intermediário tem; direitos e papéis pouco claros, o que pode ocorrer quando a atuação de um intermediário pode se sobrepor à do fabricante, ou vice-versa; diferenças de percepção, como pode acontecer

com as perspectivas em relação à demanda de consumidores; e dependência dos intermediários em relação ao fabricante, situação que pode ocorrer em casos de intermediários exclusivos, por exemplo.

Segundo Kotler e Keller (2018), conflitos nem sempre devem ser considerados como problemas, pois podem promover um ambiente de transformação e adaptação. Todavia, quando em excesso, tendem a provocar desequilíbrio nos canais de distribuição. O autor cita alguns mecanismos a serem considerados para gerenciar os conflitos:

- Justificativa estratégica, em que se busca explicar que os canais atenderão segmentos distintos;
- Dupla compensação, que pode ser utilizada quando um novo canal é introduzido e o canal existente é, de alguma forma, compensado por isso;
- Metas superordenadas. Membros de um canal podem acordar como atingir uma determinada meta quando sofrem de alguma ameaça externa, como um canal concorrente mais eficiente, uma legislação adversa ou uma mudança no comportamento do consumidor;
- Troca de funcionário, a qual pode ser necessária em casos de conflitos gerados pelas atitudes de indivíduos;
- Participação conjunta em associações. Este mecanismo pode ser considerado como forma de buscar soluções adequadas aos membros de um canal tendo o apoio de uma associação;
- Cooptação. O autor sugere que alguns conflitos podem ser gerenciados conquistando o apoio de líderes de outra organização através de sua inclusão em conselhos consultivos, conselhos de administração e assemelhados;
- Diplomacia, mediação e arbitragem. Quando conflitos atingem níveis mais altos, o autor recomenda o uso da diplomacia, em que indivíduos de cada membro do canal envolvido buscam resolver o conflito. A mediação utiliza um terceiro imparcial com habilidade para conciliar os interesses dos membros. E na arbitragem, os membros apresentam suas versões a um árbitro e devem aceitar a sua decisão.
- Processo judicial. Esta forma de gerenciar um conflito é utilizada quando nenhuma das anteriores se mostra eficiente.

Por fim, Kotler e Keller (2018, p. 571) explicam que “a coordenação do canal ocorre quando os membros atuam em conjunto para atingirem os objetivos do canal, em oposição aos objetivos individuais potencialmente incompatíveis”. Assim, essa coordenação deve ser

conduzida pelo Capitão do Canal, isto é, aquele membro com maior interesse no funcionamento da distribuição.

2.8 Multichannel e Omnichannel

Multichannel é um tipo de estratégia de canais na qual existe uma separação clara entre cada canal, com objetivos individuais e com operações relativamente independentes. Já uma estratégia de canais Omnichannel busca uma integração harmoniosa dos canais de distribuição, de forma a permitir que consumidores possam pesquisar, comprar, comunicar-se e engajar-se com a marca através de meios virtuais, smartphone, mídias sociais e canais tradicionais (lojas físicas) (PALMATIER *et. al*, 2020).

Estratégias de canais de distribuição Multichannel emergem com o surgimento de vendas por canais virtual, o qual é adicionado ao mix de canais oferecidos aos consumidores. Já com o surgimento de smartphones, conseqüentemente o uso de redes sociais, e o surgimento de algumas tecnologias em lojas, a diferenciação de lojas físicas e virtuais se torna menos evidente e é, nesse contexto, que surgem as estratégias de canais Omnichannel (PALMATIER *et. al*, 2020).

A implementação de uma estratégia de canais Omnichannel requer, por parte do fabricante, entre outros aspectos, esforços para que haja uma fácil utilização pelos consumidores e que o Omnichannel seja compatível com o estilo de vida dos consumidores (COSTA e SILVA *et. al*, 2019).

Uma síntese da literatura revista pelo autor é descrita no quadro abaixo:

Quadro 1 - síntese da literatura sobre canais de distribuição.

Área de estudo	Tema ou definição	Estudo	Autores
Definição de canais de distribuição	Conjunto de organizações interdependentes envolvidas no processo de disponibilizar um produto ou serviço para uso ou consumo.	Marketing Channels (7a. Ed. P.2).	Coughlan, Anderson, Stern e El-Ansary, 2006.
	São conjuntos de organizações interdependentes envolvidas no processo de disponibilizar um bem ou serviço para uso ou consumo, formando caminhos que um produto segue depois da produção e culminando na compra ou na utilização pelo usuário final.	Administração de Marketing (15a ed. P.542).	Kotler e Keller, 2018.
	Organizações interdependentes e independentes envolvidas no processo de tornar um produto ou serviço disponível para uso ou consumo.	Marketing Channel Strategy: An Omni-Channel Approach (9a. Ed).	Palmatier, Sivadas, Stern e El-Ansary, 2020.
	A organização contatual externa que a administração opera para alcançar seus objetivos de distribuição.	Canais de marketing. Uma visão gerencial (p.9).	Rosenbloom, 2014.
Boas práticas e gestão de canais de distribuição.	Boas práticas de gestão de canais de distribuição	Best Practice Channel Management: The Channel Management Framework.	Bellin, 2006.
	Gestão de canais de distribuição	Which Marketing Channel Is Right for Your Company?	Bellin, 2006.
	Omnichannel.	Omnichannel approach: Factors affecting consumer acceptance.	Costa e Silva , 2019.

3 UM BREVE CONTEXTO SOBRE O SETOR FARMACÊUTICO

Este estudo é motivado pelo interesse do pesquisador em entender as dinâmicas em canais de distribuição. O setor farmacêutico foi escolhido devido à sua alta complexidade, ao fato de existirem normas rígidas tanto sanitárias quanto econômicas por parte de agentes reguladores, e por tratar de um produto sensível a todas as pessoas, que é o medicamento. Um aprofundamento da distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição nos Estados Unidos, país utilizado como referência para este estudo, será apresentado no capítulo 5, Análise dos Resultados.

Com o objetivo de contextualizar o estudo sobre canais de distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição, mas sem a pretensão de fazer análises detalhadas sobre cada elemento envolvido no setor farmacêutico, os tópicos abaixo brevemente descreverão alguns dos aspectos relevantes para uma compreensão do setor e dos agentes envolvidos.

Este capítulo está organizado da seguinte forma:

1. Pesquisa e Desenvolvimento;
2. Tipos de medicamentos;
3. Participantes da distribuição de medicamentos;
4. Alguns aspectos sobre a dinâmica de mercado;
5. Como a demanda de medicamentos é gerada;
6. Agências de regulação sanitária;
7. Regulação de preços;
8. Regulação de planos de saúde em relação à medicamentos ambulatoriais com prescrição.

3.1 Pesquisa e Desenvolvimento

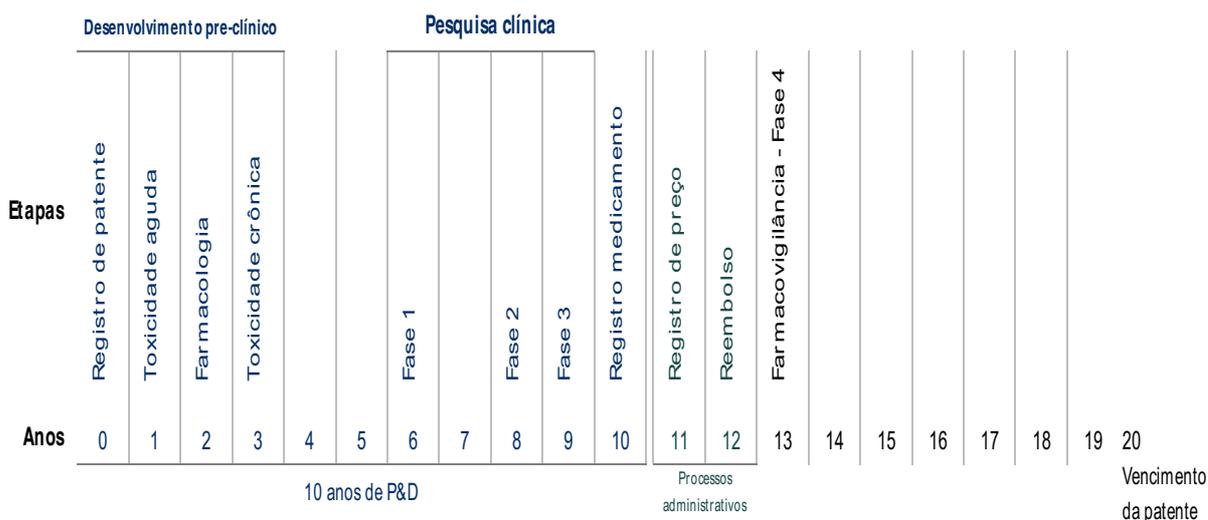
A indústria farmacêutica vem se desenvolvendo ao longo de mais de 100 anos, tendo passado por diversas mudanças ao longo do século XX. Inovação, através de Pesquisa e Desenvolvimento, sempre foi um dos pontos fortes do setor, permitindo que novos medicamentos como penicilina, insulina, pílula anticoncepcional e diversos outros transformassem a sociedade. Entre as principais atividades de uma empresa farmacêutica, estão a Pesquisa e Desenvolvimento, a Fabricação e Distribuição e as Operações Comerciais.

A Pesquisa e Desenvolvimento tem diversas etapas e uma longa jornada entre a descoberta da nova molécula até que o produto esteja no mercado. Estima-se que de uma a duas moléculas entre dez mil terão sucesso em todas as etapas de pesquisa e de desenvolvimento (EFPIA, 2020). O investimento global em P&D no ano de 2019 foi de 186 bilhões de dólares,

correspondendo à 14,8% do faturamento do setor no mesmo ano, o qual foi de 1,25 trilhões de dólares. Nos Estados Unidos, essa porcentagem foi de 22% no mesmo ano (STATISTA, 2021).

Uma fase de pesquisa e desenvolvimento pode ser dividida em: etapa de desenvolvimento pré-clínico, em que ocorrem as atividades de registro de patente, toxicidade aguda, farmacologia e toxicidade crônica; e etapa de pesquisa clínica, cujas fases 1, 2 e 3 ocorrem antes de que o registro do medicamento seja solicitado aos órgãos sanitários, como a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), no Brasil, o FDA (*Food and Drugs Administration*), nos Estados Unidos ou o EMA (*European Medicine Agency*), na Europa. Após a solicitação e aprovação do registro do medicamento, processo que será descrito no subcapítulo 3.6, inicia-se o processo de solicitação e definição de preço, o qual será brevemente descrito no subcapítulo 3.7.

Figura 2 – Fase de Pesquisa e Desenvolvimento de um medicamento



Fonte: (EFPIA, 2020)

3.2 Tipos de medicamentos

Um medicamento é um “produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, que contém um ou mais fármacos e outras substâncias, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico” (ANVISA, 2019). O ingrediente farmacêutico ativo é o item que cumpre a função do medicamento, e ele entra basicamente em duas categorias: químico e biológico. Campbell (2008) descreve outras formas de categorizar um medicamento, por exemplo, sob o olhar da categoria terapêutica, de acordo com a especialidade médica, o tipo de doença para a qual o medicamento é indicado ou a classe do medicamento. Além disso, um medicamento pode ser visto de acordo com o tipo de prescritor, que pode ser médico clínico

geral ou um especialista. O tipo de doença também é um fator considerado ao analisar tipos de medicamento, podendo ser doença aguda ou crônica. Uma outra forma de classificação comumente considerada ao analisar-se o mercado farmacêutico é relacionada ao controle e ao acesso, através de classificações que distinguem produtos como controlados, com prescrição e isentos de prescrição.

O local onde um medicamento é prescrito e administrado também é um fator a se considerar ao analisar o medicamento, podendo ser uma prescrição feita em clínica, em que a compra (dispensação) é feita numa farmácia, ou em hospital, em que a administração é feita por um profissional de saúde, por conta da forma de manuseio do medicamento. Tipo de cobertura e regras de reembolso por parte de seguradoras ou planos de saúde são fatores importantes também para entender o mercado farmacêutico (CAMPBELL, 2008). Por último, medicamentos são diferenciados entre inovadores e não inovadores. Medicamentos inovadores, ou conhecidos também como de referência, são aqueles de marca que possuem eficácia e segurança cientificamente comprovadas. Já os não inovadores podem ser genéricos, que são aqueles com princípio ativo idêntico a algum de referência, porém produzidos por outros laboratórios após o fim do período de patente, ou similares, que são os com o mesmo princípio ativo de um medicamento de referência, mas com diferente prazo de validade, embalagem, rotulagem, tamanho e forma do produto (ANVISA, 2021).

O quadro abaixo organiza de forma mais simples as formas de classificação de um medicamento.

Quadro 2 – Classificação de um medicamento

Formas de classificar um medicamento	
Pelo princípio ativo	Químico Biológico
Categorias terapêuticas	De acordo com a especialidade médica Tipo de doença para a qual o medicamento é indicado Classe do medicamento
Tipo de Prescritor	Clínico geral Especialista
Tipo de doença	Aguda Crônica
Controle e acesso	Medicamentos controlados (e com prescrição) Medicamentos não controlados, mas com prescrição Medicamentos isentos de prescrição
Local de prescrição e administração	Clínica Hospital

Tipos de cobertura de reembolso	Seguros (planos de saúde) Governo Sem reembolso. Pago pelo consumidor final
Tipo de medicamento (inovadores ou não)	Referência (inovador) Genérico Similar

Fonte: (CAMPBELL, 2008)

Além das classificações listadas acima, nos Estados Unidos utilizam-se também os termos medicamentos tradicionais e medicamentos especiais. Os medicamentos tradicionais incluem medicamentos químicos, ou seja, medicamentos processados sinteticamente, de fontes de plantas, os antibióticos e hormônios. Já os medicamentos especiais são os utilizados em tratamentos como câncer, artrite reumatoide, esclerose múltipla, HIV. Pacientes que utilizam medicamentos especiais requerem educação sobre sua condição, assistência com a administração do medicamento, ajustes frequentes de doses, suporte em relação aos efeitos colaterais, suporte para aderência ao uso da medicação, monitoramento de médicos e outros serviços (FEIN, 2022).

3.3 Participantes da distribuição de medicamentos

A distribuição de medicamentos conta com a participação de diversos membros de canal e agentes, os quais serão brevemente descritos abaixo para facilitar a compreensão deste estudo.

Fabricantes e importadores de medicamentos contam com um complexo sistema que permite aos consumidores finais encontrar os medicamentos que precisam nos pontos de dispensação. Como o presente estudo tem como escopo medicamentos ambulatoriais com prescrição que são vendidos no setor privado através de farmácias, a explicação abaixo focará apenas nessa modalidade de distribuição.

Uma das características que mais separa o setor farmacêutico dos demais setores da economia, é o fato de que consumidor final não decide de forma individual qual será o medicamento que utilizará diagnosticado com alguma necessidade. Campbell (2008) descreve o processo de empresas farmacêuticas, o que pode ser entendido como processo de venda, isto é, convencimento de que determinado medicamento é o mais adequado para aquele tratamento. As etapas, conforme o autor, são identificação do problema que requer tratamento, diagnóstico, seleção do tratamento (prescrição), dispensação do medicamento e aderência ao regime de prescrição (CAMPBELL, 2008, p. 42).

Nesse contexto, vemos que a participação do prescritor é de vital importância para fabricantes de medicamentos. Além do prescritor, fabricantes contam com a distribuição dos

medicamentos até os pontos de dispensação em que é necessária a presença de um farmacêutico que deve assegurar que o consumidor tenha a assistência necessária para a devida interpretação da receita médica e escolha correta do medicamento prescrito.

Além dos participantes citados acima, ou seja, médico, consumidor final e farmacêutico, também há outra entidade que requer atenção para o entendimento da distribuição de medicamentos: o pagador. Em diversos países, o custeio de medicamentos é feito pelo próprio governo ou por empresas privadas de seguro saúde, também chamadas de planos de saúde ou convênios médicos. Já em outros, o desembolso é feito diretamente pelos consumidores. Os tipos de pagadores influenciam em alguns aspectos como escolha de opções de medicamentos de melhor custo-benefício e locais de dispensação (farmácias que têm reembolsos do governo, por exemplo).

3.3.1 Membros de canal no setor farmacêutico

Conforme descrito por Palmatier *et. al* (2020), um canal de distribuição é composto basicamente por fabricante, atacadista, varejista e consumidor final. Rosenbloom (2014) complementa essa definição classificando-os como participantes membros do canal de distribuição que fazem parte da organização contatual, isto é, participantes que executam funções de negociação. No setor farmacêutico, outros participantes, ou agentes, conforme mencionado acima, têm papel crucial no setor e serão brevemente descritos neste capítulo.

Médicos

Empresas farmacêuticas de medicamentos ambulatoriais com prescrição têm como um dos principais *stakeholders* o prescritor. De acordo com o Conselho Federal de Medicina, “prescrição de medicamentos pressupõe um ato anterior que é o diagnóstico da doença. O diagnóstico e a prescrição de medicamentos são atos de competência exclusiva do médico, cirurgião-dentista e veterinário, nos casos restritos às respectivas especialidades” (CFM, 2009).

Médicos iniciam o tratamento e selecionam os medicamentos que serão utilizados pelos pacientes e eles têm a autoridade para receitar determinada marca ou indicação terapêutica (CAMPBELL, 2008).

Consumidores

Os consumidores finais de medicamentos, chamados de pacientes no setor farmacêutico, são os responsáveis por iniciar determinado tratamento ao buscarem auxílio médico. Apesar da decisão de prescrição ser do médico, os pacientes têm também um papel ao poderem sugerir

preferências de medicamentos quando isso é possível, ou seja, quando há mais de uma alternativa para o tratamento.

Pagadores e PBMs (Pharmacy Benefit Managers)

Pagadores de medicamentos têm um papel fundamental nas negociações com os fabricantes e os consumidores e estão mais presentes no mercado dos Estados Unidos. Eles buscam balancear a cobertura de medicamentos que os seguros de saúde terão de acordo com o custo-benefício do medicamento, ou através de certas restrições, como a substituição de determinado medicamento pelo genérico correspondente, ou solicitando autorizações prévias para que os prescritores justifiquem a escolha do medicamento. Para realizar tais trabalho, Pagadores trabalham com empresas *Pharmacy Benefit Manager*, as quais negociam os valores que serão cobertos pelo plano de saúde e valores que serão pagos pelos consumidores, além de outras questões de cobertura dos seguros contratados (CAMPBELL, 2008).

Atacadistas

Os atacadistas, ou como também são chamados, os distribuidores, têm papel fundamental para assegurar a correta distribuição de medicamentos entre os fabricantes e os pontos de dispensação. Além de executarem funções de canal como tomada de risco de crédito, gestão de contas a receber, asseguram que as boas práticas de distribuição serão aplicadas na distribuição logística. Algumas grandes redes de farmácias utilizam sua própria logística (armazenagem e transporte) para executar essa função de distribuição.

Varejistas

O varejo farmacêutico é realizado através de farmácias, que necessariamente contam com farmacêuticos que auxiliarão consumidores no momento da dispensação do medicamento. As farmácias não-institucionais são tipicamente as de loja física, loja virtual, farmácias especiais e as *Mail Pharmacies*, como ocorre nos Estados Unidos. Existem também farmácias institucionais, geralmente em hospitais, em que a administração do medicamento é realizada por profissionais da saúde em pacientes em tratamento.

3.4 Alguns aspectos sobre a dinâmica de mercado

Um ponto de partida para começar a analisar a dinâmica do mercado farmacêutico no Brasil e nos Estados Unidos pode ser a compreensão a respeito do pagador do medicamento. No Brasil, de acordo com dados do IBGE, 92% dos medicamentos de uso humano são pagos

diretamente pelos consumidores (IBGE, 2019). Já nos Estados Unidos, o desembolso por parte dos consumidores finais é de aproximadamente 13% do gasto com medicamentos com prescrição (IQVIA, 2020). Os 92% mencionados acima, cobrem todos os tipos de medicamento de uso humano, enquanto os 13% mencionados para os Estados Unidos, referem-se aos medicamentos com prescrição. Não é uma comparação de mesma categoria de medicamentos, mas já demonstra que o modelo de cada país é bastante diferente em relação ao pagador do medicamento.

A venda de medicamentos no Brasil é realizada por alguns canais de distribuição, mas pode ser inicialmente analisada por dois tipos de mercados: varejo farmacêutico e mercado institucional, o qual é composto por vendas para hospitais, clínicas e governo. De acordo com dados publicados pela Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa, a INTERFARMA, em 2019, o varejo farmacêutico teve um faturamento de 69 bilhões de reais, correspondente a aproximadamente dois terços do setor, já o mercado institucional teve um faturamento de 33,7 bilhões de reais, correspondente à um terço do faturado. Esses dois mercados tiveram um crescimento de 53% e 57,5% entre 2015 e 2019, respectivamente (INTERFARMA, 2020).

Em relação aos canais de distribuição desses medicamentos, e de acordo com os dados apresentados pela CMED, em 2019, 57,29% dos medicamentos foram distribuídos através de distribuidoras. 17,43%, através de farmácias e drogarias, 17,19%, através do Governo e o saldo de 8,1%, através de estabelecimentos privados de saúde e outros destinatários (SCMED, 2021). Esses números demonstram uma alta dependência dos canais de distribuição que utilizam distribuidoras, em oposição a vendas diretas a farmácias e drogarias.

Genéricos e similares são os tipos de produtos com maior representatividade em volume no Brasil, tendo tido 71% das unidades de vendas comercializadas em 2019. Porém, em valor, esses dois tipos de medicamentos correspondem a 34% da venda do mesmo ano (SCMED, 2021).

Nos Estados Unidos, a distribuição de medicamentos tem alguns outros atores além dos fabricantes, atacadistas, varejistas e demais dispensadores e consumidor final. O país conta com quatro atores que participam do processo de distribuição de medicamentos e que fazem com que algumas diferenças sejam claramente visíveis em comparação com o Brasil. Essas empresas são (1) seguradoras, (2) GPO *Group Purchasing Organizations*, (3) PBM *Pharmacy Benefit Manager*, e (4) PSAO *Pharmacy Services Administration Organization* (DELOITTE, 2019).

As seguradoras são empresas que oferecem seguros aos consumidores finais para serviços de saúde e cobertura de medicamentos. Tanto os serviços quanto a cobertura de custos

de medicamentos podem ter uma franquia e coparticipação do consumidor final, de acordo com o plano contratado.

As empresas classificadas como GPO, atuam auxiliando farmácias em agregação de volume de compra para melhores negociações com a indústria. Já as empresas PBM atuam com negociações com as seguradoras e farmácias definindo quais medicamentos terão descontos e quais serão os preços de venda. O último ator nesse complexo sistema de distribuição de medicamentos é o PSAO, que atua auxiliando pequenas farmácias independentes dando-lhes suporte com ferramentas, sistemas, serviços de consultoria e negociações de contratos com os PBMs e Seguradoras.

Do ponto de vista logístico, os dois países têm canais de distribuição que contam com atacadistas e varejistas para disponibilizar os medicamentos aos consumidores finais. A indústria faz vendas tanto de forma direta para farmácias, quanto através de distribuidores. Já as atividades ligadas aos pagamentos dos medicamentos são bastante distintas, especialmente por conta da atuação das empresas citadas acima.

3.5 Como a demanda de medicamentos é gerada

O processo de geração de demanda de um medicamento diferencia-se de um produto comum pelo fato de seu consumidor normalmente não ter informações técnicas suficientes para julgar sua eficácia e segurança. Por conta disso, o médico tem um papel central para a indústria farmacêutica. Medicamentos com prescrição (tarja vermelha ou preta) requerem que o diagnóstico e a receita sejam feitos por um médico e, com a receita em mãos, o consumidor final pode fazer a aquisição em farmácia, em posto de saúde, ou em hospital, dependendo do tratamento em questão.

No Brasil, a ANVISA faz exigências diferenciadas em relação à propaganda entre medicamentos que requerem e não requerem prescrição. A agência autoriza a indústria a fazer propaganda direta ao público para medicamentos isentos de prescrição. Já os medicamentos que requerem prescrição, aqueles de tarja preta ou vermelha, devem seguir as orientações dadas pela agência através da resolução da diretoria colegiada da ANVISA nº 96, de 2008. De acordo com a Agência, apenas profissionais de saúde habilitados a prescrever ou a dispensar tais medicamentos podem receber tais propagandas.

Os Estados Unidos e a Nova Zelândia são os únicos países que permitem aos fabricantes a propaganda direta aos consumidores finais de medicamentos com prescrição. (FDA, 2021. New Zealand Ministry of Health, 2021). Logo, nesses países os fabricantes têm estratégias não

apenas para visitação a médicos, mas também estratégias de vendas para os consumidores finais que, por sua vez, poderão sugerir aos médicos quais medicamentos gostariam de ter prescritos.

Representantes de vendas, também conhecidos como força de vendas, visitam médicos com o objetivo de levar informações sobre os medicamentos e responder questões sobre segurança, eficácia, efeitos colaterais, conveniência, conformidade e reembolsos. Os departamentos de Marketing das empresas fabricantes definem a estratégia do produto pensando no que querem alcançar através dessa promoção aos médicos, e a força de vendas define, então, a estratégia de vendas, observando qual a melhor abordagem de vendas para a estratégia definida pela área de Marketing (CAMPBELL, 2008).

3.6 Agências de regulação sanitária

Agências reguladoras existem para assegurar que pessoas tenham um tratamento adequado com medicamentos de qualidade, que tenham segurança e eficácia. Para isso, elas precisam atender as seguintes funções definidas pela Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003):

- Licenciamento de fabricação, importação, exportação, distribuição, promoção e publicidade de medicamentos;
- Avaliação da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos e emissão da autorização de comercialização;
- Fiscalização de fabricantes, importadores, atacadistas e distribuidores de medicamentos;
- Controlar e monitorar a qualidade dos medicamentos no mercado;
- Controlar a promoção e propaganda de medicamentos;
- Monitoramento de reações adversas a medicamentos;
- Fornecimento de informações independentes sobre medicamentos a profissionais e ao público.

No Brasil, a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), criada no ano de 1999, tem a “finalidade institucional de promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados” (ANVISA, 2021). É por meio dessa agência que fabricantes e importadores requerem aprovação para que novos medicamentos sejam disponibilizados à população. Trata-se de uma autarquia sob regime especial, com sede no Distrito Federal e com presença em todo o território nacional por meio das coordenações de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados.

Nos Estados Unidos, o país conta, desde 1906, com o FDA, *Food and Drug Administration*. O FDA, entre outros atributos, é:

Responsável por proteger a saúde pública, garantindo eficácia e segurança de medicamentos humanos e veterinários, produtos biológicos e dispositivos médicos; e garantindo a segurança do suprimento de alimentos, cosméticos e produtos que emitem radiação de nossa nação. (FDA, 2021).

De forma geral, as duas agências reguladoras têm os mesmos objetivos, e eles são ligados a questões sanitárias, ou seja, questões que assegurem a saúde da população de seus países em relação aos medicamentos que a indústria farmacêutica disponibiliza nos seus mercados. Já sob um olhar econômico, o comportamento não é similar entre eles.

3.7 Regulação de preços

A forma da regulação de preços de medicamentos é variada por país. Muitos países criam regras diferentes entre medicamentos com e sem patente. Algumas agências reguladoras fazem comparações com outros países, como é o caso na Europa, exceto Reino Unido, Alemanha e Suécia, e outras avaliam o custo-benefício do medicamento para definir seu preço máximo de venda, como é o caso da Alemanha. Existem alguns outros modelos, o que demonstra não haver uma melhor forma para definir o preço máximo que um medicamento deve ser vendido ao público (EGER & MAHLICH, 2014).

Já nos Estados Unidos, o preço máximo de venda de um medicamento não é regulado e isso traz consequências que podem ser vistas de forma positiva e negativa (KAKKAR, 2021). Os Estados Unidos representaram 48% do mercado global farmacêutico em 2020 (STATISTA, 2021), e é através do mercado norte americano que muitas corporações investem em pesquisa e desenvolvimento de medicamentos inovadores (KEYHANI, WANG, HEBERT, CARPENTER, & ANDERSON, 2010).

A regulação de preços de medicamentos busca a redução de custos para consumidores finais, com o objetivo de melhorar o acesso e adesão a tratamentos. Por outro lado, a indústria farmacêutica teria impactos que poderiam comprometer a pesquisa de desenvolvimento de medicamentos inovadores (EGER & MAHLICH, 2014). Um estudo, realizado em 2012 por Darren Filson, demonstra, através do conceito de equilíbrio perfeito de Markov, que o controle de preços nos Estados Unidos causaria um efeito prejudicial à sociedade quando analisados os custos a longo prazo. A forma de criar controles também é um ponto crítico, de acordo com o estudo, caso o modelo não traga incentivos para que a indústria desenvolva medicamentos de alta qualidade (FILSON, 2012).

No Brasil, a CMED (Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos), criada no ano de 2003, estabelece anualmente os preços máximos de medicamentos (Brasil, 2003). A CMED é composta por um Conselho de Ministros, um Comitê Técnico-Executivo e pela Secretaria Executiva da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, SCMED.

O ajuste de preços é feito sempre no primeiro dia do mês de abril e isso causa um esperado aumento nas vendas no mês de março. Para vendas no mercado privado, a CMED define dois preços: Preço Fábrica (PF), que é o teto de preço que um laboratório ou distribuidor podem comercializar um medicamento e o Preço Máximo ao Consumidor (PMC), o qual é o preço máximo a ser praticado no comércio varejista, ou seja, o preço máximo que um consumidor pagará por um medicamento. Por conta da variedade em possíveis alíquotas de ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços), as empresas que comercializam medicamentos devem também atentar-se a qual alíquota aplicar, o que depende do estado de origem e destino do medicamento (CMED, 2021). A CMED também define o Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), porém vendas públicas (vendas para instituições do Governo) não fazem parte do escopo deste estudo.

3.8 Regulação de planos de saúde em relação à medicamentos ambulatoriais com prescrição

Planos de saúde têm um papel importante para o setor farmacêutico no que diz respeito ao pagamento de medicamentos. Atualmente, a cobertura de medicamentos ambulatoriais para seus beneficiários é opcional no Brasil. Já nos Estados Unidos, planos de saúde têm a obrigatoriedade de oferece-los a seus beneficiários. Além disso, um marco bastante importante nos Estados Unidos ocorreu em 2010 com o *Affordable Care Act*, o qual, entre outras obrigações, passou a exigir que empresas com 50 ou mais funcionários oferecessem planos de saúde para, ao menos, 95% dos seus funcionários.

Em resumo, não há exigência no Brasil para a cobertura de medicamentos ambulatoriais por parte de planos de saúde, mas sim nos Estados Unidos.

Alguns aspectos-chave são resumidos no quadro abaixo para uma breve comparação entre o Brasil e os Estados Unidos.

Quadro 3 – Aspectos-chave de comparação entre Brasil e Estados Unidos

	Brasil	Estados Unidos
Representatividade do mercado global farmacêutico (inclui as áreas de pesquisa, desenvolvimento, produção e distribuição)	2,6%	48%
Regulação de preços	CMED: Preço fábrica para venda entre pessoas jurídicas e Preço Máximo ao Consumidor (PMC) para venda ao consumidor final.	Não há regulação de preço máximo, mas sim negociações de pagadores institucionais, através de PBMs (<i>Pharmacy Benefit Manager</i>) em relação à descontos ao longo da cadeia de distribuição
Regulação de planos de saúde em relação à medicamentos ambulatoriais com prescrição	Agência Nacional de Saúde suplementar é o órgão regulador, porém ele não exige que planos de saúde cubram medicamentos ambulatoriais com prescrição	Planos de saúde são obrigados a oferecer cobertura de medicamentos ambulatoriais com prescrição

Fonte: (Elaborado pelo autor)

Quadro 4: Os principais estudos utilizados para contextualizar o setor farmacêutico são sintetizados no quadro abaixo:

Tema	Estudo	Autores
Conceitos gerais do setor farmacêutico	Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos.	Angonesi, 2007.
	Understanding pharma. The professional's guide to how pharmaceutical and biotech companies really work.	Campbell, 2008.
	The role of distributors in the US health care industry.	Deloitte, 2019.
	The 2022 Economic Report on U.S. Pharmacies and Pharmacy Benefit Managers.	Fein, 2022
Aspectos ligados a precificação de medicamentos.	Pharmaceutical regulation in Europe and its impact on corporate R&D.	Eger e Mahlich, 2014

	A Markov-perfect equilibrium model of the impacts of price controls on the performance of the pharmaceutical industry.	Filson, 2012
	Pharmaceutical price regulation and its impact on drug innovation: mitigating the trade-offs.	Kakkar, 2021
	US Pharmaceutical Innovation in an International Context.	Keyhani, Wang, Hebert, Carpenter e Anderson, 2010.

4 MÉTODOS DE PESQUISA

Para a realização deste estudo, o método de pesquisa descrito abaixo foi aplicado, tendo como objetivo um aprofundamento no tema.

4.1 Caracterização da Pesquisa

Nielsen *et al.* (2017) esclarecem que quatro dimensões classificam uma pesquisa científica: quanto à sua natureza; quanto à sua forma de abordagem; quanto aos seus objetivos e quanto aos seus procedimentos técnicos. O quadro abaixo demonstra quais são os tipos de pesquisa conforme cada uma dessas dimensões:

Quadro 5 – Tipos de pesquisa

Quanto à sua natureza	Quanto à forma de abordagem	Quanto aos seus objetivos	Quanto aos procedimentos técnicos
<ul style="list-style-type: none"> •Básica •Aplicada 	<ul style="list-style-type: none"> •Qualitativa •Quantitativa 	<ul style="list-style-type: none"> •Exploratória •Descritiva •Explicativa 	<ul style="list-style-type: none"> •Bibliográfica •Documental •Experimental •Ex post facto •Levantamento •Grupo de foco •Estudo de caso •Pesquisa-ação •Participante •Etnográfica •Grouded theory

Fonte: (NIELSEN *et. al.*, 2017)

Para alcançar os objetivos deste estudo, a pesquisa foi realizada da seguinte forma:

Quanto à natureza: Foi realizada uma pesquisa de natureza aplicada, cujo objetivo é utilizar o conhecimento adquirido ao longo da pesquisa básica em resolução de problemas específicos (NIELSEN *et. al.*, 2017).

Quanto à forma de abordagem: Como o setor farmacêutico é bastante complexo e por haver forte regulação do Estado em relação às questões regulatórias e econômicas, a pesquisa qualitativa foi escolhida como forma de abordagem, dado que ela permite um aprofundamento de estudo com abrangência das condições contextuais e utilização de múltiplas fontes de evidência (YIN, 2016).

Quanto aos seus objetivos: Foi feita uma pesquisa exploratória, em que se busca conhecer melhor os aspectos ligados aos canais de distribuição e seus desafios para a estratégia do negócio.

Quanto aos procedimentos técnicos: para que o aprofundamento, neste estudo, seja alcançado de forma ampla e produtiva, os seguintes procedimentos técnicos foram realizados em duas etapas. Na primeira etapa, foi realizada uma pesquisa documental para realização de um *Benchmarking* tendo como referência a distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição nos Estados Unidos. Já na segunda etapa, foram realizadas entrevistas qualitativas com profissionais do setor, em que foram apresentadas as práticas identificadas nos Estados Unidos para que esses profissionais avaliassem oportunidades e barreiras para possíveis implementações no Brasil. Para obter uma compreensão de forma sistemática e objetiva das entrevistas, foi realizada a análise de conteúdo, cujo método é descrito no item 4.2.3.

4.1.1 Unidade de análise

A unidade de análise desta pesquisa é a distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição no Brasil e nos Estados Unidos.

4.1.2 Unidades de coleta de dados

As unidades de coletas de dados estão separadas de acordo com seus níveis, conforme sugere Yin (2016) na etapa de delineamento de pesquisa.

Nível mais amplo:

- Canais de distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição no Brasil e nos Estados Unidos;
- Membros dos canais de distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição no Brasil e nos Estados Unidos;
- Agências reguladoras.

Nível mais estreito:

- Indústria farmacêuticas, atacadistas e varejistas que comercializem medicamentos ambulatoriais com prescrição;
- Políticas de precificação de medicamentos ambulatoriais com prescrição;
- Questões regulatórias para distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição;
- PBMs *Pharmacy Benefit Managers*;
- Agentes pagadores de medicamentos (Governo, seguradoras etc.).

4.1.3 Amostra

Para a realização deste estudo, este trabalho analisa (1) empresas farmacêuticas de medicamentos ambulatoriais com prescrição; (2) os intermediários envolvidos na distribuição

física dos produtos, desde que haja propriedade do bem, ou seja, atacadistas, varejistas. Ao definir-se que há a propriedade do bem, empresas de serviços de armazenagem e transporte ficam fora do escopo deste estudo e (3) agentes como pagadores do custo dos medicamentos, ou agentes que conectam consumidores aos varejistas, como o governo, os gestores de planos de saúde ou os Programas de Benefícios em Medicamentos.

De acordo com Yin (2016, p. 67):

A pesquisa qualitativa se distingue por potencial resistência a fazer excessivo, se fizer algum, trabalho antecipadamente de delineamento, para evitar a imposição de critérios ou categorias externas, ou qualquer regime fixo à realidade de vida real sendo estudada.

A escolha de amostras, porém, é crítica para assegurar-se que as informações relevantes ao estudo serão encontradas. Este estudo, contudo, conta com dados encontrados em pesquisa documental, bibliográfica e entrevistas qualitativas. Foi utilizada amostragem intencional, em que há escolha deliberada das amostras, com o objetivo de gerar mais dados relevantes à pesquisa. (YIN, 2016).

O quadro abaixo organiza de forma mais clara a amostra que utilizada para a coleta de dados:

Quadro 6 – Níveis de amostras

Amostras	
Nível mais amplo	Nível mais estreito
Membros dos canais distribuição	Farmacêuticas produtoras de medicamentos ambulatoriais com prescrição
	Atacadistas de medicamentos ambulatoriais com prescrição
	Varejistas de medicamentos ambulatoriais com prescrição
Agentes dos canais de distribuição	PBM: Programas de Benefícios de Medicamentos
	Seguradoras privadas e públicas
	Governo, no papel de financiador de medicamentos
Agências reguladoras	ANVISA. Resoluções que disponham sobre regras de distribuição e propaganda de medicamentos
	FDA. Resoluções que disponham sobre regras de distribuição e propaganda de medicamentos
	CMED: Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
	ANS Agência Nacional de Saúde

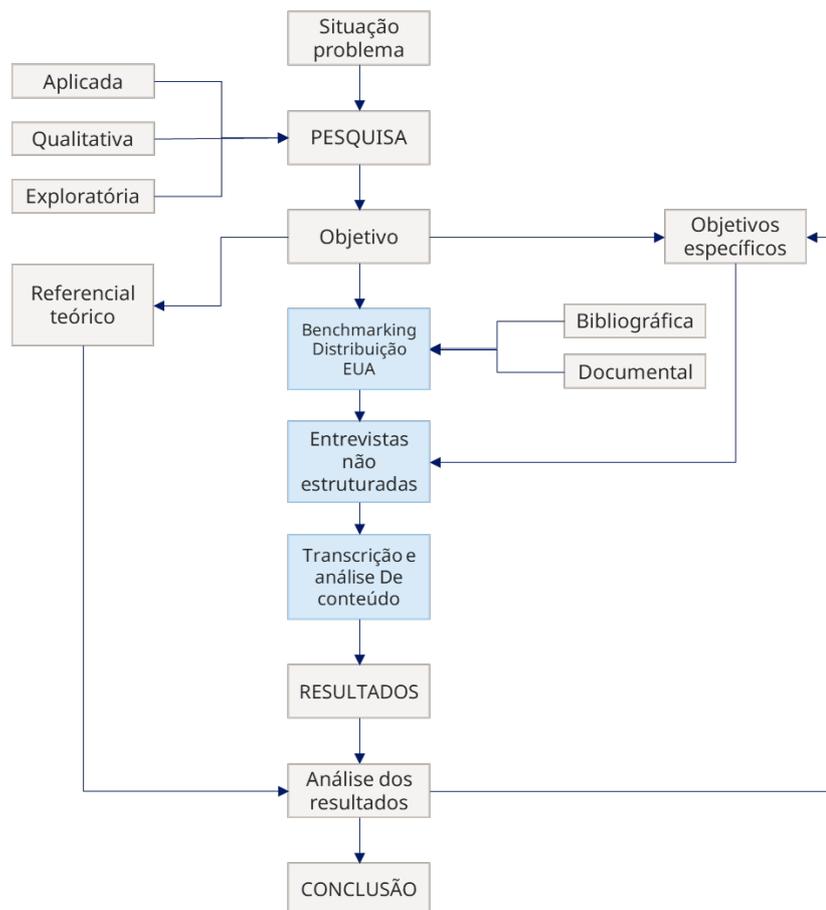
Fonte: (Elaborado pelo autor)

4.2 Delineamento das etapas da pesquisa

Para assegurar a credibilidade deste estudo, foi feita a divisão das etapas da pesquisa da seguinte forma: a primeira consiste em uma pesquisa documental para realização de *benchmarking* para entendimento das práticas utilizadas no mercado dos Estados Unidos para a distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição. A segunda etapa contém entrevistas com profissionais brasileiros com vasta experiência no setor, conforme apresentado no quadro 6, em que, com a apresentação das práticas observadas no mercado norte americano, foram questionados sobre “quais as oportunidades e barreiras que você identifica para o mercado brasileiro observando as práticas apresentadas dos Estados Unidos?”. Já a terceira etapa, consiste em transcrição e análise de conteúdo das entrevistas realizadas.

No esquema abaixo, são demonstradas as fases da pesquisa e pode verificar como foi realizada a elaboração estrutural do delineamento das etapas da pesquisa.

Figura 3 – Esquema das fases da pesquisa



Fonte: (Elaborado pelo autor)

4.2.1 Benchmarking

Para a realização da primeira etapa deste estudo, foi adotado o modelo proposto por Robert C. Camp. O autor apresenta algumas definições de *Benchmarking*, e o simplifica da seguinte forma: “*Benchmarking* é a busca das melhores práticas na indústria que conduzem ao desempenho superior” (CAMP, 1998, p. 10). De acordo com o autor, o processo genérico do *Benchmarking* consiste em entender as práticas e em definir métricas para sua medição. O autor é claro em reforçar a importância de focar nas práticas antes de se buscar métricas para medição do *benchmarking*, as quais devem ser vistas como resultado da compreensão das melhores práticas.

Outra definição apresentada pelo autor é de autoria do executivo chefe da Xerox Corporation, David T. Kearns: “*Benchmarking* é processo contínuo de medição de produtos, serviços e práticas em relação aos mais fortes concorrentes, ou às empresas reconhecidas como líderes em suas indústrias” (CAMP, 1998, p. 8). Nesta definição, o autor destaca a importância do processo contínuo, ou seja, de autoaperfeiçoamento, dado que as práticas da indústria estão em constante atualização.

Além disso, Camp elenca os passos chave no processo de benchmarking conforme brevemente descrito abaixo.

Planejamento. Nesta etapa, deve-se definir o que será usado como marco de referência, ou seja, determinar o que será analisado. Ademais, deve se definir com quem a comparação será feita e como os dados serão coletados.

Análise. A análise de dados é etapa em que as práticas observadas são compreendidas para entender se são melhores ou não das já praticadas, o que as torna diferentes e, eventualmente, melhores, como tais práticas poderiam ser incorporadas ou adaptadas para a realidade local.

Integração. Nesta etapa, as descobertas do *benchmarking* são utilizadas para definir as metas operacionais das mudanças. O autor destaca a importância de se assegurar a aceitação operacional e gerencial para das descobertas do *benchmarking*. Feito isso, planos de ação podem ser desenvolvidos.

Ação. Ações claras são definidas com base nas descobertas do *benchmarking* e, de acordo com o autor, é importante que as pessoas que de fato executam tais ações sejam as que determinam como incorporar as descobertas ao seu processo de trabalho. Recalibrações das ações são recomendadas pelo autor dado que práticas identificadas externamente são constantemente atualizadas.

Maturidade. De acordo com o autor, esta última etapa pode ser observada quando as melhores práticas da indústria estiverem incorporadas nos processos da empresa. E isso pode ser verificado de algumas formas, como por exemplo, a própria empresa passar a ser utilizada como *benchmark* para outras empresas, ou quando todos os níveis da organização, de forma institucionalizada, praticam o processo de *benchmarking*.

Como o objetivo desta pesquisa é de identificar oportunidades e desafios para a distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição no Brasil, tendo como referência os Estados Unidos, apenas as etapas planejamento e análise do processo de benchmarking serão consideradas. Este estudo não visa a implementação das práticas, ou seja, não inclui as etapas de integração, ação e maturidade descritas acima.

Benchmarking – planejamento

Coleta e exame de documentos

Dentro da etapa de *Benchmarking*, foi realizada a coleta de documentos e informações relevantes ao estudo. Esta etapa foi composta por pesquisa documental e bibliográfica.

Por tratar-se de um assunto contemporâneo, com interações de diversos agentes, a pesquisa documental é necessária para compreender as dinâmicas envolvidas nos canais de distribuição utilizados no setor farmacêutico. Documentos emitidos por entidades governamentais, relatórios sobre o setor, informações de sites, entre outros, foram considerados.

A pesquisa bibliográfica foi realizada com o objetivo de investigação sobre estudos já realizados em relação às amostras listadas no quadro acima, na parte “nível mais estreito”. Esses estudos contribuíram para um melhor entendimento de aspectos regulatórios e econômicos das amostras listadas no quadro acima, parte “nível mais amplo”.

Estrutura de análise

Para a realização de uma análise estruturada das amostras definidas e com o objetivo de buscar responder à pergunta de pesquisa deste estudo, foram analisados temas ligados a aspectos comerciais e financeiros, conforme descrito no quadro abaixo:

Quadro 7 – Categorias de análise

Item	Categoria de análise	Descrição da categoria de análise	Membros envolvidos
1	Fluxo físico dos produtos	Canais utilizados para distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição nos Estados Unidos	Atacadistas e varejistas
2	Fluxo financeiro	Fluxo financeiro por tipo de canal de distribuição. Pagadores e financiadores de medicamentos ambulatoriais com prescrição	Seguradoras, PBMs, fabricantes

Fonte: (Elaborado pelo autor)

Canais utilizados para distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição nos Estados Unidos: neste item, foi feito um levantamento da distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição nos Estados Unidos, com o objetivo de compreender o fluxo de propriedade dos produtos e como os consumidores finais são abastecidos.

Benchmarking – análise

Identificação de práticas para posterior etapa de entrevistas qualitativas

Após a realização das pesquisas documental e bibliográfica, as características identificadas nos Estados Unidos foram apresentadas aos entrevistados, os quais são profissionais do setor farmacêutico brasileiro.

4.2.2 Entrevistas semiestruturadas

A escolha procedimento técnico de entrevistas para a realização deste estudo foi feita para que haja aprofundamento em relação à pergunta de pesquisa, através da experiência de profissionais do setor, com base na experiência vivida por eles em sua trajetória no setor farmacêutico. O interesse na experiência do entrevistado para avaliar o material da pesquisa documental e o conhecimento do pesquisador é chave para a técnica de entrevista (SEIDMAN, 2006).

Foi realizada uma apresentação da distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição nos Estados Unidos para cada entrevistado, utilizando como material o conteúdo descrito no subcapítulo 5.1 desta pesquisa. Todos os entrevistados receberam o mesmo conteúdo informativo daquele país para que tivessem uma base de conhecimento minimamente alinhada. Foram realizadas duas perguntas abertas aos entrevistados:

1. *Quais desafios e oportunidades você identifica para o Brasil no desenvolvimento de um sistema similar ao dos Estados Unidos [previamente apresentado] em relação à forma de pagamento de medicamentos ambulatoriais com prescrição? (medicamentos ambulatoriais com prescrição pagos pelas seguradoras, descontos negociados por PBMs e utilização de cupons e cartões de desconto para a parte cujo pagamento é feito pelos consumidores finais).*
2. *O fato de que no Brasil a CMED define o preço fábrica e preço máximo ao consumidor, facilitaria uma possível implementação de um sistema similar ao dos Estados Unidos, em que seguradoras teriam o papel de pagadoras e PBMs fariam a intermediação dos fluxos financeiros?*

Os tipos de membros de canais selecionados para as entrevistas foram: indústria, varejista, PBM (*Pharmacy Benefit Manager*) e plano de saúde. A escolha intencional dos entrevistados foi feita para ajudar o pesquisador a entender o problema e a questão de pesquisa. Entrevistas como técnica de coleta de dados têm vantagens como, por exemplo, o fornecimento de informações históricas dos participantes ou o fato de que o pesquisador pode controlar a linha do questionamento. Porém, existem limitações, como o ter informações indiretas, filtradas pelos pontos de vista dos participantes ou o fato de que nem todos os entrevistados são igualmente articulados (CRESWELL, 2010).

As entrevistas foram feitas com profissionais representantes da indústria, do varejo, de PBMs (*Pharmacy Benefit Manager*) e de Planos de Saúde. Todos os profissionais possuem um tempo significativo de experiência no setor farmacêutico e atuam em cargos como de gerência, diretoria e de presidência de conselho. Optou-se, então, por não entrevistar atacadistas devido ao fato de que esse tipo de membro de canal não tem relação direta com a dinâmica de definição de pagador de medicamento ambulatorial com prescrição. Também porque os demais membros escolhidos cobrem de forma ampla os aspectos identificados na coleta de dados dos Estados Unidos.

Para cada membro de canal escolhido para as entrevistas, buscou-se ao menos entrevistar dois profissionais. O setor de planos de saúde demonstrou-se desafiador, tendo tido três profissionais que se recusaram a participar da pesquisa. Portanto, esse membro de canal teve apenas um entrevistado, o qual é representante de corretora de seguro, com conhecimento bastante amplo na dinâmica de cobertura de medicamentos por parte de planos de saúde.

Quadro 8 – Perfil dos entrevistados

Entrevistado	1	2	3	4	5	6	7	8
Tipo de membro de canal	Indústria	Indústria	Varejista	Varejista	PBM	PBM	PBM	Plano de saúde
Cargo	Diretor Sênior Comercial Brasil	Gerente Sênior Regional de Acesso ao Mercado	Gerente Comercial	Diretor Comercial	Business Excellence Leader	Diretora Comercial	Presidente do conselho	Proprietário (corretora de seguros)
Experiência no setor farmacêutico	Desde 1999	Desde 2011	Desde 2015	Desde 2012	Desde 2019	Desde 2006	Desde 1986	Desde 2007
Data da entrevista	30/06/2022	08/07/2022	08/07/2022	18/07/2022	24/06/2022	06/07/2022	07/07/2022	14/07/2022
Duração da entrevista	60 min	90 min	60 min	60 min	60 min	90 min	90 min	60 min

Fonte: (Elaborado pelo autor)

Todas as entrevistas foram realizadas através de reuniões virtuais com duração entre 60 e 90 minutos, entre o período de 24 de junho e 18 de julho de 2022. As entrevistas foram gravadas em vídeo e foi realizada a transcrição de cada uma para que posteriormente fosse aplicada a técnica de análise de conteúdo.

4.2.3 Análise de conteúdo

Para realizar a análise das entrevistas, foi utilizado o método análise de conteúdo. De acordo com Bardin (2011. p.48), trata-se de:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

Através dessa abordagem, busca-se a realização de deduções lógicas e justificadas do conteúdo das entrevistas sendo analisado. Destarte, a técnica de análise de conteúdo organiza-se basicamente em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na etapa de pré-análise, organiza-se a escolha de documentos. Bardin (2011) explica que, nesta etapa, geralmente são realizadas a escolha dos documentos submetidos à análise, a formulação de hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. Por isso, inicia-se esta etapa com a leitura flutuante, termo utilizado por analogia a atitude de um psicanalista. Trata-se de um contato com os documentos a analisar, para que impressões e orientações ocorram ao decorrer dessa primeira leitura. Adicionalmente, Bardin (2011) menciona a necessidade da constituição de um Corpus, o qual é o conjunto de documentos que serão submetidos aos procedimentos analíticos. Realizado o Corpus, Bardin explica as seguintes regras para serem seguidas: a) regra da exaustividade, que não deixa de fora elementos dos documentos analisados; b) regra da representatividade, que diz que uma amostra pode ser o material de análise, desde que represente o assunto a ser analisado; c) regra da homogeneidade, em que documentos devem ser homogêneos, com critérios de escolha e sem que tenham demasiadas singularidades; d) regra de pertinência, em que documentos devem ser pertinentes ao objetivo do estudo.

A segunda etapa – exploração do material – é a análise propriamente dita do material. O conteúdo das entrevistas realizadas é analisado nesta etapa com a utilização de software, a ser descrito ainda neste capítulo. Por fim, na terceira etapa – tratamento e interpretação dos resultados – busca-se que os resultados sejam tratados de maneira a serem significativos e válidos.

O quadro abaixo sintetiza o desenvolvimento da análise de conteúdo realizada neste estudo:

Quadro 9 – Desenvolvimento da análise de conteúdo

Etapa da análise		Atividade realizada
1ª etapa	Pré-análise	Leitura flutuante dos dados gerados em entrevistas
2ª etapa	Exploração do material	Composição do corpus de análise
		Definição dos critérios de escolha das categorias
		Pertinência comparável do material - palavras, frases, parágrafos
3ª etapa	Tratamento dos resultados e interpretações	Formação de codificação para definição de categorias de análise
		Formação e agrupamento das categorias que se diferenciam tematicamente, conversão de dados brutos em dados organizados
		Inferência e interpretação

Fonte: (Elaborado pelo autor)

Para atingir uma descrição exata das características do conteúdo das entrevistas, foi realizada uma codificação, a qual, de acordo com Bardin (2011, p. 133), é “o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades”.

A unidade de registro a ser utilizada é o *tema*, que é uma unidade de significação extraída das transcrições das entrevistas. Com o objetivo de contextualizar a unidade de registro e de compreender seu significado, foi aplicada também a unidade de contexto, a qual é um agrupamento das unidades de registro de acordo com sua afinidade dentro do assunto estudado. O quadro a seguir demonstra como foi feita a estruturação da análise de conteúdo:

Quadro 10 – Unidades de registro e de contexto

Categorias	Unidades de contexto	Unidades de registro (temas)
Oportunidades	Aspectos financeiros	● Oportunidades financeiras
		● Otimização de margens
		● Referência internacional de preços
	Foco no paciente	● Coparticipação para uso consciente
		● Experiência de compra
		● Foco na saúde do paciente
	Gestão de canais de distribuição e programas de suporte ao paciente	● Gestão de canal com o uso de PBM
		● Integração de programas disponíveis
		● Integração digital
		● Proposta de novo modelo

Desafios	Visão estratégica	● Aumento de investimento no modelo de reembolso
		● Movimento do setor favorável a cobertura
		● Parceria entre Fabricantes e Seguradoras
		● Posicionamento estratégico favorável dos planos de saúde
	Aspectos financeiros	● Impacto financeiro
		● Limitação de margens por conta da CMED
		● Olhar de curto prazo
	Foco no paciente	● Migração do beneficiário-paciente para outro programa
		● Uso indiscriminado de medicamento
	Gestão de canais de distribuição e programas de suporte ao paciente	● Integração de programas disponíveis
		● Práticas diferentes de descontos entre varejistas
	Visão estratégica	● Impedimento regulatório: ANS
● Posicionamento estratégico desfavorável dos planos de saúde		

Fonte: (Elaborado pelo autor)

Com base nos objetivos deste estudo, as unidades de registro foram divididas em duas categorias: oportunidades e desafios para a distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição, com base em benchmarking com os Estados Unidos. A categoria de oportunidades apresentou catorze códigos e a categoria de desafios, nove códigos, perfazendo um total de 23 códigos. Quatro unidades de contexto foram definidas pelo pesquisador, ao longo da análise de conteúdo das entrevistas. A similaridade das unidades de registro foi verificada e foi feito um agrupamento nas seguintes unidades de contexto: aspectos financeiros, foco no paciente, gestão de canais de distribuição e programas de suporte ao paciente, e visão estratégica.

Como regra de enumeração, considerou-se a frequência de aparição das unidades de registro, tendo por objetivo mensurar o nível de relevância de cada uma delas. Foi realizada também uma análise de concorrência entre diferentes entrevistados, para verificar se determinada unidade de registro era verificada em entrevistados de diferentes tipos de membros de canal de distribuição.

Por fim, para a realização da análise de conteúdo, utilizou-se o software de análise de dados qualitativos Atlas.ti, na versão 22.1.0.

4.3 Matriz de amarração

Quadro 11 – Matriz de amarração

Objetivos específicos	Método	Unidades de análise	Levantamento / análise de dados	Questão de pesquisa	Perguntas das entrevistas semi estruturadas
Identificar quais canais são utilizados em cada país para distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição.	Pesquisa documental.	Membros dos canais de distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição. Agentes participantes da distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição (FDA, ANVISA, CMED, ANS)	Relatórios técnicos do setor	Há formas de melhorar a distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição no Brasil?	1. Quais desafios e oportunidades você identifica para o Brasil no desenvolvimento de um sistema similar ao dos Estados Unidos em relação à forma de pagamento de medicamentos ambulatoriais com prescrição?
Descrever as características identificadas nos fluxos de propriedade de produto e fluxo financeiro.	Pesquisa documental.		Relatórios técnicos do setor e análise de conteúdo das entrevistas com profissionais do setor no Brasil		2. O fato de que no Brasil a CMED define o preço fábrica e preço máximo ao consumidor, facilitaria uma possível implementação de um sistema similar ao dos Estados Unidos, em que seguradoras teriam o papel de pagadoras e PBMs fariam a intermediação dos fluxos financeiros?
Identificar as similaridades e diferenças nos canais de distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição de cada país.	Pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas.				
Propor boas práticas identificadas nos Estados Unidos para aprimorar os canais de distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição no Brasil.	Análise de conteúdo das entrevistas.				

Fonte: (Elaborado pelo autor)

4.4 Validade do estudo

“Métodos e procedimentos não garantem a validade do estudo, mas são essenciais para descartar ameaças de validade e aumentar a credibilidade das conclusões” (MAXWELL, 2013, p. 124). Esta pesquisa é composta por três etapas: pesquisa documental, *Benchmarking* e entrevistas qualitativas semiestruturadas com profissionais do setor. Como o objetivo desta pesquisa é indicar alternativas de melhorias na distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição no Brasil, o estudo contará com as entrevistas para validar que as práticas identificadas de fato podem ser vistas como boas práticas, ou seja, haverá a validação de que são oportunidades e haverá a identificação de quais as barreiras para possíveis implementações.

4.5 Limitações do Método de Pesquisa

Uma limitação de um estudo realizado com pesquisa qualitativa é a dificuldade de generalizações, o que normalmente não faz parte dos objetivos de quem a realiza (YIN, 2016). Essa limitação seria percebida caso houvesse interesse em propor as boas práticas identificadas neste estudo de comparação entre Brasil e Estados Unidos para outros países, por exemplo. Um olhar mais amplo é dado por Maxwell (2013), ao fazer uma distinção entre generalização interna e externa. A generalização interna refere-se à conclusão dentro do caso estudado para pessoas, eventos, tempos e cenário que não foram diretamente observados. Já a generalização externa vai além do caso estudado. Este estudo buscará uma generalização interna, ou seja, dentro do contexto de distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição no Brasil e Estados Unidos, podendo abranger mesmo empresas não analisadas ao longo da pesquisa documental ou bibliográfica que se encaixem nos critérios mencionados na definição de escopo do capítulo um.

Outra limitação deste estudo está na etapa de coleta de informações, em especial em relação ao Brasil. O pesquisador verificou uma pequena quantidade de material de pesquisa sobre o setor farmacêutico brasileiro, fato inclusive também confirmado pelos entrevistados.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentadas as análises das etapas de *benchmarking* e das entrevistas com os profissionais do setor. Os dados encontrados em relação à distribuição nos Estados Unidos são descritos a partir do ponto abaixo e foram utilizados como base para as perguntas das entrevistas mencionadas no item 4.2.2.

5.1 *Benchmarking* com a distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição dos Estados Unidos

Os resultados analisados, nesta etapa da pesquisa, foram organizados em estruturas de comparação conforme quadro abaixo:

Quadro 12 – Categorias de análise

Item	Categoria de análise	Descrição da categoria de análise	Membros envolvidos
1	Fluxo físico dos produtos	Canais utilizados para distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição e sua representatividade em valor de faturamento	Varejistas e atacadistas
2	Fluxo financeiro	Fluxo financeiro por tipo de canal de distribuição. Pagadores e financiadores de medicamentos ambulatoriais com prescrição	Seguradoras, PBMs, fabricantes

Fonte: (Elaborado pelo autor)

O primeiro item descreve os canais utilizados nos Estados Unidos para a distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição, com um olhar para os membros de canal varejistas e atacadistas, os quais, assim como os fabricantes, detém posse e propriedade dos medicamentos.

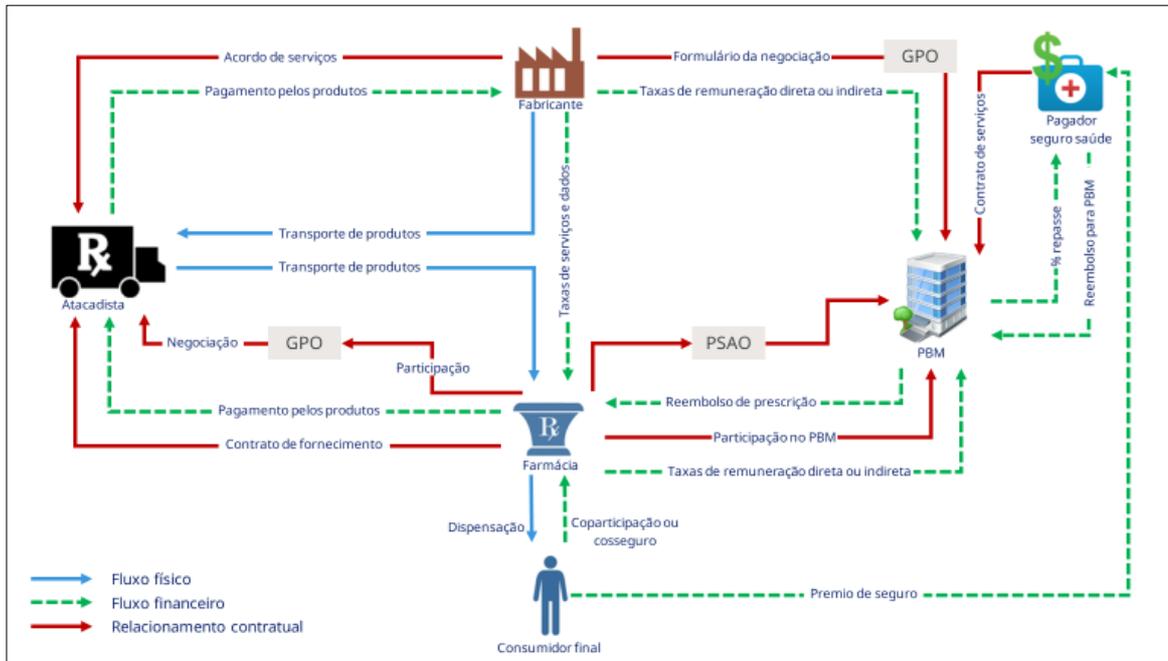
5.1.1 Canais de distribuição de medicamentos de prescrição nos Estados Unidos

Este subcapítulo demonstra como os medicamentos ambulatoriais com prescrição são distribuídos nos Estados Unidos, verificando os pontos de dispensação, os atacadistas e os agentes envolvidos nesse processo, como os programas de benefícios de medicamentos e seguradoras.

Como pode ser observado na ilustração abaixo, o fluxo de produtos (fluxo físico) é relativamente simples, sendo feito majoritariamente através de distribuidores, enquanto o fluxo

financeiro é bastante complexo, por conta do envolvimento de seguradoras e PBMs (*Pharmacy Benefit Managers*).

Figura 4 - Fluxo de medicamentos nos Estados Unidos



Fonte: (*Drug Channels Institute*)

Distribuição atacadista

Para que os medicamentos sejam distribuídos desde os fabricantes até as farmácias, que são os pontos de dispensação, conta-se com a participação dos atacadistas. Nos Estados Unidos, em 2020, 92% dos medicamentos com prescrição são distribuídos por três atacadistas (DELOITTE, 2019). Com um crescimento de 4 pontos percentuais, a representatividade dessas três companhias atingiu 96% em 2021 (FEIN, 2022). De acordo com análise da consultoria Deloitte, alguns dos benefícios na utilização de atacadistas na distribuição de medicamentos são: eficiência, gestão de inventário e gestão de risco financeiro.

Os três grandes atacadistas que concentram 95% da distribuição de medicamentos com prescrição nos Estados Unidos são a AmerisourceBergen, a Cardinal Health e a McKesson, com uma fatia do mercado de 35%, 25% e 35% respectivamente no ano de 2020.

De acordo com Fein (2022), atacadistas de medicamentos têm dois tipos de operação: atacadistas de linha completa de medicamentos e atacadistas de medicamentos especiais. Atacadistas de linha completa de medicamentos atendem tanto canais de varejo como redes de farmácias, farmácias independentes, farmácias de correios e farmácias localizadas em

mercados, quanto canais institucionais como *Long-term care pharmacies*, hospitais e escritórios de médicos. Já os atacadistas de medicamentos especiais atendem principalmente clínicas e hospitais.

Atacadistas têm um papel fundamental para a eficiência logística e transacional entre fabricantes e pontos de dispensação. Um fabricante não precisa chegar até as milhares de farmácias, mas sim consolidar seus produtos e fazer menos entregas aos atacadistas. Fein (2022) descreve fabricantes como parte do *Supply Chain* de atacadistas, já que são seus fornecedores. Porém, o autor descreve os atacadistas e varejistas não como parte do *Supply Chain* dos fabricantes, mas sim como seus canais de distribuição.

Um estudo da Deloitte (2019) aponta três benefícios principais na atuação de atacadistas para a distribuição de medicamentos: eficiência, gestão de inventário e gestão de risco financeiro.

Eficiência

Varejistas geralmente atuam em dois modelos logísticos: com centro próprio de distribuição ou com entregas diretas às suas lojas. No modelo em que o varejista tem seu próprio centro de distribuição (um ou mais centros), o atacadista centraliza suas entregas e, então, o varejista faz a logística até as farmácias. Já no modelo de entregas diretas às lojas, os atacadistas abastecem diretamente as farmácias, o que torna o trabalho dos atacadistas mais complexo do ponto de vista logístico. De acordo com análise feita pela Deloitte, o modelo de entregas direta às farmácias representou 93% das vendas de medicamentos em 2017 (DELOITTE, 2019).

Gestão de inventário

Economia de escala é realizada na utilização de distribuidores, o que permite aos varejistas que foquem no atendimento aos consumidores finais. Atividades de entregas e devoluções aos fabricantes, logística especializada tanto em transporte como em embalagens, e diversas outras funções ligadas à gestão de estoque são mais bem realizadas por atacadistas especializados, de acordo com análise da consultoria Deloitte (2019).

Gestão de risco financeiro

Atacadistas atuam em uma das funções de canais mais críticas que é a de transações financeiras. Diferentemente de operadores logísticos, atacadistas têm a posse e a propriedade dos medicamentos entre os fabricantes e os varejistas, mantém inventário para se anteciparem às demandas de seus clientes, gerenciam contas a receber dos seus compradores e coletam

pagamentos e absorvem o risco de crédito que os fabricantes teriam. Todas essas atividades seriam de responsabilidade dos fabricantes caso não contassem com os atacadistas para a distribuição até os varejistas, em que é feita a dispensação dos medicamentos.

Outro papel crítico desempenhado por atacadistas de medicamentos nos Estados Unidos é o de compartilhamento de dados das vendas tanto para varejistas quanto para fabricantes. Atacadistas dão visibilidade aos fabricantes em relação aos estoques, o que pode facilitar o processo de decisão sobre previsão de vendas e planos de produção. Em relação aos varejistas, atacadistas podem compartilhar informações relevantes sobre possíveis faltas de produtos, de forma que os varejistas se preparem para possíveis rupturas nos pontos de dispensação.

Um estudo da Deloitte (2019) demonstrou o impacto à distribuição de medicamentos nos Estados Unidos caso fabricantes deixassem de utilizar atacadistas para distribuírem medicamentos até os pontos de dispensação e passassem a realizar as atividades diretamente. O estudo lista as seguintes 10 atividades que deixariam de ser realizadas por atacadistas e que teriam que ser absorvidas pelos fabricantes: atividades administrativas, atividades de armazém, entregas, vendas e marketing, tecnologia da informação, ocupação de armazém, compras, reconciliação de contratos e pagamentos aos canais de distribuição, custo de inventário e custo de pessoal para colocação de pedidos. O aumento de custo na distribuição de medicamentos estimado pelo estudo está entre 33 e 53 bilhões de dólares. De acordo com o mesmo estudo, o faturamento dos distribuidores de medicamentos nos Estados Unidos em 2017 foi de 450 bilhões de dólares, o que significa que o custo extra de distribuição poderia chegar próximo a 12% do faturamento do setor.

Varejistas: Farmácias e demais pontos de dispensação

Para realizar a dispensação de medicamentos, os Estados Unidos contam basicamente com quatro formatos, conforme segue abaixo:

Retail Community pharmacies. Este tipo de farmácia corresponde ao canal de varejo e realiza a dispensação de medicamentos aos consumidores através de redes de farmácias, farmácias independentes, farmácias de supermercados e farmácias de mercados atacadistas.

Mail pharmacies ou farmácias de correio. Instalações altamente automatizadas que fazem entregas para consumidores finais de forma direta. Este tipo de farmácia geralmente foca na dispensação de medicamentos de uso recorrente para o tratamento de doenças crônicas como pressão alta, doenças cardíacas, asma e diabetes.

Long-term care pharmacies. Este tipo de farmácia tem foco em atender à demanda de casas de repouso com ou sem enfermeiros e clínicas de saúde mental. Como são farmácias que

não vendem para o público em geral, geralmente são chamadas de farmácias institucionais. Incluem em seus serviços a atividade de reembalagem de medicamentos de acordo com a quantidade de doses solicitada para cada paciente.

Specialty Pharmacies. Existem ainda as farmácias especializadas, cujo foco é fornecer medicamentos para pacientes com condições de saúde que requerem terapias complexas, como câncer, fibrose cística, hemofilia ou outros distúrbios hemorrágicos, hepatite, HIV/AIDS, deficiências de hormônio de crescimento humano, transplante de órgãos de esclerose múltipla e artrite reumatoide (NASP, 2021).

Grandes varejistas de Redes de Farmácias

O faturamento de redes de farmácias e farmácias de correio foi de 151,2 e 168,5 bilhões de dólares respectivamente no ano de 2020, correspondendo a 69% do total de vendas, o qual atingiu 464,8 bilhões de dólares. Farmácias independentes tiveram um faturamento de 57,4 bilhões de dólares, com 12% do setor e *Long-term Care pharmacies* e farmácias localizadas em supermercados (supermercados de varejo e atacado), somados, tiveram um faturamento de 87,6 bilhões de dólares, correspondentes a 19% do total. Farmácias de correio, com um faturamento de 168,5 bilhões de dólares, realizaram esse valor em vendas com 9% das prescrições e 1% das localidades do setor. A variação entre os anos de 2010 e 2020 foi bastante significativa para as *Retail Community Pharmacies* e Farmácias de Correio tanto em prescrições, quanto em faturamento. *Retail Community Pharmacies* tiveram um crescimento de 33% e 37% em prescrições e faturamento, respectivamente no período. Em Farmácias de correio a variação, também significativa, teve outro comportamento. Houve uma redução de 22% em prescrições, porém com um crescimento de 138% em faturamento, o que demonstra um aumento em dispensação de medicamentos maior valor (FEIN, 2022).

Cerca de 80% do faturamento de medicamentos ambulatoriais com prescrição em 2020 foi realizado por 15 varejistas. 7 desses varejistas foram responsáveis por 72%. Entre as redes de farmácias, os maiores grupos são CVS Health, Walgreens Boots Alliance e Rite Aid.

A rede de farmácias CVS Health opera com aproximadamente 9.900 lojas e teve um crescimento de vendas de medicamentos de prescrição estimado em 5,6% em 2020 em comparação ao ano anterior, tendo atingido um faturamento de 70,2 bilhões de dólares nas farmácias de redes e 44,9 bilhões de reais com outros serviços farmacêuticos, o que inclui, entre outros, Farmácias de Correios e Farmácias Especiais. A rede oferece alguns serviços farmacêuticos como, por exemplo, o *ScripPath*TM, que consiste em uma revisão das prescrições de um paciente em relação aos medicamentos e instruções do médico. Utilizando dados

clínicos, o farmacêutico indica o melhor momento do dia para que o medicamento seja tomado. Outro serviço oferecido é o *ScriptSync*™, em que a farmácia verifica quais medicamentos o paciente utiliza regularmente e faz um planejamento de compra em uma mesma data, para que a visita à farmácia ou a entrega em domicílio seja mensal.

A CVS Health também atua como PBM, *Pharmacy Benefit Manager* e no ano de 2020, 32% dos medicamentos ambulatoriais com prescrição foram dispensados através de seu programa.

No ano de 2020, estima-se que a *Walgreens Boots Alliance* tenha tido um faturamento na venda de medicamentos ambulatoriais com prescrição de 88,6 bilhões de dólares, com um aumento de 5,1% em relação ao ano anterior. A rede conta com pouco mais de 9.000 lojas, também tem investimentos em outras empresas de saúde como *b.well*, *Benefytt*, *MedAvail*, *Option Care Health*, *Seek Medicare* e *TytoCare*. Além desses investimentos, a rede tem participação acionária minoritária no atacadista *AmerisourceBergen*, na *Long-term Care Pharmacy BrightSpring Health Services*, na PBM *RxAdvance*, na consultoria para farmácias de hospitais *Shield Health Solutions* e na rede de clínicas *VillageMD*.

O terceiro maior grupo de redes de farmácias dos Estados Unidos é o *Rite Aid*. A rede tem mais de 2.500 lojas em dezoito estados e teve faturamento de 116 bilhões de dólares em medicamentos ambulatoriais com prescrição. A rede *Rite Aid* adquiriu em 2015 a *EnvisionRx*, empresa de PBM (*Pharmacy Benefit Manager*) e outros serviços relacionados às farmácias.

Redes de farmácias com abrangência regional

Os Estados Unidos também contam com redes de farmácia que têm abrangência regional, ou seja, não cobrem todos os estados do país. As oito maiores redes de farmácias com abrangência regional tiveram um faturamento de aproximadamente 1,6 bilhões de dólares através de 410 farmácias em 2020. Redes com abrangência regional têm sido adquiridas por redes de abrangência nacional. Entre os anos de 2010 e 2020, as três grandes redes de abrangência nacional mencionadas no tópico acima adquiriram 4900 lojas de concorrentes menores.

Redes de farmácias independentes

Farmácias independentes são aquelas cujo dono pode ser o próprio farmacêutico responsável pelo estabelecimento e não fazem parte de grupos empresariais com diversas lojas. De acordo com Fein (2022), existem algumas razões que justificam a existência das farmácias independentes nos Estados Unidos, por exemplo, o fato de que grandes atacadistas têm interesse em preservar negócios com elas, dado o fato de que lhes geram mais ganhos financeiros do que

redes de farmácias. Além disso, farmácias independentes podem negociar e comprar de atacadistas em larga escala ao se unirem a seus pares por meio de representações como *Pharmacy Services Administrative Organizations (PSAOs)* ou *Group Purchasing Organization (GPOs)*.

Outros fatores que beneficiam farmácias independentes incluem a sua atuação em locais em que redes de farmácias não têm tanta presença, como em zonas rurais, o fato de que farmácias independentes têm expandido seus negócios para atuação na dispensação de medicamentos especiais e por serem farmácias com presença em programas como o *Medicare Part D*, já que farmácias independentes aceitam margem menores para estarem no programa.

Farmácias de correios

As farmácias de correios são muito utilizadas para a dispensação de medicamentos de uso contínuo, no entanto farmácias varejistas com lojas físicas têm sido uma alternativa a esse tipo de dispensação também. Alguns dos motivos apontados por Fein (2021) para a migração de dispensação através de farmácias de correios para farmácias com lojas físicas são: farmácias com lojas físicas estão reduzindo suas margens para concorrerem com as farmácias de correios em relação aos contratos de pagadores de medicamentos, como as seguradoras representadas por PBMs (*pharmacy benefit manager*); a preferência de alguns consumidores pela loja física quando não há benefício financeiro ao se fazer uma compra por farmácias de correios; o fato de que farmácias de correios têm menor penetração no *Medicare Part D* e também porque alguns medicamentos requerem dispensação pessoal, ou seja, interação entre o farmacêutico e o paciente.

Farmácias especializadas

As farmácias especializadas dos Estados Unidos não têm uma definição formal por parte de órgãos reguladores, porém existem um entendimento comum entre associações como a *National Association of Specialty Pharmacies* e a *National Association of Boards of Pharmacy* em relação ao fato de que são farmácias que dispensam medicamentos para doenças crônicas ou de alta complexidade de tratamento.

Além da dispensação de medicamentos, esse tipo de farmácia tem serviços como suporte aos pacientes em relação ao uso dos medicamentos, auxílio quanto à verificação de preços ao confirmarem coberturas de seguros, coparticipação em programas de descontos, informações mais detalhadas sobre o manuseio dos medicamentos.

Para obter credenciamento para funcionamento, farmácias especiais podem contar com o suporte de organizações acreditadoras. Trata-se de instituições que dão suporte no processo de credenciamento verificando a capacidade de farmácias de prestação de serviços especiais, requeridos para tais produtos. Tipicamente, são verificados: organização e administração, a operação da farmácia, gestão clínica e melhoria contínua de qualidade.

Atualmente, as duas principais credenciadoras nos Estados Unidos são a *Accreditation Commission for Health Care (ACHC)* e a *Utilization Review Accreditation Commission (URAC)*.

5.1.2 Fluxo financeiro de medicamentos de prescrição nos Estados Unidos

Este subcapítulo descreve como o fluxo financeiro é realizado nos Estados Unidos para a distribuição e dispensação de medicamentos ambulatoriais com prescrição. É no aspecto financeiro que o sistema de distribuição de medicamentos dos Estados Unidos demonstra sua complexidade. Esse sistema conta com participantes que negociam os valores que serão reembolsados pelas seguradoras e, conseqüentemente, a remuneração dos canais de distribuição. Sendo assim, serão descritas a participação das seguradoras, dos PBMs e de grupos que negociam em nome das farmácias.

Precificação de medicamentos ambulatoriais com prescrição

A forma de precificação de medicamentos ambulatoriais com prescrição tem influência direta na dinâmica do mercado e as práticas identificadas nos Estados Unidos serão brevemente descritas abaixo.

Os Estados Unidos não têm um órgão regulador de preços, como é o caso de diversos países. Logo, o preço final pago por seguradoras ou por consumidores finais é definido pelos membros dos canais de distribuição. Conforme mencionado neste estudo, 87% dos gastos com medicamentos com prescrição nos Estados Unidos são pagos pelas seguradoras, e os preços e seus descontos são negociados por PBMs. Para se chegar ao preço que será pago pelos medicamentos ambulatoriais com prescrição, os membros dos canais de distribuição definem alguns critérios como o preço de aquisição entre o atacadista e fabricante, o preço de venda do atacadista ao ponto de dispensação, o valor de venda da farmácia (ponto de dispensação) ao consumidor final e o reembolso do PBM para a farmácia.

O ponto de partida para entendimento da precificação de medicamentos ambulatoriais com prescrição nos Estados Unidos é o preço bruto e líquido (*gross and net drug pricing*). O preço bruto, ou preço lista, é ao preço de referência para venda de um medicamento

ambulatorial com prescrição por parte de um fabricante sem nenhum tipo de desconto. Sobre esse preço, existe uma redução que corresponde à remuneração dada aos canais de distribuição para que o medicamento chegue aos consumidores finais: Reembolsos, descontos, taxas de distribuição, custo de devolução de produtos, descontos para hospitais, descontos do programa de precificação 340B e outros tipos de descontos nos processos de compras entre os membros dos canais de distribuição. Após essas reduções de remunerações, chega-se ao preço líquido (*net price*). Abaixo serão descritos alguns termos que são comumente utilizados nos Estados Unidos, porém, não são termos que necessariamente representam os preços pagos por nenhum dos membros dos canais de distribuição. De acordo com o Drug Channels Institute, no entanto os termos descritos a seguir tem uma correlação com o custo pago pelas farmácias para medicamentos referência, ou seja, aqueles ainda com patente, cujo fabricante é único no mercado. É com base nesses preços, que os seguros públicos e privados fazem seus cálculos de custo estimado de aquisição.

O preço lista mencionado acima é chamado de *Custo de aquisição de atacado* (*Wholesale acquisition cost – WAC*). O *Social Security Act* dos Estados Unidos define o WAC como “o preço de tabela do fabricante do medicamento (sintético ou biológico) para atacadistas ou compradores diretos nos Estados Unidos, não incluindo descontos por pagamento imediato, abatimentos, reduções de preço ou outros tipos de descontos, para o mês mais recente para o qual as informações estão disponíveis, conforme relatado em guias de preços de atacado ou outras publicações de dados de preços de medicamentos (sintéticos ou biológicos)”. Atacadistas normalmente adquirem os medicamentos pelo preço WAC, com descontos por pagamento antecipado ou por outros motivos.

Seguindo o fluxo de uma cadeia de suprimentos, o preço seguinte é o de venda entre o atacadista e o varejista. Em quase todas as transações, é utilizado o *Preço médio de atacado* (*Average wholesale price – AWP*), como preço de referência. Curiosamente, porém, o AWP não é nem a média do preço de venda de um atacadista, tampouco necessariamente o preço da venda. O AWP surge nos Estados Unidos na década de 1960 por conta de uma necessidade da criação de um método claro para o reembolso das seguradoras às farmácias. Nessa época, há um aumento de benefícios de medicamentos com prescrição por parte de seguros de saúde e empregadores. O programa Medicaid, no estado da Califórnia, trabalhava na criação de um novo método ou fórmula para que o reembolso às farmácias fosse feito com base em taxa de dispensação mais um reembolso pelo custo de aquisição. O cálculo do custo de aquisição, porém seria difícil de mensurar. No ano de 1966, dois farmacêuticos do Medical (Medicaid na Califórnia), tiveram que trabalhar no reembolso de aproximadamente 5000 farmácias que

tinham dispensado medicamentos ambulatoriais com prescrição para três milhões de beneficiários. Ao analisar os formulários preenchidos pelas farmácias, e sem seguir nenhuma metodologia matemática clara, entenderam que as farmácias estavam sendo reembolsadas pelo custo de aquisição, mais 35% de margem de lucro bruta (*mark up*) e um valor fixo de taxa de dispensação que variava entre 1 e 1,25 dólar. Os farmacêuticos aumentaram esse valor de reembolso à época para assegurar que farmácias estariam de acordo em dispensarem medicamentos para o Medicaid. Os farmacêuticos do Medicaid então visitaram diversas farmácias no estado da Califórnia para explicar a política de reembolso de AWP mais 3,25 dólares, o qual ficou sendo a taxa de dispensação definida por eles. O termo AWP ainda não era usual e isso seria um desafio para o setor naquele momento.

Nos anos seguintes, alguns importantes catálogos de preços de medicamentos passaram a utilizar o termo AWP, ainda com certa imprecisão. Foi o caso do *Red Book*, que, em 1970, definiu o AWP como “o preço pago pelo varejista ao atacadista é o sugerido pelo fabricante ou um preço médio de atacado determinado independentemente, precedido pelo símbolo AWP” (Berndt & Newhouse, 2010, p. 14). Até aquele ano havia ainda uma diferenciação entre o preço de venda de um fabricante que vendesse diretamente ao varejista e o preço de venda entre um fabricante e um atacadista, ou seja, venda indireta. Todavia, logo em seguida, começou-se a usar o termo “preço de lista de comércio” (*trade list price*), o qual foi então substituído para o AWP. Atualmente, o AWP continua em uso e ainda segue sendo um valor aproximado apenas para referência.

Medicamentos ambulatoriais com prescrição e de marca têm uma relação entre os preços WAC e AWP (custo de aquisição do atacadista e preço médio de atacado) de 120%, ou seja, o AWP equivale a 1,2 vezes o valor WAC. Com base nessa relação entre os preços, as seguradoras conseguem estimar de forma razoável o custo de aquisição por parte das farmácias (FEIN, 2022). O *Drug Channels Institute* estima que, no ano de 2021, os PBMs reembolsaram as farmácias em uma média de 81% do valor AWP. Isso se aplica para medicamentos ambulatoriais com prescrição e de marca. Ainda para esse mesmo tipo de medicamento e naquele mesmo ano, o instituto estima que farmácias de correio (*mail pharmacies*) receberam um reembolso médio de 74% do AWP.

Farmácias de correios têm alguns motivos para aceitar reembolsos menores do que farmácias com lojas físicas. Geralmente elas têm foco em medicamentos de doenças crônicas, ou seja, cuja compra por parte dos consumidores finais será por períodos prolongados. Esse tipo de farmácia centraliza suas compras e as faz em grandes volumes com operações logísticas bem automatizadas, com isso, têm custos logísticos reduzidos.

Além dos reembolsos mencionados acima, farmácias também têm em seu faturamento os valores pagos por consumidores finais através da coparticipação. De acordo com dados levantados pelo *Drug Institute Channels*, a média de valor de coparticipação dos consumidores finais em medicamentos ambulatoriais com prescrição e de marca é de 35 dólares para a compra equivalente a trintas dias de consumo e de 22 dólares para farmácias de correios.

A relação com medicamentos ambulatoriais com prescrição genéricos é diferente da explicada acima do ponto de vista financeiro. Seguradoras têm dificuldade em estabelecer um custo médio de aquisição por parte das farmácias por poderem existir diversos fabricantes para um mesmo tipo de medicamento. Listas públicas de preços podem ter uma variação significativa justamente por conta da alta oferta, ainda assim, é utilizado um preço AWP para o cálculo de reembolso. De acordo com dados do *Drug Institute Channels*, em 2021, PBMs reembolsaram farmácias de lojas físicas em 35% do AWP e em 29% para farmácias de correios. Para este tipo de medicamento, o valor médio de coparticipação de consumidores finais foi de 10 dólares em farmácias com lojas físicas e de seis dólares em farmácias de correios.

Seguradoras e PBMs têm também uma outra forma de definir o valor de reembolso para farmácias em casos de medicamentos ambulatoriais com prescrição genéricos que têm diversos fabricantes. É o custo máximo permitido (*Maximum Allowable Cost – MAC*), o qual é amplamente utilizado em seguros privados. O MAC não tem uma definição padrão, logo os valores de reembolso podem variar significativamente entre os seguros e PBMs.

Seguradoras

Aproximadamente 87% dos gastos com medicamentos são pagos através de seguradoras (IQVIA, 2020) em um complexo sistema que envolve diversos membros nos canais de distribuição. Seguros privados e públicos são oferecidos aos consumidores e cada um conta com diversos níveis de cobertura. Entre os seguros privados, existem os contratados por empresas para seus funcionários, os contratados diretamente pelos consumidores e o TRICARE, que é exclusivo para pessoas que tiveram carreira militar. Já entre os seguros públicos, estão o Medicare, o Medicaid e o seguro para militares em atividade. Os seguros privados têm tipos de cobertura para medicamentos com prescrição de acordo com a forma que são contratados pelos consumidores finais ou empresas. Para os seguros públicos, o Medicare conta com cobertura para medicamentos com prescrição no modo chamado de Parte D.

De acordo com dados do *Drug Channels Institute* (FEIN, 2022), 53% dos gastos em medicamentos com prescrição, são pagos por entidades privadas, sejam elas seguradoras, sejam indivíduos. Já os restantes 47%, são pagos pelo governo. A parcela cuja fonte pagadora é

privada, consiste em 36% de seguros contratados por empregadores, 4% por seguros contratados por consumidores finais diretamente e 13% por pagamento *out-of-pocket*, ou seja, gasto direto feito por consumidores finais. Na parcela de gastos em medicamentos com prescrição por parte do governo, 32% são do Medicare, 10% do Medicaid e 5% de outros tipos de seguros públicos.

Abaixo serão brevemente descritos esses tipos de seguros com foco em reembolso de medicamentos com prescrição. Não serão abordadas as demais coberturas desses seguros visto que não fazem parte do escopo deste estudo.

Medicare e Medicaid

O Medicare é um seguro federal dos Estados Unidos que dá cobertura para pessoas a partir dos 65 anos de idade ou, em caso de idade inferior, que tenham alguma deficiência (MEDICARE, 2022). Ele é formado por 4 partes:

A Parte A dá cobertura para internação em hospitais, cuidados especializados em clínicas de enfermagens, clínicas de cuidados paliativos e cuidados de saúde domiciliários; a Parte B dá cobertura para serviços médicos e de outros profissionais de saúde, equipamentos médicos duráveis, como cadeiras de rodas, camas hospitalares, serviços preventivos, como exames, vacinações; a Parte C é chamada de *Medicare Advantage* e é a junção da parte A e B e, em alguns casos, parte D, descrita a seguir; a Parte D dá cobertura para parte dos custos com medicamentos com prescrição.

Como o foco desta pesquisa é em medicamentos ambulatoriais com prescrição, apenas a Parte D do *Medicare* será analisada dada sua relevância para a compreensão dos fluxos financeiros entre as fontes pagadoras, neste caso, seguradora, e os locais de dispensação.

O *Medicare* Parte D é um benefício opcional para indivíduos que já fazem parte do *Medicare* Parte A ou Parte B, e sua contratação é feita através de corretoras de seguros privados. Os medicamentos cobertos pelo *Medicare* Parte D são listados de acordo com o plano contratado, porém existem 6 categorias de medicamentos que devem necessariamente estar em todas as listas de cobertura: medicamentos para HIV, câncer, imunossuppressores, antipsicóticos, antidepressivos e anticonvulsivantes. Já alguns outros tipos de medicamentos não são cobertos, como medicamentos isentos de prescrição, para tratamento de fertilidade, para disfunção erétil, para perda de cabelo, para perda de peso e suplementos de dietas, como vitaminas, por exemplo (HEALTHLINE, 2022).

Com o objetivo de baixar custos mensais de adesão, o *Medicare* Parte D é oferecido em níveis diferentes de planos que variam conforme o tipo de medicamento. Em todos esses níveis,

existe uma coparticipação no pagamento por parte do consumidor final. O nível um inclui a maioria dos medicamentos genéricos; o nível dois, uma lista preferencial de medicamentos referência, ou seja, aqueles de marca; no nível três, estão os medicamentos de marca, porém sem uma lista preferencial; e no nível quatro, estão os medicamentos de alto custo (MEDICARE, 2022).

Medicaid também é um seguro oferecido pelo governo dos Estados Unidos, não apenas pela federação, mas também pelos estados. Enquanto o *Medicare* dá cobertura para pessoas com idade igual ou superior a 65 anos ou que tenham alguma deficiência, o *Medicaid* tem como foco pessoas com renda muito baixa. Para determinar a elegibilidade, é utilizado um método chamado Lucro Bruto Ajustado Modificado (em tradução livre para *Modified Adjusted Gross Income*). Existem ainda outros critérios para cobertura, como já fazer parte de algum outro programa, por exemplo, de prevenção e tratamento do câncer de mama e do colo do útero.

Tanto o *Medicare* quanto o *Medicaid* oferecem cobertura para medicamentos ambulatoriais com prescrição, conforme mencionado acima.

Seguros contratados por empregadores

Seguros contratados por empregadores representam aproximadamente 50% da cobertura de seguros de saúde nos Estados Unidos (KFF, 2022) e aproximadamente 99% das grandes empresas oferecem seguros de saúde aos seus funcionários (HEALTH INSURANCE, 2022). Esses seguros, conforme mencionado acima, foram responsáveis por 36% do pagamento de medicamentos com prescrição.

Um importante marco para o setor de seguros de saúde nos Estados Unidos foi o *Affordable Care Act*, ato transformado em lei no ano de 2010 pelo então presidente da República, Barack Obama. Essa lei exige que empresas com 50 ou mais funcionários em tempo integral ofereçam cobertura de seguro saúde para pelo menos 95% de seus funcionários. O não cumprimento da lei pode acarretar multas para as empresas.

As dez maiores seguradoras do setor de saúde dos Estados Unidos tiveram uma participação de mercado de aproximadamente 60% no ano de 2020. Entre as maiores empresas, estão a *UnitedHealth Group Inc.*, *Anthem Inc.* e a *Humana Inc.*, com 14,4%, 9,1% e 8,9% do mercado, respectivamente (STATISTA, 2022).

Tanto as seguradoras privadas, quanto as públicas são peças-chave no processo de disponibilização de medicamentos com prescrição para consumidores finais. Outra entidade que faz parte desse fluxo financeiro nos Estados Unidos é a *Pharmacy Benefit Manager*, que será descrita a seguir

Pharmacy Benefit Manager

Os seguros de saúde contam com um agente que administra os planos de cobertura de medicamentos ambulatoriais com prescrição: o *Pharmacy Benefit Managers* (PBM). Trata-se de um intermediário entre os seguros, as farmácias e os fabricantes, e é o responsável por atividades como negociar os descontos dos fabricantes dos medicamentos ambulatoriais com prescrição, pelo processamento e pagamento de medicamentos para as farmácias, pela gestão da rede de farmácias credenciadas e por providenciar outros diversos outros serviços associados aos benefícios dos planos que oferecem descontos em medicamentos ambulatoriais com prescrição (FEIN, 2022). Mais de 266 milhões de americanos têm seus medicamentos com prescrição administrados por um PBM (PCMA, 2022).

Relacionamento dos PBMs com os seguros de saúde

Os PBMs atuam em nome dos planos de saúde ao criarem os planos de benefícios de cobertura de medicamentos ambulatoriais com prescrição para consumidores finais. Através de formulários, os PBMs definem quais medicamentos terão a cobertura dos seguros de saúde.

Abaixo estão brevemente descritos alguns dos serviços prestados por PBMs para os seguros de saúde:

Planejamento de gestão do tipo de cobertura: PBMs criam planos para escolha dos seguradores. Esses planos têm diversos níveis de custos, o que possibilita a escolha de níveis de benefícios, de cobertura de medicamentos, de coparticipação por parte dos consumidores finais.

Desenvolvimento e gestão de formulários. Formulários com a lista de medicamentos cobertos pelo seguro são criados pelos PBMs. Este documento é extremamente crítico, pois é o que define os medicamentos que terão reembolso por parte do seguro saúde. Comitês de profissionais da saúde formados por farmacêuticos e médicos de diversas especialidades se reúnem pelo menos trimestralmente para recomendar atualizações e considerar novos medicamentos, com base em evidência científica e dados clínicos.

Negociação de rebates. PBMs negociam *rebates*, que são um tipo de desconto dado pelos fabricantes não no ato da venda aos atacadistas, mas posteriormente à venda da farmácia aos consumidores finais.

Cadastramento e serviços para membros. PBMs asseguram a manutenção de dados de consumidores e seus dependentes e realizam o cadastro de novos consumidores aos planos de benefícios de medicamentos.

Gestão de utilização. PBMs também são responsáveis por gerir a utilização dos descontos em medicamentos ambulatoriais com prescrição. Atividades como autorizações prévias de uso de certos medicamentos ainda não incluídos na cobertura do consumidor final; definição de limites de quantidades de comprimidos ou doses de medicamentos cobertos; rejeição de nova compra de medicamento caso o prazo mínimo da última compra não tenha ainda sido atingido; gestão de terapia passo a passo, que tem o objetivo de liberar medicamentos de alto custo após a confirmação de que um paciente não respondeu adequadamente a algum tratamento de custo inferior; entre outras atividades de gestão de utilização do plano de descontos em medicamentos.

Processamento de pedidos de dispensação. PBMs processam, avaliam e aprovam ou reprovam pedidos de dispensação de medicamentos cobertos pelos seguros saúde a cada venda realizada em pontos de dispensação.

Emissão de relatórios. PBMs emitem relatórios para que os seguros saúde possam avaliar e acompanhar os gastos com os medicamentos cobertos para seus consumidores.

Relacionamento dos PBMs com os dispensadores de medicamentos

Os PBMs definem a lista de farmácias em que consumidores podem obter seus medicamentos prescritos com os valores negociados para seu plano de seguro saúde. Ao atuarem com PBMs, pontos de dispensação passam a ter uma comunicação eletrônica com os programas de benefícios e o processo de dispensação é realizado. Os farmacêuticos se comunicam eletronicamente com os PBMs e podem imediatamente verificar a cobertura do consumidor para realizar ou não a dispensação do medicamento. Essa interação imediata entre PBMs e farmacêuticos auxilia farmácias a evitarem fraudes, mau uso dos medicamentos, perdas ou abusos (FEIN, 2022).

Todos os medicamentos dispensados por farmácias dentro dos planos de seguro saúde, são reembolsados pelos PBMs, os quais então recebem seus pagamentos dos seguros saúde. A forma de cálculo para esse processo de reembolso no Estados Unidos é feita com base em três formas, as quais serão brevemente descritas abaixo:

Custo estimado de aquisição. O principal componente do faturamento das farmácias é a diferença entre custo de aquisição de um medicamento com um atacadista ou fabricante e o reembolso recebido de um PBM. Farmácias não compartilham o custo que pagam pelos medicamentos ao fazerem as compras, portanto, PBMs calculam um custo estimado dessa aquisição através de um destes quatro métodos:

- Preço lista feito com base em um preço *benchmark* (referência) publicado, como o preço médio de atacadistas (*average wholesale price – AWP*) ou o custo de aquisição de atacadista (*wholesale acquisition cost – WAC*). Este método é comumente utilizado para medicamentos referência;
- Preço fixo, que pode ser um preço máximo permitido (*maximum allowable cost – MAC*), o qual é normalmente utilizado para medicamentos genéricos;
- Custos de aquisição, método feito com base em dados coletados diretamente das farmácias, como o custo de aquisição médio (*average acquisition cost – AAC*) ou o custo nacional de aquisição de medicamento (*national drug acquisition cost – NADAC*). Este método é requerido para o programa Medicaid no âmbito estadual;
- E, por último, o preço de venda do fabricante, cujo dado é coletado diretamente deles e pode ser o preço médio dos fabricantes (*average manufacturer price – AMP*) ou o preço médio de vendas (*average sales price – ASP*). Este método costuma ser utilizado para medicamentos administrados por médicos e, a partir de 2016, passou a ser utilizado no programa Medicaid no âmbito federal para definir o limite máximo para medicamentos genéricos.

Taxas de dispensação. Um segundo componente do faturamento das farmácias está na taxa que cobram dos PBMs para a dispensação. Não existem dados claros de qual o valor, mas o *Drug Channels Institute* (FEIN, 2022) estima que seja algo inferior a um dólar por prescrição. Essa taxa é relativa aos serviços do farmacêutico e ao custo de dispensar um medicamento.

Taxas sobre dados e serviços. Um terceiro componente que compõe o faturamento das farmácias nas dispensações de medicamentos reembolsados por PBMs é a cobrança de taxas sobre dados clínicos prestados e serviços oferecidos a pacientes.

Suporte financeiro dos fabricantes aos consumidores finais

Como visto anteriormente, 13% dos gastos em medicamentos com prescrição são pagos pelos consumidores finais. Essa porcentagem corresponde a compras sem a cobertura de seguro, copagamento ou cosseguro.

Para casos de copagamento, ou seja, quando o seguro não cobre 100% do valor do medicamento, fabricantes podem oferecer um suporte financeiro. Esse tipo de suporte ocorre com seguros privados e normalmente está atrelado ao valor da franquia do seguro e valor máximo de participação do consumidor final no pagamento. Passada a franquia, o seguro paga pelos gastos posteriores com medicamentos. O copagamento é chamado de *copay cards* ou

cupom. O nome remete ao período em que os cupons eram impressos, mas atualmente fabricantes podem oferecer cupons em formatos eletrônicos, um cartão de débito pré-pago ou desconto de forma direta ao consumidor final.

Esse tipo de suporte financeiro por parte dos fabricantes tem crescido por conta das franquias e coparticipação em seguros. Atualmente, de acordo com dados do *Drug Channels Institute*, 268 fabricantes oferecem suporte com coparticipação. Um aumento de 57% entre os anos de 2016 e 2022. Essas empresas têm 749 programas com 709 marcas de medicamentos ambulatoriais com prescrição (FEIN, 2022).

Seguradoras e PBMs são contrárias aos programas de desconto alegando que eles aumentam o custo dos pagadores (seguradores), interferem na definição do modelo de benefício e reduzem a substituição de medicamentos de marca por genéricos (PCMA, 2011).

Já farmacêuticos são favoráveis a este tipo de suporte financeiro dado que permitem que consumidores finais tenham economias financeiras e possam ter acesso aos medicamentos prescritos. Farmacêuticos também reconhecem que esta prática pode reduzir a substituição de medicamentos de marca por genéricos.

Um outro tipo de suporte financeiro oferecido por fabricantes é o Programa de Assistência ao Paciente (*Patient assistance Program – PAP*), o qual tem como foco consumidores finais que não têm cobertura de seguro e têm cobertura negada pelas seguradoras. Diferentemente dos cupons mencionados acima, PAPs podem ser utilizados por consumidores que têm a cobertura de seguro do Medicare Parte D.

Programas de cartões de descontos

Consumidores finais que não contam com seguro saúde podem recorrer ao chamado Cartão de Desconto. Trate-se de um tipo de desconto em que PBMs repassam parte dos rebates de fabricantes aos consumidores finais nos pontos de dispensação. Uma taxa é cobrada pelos PBMs as farmácias a cada venda realizada com cartões de desconto e parte desse valor é então repassado às empresas que providenciam os cartões.

Existem três tipos de cartões de descontos: os independentes, os desenvolvidos por PBMs e os de varejistas. Empresas como GoodRx e Blink Health fazem parte dos independentes, em que os cartões de desconto são oferecidos diretamente aos consumidores finais. PBMs começaram também a desenvolver cartões de descontos e oferecem aos consumidores finais acesso às farmácias (e aos preços negociados entre eles) que fazem parte de seus programas. Alguns grandes varejistas têm também seus programas de descontos e com isso buscam fidelizar os consumidores às suas lojas.

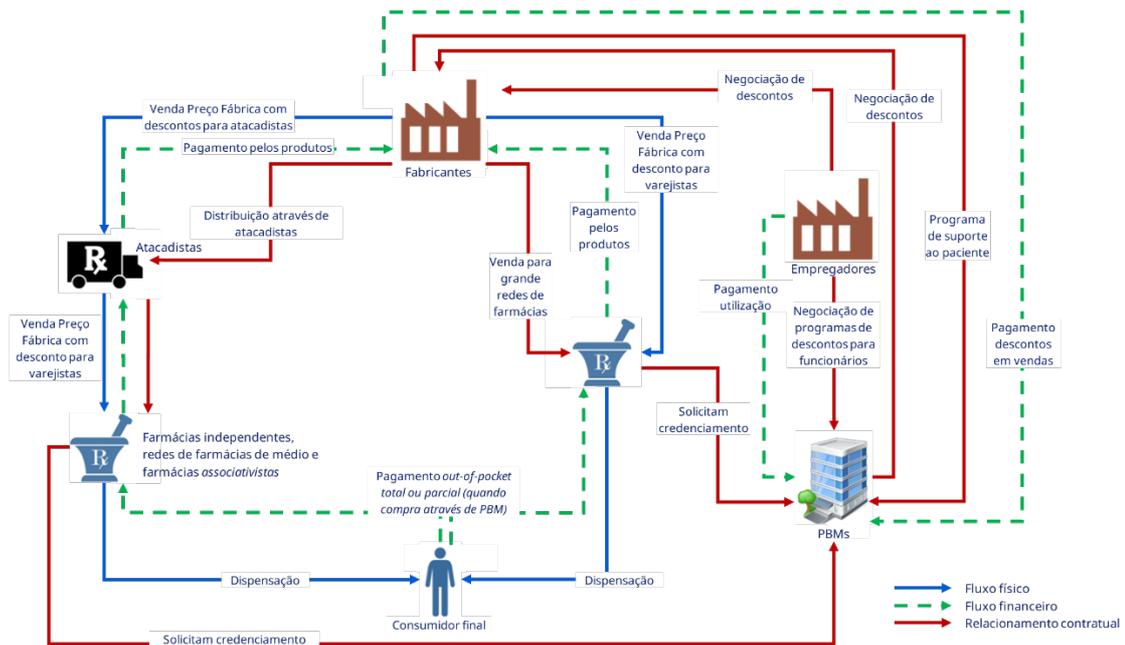
5.2 Canais de distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição no Brasil

Este item traz um breve contexto sobre a distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição no Brasil com o objetivo de apontar para algumas das similaridades e diferenças entre os países.

Assim como nos Estados Unidos, o Brasil também conta com atacadistas para que os medicamentos cheguem aos pontos de dispensação. Porém, a participação deles no Brasil não é tão alta como é o caso do mercado norte americano. Para que medicamentos cheguem aos consumidores finais, o Brasil conta com atacadistas, redes de farmácias e farmácias independentes, o governo com pontos de dispensação como os postos de saúde, e outros estabelecimentos privados de saúde, como hospitais ou clínicas.

Na figura abaixo pode ser verificada a relação entre membros de canais de distribuição de medicamentos ambulatoriais no setor privado no Brasil.

Figura 4 – Fluxo de medicamentos ambulatoriais no Brasil



Fonte: elaborado pelo autor

A venda de medicamentos ambulatoriais com e sem prescrição no Brasil é predominantemente realizada por compra direta do consumidor final. Ainda assim, existem programas de descontos gerenciados por PBMs que oferecem subsídio total ou parcial, dependendo da contratação realizada com fabricantes ou empregadores que ofereçam esse tipo de benefício.

5.2.1 Distribuição atacadista

Aproximadamente 71% do volume de medicamentos distribuídos em 2019 no Brasil foi realizado por atacadistas, os quais se encarregam de vender os produtos às farmácias, pontos de dispensação. Dados da SCMED, Secretaria Executiva da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, mostram que, apesar do canal de distribuição com atacadistas representar quase três quartos do setor, sua representatividade em valor é de pouco mais da metade do faturamento, chegando a 57% no ano de 2019.

Existem cadastrados no Conselho Federal de Farmácias 4.648 distribuidores de medicamentos, número que demonstra alta complexidade logística, em especial se comparado aos Estados Unidos que concentram mais de 90% da distribuição de medicamentos em três grandes distribuidores. Essas empresas geralmente atuam apoiando os fabricantes em atender o varejo de farmácias independentes, redes de farmácias de porte médio e farmácias pertencentes a associações de farmácias.

As empresas atacadistas exercem um papel com características mais voltadas à logística, dado que fabricantes precisam delas para atingirem as mais de 80 mil farmácias em todo o país.

5.2.2 Varejistas: Farmácias e demais pontos de dispensação

O setor farmacêutico varejista no Brasil é dividido entre redes de farmácias, farmácias independentes, associações e franquias, e outras redes. Atualmente, 26 redes de farmácias fazem parte da instituição ABRAFARMA, e elas representaram aproximadamente 43% do faturamento em 2021 (ABRAFARMA, 2021).

As redes de farmácias que fazem parte da ABRAFARMA cobrem aproximadamente 70% da população no Brasil. Essas redes têm ampliado sua oferta de serviços ligados à assistência farmacêutica, fazendo com que o ponto de dispensação deixe de ser apenas um local de comércio de medicamentos.

Diversas farmácias oferecem aos consumidores finais acesso aos programas de descontos oferecidos pelos fabricantes e por empregadores através de PBMs. De acordo com a PBMA Associadas (2022), aproximadamente 300 empresas empregadoras oferecem benefício de desconto em medicamento a seus funcionários.

5.2.3 Fluxo financeiro de medicamentos de prescrição no Brasil

A distribuição de medicamentos no Brasil é menos complexa quando comparada aos Estados Unidos em especial devido ao fato de que o fluxo financeiro é mais simples, dado que

mais de 90% do pagamento desses medicamentos é feito diretamente pelos consumidores finais (IBGE, 2019).

Diferentemente do modelo de distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição identificado nos Estados Unidos, PBMs no Brasil não têm um papel de negociação de descontos entre fabricantes e planos saúde. O papel que eles exercem é de gestão de benefícios oferecidos por empresas aos seus funcionários, em especial os que são ligados à descontos nos preços de medicamentos, com o objetivo de aumentar a adesão a tratamentos medicamentosos. Empresas podem contratar planos que oferecem até 100% de subsídio para seus funcionários. Já em planos em que há coparticipação do funcionário, o pagamento da parte que lhe corresponde pode ser realizado através de desconto em folha de pagamento ou no ato da compra em uma farmácia (Associação Brasileira de Operadoras de Medicamentos, 2022). Além dessa relação entre PBMs e empresas empregadoras, outro modelo identificado no Brasil é o de programas de suporte ao paciente oferecidos pelos fabricantes. Nesse modelo, fabricantes oferecem descontos aos consumidores finais, que os obtêm ao se cadastrarem nos programas de suporte ao paciente, os quais são gerenciados pelos PBMs.

A pesquisa documental sobre a distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição no Brasil teve uma grande limitação em relação à dados pela falta de fontes e pesquisa sobre o setor. Ainda assim, a pesquisa contou com a experiência de profissionais altamente capacitados na etapa de entrevistas, os quais puderam avaliar os aspectos apresentados em relação aos Estados Unidos, e então deram suas contribuições sobre oportunidades e desafios para uma possível aplicação no mercado brasileiro.

5.3 Análise das entrevistas

Este item descreve a análise das entrevistas feitas com os profissionais do setor, em que foram apresentados os dados relativos aos Estados Unidos, juntamente com as perguntas abaixo:

- 1. Quais desafios e oportunidades você identifica para o Brasil no desenvolvimento de um sistema similar ao dos Estados Unidos em relação à forma de pagamento de medicamentos ambulatoriais com prescrição?** (medicamentos ambulatoriais com prescrição pagos pelas seguradoras, descontos negociados por PBMs e utilização de cupons e cartões de desconto para a parte cujo pagamento é feito pelos consumidores finais).

2. O fato de que no Brasil a CMED define o preço fábrica e preço máximo ao consumidor, facilitaria uma possível implementação de um sistema similar ao dos Estados Unidos, em que seguradoras teriam o papel de pagadoras e PBMs fariam a intermediação dos fluxos financeiros?

Os entrevistados receberam como material de referência o conteúdo descrito no subcapítulo 5.1 desta pesquisa, com o objetivo de dar-lhes um conhecimento básico sobre a distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição nos Estados Unidos, para que então pudessem contribuir com sua perspectiva a respeito da pergunta de pesquisa deste estudo.

Os entrevistados participantes desta pesquisa têm, em média, 16 anos de experiência no setor farmacêutico. Alguns deles têm também outro período anterior de suas carreiras em outros setores, como o alimentício, medicina e consultoria empresarial. Os profissionais atualmente ocupam cargos de alta gestão em empresas de grande porte, nacionais e multinacionais, conforme descrito no Quadro 6, no subcapítulo 4.2.2.

5.3.1 Detalhamento das categorias de análise

Para um melhor aprofundamento da análise do conteúdo das entrevistas, foi utilizada a forma de codificação por unidades de registro de tema e unidade de contexto, em que os códigos (unidades de registro e unidades de contexto) foram identificados no conteúdo apresentado pelos entrevistados, levando-se em consideração a frequência de ocorrência desses códigos. Devido ao objetivo deste estudo, o qual é *identificar oportunidades e desafios para a distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição no Brasil, tendo como referência os Estados Unidos*, 2 categorias foram definidas: oportunidades e desafios.

A tabela abaixo demonstra traz detalhes sobre a categoria de oportunidades, conforme identificado nas entrevistas:

Tabela 1 – Codificação da categoria de oportunidades

Categorias	Unidades de contexto	Unidades de registro (temas)	# citações nas entrevistas
Oportunidades	Aspectos financeiros	● Oportunidades financeiras	12
		● Otimização de margens	17
		● Referência internacional de preços	1
		Subtotal	30
	Foco no paciente	● Coparticipação para uso consciente	3
		● Experiência de compra	31

		● Foco na saúde do paciente	38	
		Subtotal	72	
	Gestão de canais de distribuição e programas de suporte ao paciente		● Gestão de canal com o uso de PBM	24
			● Integração de programas disponíveis	44
			● Integração digital	34
			● Proposta de novo modelo	3
			Subtotal	105
	Visão estratégica		● Aumento de investimento no modelo de reembolso	1
			● Movimento do setor favorável a cobertura	3
			● Parceria entre Fabricantes e Seguradoras	18
			● Posicionamento estratégico favorável dos planos de saúde	36
			Subtotal	58
	Quantidade de oportunidades	14	Total	265

Fonte: (Elaborado pelo autor)

Foram identificadas catorze oportunidades nas entrevistas. Foi realizado um agrupamento nas seguintes unidades de contexto: Aspectos financeiros, foco no paciente, gestão de canais de distribuição e visão estratégica. Essas catorze oportunidades tiveram um total de 265 citações, sendo que a unidade de contexto de aspectos financeiros teve 30 citações, a de foco no paciente teve 72, a de gestão de canais de distribuição teve 105 e a de visão estratégica teve 58.

A categoria de desafios é apresentada abaixo, também conforme identificado nas entrevistas:

Tabela 2 – Codificação da categoria de desafios

Categorias	Unidades de contexto	Unidades de registro (temas)	# citações nas entrevistas
Desafios	Aspectos financeiros	● Impacto financeiro	22
		● Limitação de margens por conta da CMED	16
		● Olhar de curto prazo	19
		Subtotal	57
	Foco no paciente	● Migração do beneficiário-paciente para outro programa	1
		● Uso indiscriminado de medicamento	4
		Subtotal	5
	Gestão de canais de distribuição e programas de suporte ao paciente	● Integração de programas disponíveis	6
		● Práticas diferentes de descontos entre varejistas	2
		Subtotal	8
		● Impedimento regulatório: ANS	18

	Visão estratégica	● Posicionamento estratégico desfavorável dos planos de saúde	17
		Subtotal	35
	Quantidade de desafios	9	Total
			105

Fonte: (Elaborado pelo autor)

Dentro da categoria de desafios, foram identificados nove nas entrevistas realizadas. O agrupamento desses desafios é o mesmo apresentado na categoria de oportunidades, dada a afinidade das unidades de registro tanto na categoria de oportunidades como na de desafios. Os nove desafios identificados nas entrevistas tiveram um total de 105 citações, sendo 57 ligados à aspectos financeiros, 5 ligados ao foco no paciente, 8 ligados à gestão de canais de distribuição e 35 ligados à visão estratégica.

5.3.2 Oportunidades identificadas nas entrevistas

Com a análise realizada nas entrevistas, observou-se um número superior de oportunidades em comparação aos desafios. Catorze oportunidades contra nove desafios. Nas oportunidades, 265 citações foram observadas, sendo que houve uma maior concentração das unidades de registro classificadas na unidade de contexto *Gestão de canais de distribuição*, a qual teve 105 citações, seguida por foco no paciente, com 72, visão estratégica, com 58 e aspectos financeiros, com trinta citações.

As unidades de contexto abaixo foram ordenadas de acordo com o número de citações (unidades de registro).

Unidade de contexto Gestão de canais de distribuição e programas de suporte ao paciente.

Dentro da unidade de contexto *Gestão de canais de distribuição e programas de suporte ao paciente*, a unidade de registro *Integração de programas disponíveis*, foi a que teve o maior número de citações, tendo chegado a 44 vezes, sendo citada por todos os entrevistados como uma necessidade do setor. Verificou-se maior concentração nos entrevistados do varejo e de PBMs, os quais fizeram 37 das 44 citações.

Os entrevistados citaram como oportunidade uma integração de programas da indústria e dos planos de saúde, o que traria uma redução do custo pago pelo medicamento por parte dos consumidores finais. Também houve citações ligadas ao acompanhamento da saúde do paciente dentro desta unidade de registro, em que o objetivo seria de melhor acompanhamento do

paciente ao serem utilizados os programas da indústria e dos planos de saúde de forma integrada.

O entrevistado dois vê como oportunidade uma integração entre indústria e plano de saúde em que haveria um compartilhamento do desconto que poderia ser dado aos consumidores finais:

Seria interessante se a indústria estabelecesse um programa em parcerias [com os planos de saúde] em que se criem pontes para que os planos de saúde contribuam com uma parcela do desconto ao paciente. Talvez pacientes que não tem claras as coberturas possíveis, acabam pagando um valor cheio de um medicamento.

Ainda nessa oportunidade de integração de programas disponíveis, o entrevistado três, cita um exemplo de um determinado medicamento ambulatorial com prescrição que atualmente tem 18% de desconto através do programa oferecido pelo fabricante. O entrevistado cita como oportunidade que o plano de saúde entre com uma parcela extra de desconto para que o medicamento atinja 25%, sendo que, nesse exemplo, haveria um rebalanceamento entre indústria e plano de saúde, com 15% para a indústria e 10% para o plano de saúde. Isso seria possível com a integração de um programa do plano de saúde com o já existente da indústria.

O entrevistado três complementa sua sugestão de oportunidade com proposta de que o varejo, a indústria e o plano de saúde talvez pudessem, juntos, revisar suas margens para aumentar o desconto ao consumidor final e assim aumentar também o acesso ao medicamento.

O entrevistado seis traz dois pontos que não são ligados a custo, mas ainda dentro da unidade de registro *integração de programas disponíveis* ao citar a importância dos benefícios de serviços de saúde que programas têm:

O que imaginamos no setor é que os programas de suporte ao paciente migrem de programas de descontos, para programas de benefícios. O cerne da situação deve ser atacado, a cultura do paciente.

Este mesmo entrevistado cita também como oportunidade a integração com a telemedicina, para que haja foco na saúde do paciente no momento em que um programa da indústria ou do plano de saúde for desenhado.

O entrevistado sete corrobora com a visão sobre a importância da integração de programas disponíveis citando que há condições para isso, e complementa dizendo que falta, por parte da indústria, uma participação mais ativa nessa integração com planos de saúde. Ele cita como fator crítico favorável à participação dos planos de saúde nessa integração de

programas, o fato de que os medicamentos estão cada vez mais caros, o que requer, segundo o entrevistado, um pagador institucional. Neste caso, o plano de saúde.

O entrevistado oito também traz a importância de programas entre indústria e planos de saúde no que diz respeito ao acompanhamento da saúde do paciente. A integração de programas permitiria um melhor acompanhamento da saúde do paciente, o que permitiria, potencialmente, um melhor uso do plano de saúde. O entrevistado cita como exemplo a realização de exames de forma indiscriminada e sem acompanhamento de um histórico. Ele entende que a participação de planos de saúde no custo de medicamentos teria potencial para redução de um custo maior, em casos em que há, por exemplo, a necessidade de internação ou até mesmo cirurgias.

Dentro da unidade de contexto gestão de canais de distribuição, a integração digital é a segunda mais citada, com 34 citações. O entrevistado que mais citou a integração digital dentro da categoria de oportunidade foi o de número 6. Ele cita a integração da prescrição digital com a venda do medicamento pelos canais de farmácia nos Estados Unidos como uma oportunidade a ser considerada no Brasil:

[Nos Estados Unidos], quando um paciente recebe a prescrição, o médico o consulta sobre seu endereço de domicílio e o medicamento é disponibilizado em alguma farmácia próxima. A prescrição digital facilitaria a comunicação entre a consulta e o ponto de dispensação, o qual teria rapidez em receber essa prescrição.

O entrevistado cita ainda a importância do investimento em telemedicina para que a jornada do paciente seja digitalizada. Isto é, no momento em que o paciente tem sua consulta realizada com seu médico, ele recebe sua prescrição de forma digital e segue sua jornada para a etapa de compra do medicamento em algum canal de venda digital.

A unidade de registro *integração digital* é citada por outros entrevistados pela oportunidade que seria gerada com a coleta de dados sobre os pacientes. Essa coleta seria anônima, de acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados (lei nº 13.709/2018), e permitiria um melhor acompanhamento do paciente por parte dos planos de saúde. Ao terem esse melhor acompanhamento, alguns entrevistados citam como oportunidade uma melhor planificação da saúde e acompanhamento do paciente.

O entrevistado 1 traz um aspecto de economia para o plano de saúde ao citar a relevância de dados sobre um melhor acompanhamento de pacientes com diabetes:

Se o plano de saúde cobrisse melhor o tratamento de diabetes, quanto ele economizaria com pacientes que teriam complicações, diálise, amputação etc.? Temos poucos dados para esse tipo de análise.

O entrevistado um sugere que planos de saúde contribuam na cobertura de gastos de medicamentos utilizados para o tratamento de diabetes, de forma que se evite outros gastos que poderiam ser ocasionados em casos de má aderência ao tratamento. Uma análise adequada desse tipo de benefício para planos de saúde, pacientes e para a indústria seria possível com dados e, de acordo com o entrevistado, isso seria possível com uma integração digital.

O entrevistado 4 aponta para uma oportunidade na integração digital em relação ao plano de saúde, também sugerindo que um acompanhamento adequado de pacientes com doenças crônicas pode trazer uma redução significativa no custo de saúde que os planos arcam atualmente:

O sistema [dos planos de saúde] não é integrado. Uma área no plano de saúde que negocia rede credenciada, não é a mesma que negocia sinistro. Eles não têm essa integração de dados. Quando o plano vê esse custo, o fato gerador já aconteceu. Pacientes de doenças crônicas, quando acompanhados adequadamente, têm uma redução de custo significativa.

O entrevistado quatro complementa sua crítica apontando para a necessidade da manutenção de um histórico do paciente, de forma independente do seu plano de saúde, mesmo para aqueles que contam com apenas com a o SUS (Sistema Único de Saúde). Esse histórico auxiliaria médicos no tratamento do paciente e os planos de saúde teriam melhores condições de fazer um plano real sobre a saúde. Dados digitalizados seriam de altíssima necessidade para tornar isso possível, de acordo com o entrevistado.

O entrevistado sete explica que atualmente no Brasil, existe uma estrutura de autorização de PBM já instalada que permite, em tempo real, a aprovação de uma compra com a aplicação do desconto definido pelo pagador do medicamento. Esse pagador pode ser a indústria, com sua participação de desconto, pode ser o empregador, com subsídio para seus funcionários, a rede varejista, com seu programa de descontos e outros. O entrevistado explica esse fluxo se referindo a como é realizado atualmente nas farmácias do varejo:

Foi assim que montamos o modelo brasileiro de autorização de PBM, em tempo real, online. Em dois momentos: um momento no balcão, em que se checam os critérios de elegibilidade. Critérios que vão do ID do usuário, o CRM do médico, o código de barras do medicamento e a quantidade. Tudo é checado com as regras do instituidor do benefício. Regras que podem definir alguns CRMs, regras que podem definir quantidade do medicamento, os valores finais etc. Isso feito, sai uma autorização e com ela o paciente vai ao caixa e valida a compra. Aquela autorização é até o meio de pagamento. Essa operação é complicada, tem uma série de entraves na farmácia, como

conhecimento do balconista. Quando o processo funciona, é um processo muito rápido. Aquela autorização pode ser o meio de pagamento, o consumidor pega seu medicamento e pronto. É isso que funciona no Brasil e foi montado dessa forma para esperar a lei.

A lei sobre a qual o entrevistado se refere, é a que traria, de acordo com a expectativa do setor à época, e conforme fala do entrevistado, a inclusão de cobertura de medicamentos ambulatoriais nos planos de saúde privados. Em 1998, foi promulgada a lei 9656/98, a qual dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Por conta dessa expectativa, houve uma preparação do setor varejista para a implementação de um sistema de aprovação de pagamento e descontos similar ao existente nos Estados Unidos. A lei, porém, não teve a inclusão de cobertura de medicamentos ambulatoriais, mas mesmo assim, o setor varejista brasileiro tinha se preparado do ponto de vista de sistemas de informação.

De acordo com o entrevistado, nessa época, as lojas do varejo farmacêutico não dispunham de computadores ou de sistemas informatizados. Por conta da expectativa de que a lei citada acima traria a inclusão de cobertura de medicamentos ambulatoriais em planos de saúde, varejistas iniciaram sua preparação com a adoção de computadores e sistemas informatizados. O entrevistado aponta que, o fato de já termos implementado sistemas de aprovação de pagamento e gestão de descontos, torna possível um avanço para um pagamento institucional por parte dos planos de saúde, de forma similar ao realizado no Estados Unidos.

O entrevistado oito menciona as *Health Techs*, como exemplo de planos de saúde que disponibilizam medicamentos para seus beneficiários. O entrevistado explica que esse tipo de plano busca uma integração digital com dados de seus beneficiários de tal forma que possa realizar uma assistência de “cauda longa”.

As *health techs* já estão antenadas digitalmente com essas probabilidades [de que um beneficiário tenha maior dependência de certos medicamentos]. Então, ela vai fornecer os medicamentos necessários para tratamentos, para cirurgias, uma assistência de cauda muito mais longa porque é criado todo um CRM (*customer relationship management*) assistencial. Quando um beneficiário contrata um produto totalmente digital, há regulamentação pela ANS. Desde a entrega ao plano, passando pela declaração de saída, até a consulta, tudo é feito pelo canal digital. A consulta pode ser feita também presencialmente. Mas essa interação [de pedir a consulta] é digital. Quanto ela vai ao médico, ele [o médico] já tem o histórico do paciente. O médico é capaz de verificar histórico de cirurgias, de uso de medicamentos etc. Ele consegue fazer uma assistência de cauda longa, porque você tem o dado e o usa.

O entrevistado aponta como oportunidade a criação de um banco de dados de consumo de medicamento, com “toda a evolução de uso”. Ele aponta essa oportunidade como uma forma

que planos de saúde teriam de saber o custo real em medicamentos para que, com essa informação, possam avaliar melhor a incorporação de cobertura de medicamentos ambulatoriais em seus planos.

Alguns dos entrevistados apresentaram argumentos favoráveis para que a atuação do PBM seja similar aos dos Estados Unidos caso planos de saúde passem a incluir medicamentos em suas coberturas. O entrevistado 1 apresenta dois possíveis cenários em relação à poder de negociação:

Se esse caminho acontecesse [planos de saúde passarem a cobrir custos de medicamentos], os planos teriam um poder de barganha absurdo nos produtos sem patente. Por outro lado, haveria um poder de negociação absurdo para a indústria daqueles produtos com patente. Haveria a necessidade de um mecanismo de controle para fazer isso. Nisso as PBMs entrariam. E é o que fazem hoje, sendo empresas independentes. A meu ver, se você tem um preço máximo definido pela CMED, haverá constantemente uma briga entre planos de saúde e a indústria, em que em produtos com patente, a indústria teria maior força. O contrário também valeria, ou seja, em produtos sem patente, os planos teriam maior força de negociação. Deveria haver uma engenharia financeira para remunerar a todos. Com preço máximo delimitado [pela CMED], seria difícil esse modelo financeiro que remunere a todos.

O entrevistado 6 corrobora com a visão de que PBMs teriam um papel importante em um cenário de pagadores institucionais, ou seja, com a participação de planos de saúde no pagamento de medicamentos ambulatoriais:

O modelo de gestão através de um PBM permite que a política comercial da indústria seja mais eficiente. Muitas empresas operam na tentativa e erro.

Unidade de contexto Foco no paciente.

A segunda unidade de contexto com maior número de citações foi a de *Foco no Paciente*. Ao longo das entrevistas, o pesquisador verificou que é comum em todos os entrevistados falar sobre a importância do consumidor final, o qual, para a indústria, PBM e varejo é chamado de paciente, e para os planos de saúde, beneficiário. O paciente foi diversas vezes colocado como foco de qualquer iniciativa ligada ao melhor acesso aos medicamentos, seja por meio de preço ou pelo processo de compra.

Neste aspecto, um ponto trazido, diversas vezes, pelos entrevistados foi sobre a importância do acesso ao medicamento. O entrevistado um cita como exemplo o tratamento para diabetes. De acordo com o entrevistado, se o plano de saúde oferecesse cobertura de medicamentos para esse tipo de doença, haveria economia em complicações possíveis como

internações, hemodiálise, cirurgias. O entrevistado aponta a relevância de dados para esse tipo de análise, dizendo que não são suficientes para uma avaliação adequada.

O entrevistado quatro corrobora dessa visão ao falar sobre a importância do acesso, o que, de acordo com ele, aumentaria a adesão aos tratamentos. O entrevistado cita como exemplo pacientes de doenças crônicas que, se tivessem um acompanhamento adequado por parte dos planos de saúde, teriam melhores resultados em seus tratamentos. Ele complementa dizendo que a assistência farmacêutica que varejistas podem oferecer aos pacientes, pode ser utilizada pelos planos de saúde para reduzir a sinistralidade:

A empresa onde trabalho [varejista] oferece serviços de assistência farmacêutica. É dada assistência sobre o medicamento, o que permite entregar informações para o pagador [operadora de saúde] para que ele tenha uma visão da saúde da população que ele gere. Operadoras de saúde que acreditam que, quanto maior o número de pacientes acompanhados, maior o retorno, conseguem enxergar esse resultado e até impactar positivamente na sinistralidade.

O entrevistado quatro reforça diversas vezes a importância da utilização de dados para uma melhor gestão da saúde do paciente. Ter um histórico completo desse paciente auxiliaria planos a entenderem o custo de seus beneficiários, de acordo com o entrevistado.

O entrevistado seis menciona a importância da integração de prescrição digital com a venda através de canais virtuais. Isso seria realizado de forma integrada com a telemedicina:

[Nos Estados Unidos] Quando um paciente recebe a prescrição, o médico o consulta sobre seu endereço de domicílio e o medicamento é disponibilizado em alguma farmácia próxima. Isso ocorre porque a rede credenciada é muito menor. A prescrição digital facilitaria a comunicação entre o momento da consulta e o ponto de dispensação, o qual teria rapidez em receber essa prescrição.

O entrevistado seis corrobora com a visão do entrevistado quatro quanto aos benefícios que uma integração digital traria aos cuidados com a saúde do paciente. A integração digital, de acordo com o entrevistado, permitiria um melhor acompanhamento do tratamento do paciente, o que permitiria “entender seus hábitos, acompanhar os exames que ele tem que fazer e entender o custo da saúde”. Essa integração digital com foco na saúde do paciente, permitiria que todos os membros dos canais de distribuição pudessem ter melhores condições de planejar suas vendas e serviços prestados.

Ainda na linha da importância da utilização de dados para melhor gestão da saúde, o entrevistado cinco cita como oportunidade o acompanhamento por parte de empregadores de dados sobre a sinistralidade de seus planos de saúde contratados. Isso permitiria acompanhar o

gasto com o plano de saúde e, com isso, realizar um melhor planejamento de previsão de sinistralidade futura.

Dentro da unidade de contexto de Foco no paciente, a segunda unidade de registro com maior número de citações foi a de Experiência de compra. Nesta unidade de registro, o pesquisador detectou o apontamento dos entrevistados em relação ao conhecimento dos pacientes sobre programas de desconto oferecidos pela indústria, varejistas ou planos de saúde.

O entrevistado dois comenta que nos Estados Unidos, a indústria, além de ajudar com uma parcela de desconto para a compra de medicamento, também auxilia o paciente no processo de compra do medicamento, para que ele tenha conhecimento sobre possíveis outros descontos que podem ser obtidos através de seu plano de saúde, seja ele privado ou público. O entrevistado aponta para a necessidade de que o plano de atendimento realizado através do PSP (programa de suporte ao paciente) de um paciente, inclua no roteiro de perguntas no momento de cadastro, informações relativas a seu plano de saúde, para buscar entender se haveria outros descontos possíveis nessa compra.

A indústria farmacêutica de medicamentos com prescrição tem um foco muito grande no prescritor, dado que é o profissional médico quem define qual medicamento prescrever a seu paciente. O entrevistado três aponta para esse fato como uma oportunidade para o setor, no sentido de que os varejistas também sejam parte do olhar da indústria no que diz respeito à busca do aumento de aderência do tratamento:

Por questões de *compliance*, a indústria não pode interagir com o paciente, mas ele [paciente] só vai ao médico uma vez. A indústria poderia trabalhar em melhor parceria com o varejo para aumentar a aderência, para ajudar na jornada do paciente.

O entrevistado três menciona também como oportunidade para o setor que a indústria, os planos de saúde e até mesmo os varejistas, reavaliem participações de descontos para que haja redução no valor pago pelos consumidores finais, tendo como objetivo o aumento do acesso aos medicamentos. Isso, de acordo com o entrevistado, traria maior aderência aos tratamentos.

Corroborando com a ideia de que o custo pago pelo consumidor final seja reduzido através da participação em descontos por parte de planos de saúde e da indústria, o entrevistado quatro entende que o consumidor deveria escolher o varejista de acordo com a eficiência dos serviços que presta e não com base apenas em custo.

O entrevistado sete também apresenta argumentos favoráveis a que o pagamento de medicamentos seja feito de forma institucional. Ele cita como ponto crítico o fato de que medicamentos biológicos têm custos elevados para consumidores finais:

Quanto mais aumenta o valor final de medicamentos, menor é a base de consumidores. Esse modelo *out-of-pocket* [pago pelo consumidor final sem o auxílio de terceiros], não se sustenta por dificuldade de acesso, manutenção. Ao longo do tempo, com a indústria olhando cada vez mais para medicamentos biológicos e de alto valor agregado, uma menor fatia da população estará disposta a comprar os produtos. É importante que o modelo de distribuição, pagamento, seja revisto frente a novas oportunidades que temos.

Unidade de contexto Visão estratégica

Atualmente, planos de saúde privados não tem a obrigatoriedade de oferecer cobertura de medicamentos ambulatoriais para seus beneficiários (BRASIL, 1998). Apesar disso, alguns planos de saúde novos estão oferecendo cobertura, mesmo sem a exigência da ANS.

De modo geral, todos os entrevistados entendem que haveria um ganho para o setor se os planos de saúde cobrissem custos com medicamentos ambulatoriais. Eles enxergam isso como uma oportunidade de redução do custo total em saúde, dado que uma prevenção adequada com uso de medicamentos traria menores chances de hospitalizações. Os entrevistados apontam essa oportunidade como uma mudança estratégica por parte de planos de saúde, dado que atualmente não há exigência de cobertura de medicamentos ambulatoriais por parte da ANS.

O entrevistado dois menciona que alguns planos de saúde privados estão iniciando a cobertura de medicamentos ambulatoriais, porém por decisão própria, do seu modelo de negócio. O entrevistado complementa dizendo:

Dos 48 milhões de pessoas com planos de saúde, existem distintos planos com modelo de negócios diferentes, e dependendo do modelo de negócio, a empresa pode ter mais ou menos apetite para implementar esse tipo de modelo, em que o plano comece a pagar mais pelo medicamento, nem que seja parcialmente.

O entrevistado três entende como uma oportunidade que o setor se movimenta na direção de um pagador institucional, em especial, com participação dos planos de saúde na cobertura de medicamentos ambulatoriais. Ele sugere, inclusive, que se um varejista, um operador de plano de saúde e um fabricante unissem forças, um modelo desse tipo de poderia ser implementado. O entrevistado complementa sua sugestão dizendo que deveria haver uma visão de negócio de longo prazo para que tal implementação pudesse ser feita.

O entrevistado oito, que representa o setor de planos de saúde, trouxe sua visão também favorável a cobertura de medicamentos também corroborando com a visão dos demais que afirmam que uma cobertura por parte de planos, traria benefícios aos pacientes, pois eles teriam melhores chances de evitar complicações médicas, possíveis internações e até mesmo cirurgias. O entrevistado complementa: “Se você analisar o custo da insulina em relação ao atendimento no pronto socorro, é quase mil vezes e as vezes nem fica um dia só, pode ficar dois dias internado para poder controlar essa situação [estar apto para alta médica].”

De acordo com entrevistados de PBM, a indústria tem uma postura passiva em relação aos planos de saúde. O entrevistado sete, por exemplo, traz em sua fala que a indústria deveria ter um olhar para os planos de saúde. “Eles [planos de saúde] precisam ser estimulados. PBMs vão lá, mas sem qualquer empurrão da indústria farmacêutica.” O entrevistado cinco complementa dizendo que “o plano de saúde está acomodado no seu modelo de negócio, no seu formato, mas a oportunidade existe.”

Unidade de contexto Aspectos financeiros

As unidades de registro Otimização de margens e Aspectos financeiros tiveram 29 citações de oportunidades ao longo das entrevistas. Em relação a otimização de margens, os entrevistados apresentam como oportunidade um rebalanceamento de margens entre os membros dos canais de distribuição em um cenário em que planos de saúde passem a oferecer cobertura de medicamentos ambulatoriais. O entrevistado 7 entende que não haveria necessidade de descontos adicionais nesse cenário:

Não seria algo adicional para a indústria, mas sim tirar algo do próprio canal existente. Não vejo uma grande necessidade de desconto adicional, mas sim recomposição de valores. Seria uma otimização das margens ao longo da cadeia, de uma forma mais transparente.

O entrevistado três entende que haveria uma oportunidade para a indústria caso planos de saúde entrassem com parte do desconto que seria oferecido aos consumidores finais. Ele entende que uma participação de planos de saúde permitiria que a indústria revisse sua participação de descontos dados atualmente em seus programas de descontos.

O entrevistado 2 corrobora com a sugestão citada acima, ao citar a quantidade de beneficiários que têm plano de saúde atualmente no Brasil:

Existe uma grande oportunidade de explorar os pagadores institucionais para que a indústria firme parcerias. No Brasil, 48 milhões de pessoas têm cobertura de planos de saúde. É uma população considerável para entender quais oportunidades haveria para que a indústria possa ter um fluxo financeiro via planos de saúde.

O entendimento dos entrevistados sobre o potencial de mercado para uma atuação mais ativa por parte das operadoras de saúde é unânime. O entrevistado seis cita a importância de estudos de precificação e custo de medicamento para o sistema da saúde para que planos de saúde possam atuar de forma ativa na cobertura de medicamentos.

5.3.3 Desafios identificados nas entrevistas

Os desafios citados nas entrevistas foram apresentados como temas de difícil implementação ou com alta complexidade, que requerem a ação, muitas vezes, de diversos agentes. O número de unidades de registro, porém foi inferior ao de oportunidades, tendo sido identificadas 9 ao longo da análise de conteúdo das entrevistas. Essas 9 unidades de registro foram agrupadas utilizando-se as mesmas unidades de contexto citadas na categoria de oportunidades.

A unidade de contexto com maior número de citações, foi a de *aspectos financeiros*. Três unidades de registro fazem parte dessa unidade de contexto: *impacto financeiro*, *limitação de margens por conta da CMED e olhar de curto prazo*. Essas três unidades de registro tiveram um total de 57 citações. A segunda unidade de registro com maior número de citações foi a *visão estratégica*. Foram 35 citações entre as unidades de registro *impedimento regulatório: ANS e posicionamento estratégico desfavorável dos planos de saúde*.

As unidades de contexto abaixo foram ordenadas de acordo com o número de citações (unidades de registro).

Unidade de contexto Aspectos financeiros

Todos os entrevistados concordam que o custo com medicamentos é o principal motivo para que planos de saúde não os incorporem nas suas coberturas. O entrevistado 1 aponta para uma dúvida sobre o custo total da saúde com uma possível cobertura de medicamentos:

Ficaria a dúvida se a conta total do país com medicamentos [cobertos por planos de saúde] diminuiria ou aumentaria. Essa dúvida já existe atualmente com exames. Um paciente vai ao médico, o qual pede exames desnecessários. Os planos reclamam por conta da quantidade de exames que os médicos pedem atualmente. Acho que o gasto com medicamentos aumentaria se houvesse a cobertura por parte dos planos. Acho que haveria um consumo indiscriminado.

O entrevistado um cita o fato de que nos Estados Unidos, por não haver limitação em preço máximo de venda, como ocorre no Brasil, a margem para se trabalhar a remuneração de cada membro de canal é maior:

Lá [nos Estados Unidos] os planos não têm tido aumento da parcela que serve para sua remuneração. Tampouco a indústria não tem tido aumento da parcela que lhe corresponde. O que mudou lá é a remuneração dos intermediários. No Brasil, não há espaço. Quando algum plano de saúde quer remunerar, o máximo que eles conseguem é de 30% sobre o PMC (preço máximo ao consumidor). Valor que normalmente se consegue no balcão da farmácia.

De acordo com o entrevistado sete, planos de saúde tiveram uma redução significativa de margens de lucro com a lei 9.656/98, mesmo sem a inclusão de medicamentos ambulatoriais na lista de coberturas obrigatórias. Com isso, houve um afastamento ainda maior por parte dos planos para discussões em relação aos medicamentos ambulatoriais. Ainda segundo o entrevistado, não há espaço para esse tipo de cobertura se formos considerar o modelo atual de remuneração dos membros dos canais de distribuição.

Os entrevistados não foram unânimes em relação ao fato de que no Brasil preços são regulamentados pela CMED. Os representantes de PBM apresentam como fator positivo a transparência e previsibilidade que a definição de preços máximos permite ao setor e aos consumidores finais, mas indicam que esse controle limita possibilidades de aumento de margem entre os membros dos canais de distribuição. Já os entrevistados que representam a indústria não apresentaram fatores favoráveis, mas, sim, contrários ao modelo brasileiro de regulação de preços.

O entrevistado dois destaca como ponto negativo o fato de que a regulação brasileira de preço de medicamento é a de *preço lista*. Isso significa que, definido qual será o preço máximo daquele medicamento, ele valerá tanto no mercado privado como no público. De acordo com a entrevistada, em países da Europa, a venda de medicamentos para o mercado público passa por negociação entre o fabricante e o governo. Essa negociação não interfere no preço que será praticado no mercado privado.

A definição de preço máximo pela CMED também acaba interferindo nas margens que os membros dos canais de distribuição poderão ter. Isso faz com que haja uma disputa entre os membros, dado que o consumidor final sempre terá um valor máximo para pagar. O entrevistado sete, representando de PBM, afirma que atualmente varejistas têm uma parcela

maior das margens possíveis na venda de medicamentos ambulatoriais com prescrição. O entrevistado entende que haveria condições para uma melhor distribuição das margens, mesmo com a limitação de preço máximo definida pela CMED.

Unidade de contexto Visão estratégica

Todos os entrevistados apresentaram como um desafio o fato de que a cobertura de medicamentos ambulatoriais não está no rol da ANS. O fato de não estarem listados não significa que há um impedimento técnico para tal, o que quer dizer que planos de saúde poderiam oferecê-la, como o têm feito alguns planos menores. É comum entre os entrevistados a favorabilidade em relação à inclusão de cobertura de medicamentos que, apesar de significativamente custosa, seria estrategicamente favorável para o setor de saúde de forma geral.

O entrevistado quatro entende que os planos de saúde não têm um olhar amplo do setor de saúde, em que, de acordo com ele, haveria um ganho de longo prazo se a estratégia dessas empresas incluísse a avaliação de cobertura de medicamentos. Ele afirma que planos de saúde não buscam fazer uma gestão adequada da saúde, em que haveria um acompanhamento mais próximos dos beneficiários, tentando buscar um monitoramento de sua saúde, o que reduziria custos com eventuais internações ou procedimentos de valores ainda superiores a medicamentos ambulatoriais.

Entrevistados que representam a indústria e o PBM entendem que houve *lobby* por parte das operadoras de saúde para que não houvesse a inclusão de cobertura de medicamentos ambulatoriais para seus beneficiários. Como não foi possível entrevistar profissionais de planos de saúde, não foi possível compreender qual o ponto de vista de representantes dessas empresas. O entrevistado oito, o qual atual em corretoras de saúde e tem uma vasta experiência com planos de saúde, não trouxe questões ligadas às *lobby*, mas sim que o tema é de alta complexidade.

As unidades de contexto citadas a seguir não tiveram um número significativo de citações dentro da categoria de desafios. Porém, vale ressaltar alguns pontos relevantes citados pelos entrevistados.

Unidade de contexto Gestão de canais de distribuição e programas de suporte ao paciente.

Nesta unidade de contexto, o entrevistado 6 afirma que descontos dados atualmente pelo varejo ou por planos de saúde não tem análise em relação ao histórico de saúde do paciente. De acordo com o entrevistado, uma análise adequada permitiria que planos de saúde compreendessem qual a necessidade de tratamento para seus beneficiários. A integração dos

programas oferecidos pelo varejo, indústria ou planos de saúde seria interessante para integrar dados relevantes, porém é entendido como um desafio por parte dos entrevistados por requerer um alinhamento dos membros dos canais de distribuição, e isso envolveria questões comerciais.

O entrevistado quatro aponta para o fato de que as margens praticadas entre os membros dos canais de distribuição não são claras mesmo havendo precificação máxima por conta das regras da CMED.

Unidade de contexto Foco no paciente.

Como desafio apontado nas entrevistas em relação à unidade de contexto *foco no paciente*, entrevistados que representam fabricantes, PBM e seguro comentam sobre o risco de uso indiscriminado caso medicamentos ambulatoriais fossem cobertos por planos de saúde. Isso se daria porque haveria redução do gasto pago pelos pacientes.

5.4 Similaridades e diferenças na distribuição dos países

Tanto a pesquisa documental quanto as entrevistas apresentaram algumas similaridades e diferenças entre o Brasil e os Estados em relação à distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição.

5.4.1 Similaridades

Programas de descontos de fabricantes.

Os dois países contam com alguns programas de descontos oferecidos pelos fabricantes e pelos varejistas. De acordo com pesquisa em sites de venda de medicamentos (de farmácias) e com relatos dos entrevistados, os programas brasileiros não têm o mesmo nível de clareza em relação aos descontos possíveis quando combinados os diversos possíveis programas oferecidos.

Existência de infraestrutura para PBM

A infraestrutura de PBMs no Brasil foi idealizada e implementada com base na existente nos Estados Unidos. Esse fato permite que o modelo de gestão de descontos e fluxo de pagamentos dos Estados Unidos seja considerado no Brasil. O que há diferente, porém é o nível de complexidade superior nos Estados Unidos, dado que lá PBMs atuam como negociadores de

descontos entre fabricantes e planos de saúde e, no Brasil, basicamente gerenciam programas de desconto de fabricantes.

Farmácia para dispensação

Os dois países têm o mesmo tipo de requerimento quanto à dispensação de medicamentos, a qual deve ser sempre feita por um profissional farmacêutico. Para o contexto deste estudo, isso significa que o fluxo logístico de medicamentos ambulatoriais com prescrição deve sempre ser concluído em um ponto de dispensação, como a farmácia, ou contar com um farmacêutico na dispensação por venda on-line. Em outras palavras, nos dois países, não é possível realizar venda direta entre fabricantes e consumidores finais.

5.4.2 Diferenças

Precificação de medicamentos

Um dos pontos mais relevantes para o setor farmacêutico dos países analisados é a precificação dos medicamentos. No Brasil, há limite máximo de preço de venda entre pessoas jurídicas e para o consumidor final: preço fábrica e PMC (preço máximo ao consumidor), respectivamente. Já nos Estados Unidos, o preço de venda não tem um limite máximo.

Regulamentação sobre planos de saúde

O Brasil conta com a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), a qual regulamenta os planos de Saúde. A agência, porém, não obriga os planos a cobrirem medicamentos ambulatoriais para seus beneficiários. Nos Estados Unidos, a cobertura de medicamentos ambulatoriais por planos de saúde é obrigatória. Os planos, por sua vez, negociam quais medicamentos serão listados para fazerem parte dos que serão oferecidos a seus beneficiários. É realizada uma negociação com os fabricantes e planos de saúde através dos PBMs.

Fluxo financeiro

Por conta da exigência de cobertura de medicamentos ambulatoriais por parte dos planos de saúde, o mercado americano é altamente institucionalizado, tendo 87% do pagamento de medicamentos com prescrição (com dispensação em hospitais e de uso ambulatorial) feito por planos de saúde. Já no Brasil, a venda de medicamentos é majoritariamente por desembolso, ou seja, paga pelo consumidor final.

Integração digital

Apesar de existir um certo nível de integração digital no Brasil, em especial com PBMs atuando em programas de descontos oferecidos pelos fabricantes, o nível dessa integração é bastante inferior à dos Estados Unidos. Pontos de dispensação nos Estados Unidos têm uma comunicação mais acelerada com prescrições digitais, por exemplo. Como o pagamento daquele país é, majoritariamente, institucionalizado, os cadastros dos consumidores finais são certamente mais completos e com maior abrangência do que os realizados no Brasil

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A busca por informações atuais e relevantes sobre o setor farmacêutico encontrou dados bastante aprofundados sobre os Estados Unidos, mas não sobre o Brasil. O fato de não haver regulação de precificação de medicamentos em geral nos Estados Unidos, permite que seus preços sejam bastante elevados e talvez, por isso, o país é mais desenvolvido em relação aos estudos técnicos e acadêmicos disponíveis sobre o setor farmacêutico.

No processo de benchmarking foi identificado que os Estados Unidos têm uma concentração de sua distribuição em três grandes atacadistas, os quais representam 92% do setor e sete grandes varejistas são responsáveis pela dispensação de 72% dos medicamentos ambulatoriais com prescrição. O ponto com maior relevância, contudo, foi em relação ao fluxo financeiro, em que há a participação de agentes externos ao fluxo físico: PBMs (*pharmacy benefit manager*) e planos de saúde. Esses PBMs e planos de saúde têm um papel muito relevante no setor, ao serem responsáveis por 87% do pagamento de medicamentos com prescrição nos Estados Unidos.

A relação entre os membros dos canais de distribuição no fluxo físico do produto e os agentes que fazem parte do fluxo financeiro cria um sistema de comunicação e de negociação diferente do existente no Brasil. Esse modo de distribuição e pagamento de medicamentos ambulatoriais com prescrição foi apresentado aos profissionais do setor farmacêutico brasileiro para a compreensão por parte do pesquisador sobre possíveis oportunidades para o Brasil, com seus respectivos desafios.

O Brasil é um país em que a maior parte do gasto em medicamentos é feito diretamente pelos consumidores finais e esse é o aspecto de maior relevância no entendimento dos entrevistados. O fato de existirem pagadores institucionais em canais de venda, determina uma série de fatores, como o poder de negociação de cada membro dos canais, a definição de quais os principais *stakeholders* com os quais os fabricantes devem se relacionar, o nível de acesso que os consumidores finais têm aos produtos. É papel do fabricante entender o contexto no qual está inserido para realizar uma adequada gestão de canais, tendo como objetivo assegurar que seu consumidor final tenha suas demandas atendidas (KOTLER & KELLER, 2018).

Outro aspecto interessante na distribuição dos Estados Unidos é em relação à verticalização entre membros dos canais. As três maiores redes de farmácias, CVS Health, Walgreens Boots Alliance e Rite Aid atuam também como PBMs, e a Walgreen Boots Alliance tem participação acionária minoritária nas ações da atacadista AmerisourceBergen.

Dentro da categoria de oportunidades, as duas unidades de registro com maior citação foram *integração dos programas disponíveis e foco na saúde do paciente*, com 44 e 38 citações

por parte de todos os entrevistados. Isso demonstra um objetivo claro por parte do setor em entender a necessidade de seu consumidor final para atendê-lo da melhor forma possível. Entender como oferecer cuidados com a saúde e através de quais meios deve fazê-lo, isto é, por quais formas os membros de canais de distribuição de medicamentos devem conectar-se com seu consumidor final.

Dentre as funções de canais descritas por Palmatier *et. al* (2020), as de maior relevância do ponto de vista de diferença entre Estados Unidos e Brasil são as referentes à negociação, financiamento e pagamento. Essas três funções fazem parte do fluxo financeiro e, para uma possível implementação no Brasil da forma de distribuição identificada nos Estados Unidos, seria necessária a transferência delas para um pagador institucional, o plano de saúde. Kotler e Keller (2018) explicam que uma transferência de determinada atividade para algum membro de canal deve ser justificada por algum ganho para o consumidor final. Nas entrevistas, foi comum o entendimento dos profissionais do setor de que esse ganho existiria, porém o maior impactado teria que ter uma mudança estratégica em seu negócio, ou seja, planos de saúde teriam que arcar com um impacto de curto prazo, para colherem, caso os benefícios se confirmassem, um ganho de longo prazo.

6.1 Foco no consumidor final alinhado com as principais unidades de registro

Ao longo das entrevistas, os entrevistados trouxeram alguns exemplos interessantes sobre o que significa ter foco no seu consumidor final, o paciente. Um acompanhamento próximo da saúde do paciente permite que planos de saúde conheçam melhor a condição dos seus beneficiários e, com isso, possam planejar melhor quais gastos terão durante a cobertura daquele plano.

A realização indiscriminada de exames através de planos de saúde mencionada por alguns dos entrevistados, demonstra a importância de uma forma de rastreamento clara e integrada do histórico do paciente. Dessa forma, médicos e demais profissionais da saúde poderiam oferecer um tratamento mais assertivo a seus pacientes. A inclusão de cobertura de medicamentos ambulatoriais com prescrição poderia então ser pensada considerando esse rastreio e integração do histórico do tratamento. *Integração digital*, unidade de registro mencionada pelos entrevistados por 34 vezes, seria uma forma de tornar viável esse acompanhamento próximo dos pacientes. Porém, o desafio seria alcançar uma integração digital entre empresas diversas, como os membros dos canais de distribuição e os agentes envolvidos no fluxo de pagamento, como PBMs e planos de saúde.

Atualmente, existem diversos programas de suporte ao paciente praticados pelo setor em que o elemento de maior destaque é o preço, por conta do fato de que o Brasil é majoritariamente um mercado de desembolso. Os entrevistados apontaram como um fator relevante para o setor uma melhor integração desses programas, em que o foco seria a oferecer aos pacientes o acompanhamento de sua condição de saúde, mencionada acima, e de melhorar sua experiência de compra, o qual foi uma unidade de registro identificada nas entrevistas e teve 31 citações por 7 dos 8 entrevistados. A experiência de compra se refere às informações sobre o tratamento, sobre a eficácia e segurança do medicamento, à clareza sobre qual valor será pago por parte do consumidor final, ao processo de dispensação, entre outros fatores. Essa experiência pode ser também vinculada à consulta médica e prescrição. Alguns entrevistados mencionaram a importância da telemedicina, integrada com a prescrição digital. Novamente, aqui, a integração digital de toda a jornada do paciente (desde a obtenção de informações sobre a doença, passando pela consulta médica, prescrição, dispensação do medicamento na farmácia, até o acompanhamento do tratamento), é um fator de alta importância para o setor farmacêutico.

6.2 Desafios devido à regulação de preços

Como mencionado neste estudo, os Estados Unidos não têm regulação de preços para medicamentos, e isso molda completamente como ocorrem as negociações entre membros dos canais de distribuição e os demais agentes envolvidos. Já no Brasil, a CMED (Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos) define preços máximos a serem praticados entre cada membro envolvido na distribuição de medicamentos. Com isso, temos um contexto bastante diferente dos Estados Unidos em relação às possibilidades de margens de lucro operacional, bem como à clareza para o pagador do medicamento, seja ele pessoa física seja privada, sobre qual será o preço máximo praticado pelo setor.

Neste tema, há opiniões divergentes entre os entrevistados. Os representantes da indústria entendem que qualquer prática de controle de preços é prejudicial para o setor, pois isso limita as margens entre cada membro dos canais de distribuição. Representantes de PBM, porém trazem em suas explicações o fato de que uma regulação de preço máximo permite transparência para todos os membros de canais de distribuição sobre os limites permitidos em cada transação de negociação. Isso inclui o consumidor final, o qual sabe qual será o preço máximo que poderá pagar pelo medicamento. Um dos representantes de PBMs trouxe ainda que há oportunidades de otimizações de margens entre os membros dos canais de distribuição, ou seja, em seu entendimento, a regulação de preços imposta pela CMED não é motivo para que os membros dos canais não possam trabalhar margens adequadas em sua distribuição.

Um ponto interessante mencionado por um dos entrevistados é em relação ao fato de que o modelo praticado pela CMED, preço lista, limita as margens não apenas entre membros dos canais de distribuição em vendas para o setor privado, mas também em vendas para órgãos públicos. O ponto diz respeito ao fato de que, numa venda pública, o que prevalece é o preço negociado com o órgão do governo, o qual toma como ponto de partida o preço máximo definido pela CMED. Ou seja, a parte vendedora em um processo de licitação, dificilmente poderá considerar o preço máximo que lhe é permitido, dado que geralmente o governo exige um processo de negociação com base em disputa de preço.

A possibilidade de otimização das margens entre os membros dos canais, somado ao fato de que existe transparência nos preços máximos praticados, talvez fossem fatores favoráveis para que planos de saúde considerassem a cobertura de medicamentos ambulatoriais com prescrição para seus beneficiários.

6.3 Desafios por questões regulatórias ou por posicionamento estratégico?

Das características identificadas nos Estados Unidos em relação à distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição, os dois fatores de maior relevância para que a dinâmica de mercado de lá seja muito diferente da realizada no Brasil, são a regra de precificação e a regra de cobertura de medicamentos ambulatoriais com prescrição. Conforme já mencionado, os países têm regras opostas: nos Estados Unidos, não há regulação de preço, mas sim há a obrigatoriedade de que planos de saúde ofereçam cobertura de medicamentos ambulatoriais com prescrição. Já no Brasil, a situação é oposta. A CMED determina quais são os preços máximos praticados entre cada membro dos canais de distribuição e a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), determina quais coberturas os planos de saúde devem, obrigatoriamente, oferecer aos seus beneficiários. Nessa inclusão, como visto anteriormente, não há a obrigatoriedade de cobertura de medicamentos ambulatoriais (com ou sua prescrição).

Nas entrevistas, foi comum entre todos os participantes identificar como uma oportunidade para o setor farmacêutico a existência de um pagador institucional para o setor privado. Esse pagador seria o plano de saúde. As unidades de registro *Posicionamento estratégico favorável dos planos de saúde* e *Posicionamento estratégico desfavorável dos planos de saúde*, tiveram 36 e 17 citações por parte dos entrevistados, respectivamente. Todos os participantes entendem que os planos de saúde deveriam ter um acompanhamento mais próximos dos pacientes, com uma visão mais aprofundada sobre seu histórico e, com isso, estrategicamente considerar uma mudança no modelo de negócio ao incorporar a cobertura de

medicamentos ambulatoriais com prescrição independentemente da não exigência por parte da ANS.

Entre os entrevistados, apenas um é representante dos planos de saúde e atua como corretor de seguros de saúde. Teria sido bastante interessante para este estudo se a pesquisa tivesse contado com profissionais atuantes em planos de saúde, para que pudessem também apresentar seu ponto de vista a respeito do posicionamento dos planos em não incluir a cobertura de medicamentos ambulatoriais com prescrição. Como mencionado no capítulo 4, item 4.2.2, profissionais de planos de saúde não aceitaram participar das entrevistas.

É importante que os membros dos canais de distribuição avaliem quais seriam os motivadores do ponto de vista dos planos de saúde, que os fariam ter uma mudança na sua estratégia de atuação em relação às coberturas oferecidas. Essa proximidade seria crucial para eventualmente iniciar um diálogo mais próximo entre fabricantes e planos de saúde. A unidade de registro *Parcerias entre fabricantes e planos de saúde*, a qual teve dezoito citações entre os entrevistados, traz justamente esse ponto. O entrevistado dois inclusive menciona que um pequeno número de planos de saúde atualmente oferece algum tipo de cobertura de medicamento ambulatorial com prescrição. Sem que aqui haja um aprofundamento sobre a atual situação financeira, ou de perspectiva de negócio desses planos de saúde, esses poucos planos que oferecem cobertura de medicamentos ambulatoriais com prescrição demonstram que o modelo identificado no Estados Unidos é possível no Brasil.

Com a alta constante dos custos com medicamentos, e a importância de que pacientes mantenham seus tratamentos de acordo com as orientações médicas, fabricantes e planos de saúde devem pensar em como oferecer maior acesso a seus consumidores finais.

Como contrapartida, um possível impacto negativo a se considerar em ter pagadores institucionais seria a redução e concentração do número de pagadores, tornando as negociações entre fabricantes e planos de saúde, difíceis. Talvez isso pudesse trazer um impacto em custo de planos de saúde para os consumidores finais em longo prazo.

6.4 Propostas de boas práticas

A pesquisa documental e as entrevistas com profissionais do setor apresentaram uma série de oportunidades e seus desafios, os quais foram apresentados no capítulo 5, de análise dos resultados. Porém, sugere-se que as 3 seguintes propostas sejam consideradas como as de maior relevância entre todas as verificadas neste estudo:

6.4.1 Proximidade entre fabricantes e planos de saúde

Ficou claro ao longo das entrevistas a relevância dos planos de saúde para o aprimoramento da distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição. Inclusive, tendo como referência o modelo americano de distribuição, os entrevistados puderam contribuir com sua visão a respeito do tema, reforçando que planos de saúde e fabricantes tem uma grande oportunidade caso unam forças para a busca de um melhor atendimento das necessidades de seus consumidores finais.

Recomenda-se uma compreensão mais ampla por parte dos fabricantes em relação aos planos de saúde sobre os motivadores de negócio para o fato de que, atualmente, não exista cobertura de medicamentos por parte da maioria dos planos, e avaliação por meio de estudos de *farmacoeconomia* do potencial da proposta sugerida neste item. Haveria um impacto imediato para os planos de saúde caso a ANS passasse a exigir a cobertura de medicamentos ambulatoriais com prescrição e os benefícios identificados nesta pesquisa para esse tipo de cobertura aparentam ser de longo prazo. Um alinhamento de propósito entre fabricantes e planos de saúde traria maior facilidade nesse diálogo e isso permitiria a busca de integração dos programas de suporte ao paciente disponíveis.

Além disso, é recomendável que fabricantes se aproximem também dos pagadores dos planos de saúde. Atualmente, 69% dos beneficiários de planos privados de saúde fazem parte de planos empresariais (ANS, 2022). Compreender qual seria o ponto de vista de empresas em relação a cobertura de medicamentos ambulatoriais com prescrição por parte de planos de saúde, considerando o impacto de curto prazo em custos, porém apresentando o ganho de longo prazo na saúde dos pacientes, em outras palavras, dos funcionários desses empregadores.

Talvez um foco em doenças crônicas, cuja necessidade de tratamento é longa ou até mesmo por toda a vida do paciente, fosse um bom ponto de partida. Todos os envolvidos poderiam avaliar como seria o funcionamento de um sistema em que fabricantes, varejistas e planos de saúde buscariam meios de compreender melhor a saúde dos seus pacientes, através de integração de planos já existentes e tendo os planos como pagadores institucionais dos medicamentos. Essa mudança, obviamente, requereria uma alteração econômica, em que haveria uma migração da fonte pagadora, que, atualmente, é o próprio consumidor final para os pagadores de planos de saúde.

6.4.2 Integração dos programas disponíveis com foco no paciente

Existem diversos programas atualmente no Brasil que são oferecidos aos consumidores de medicamentos ambulatoriais com prescrição. Questões como orientação sobre o tratamento,

ou redução de preço são geralmente o foco desses programas. Uma recomendação identificada nesta pesquisa é que fabricantes entendam quais são todos os programas oferecidos para seus produtos por parte dos demais membros dos canais de distribuição, mais especificamente, varejistas e até mesmo planos de saúde, quando aplicável, e busquem uma integração desses programas para facilitar a experiência de compra e assegurar uma orientação assertiva para os consumidores finais.

Foi identificado nas entrevistas que em algumas situações, os programas de suporte ao paciente oferecidos por varejistas podem concorrer diretamente com os oferecidos pelos fabricantes, em especial quando o programa trata apenas de descontos. Palmatier *et. al* (2020), utilizam o termo *Capitão do canal*, referindo-se ao membro que tem o maior interesse em assegurar um funcionamento adequado daquela distribuição, com adequada conexão entre os membros. Logo, recomenda-se a fabricantes que busquem meios de evitar que programas que visam beneficiar seus consumidores finais, independentemente de sua origem, ou seja, qual membro de canal o desenvolveu, concorram no momento de uma venda.

Uma prática identificada nos Estados Unidos para alguns medicamentos ambulatoriais com prescrição é um site da marca do produto que dá orientações claras sobre todas as possíveis formas de redução do custo do medicamento, independentemente de qual a fonte pagadora de cada parcela de um eventual desconto. A adoção desse modelo de comunicação com o consumidor final é recomendada, seguindo-se as orientações e respeitando-se as regras sanitárias da ANVISA.

6.4.3 Integração digital

A integração digital é um dos elementos mais críticos para que os membros dos canais de distribuição e demais agentes (especialmente planos de saúde e PBMs) possam avaliar sua eficácia no modo em que atendem a seus consumidores finais. Apesar de estarmos na era digital, os entrevistados apresentaram este tema como pouco desenvolvido por conta da falta de dados e de informações em algumas áreas, como histórico integrado dos tratamentos e uso de medicamentos por parte de pacientes, dados que demonstrem os impactos positivos de uma manutenção adequada de tratamento, dados sobre comorbidades existentes em um grupo de pessoas que fazem parte de determinado plano de saúde etc. Esse tipo de integração digital requer um olhar bastante amplo sobre o setor, que vai além da preocupação individual de um determinado plano de saúde. Uma preocupação apresentada pelos entrevistados que, segundo eles, é comumente dita por planos de saúde, é o risco de movimentação de beneficiário de algum plano de saúde para algum outro, fazendo com que os investimentos realizados se percam. Os

entrevistados, porém, também concordam que esse tipo de iniciativa, se aplicada por todo o setor, ou por sua maioria, trará, conseqüentemente, impactos positivos para todos os envolvidos.

Outra integração digital que é vista como uma oportunidade de melhoria no Brasil é a integração de prescrição digital com os varejistas, seja através de vendas em lojas físicas ou de forma on-line, ou por canais de venda *Omnichannel*. A prescrição digital requer integração com médicos e farmácias, logo, trata-se de uma iniciativa que vai além do alcance de um gestor de canal de distribuição, seja ele pertencente a qualquer membro de canal. Este tipo de iniciativa requer envolvimento de representantes do setor, como associações, por exemplo, para compreensão dos limites regulatórios e possibilidades de integração. É recomendado que fabricantes e varejistas inicialmente se aprofundem nos dados gerados por meio da jornada de compra pela qual um paciente passa, buscando meios de gerar informações relevantes sobre seus hábitos, suas necessidades etc. A utilização de informações relevantes pode auxiliar fabricantes e varejistas para o melhor atendimento das necessidades dos consumidores finais.

Nas entrevistas, foi identificado, em especial com os representantes de PBMs, que temos meios atualmente no Brasil para melhorar essa integração digital. O que foi apresentado pelos entrevistados como ponto necessário de partida, é uma atuação de liderança por parte dos fabricantes para que essas integrações sejam mais bem compreendidas e implementadas.

6.4.4 Síntese das propostas de boas práticas

Em resumo, o quadro abaixo sintetiza as recomendações apresentadas neste capítulo, para facilitar a leitura das propostas de boas práticas identificadas na pesquisa documental e na análise das entrevistas com os profissionais do setor.

Quadro 13 – Boas práticas identificadas na pesquisa

Proposta	Item	Detalhamento	Membros envolvidos
1. Proximidade entre fabricantes e planos de saúde	1.1	Compreensão por parte dos fabricantes em relação aos planos de saúde, no que diz respeito aos motivadores para que não ofereçam cobertura de medicamentos ambulatoriais com prescrição aos seus beneficiários.	Fabricantes e planos de saúde
	1.2	Estudos de <i>farmacoeconomia</i> para avaliação de benefícios potenciais da existência de cobertura de medicamentos ambulatoriais com prescrição por parte de planos de saúde.	Fabricantes e planos de saúde

	1.3	Aproximação dos fabricantes aos pagadores de planos de saúde, em especial, empregadores que contratam os planos para seus funcionários.	Fabricantes e planos de saúde
	1.4	Busca de parcerias por parte de fabricantes com planos de saúde para medicamentos de doenças crônicas, pelo menos em um primeiro momento, como forma de avaliar o potencial da proposta.	Fabricantes e planos de saúde
2. Integração dos programas disponíveis com foco no paciente	2.1	Identificação, por parte dos fabricantes, de todos os programas oferecidos para seus produtos entre os membros dos canais de distribuição. O objetivo seria buscar uma integração desses programas para facilitar a experiência de compra e assertividade na orientação dada aos consumidores finais.	Fabricantes
	2.2	Criação de site sobre determinado medicamento ambulatorial com prescrição com uma orientação completa sobre todas as possíveis redução de custo, bem como orientação em relação ao tratamento, respeitando-se as regras sanitárias impostas pela ANVISA.	Fabricantes
3. Integração digital	3.1	Integração por parte de planos de saúde de dados de um paciente (consumidor final) sobre seu histórico de tratamento e utilização de medicamentos.	Planos de saúde
	3.2	Integração de prescrição digital com pontos de dispensação (farmácias) de lojas físicas ou virtuais.	Planos de saúde, PBMs e varejistas
	3.3	Aprofundamento nos dados gerados por meio da jornada de compra para o melhor atendimento das necessidades dos consumidores finais.	Fabricantes, PBMs e varejistas

Fonte: (Elaborado pelo autor)

As propostas de boas práticas apresentadas neste estudo são recomendações identificadas na pesquisa documental e nas entrevistas com profissionais do setor. Não é objetivo deste estudo, porém, apresentar meios detalhados de implementação, visto que sua complexidade pode variar dependendo do nível de maturidade das empresas envolvidas, bem como do interesse dos gestores em que implementações como essas sejam realizadas. O pesquisador entende que as propostas apresentadas são factíveis, porém requerem empenho, dedicação e priorização para implementações bem-sucedidas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como questão de pesquisa entender se há formas de melhorar a distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição no Brasil. Para sua realização, foi feito um *benchmarking* com a distribuição desse tipo de medicamento nos Estados Unidos e também entrevistas semiestruturadas com profissionais do setor farmacêutico brasileiro. Definiu-se como objetivo deste trabalho indicar alternativas de melhorias na distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição no Brasil, tendo como referência as práticas identificadas nos Estados Unidos.

7.1 Principais resultados encontrados na pesquisa de campo

Na etapa inicial do estudo, a pesquisa documental nos Estados Unidos trouxe achados interessantes sobre o fluxo financeiro, demonstrando a maior diferença entre Brasil e Estados Unidos: o papel do pagador institucional. Medicamentos ambulatoriais com prescrição no Brasil têm um mercado privado altamente concentrado em desembolso, dependente do consumidor final. Já nos Estados Unidos, a situação é inversa, tendo as seguradoras de saúde (planos de saúde) como principal pagador. Outros aspectos ligados à logística dos medicamentos não trouxeram tanta relevância para este estudo, tendo em vista o objetivo comparativo entre os países e a busca por proposta de boas práticas a serem sugeridas para implementação no Brasil.

O pesquisador apresentou aos oito entrevistados um material que descreve a distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição nos Estados Unidos, com foco no fluxo financeiro, demonstrando a dinâmica de relação entre os membros dos canais de distribuição, os planos de saúde e os PBMs (*Pharmacy benefit manager*). A pesquisa documental sobre a distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição no Brasil foi bastante limitada devido à pouca quantidade de informação disponível em estudos acadêmicos ou artigos não acadêmicos. O estudo contou, portanto, com a experiência dos profissionais entrevistados e seu conhecimento em relação à distribuição brasileira. Esses profissionais puderam avaliar quais seriam as oportunidades e desafios para os achados da pesquisa documental daquele país.

Esta pesquisa demonstrou que os representantes entrevistados têm em comum um foco claro no consumidor final, apontando para oportunidades de melhor atuação em conjunto entre diversos integrantes do setor farmacêutico em relação ao fluxo financeiro envolvido na distribuição de medicamentos. Na análise de conteúdo das entrevistas, foram identificadas as seguintes oportunidades e desafios:

Tabela 3

Unidades de contexto	Oportunidades	Desafios
Aspectos financeiros	● Oportunidades financeiras	● Impacto financeiro
	● Otimização de margens	● Limitação de margens por conta da CMED
	● Referência internacional de preços	● Olhar de curto prazo
Foco no paciente	● Coparticipação para uso consciente	● Migração do beneficiário-paciente para outro programa
	● Experiência de compra	● Uso indiscriminado de medicamento
	● Foco na saúde do paciente	
Gestão de canais de distribuição e programas de suporte ao paciente	● Gestão de canal com o uso de PBM	● Integração de programas disponíveis
	● Integração de programas disponíveis	● Práticas diferentes de descontos entre varejistas
	● Integração digital	
	● Proposta de novo modelo	
Visão estratégica	● Aumento de investimento no modelo de reembolso	● Impedimento regulatório: ANS
	● Movimento do setor favorável a cobertura	● Posicionamento estratégico desfavorável dos planos de saúde
	● Parceria entre Fabricantes e Seguradoras	
	● Posicionamento estratégico favorável dos planos de saúde	

Com a utilização da técnica de análise de conteúdo, as propostas apresentadas por este estudo podem ser resumidas nas 3 citadas abaixo:

1. Proximidade entre fabricantes e planos de saúde, para compreender mais profundamente como os planos de saúde poderiam tornar-se pagadores institucionais de medicamentos ambulatoriais com prescrição de forma mais abrangente. Neste item, recomenda-se aos fabricantes compreender os motivadores para a posição atual dos planos de saúde em não oferecerem cobertura de medicamentos ambulatoriais com prescrição. Além disso, o estudo também identificou a necessidade de estudo de *farmacoeconomia* para avaliação dos benefícios potenciais da existência de pagador institucional de medicamentos ambulatoriais com prescrição;
2. Integração dos diversos programas de suporte ou desconto para consumidores finais, tendo como objetivo orientar melhor o consumidor final quanto ao medicamento em relação ao tratamento, preço, formas de reembolso, caso aplicável;

3. Integração digital, em que se propõe que membros dos canais de distribuição e agentes envolvidos, como planos de saúde e PBMs, busquem meios de integrar os dados dos consumidores finais para auxiliar o setor a entender questões como custo de tratamento de um paciente, relação entre prevenção versus complicações médicas que possam eventualmente levar às internações, integração de histórico de pacientes para facilitar a compreensão sobre exames e uso de medicamentos. Além disso, o estudo também identificou como oportunidade a busca por integração de prescrição digital com pontos de dispensação (farmácias), para facilitação da venda de medicamentos aos consumidores finais.

7.2 Limitações da pesquisa e sugestões para estudos futuros

Este estudo possui algumas limitações, como o fato de que as propostas de boas práticas apresentadas terem sido realizadas com base nos achados da pesquisa documental sobre os Estados Unidos e na experiência dos entrevistados. Isso pode gerar vieses com base nas vivências de cada um dos entrevistados. Outra limitação ocorre devido a não realização de entrevistas com profissionais de atuação em empresas de planos de saúde. Três profissionais foram abordados, mas recusaram-se a participar do estudo. O estudo, porém, contou com a experiência de um profissional de corretora de saúde para que fosse feita a representação de planos de saúde nas entrevistas.

Recomenda-se que estudos futuros avaliem a viabilidade prática de implementação das propostas apresentadas, com o intuito de verificar sua efetiva contribuição para o setor farmacêutico. Outra recomendação é em relação aos estudos dos canais de distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição exclusivamente no Brasil para ampliação do conhecimento de domínio público neste país. Verificou-se por parte do pesquisador que estudos sobre a distribuição de medicamentos no Brasil é bastante limitada. O setor tem uma relevância inquestionável para a sociedade e economia e certamente um aprimoramento do conhecimento seria de suma importância para a academia e corporações com fins lucrativos.

Uma terceira recomendação é que estudos comparativos com países com algumas similaridades ao Brasil sejam realizados. Similaridades como tamanho da população, PIB, renda per capita, países em desenvolvimento etc.

7.3 Considerações finais

O setor farmacêutico tem um alto nível de complexidade por diversos fatores, como a regulamentação sanitária, nível de criticidade para a sociedade, disparidade de conhecimento entre fabricantes e consumidores finais, dependência de profissionais habilitados para a escolha do medicamento adequado ao tratamento. Além disso, a precificação de medicamentos define alguns aspectos extremamente relevantes como quais agentes envolvidos em negociação e fluxo financeiro são presentes em cada país, custo financeiro para o setor privado e público etc. Compreender esse contexto diverso é de suma importância para que profissionais administradores do setor possam definir a melhor estratégia para que seus produtos cheguem aos consumidores finais em prazo, custo, forma e quantidade adequados.

Este estudo pôde contribuir com informações relevantes sobre o país que representa aproximadamente 50% do faturamento do setor farmacêutico global, os Estados Unidos, e com considerações e recomendações de profissionais qualificados atuantes no mercado brasileiro, para que se busquem formas de melhorar a distribuição de medicamentos ambulatoriais com prescrição no Brasil.

As propostas apresentadas no capítulo 6 cobrem as oportunidades de maior relevância identificadas neste estudo, e certamente são um passo inicial viável e factível para a busca de aprimoramento do setor farmacêutico brasileiro.

8 REFERÊNCIAS

- ABRAFARMA. (3 de June de 2021). *Abrafarma*. Fonte: Abrafarma: <https://www.abrafarma.com.br/>
- ANGONESI, D. (2007). *Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup), 629-640.
- ANMAT. (6 de June de 2021). *Ministerio de Salud*. Fonte: Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica: <http://www.anmat.gov.ar/webanmat/institucional/organizada.asp>
- ANS. (20 de 09 de 2022). *Dados gerais*. Fonte: ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>
- ANVISA. (2019). *Farmacopeia Brasileira*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- ANVISA. (6 de June de 2021). *Agência Nacional de Vigilância Sanitária*. Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/institucional>
- Associação Brasileira de Operadoras de Medicamentos. (05 de Outubro de 2022). *O que são planos de medicamentos?* Fonte: PBMA Associadas: <http://pbma.com.br/oque-planos-de-medicamentos/>
- BARDIN, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Almedina Brasil.
- BELLIN, H. (2006). *Best Practice Channel Management: The Channel Management Framework*. *Journal of Marketing Channels*, 117-127.
- BELLIN, H. (2016). Which Marketing Channel Is Right for Your Company? *Journal of Marketing Channels*, 157-161.
- BERNDT, E. R., & NEWHOUSE, J. P. (2010). Pricing and Reimbursement in U.S. Pharmaceutical Markets. *National Bureau of Economic Research*. doi:10.3386/w16297
- BRASIL. (1998). Lei n. 9.656 de 3 de Junho de 1998. Brasília: Presidência da República. Casa Civil.

- BRASIL. (2001). *Política Nacional de Medicamentos*. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2003). Lei n. 10.742, de 6 de Outubro de 2003. Brasília: Presidência da República. Casa Civil.
- Bulik, B. S. (19 de Julho de 2021). *Doctors in New Zealand—the only non-U.S. country that allows DTC advertising—call for bans*. Fonte: Fierce Pharma: <https://www.fiercepharma.com/marketing/doctors-new-zealand-only-other-country-allows-dtc-advertising-hate-it-too>
- Camp, R. C. (1995). *Business Process Benchmarking: Finding and Implementing Best Practices*. Milwaukee, WI: ASQC Quality Press.
- CAMP, R. C. (1998). *Benchmarking. O caminho da qualidade total*. São Paulo: Pioneira.
- CAMPBELL, J. J. (2008). *Understanding pharma. The professional's guide to how pharmaceutical and biotech companies really work*. Raleigh, NC: Pharmaceutical Institute.
- CBO. (2021). *Research and development in the pharmaceutical industry*. Washington, DC: Congressional Budget Office.
- CFF. (3 de Junho de 2021). *Conselho Federal de Farmácia*. Fonte: Conselho Federal de Farmácia: <https://www.cff.org.br/pagina.php?id=801&menu=801&titulo=Dados+2020>
- CFM. (2009). DESPACHO – SJ Nº 347/2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina.
- CMED. (6 de June de 2021). *Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED Preços de medicamentos*. Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed/precos>
- COFEPRIS. (6 de June de 2021). *Gobierno de México*. Fonte: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios: <https://www.gob.mx/cofepris/que-hacemos>
- Costa e Silva, S., Martins, C. C., & Souza, J. M. (2019). Omnichannel approach: Factors affecting consumer acceptance. *Journal of Marketing Channels*, 73-84.

- Coughlan, A. T., Anderson, E., Stern, L. W., & El-Ansary, A. I. (2006). *Marketing Channels* (Seventh ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- CRESWELL, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto* (3a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- DELOITTE. (2019). *The role of distributors in the US health care industry*. New York: Deloitte.
- EFPIA. (2020). *The Pharmaceutical Industry in Figures*. Brussels: EFPIA.
- EGER, S., & MAHLICH, J. C. (2014). Pharmaceutical regulation in Europe and its impact on corporate R&D. *Health Economics Review*, 4:23.
- FDA. (26 de 12 de 2021). *Consumer-Directed Broadcast Advertisements. Guidance for Industry*. Fonte: U.S. Food & Drug Administration: <https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/consumer-directed-broadcast-advertisements>
- FDA. (6 de June de 2021). *U.S. Food & Drug Administration*. Fonte: United States Government: <https://www.fda.gov/about-fda/what-we-do>
- FEIN, A. J. (18 de Julho de 2021). *The Big Three Wholesalers: Revenues and Channel Share Up, Profits Down*. Fonte: Drug Channels: <https://www.drugchannels.net/2019/10/the-big-three-wholesalers-revenues-and.html>
- FEIN, A. J. (2022). *The 2022 Economic Report on U.S. Pharmacies and Pharmacy Benefit Managers*. Philadelphia: Drug Channels Institute.
- FILSON, D. (2012). A Markov-perfect equilibrium model of the impacts of price controls on the performance of the pharmaceutical industry. *The RAND Journal of Economics*, Vol. 43, No. 1, pp. 110-138.
- Guttentag, S. (21 de Juho de 2021). *Survey: More Americans Are Uninsured Compared to Last Year, and Prescription Medication Coverage Hasn't Improved*. Fonte: Good RX: <https://www.goodrx.com/blog/survey-more-americans-uninsured-compared-to-last-year/>

- HEALTH INSURANCE. (22 de 4 de 2022). *Employer-sponsored health plans*. Fonte: Health Insurance: <https://www.healthinsurance.org/glossary/employer-sponsored-health-plans/>
- HEALTHLINE. (22 de 04 de 2022). *Understanding Medicare Out-of-Pocket Maximums*. Fonte: Healthline: <https://www.healthline.com/health/medicare/medicare-drug-list>
- IBGE. (2019). *Conta-satélite de saúde : Brasil : 2010-2017*. Rio de Janeiro: IBGE.
- IBGE. (3 de June de 2021). Fonte: IBGE: <https://www.ibge.gov.br/explica/pib.php>
- INTERFARMA. (2020). *Guia 2020 Interfarma*. São Paulo: INTERFARMA.
- IQVIA. (2020). *Medicine Spending and Affordability in the United States*. Parsippany: IQVIA.
- IQVIA. (18 de Julho de 2021). *Free Market Insights: Most Powerful Pharmacies*. Fonte: OneKey by IQVIA: <https://www.onekeydata.com/reports/most-powerful-pharmacies>
- KAKKAR, A. K. (2021). Pharmaceutical price regulation and its impact on drug innovation: mitigating the trade-offs. *Expert Opinion on Therapeutic Patents*, 189-192.
- KEYHANI, S., WANG, S., HEBERT, P., CARPENTER, D., & ANDERSON, G. (2010). US Pharmaceutical Innovation in an International Context. *American Journal of Public Health*, 1075-1080.
- KFF. (22 de 4 de 2022). *Health Insurance Coverage of the Total Population*. Fonte: Kaiser Family Foundation: <https://www.kff.org/other/state-indicator/total-population>
- KOTLER, P., & KELLER, K. L. (2018). *Administração de Marketing* (15a ed.). São Paulo: Pearson Education do Brasil.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. d. (2017). *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas.
- MAXWELL, J. A. (2013). *Qualitative research design: an interactive approach* (3rd ed.). Thousand oaks: Sage.
- Medicaid. (22 de 4 de 2022). *Medicaid eligibiliy*. Fonte: Medicaid: <https://www.medicaid.gov/medicaid/eligibility/index.html>

- MEDICARE. (05 de Março de 2022). *Medicare*. Fonte: Parts of Medicare: <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/medicare-basics/parts-of-medicare>
- Mikulic, M. (03 de June de 2021). *Statista GmbH*. Fonte: Statista: <https://www.statista.com/topics/1764/global-pharmaceutical-industry/>
- NASP. (07 de January de 2021). *What is Specialty Pharmacy?* Fonte: National Association of Specialty Pharmacy: <https://naspnet.org/wp-content/uploads/2019/08/What-Is-Specialty-Pharmacy-090718.pdf>
- New Zealand Ministry of Health. (26 de 12 de 2021). *Medicines Act 1981*. Fonte: New Zealand Legislation: <https://www.legislation.govt.nz/act/public/1981/0118/latest/DLM53790.html>
- Nielsen, F. A., Olivo, R. L., & Morilhas, L. J. (2017). *Guia prático para elaboração de monografias, dissertações e teses em administração*. São Paulo: Saraiva.
- PALMATIER, R. W., SIVADAS, E., STERN, L. W., & EL-ANSARY, A. I. (2020). *Marketing Channel Strategy: An Omni-Channel Approach* (Ninth ed.). New York: Routledge.
- PCMA. (November de 2011). *How Copay Coupons Could Raise Prescription Drug Costs By \$32 Billion Over the Next Decade*. Fonte: Pharmaceutical Care Management Association: <https://www.pcmanet.org/wp-content/uploads/2016/08/pr-dated-07-14-12-visante-copay-coupon-study.pdf>
- PCMA. (27 de 4 de 2022). *The Value of PBMs*. Fonte: PCMA: <https://www.pcmanet.org/value-of-pbms/>
- ROSEMBLOOM, B. (2014). *Canais de Marketing. Uma visão gerencial*. São Paulo: Cengage Learning.
- ROSENBLOOM, B. (2013). Functions and Institutions: The Roots and the Future of Marketing Channels. *Journal of Marketing Channels*, 191-203.
- SCMED. (2021). *Anuário Estatístico do Mercado Farmacêutico*. Brasília: Secretaria Executiva da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos.

- SEIDMAN, I. (2006). *Interviewing as qualitative research : a guide for researchers in education and the social sciences* (3rd ed.). New York, NY: Teachers College, Columbia University.
- Sindusfarma. (3 de June de 2021). *Sindusfarma*. Fonte: Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos: <https://sindusfarma.org.br/mercado/indicadores-economicos>
- Social Security. (06 de 05 de 2022). *Use of average sales price payment methodology*. Fonte: Compilation Of The Social Security Laws: https://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1847A.htm
- STATISTA . (7 de June de 2021). *Distribution of the total global pharmaceutical market sales from 2014 to 2020, by submarket*. Fonte: Statista: <https://www.statista.com/statistics/266547/total-value-of-world-pharmaceutical-market-by-submarket-since-2006/>
- STATISTA. (03 de 06 de 2021). *Pharmaceutical industry in Brazil - Statistics & Facts*. Fonte: STATISTA: <https://www.statista.com/topics/5107/pharmaceutical-industry-in-brazil/>
- STATISTA. (20 de Julho de 2021). *Total global spending on pharmaceutical research and development from 2012 to 2026*. Fonte: Statista: <https://www.statista.com/statistics/309466/global-r-and-d-expenditure-for-pharmaceuticals/>
- STATISTA. (22 de 4 de 2022). *Market share of leading health insurance companies in the United States in 2020, by direct premiums written*. Fonte: Statista: <https://www.statista.com/statistics/216518/leading-us-health-insurance-groups-in-the-us/>
- The Patient Protection and Affordable Care Act. (2010). *42 USC 18001 note*.
- Ventola, C. L. (2011). Direct-to-Consumer Pharmaceutical Advertising: Therapeutic or Toxic? *P & T : a peer-reviewed journal for formulary management*, pp. 669-684.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (7 de November de 2003). *WHO Policy Perspectives on Medicines*. Fonte: Issue No. 7 - Effective medicines regulation: ensuring safety, efficacy and quality: http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_EDM_2003.2.pdf?ua=1

YIN, R. K. (2016). *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Porto Alegre: Penso.

Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: design and methods* (Sixth ed.). Los Angeles: SAGE.

APÊNDICE A

Roteiro de entrevista apresentado aos profissionais entrevistados do setor farmacêutico.

1. *Quais desafios e oportunidades você identifica para o Brasil no desenvolvimento de um sistema similar ao dos Estados Unidos [previamente apresentado] em relação à forma de pagamento de medicamentos ambulatoriais com prescrição? (medicamentos ambulatoriais com prescrição pagos pelas seguradoras, descontos negociados por PBMs e utilização de cupons e cartões de desconto para a parte cujo pagamento é feito pelos consumidores finais).*
2. *O fato de que no Brasil a CMED define o preço fábrica e preço máximo ao consumidor, facilitaria uma possível implementação de um sistema similar ao dos Estados Unidos, em que seguradoras teriam o papel de pagadoras e PBMs fariam a intermediação dos fluxos financeiros?*