

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA (FSP-USP)
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ECONOMIA E GESTÃO EM SAÚDE –
TURMA 2021-22

**Novas formas de pagamento para medicamentos de alto custo nos sistemas
de saúde suplementar: uma revisão integrativa da literatura**

Luana Cristina Gomes Retuci¹

Samara Jamile Mendes²

- 1- Discente, especialização em Economia e gestão da saúde, Universidade de São Paulo, SP, Brasil
- 2- Docente, especialização em Economia e gestão da saúde, Universidade de São Paulo, SP, Brasil

Resumo:

O sistema de saúde brasileiro é sedimentado pela premissa da Constituição Federal de 1988, há diferentes maneiras de acessar a saúde, seja via subsetor público, privado ou de saúde suplementar. Em Agosto de 2021 estimava-se que 22,1% da população brasileira possuía acesso a saúde suplementar. A sustentabilidade da saúde suplementar precisa ser debatida visto a decretação de falência de algumas operadoras nos últimos anos, a entrada de novas tecnologias que possuem o objetivo de contribuir com a vida de pacientes e em contrapartida podem se tornar tecnologias onerosas para as operadoras de saúde. Esse trabalho realiza uma revisão integrativa da literatura científica sobre novas formas de pagamento de medicamentos de alto custo e foram definidos três temas principais: paciente/pagador de saúde, pagador de saúde/indústria farmacêutica e acordos ou políticas como alternativas de acesso aos medicamentos de alto custo e alternativas para sustentabilidade da saúde suplementar no Brasil.

Palavras – chave: Saúde Suplementar; Sistemas de Saúde; Financiamento da Assistência à Saúde; Tecnologia de Alto Custo; Medicamento; Acesso a Medicamentos Essenciais e Tecnologias em Saúde; Custos de Medicamentos

Introdução:

O sistema de saúde no Brasil é sedimentado na premissa da Constituição Federal de 1988, que expressa a saúde como um direito de todos os brasileiros, cabendo ao Estado cuidar da assistência pública, da edição de normas de proteção à saúde e da prestação de assistência médica e hospitalar mediante políticas sociais e econômicas (BRASIL, 2007 apud PIETROBON, 2008).

Concretamente, no Brasil, há diferentes formas de acesso a assistência. O subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o subsetor privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais. Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, dependendo das formas de acesso e as condições de ou de sua capacidade de pagamento (PAIM, 2011).

O SUS, foi regulamentado pela Lei no 8.080/1990 que, dentre outras ações, estabeleceu que o SUS deveria ser estruturado de forma a garantir assistência terapêutica integral, inclusive assistência farmacêutica (BRASIL, 2000 apud PUBLIO, 2014).

A livre iniciativa privada a assistência à saúde é estabelecida pela Constituição de 1988, através do artigo 199, e dedica parágrafos à regulação das relações entre o público e o privado no sistema de saúde (BAHIA, 2009). Em face do caráter de complementaridade a Lei no 9.656, publicada em 1998, regulamenta os planos privados de saúde no Brasil e estabelece regras ao funcionamento da saúde suplementar (PUBLIO et al., 2014).

Segundo Oliveira et al, 2007, é cada vez maior a procura por serviços de saúde ofertados pelos planos privados. O número de beneficiários de planos de saúde no Brasil atingiu 48.446.444 beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares em agosto de 2021, apresentando uma variação do número de beneficiários no período de Mai/21 a Ago/21 (3 meses): 0,6%, 302.650 vínculos a mais; e variação de Ago/20

a Ago/21 (12 meses): 3,3%, 1.544.805 vínculos a mais. Caracterizando a taxa de cobertura nacional (Ago/21): 22,7% (NAB, 2021). Em complemento a esse cenário, a entrada no mercado de novos medicamentos e tecnologias afeta a sociedade e todos os pacientes que aguardam por uma melhoria de qualidade de vida e ganho de sobrevida, pois cria uma pressão sobre o sistema de saúde pela incorporação desses medicamentos, resultando em também pressões as operadoras e planos de saúde (VIEIRA, 2018 apud AREIAS; CARVALHO, 2021).

Há diversas definições para medicamentos de alto custo. Uma das propostas diz que medicamentos de alto custo são aqueles cujo valor unitário mensal esteja acima de um salário mínimo, ou medicamentos de uso crônico indicado para doenças muito prevalentes (acima de 1% da população) cujo custo mensal seja superior a um terço de um salário mínimo (BRASIL,2002 apud SOUZA, 2010) e sua aquisição constitui uma grande carga para o financiamento do sistema de saúde e/ou gasto do bolso de famílias e indivíduos (OPAS, 2009).

A importância dessa pauta se instala em diversos fatores entre eles a qualidade dos serviços oferecidos e os gastos individuais com os planos de saúde suplementar. Ainda nesse cenário é visualizado questões importantes, como características demográficas, como o envelhecimento da população, o que importa maior demanda por cuidados de saúde e a sobre utilização de serviços quando da existência de um contrato de saúde (LAYTON e MCGUIRE e VAN, 2017; AREIAS e CARVALHO, 2021).

A sustentabilidade da saúde suplementar brasileira tem sido debatida com frequência, dado que o número de operadoras diminuiu consideravelmente nos últimos anos após decretações de falência (AREIAS e CARVALHO, 2021).

Nesse sentido, novas formas de pagamento, como mecanismos de transferência de risco vem apresentam-se como opções para mitigação de perdas financeiras e proteção patrimonial. O resseguro é um deles, mas, devido a entendimentos legais, sua adoção restringe-se a sociedades securitárias - referente à contratação do seguro - desde 2009, sendo vedada contratação por operadoras com outras naturezas, como cooperativas, autogestão e filantrópicas (AREIAS; CARVALHO, 2021). Outro mecanismo são os acordos de compartilhamento de riscos

ou risk sharing agreements (RSA) como alternativa de análise e incorporação de novas drogas pelas operadoras de saúde (HAUEGEN, 2014).

Visto a importância dessa temática e o quanto essa pauta pode impactar tanto os beneficiários, como o sistema de saúde brasileiro, o objetivo dessa revisão sistemática é analisar novos modelos de pagamento de medicamentos de alto custo na saúde suplementar.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada a partir das bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde Pública – BVS e SCIELO. A definição de descritores para a busca foi realizada a partir da pergunta de pesquisa: O que a literatura científica apresenta sobre as novas formas de pagamento para medicamentos de alto custo nos sistemas de saúde suplementar? A busca bibliográfica baseou-se na técnica de funil, combinando-se diversos descritores relacionados ao tema e utilizando-se as sintaxes necessárias para refinar a busca.

A composição sintática realizada do tema parte da compreensão de três eixos temáticos, identificados a partir da pergunta da pesquisa, quais sejam: I. Pagamento, Financiamento e Orçamentos II. Alto custo e Medicamento III. Saúde suplementar e Sistemas de saúde. Para cada um deles foram buscados descritores específicos na plataforma DeCS - Descritores em ciências da saúde, verificando a aplicabilidade a partir das respectivas definições e utilizando pré-buscas, descritas no quadro 1.

Quadro 1: Descritores e sinônimos segundo seu eixo.

Eixo	Descritor	Sinônimo
Fenômeno	Pagamento	Gastos em Saúde; Planos de Pré-Pagamento em Saúde; Reembolso de Seguro de Saúde; Remuneração; Financiamento da Assistência à Saúde; Orçamentos.
População	Alto Custo	Tecnologia de Alto Custo; Medicamento; Acesso a Medicamentos Essenciais e Tecnologias em Saúde; Custos de Medicamentos; Preço de Medicamento; Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
Contexto	Saúde Suplementar	Saúde Suplementar; Sistemas de Saúde.

Para que as buscas abrangessem todos os descritores relevantes foram compostas sintaxes com os operadores booleanos “OR” e “AND”, conforme detalhado a seguir:

I. A primeira busca é composta pelo levantamento utilizando a combinação dos três termos: Fenômeno “AND” População “AND” Contexto (A) “OR” Contexto (B). Todos os itens ou palavras chaves foram utilizados em diferentes combinações, somando 2.664 publicações na BVS e 85 publicações na Scielo, totalizando 2.749 publicações.

II. Após o último levantamento foi verificada as combinações que mais se assemelhavam ao tema e melhor podiam traduzir a ideia da revisão e foram excluídas algumas combinações de termos. Foram obtidos como resultado 2.664 publicações entre as duas bases de dados.

III. Por fim, a sintaxe utilizando o operador booleano “AND” entre todos os termos obteve 12 publicações na BVS e 0 na Scielo.

A seleção de artigos científicos foi iniciada com a identificação de 2.676 publicações, sendo 609 publicações excluídas por repetição, utilizando o software Zotero, resultando em 2067 publicações que foram revisadas com os filtros: ano (2010), idioma (inglês, português e espanhol), tipo de estudo e títulos em branco, totalizando 383 artigos para serem avaliados por título. Os critérios de inclusão e exclusão utilizados foram:

Critérios de exclusão:

- Análises sobre medicamentos e/ou classes terapêuticas e/ou patologias e/ou outras tecnológicas específicas comparativas entre elas ou não, em populações específicas ou não;
- Análises sobre o cenário de judicialização, seja regionalmente, nacionalmente ou internacionalmente nos sistemas públicos de saúde;
- Análises sobre custo, eficácia, impacto orçamentário ou quaisquer outros aspectos relacionados aos medicamentos genéricos;

- Análises sobre processo regulatório, precificação de medicamentos, direitos de propriedade intelectual ou patentes, segurança de medicamentos, impostos e taxas sobre medicamentos;
- Análises sobre serviços de saúde, hospitalização, terapias específicas, programas de prevenção/combate a doenças, cirurgias, pagamentos médicos e medições sobre programas/sistemas de saúde.

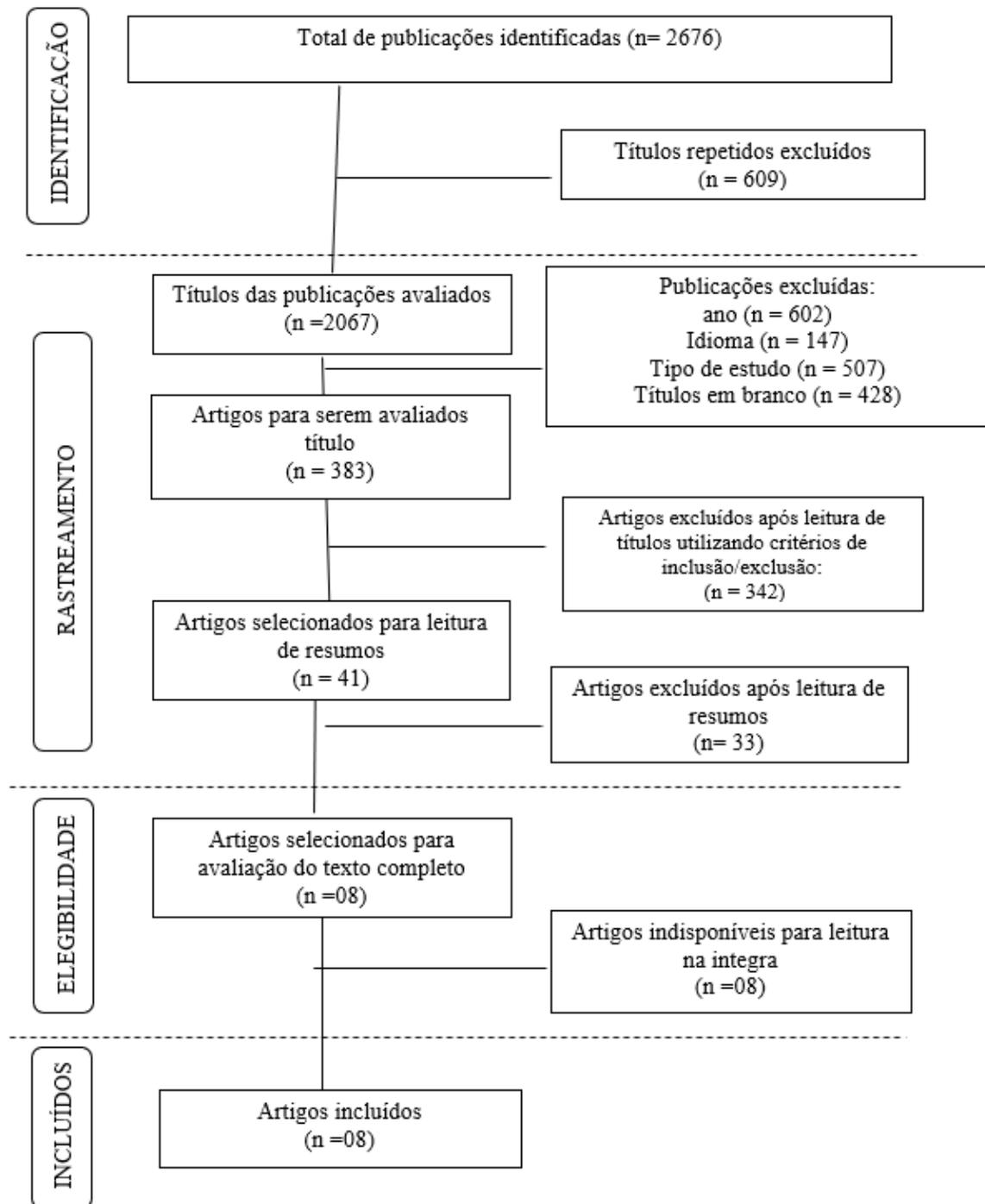
Critério de inclusão:

- Análises sobre proposta de valor e/ou custo e/ou acesso e/ou acordos para medicamentos inovadores;
- Análises sobre medicamentos fornecidos excepcionalmente através do sistema de saúde privado no Brasil;
- Análises sobre novas formas de pagamentos e/ou financiamento e/ou reembolso de medicamentos em sistemas de saúde públicos ou privados nacionalmente no Brasil e em outras regiões;
- Análises sobre gastos em saúde e desenvolvimento de tecnologias/medicamentos ou terapias inovadoras;

Após leitura de títulos, 342 artigos foram excluídos, permanecendo 41 artigos selecionados para leitura de resumos, sendo 33 artigos excluídos nessa etapa. No total incluiu-se 08 artigos para avaliação do texto completo.

O fluxograma da figura 1 demonstra a seleção descrita acima.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos incluídos na revisão sobre novas formas de pagamento de medicamentos de alto custo na saúde suplementar



Resultados

No total 08 artigos foram incluídos para avaliação do texto completo, publicados em revistas pautadas em política da saúde, economia e administração/saúde pública, sendo artigos com ano de publicação após 2010, com predominância entre os anos de 2018 e 2020. No Quadro 1 é possível observar a descrição de cada um.

Quadro 1 – Síntese dos artigos selecionados na base de dados BVS e Scielo para revisão integrativa, entre os anos 2010 e 2022

Título	Autores/ Ano	Revista	Objetivo	Metodologia	Conclusão
Aumento das taxas de compartilhamento de custos durante a recessão profunda: Dados preliminares da Grécia	GOUVALAS, A. et al., 2016	Int J Health Policy Manag	Capturar o aumento resultante nas despesas diretas dos pacientes para prescrição de drogas no período 2011-2014	Trata-se de uma revisão retrospectiva de dados financeiros derivados de 39.883 prescrições, dispensado em três farmácias escolhidas aleatoriamente localizadas em Lamia, na Grécia central.	O estudo registrou uma taxa média de contribuição por prescrição da seguinte forma: 11,28% para 2011 (IC 95%: 10,76-11,80), 14,10% para 2012, 19,97% para 2013 e 29,08% para 2014. Correspondentemente, a cobrança média do paciente por prescrição para 2011 foi de € 6,58 (IC 95%: 6,22-6,94), € 8,28 para 2012, € 8,35 para 2013 e € 10,87 para 2014. Durante o período 2011-2014, a taxa percentual média de contribuição do paciente aumentou 157,75%, enquanto a cobrança média do paciente por receita a preços correntes aumentou 65,22%. O uso de um preço de referência interno (IRP) recém-introduzido sistema aumentou o nível de cobrança de prescrição a uma taxa de 2,41% para 2012 (sobretaxa de 100% em pacientes), 26,24% para

					2013 (49,95% nos pacientes e 50,04% nos fundos de saúde apropriados) e 47,72% em 2014 (85,06% nos pacientes e 14,94% em fundos)
Perfil das solicitações de medicamentos de alto custo ao Sistema Único de Saúde em Minas Gerais	PUBLIO, R. et al., 2014	Rev. Adm. Pública	Analisar custos do fornecimento desses medicamentos aos usuários de planos privados de saúde, pela Secretaria Estadual de Saúde, no estado de Minas Gerais	Foram selecionados processos de solicitações de medicamentos do componente especializado deferidos pela Secretaria Estadual de Saúde, no primeiro semestre de 2008. O método record linkage foi utilizado para verificar junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar, se os solicitantes eram ou não beneficiários de planos privados de saúde	Os dados mostraram que cerca de 37% dos gastos com esses medicamentos foram de solicitações dos usuários de planos privados e que o custo mediano desses medicamentos foi mais elevado, com diferença significativa, em relação às solicitações dos usuários que não tinham plano. Observou-se ainda que o custo dos medicamentos solicitados pela Gerência Regional de Saúde de Belo Horizonte foi significativamente mais alto em relação às demais. Conclui-se pela necessidade de aprofundar estudos sobre implementação de políticas de assistência farmacêutica pelos planos privados de saúde, no sentido de minimizar os gastos públicos.

<p>Compartilhamento de risco na saúde suplementar brasileira</p>	<p>PINTO, D.S., 2020</p>	<p>J Bras Econ Saúde</p>	<p>Evidenciar as visões de gestores de saúde com papel de destaque no Brasil a respeito do uso de modelos de compartilhamento de risco (risk sharing) em diferentes geografias e em diferentes financiadores no sistema.</p>	<p>Trata-se de estudo qualitativo, com entrevistas em profundidade com os principais gestores e formadores de opinião em saúde de diferentes instituições no Brasil, totalizando 25 entrevistas. A análise de conteúdo foi escolhida como método de interpretação e construção das categorias para a análise</p>	<p>Os resultados foram agrupados nas seguintes categorias: as sugestões e adaptações sugeridas para o melhor funcionamento na realidade brasileira; as críticas e desafios aos modelos propostos. Os resultados sugerem que o compartilhamento de risco pode ser uma alternativa capaz de promover uma nova forma de relacionamento entre os pagadores e a indústria fabricante, substituindo o tradicional modelo de remuneração, que limita a relação linear com todos os setores, buscando sempre o objetivo de atender o paciente com novas alternativas de acesso</p>
<p>Sobrevivendo aos busters de nicho: principais estratégias empregadas pelas seguradoras privadas canadenses frente à chegada de</p>	<p>CHARBONNEAU, M.; GAGNON, M.A., 2018</p>	<p>Health Policy</p>	<p>Buscar entender melhor como as seguradoras privadas canadenses enfrentam a chegada de especialidades farmacêuticas</p>	<p>Análise geral de um corpo de literatura cinza composta de artigos on-line disponíveis publicamente do setor de benefícios de emprego e consultoria e administração de seguros em grupo;</p>	<p>Os resultados dessas estratégias são medidas limitadas de controle de custos, bem como transferências de risco e custo para patrocinadores de planos, pacientes e programas públicos provinciais</p>

<p>medicamentos especiais de alto custo</p>				<p>documentos on-line de conferências do setor de benefícios do grupo; e materiais on-line ou sob demanda de seguradoras canadenses de vida e saúde. Reclamações de medicamentos especiais de alto custo geram novos riscos de seguro ruins que as seguradoras de saúde canadenses tentam mitigar por meio de iniciativas corporativas isoladas, estratégias de todo o setor e pedidos de cobertura universal e pública catastrófica</p>	
<p>Compartilhamento de riscos em contratos de entrada gerenciada — Uma</p>	<p>ANDERSSON, E. et al., 2012</p>	<p>Health Policy</p>	<p>Revisar os acordos existentes, descrever o tipo de incerteza tratada e analisar os incentivos criados usando a literatura sobre esquemas de reembolso</p>	<p>Realizada uma revisão documental de todos os acordos realizados no período de janeiro de 2015 a agosto de 2019, classificando os</p>	<p>Foram firmados acordos para 56 produtos durante o período estudado (45 em andamento), principalmente nas áreas de hepatite C (n=10) e oncologia (n=14). As incertezas abordadas nos acordos em andamento incluíram o</p>

<p>revisão da experiência sueca</p>			<p>baseados em desempenho na Suécia</p>	<p>acordos pelo tipo de incerteza tratada</p>	<p>tamanho da população tratada (10), a duração do tratamento (13) e a eficácia (9). O mecanismo de partilha de risco limitava-se a reembolsos com base no número de doentes, duração ou apenas reembolsos fixos. A restituição estimada em 2018 foi de 50% do total de vendas.</p>
<p>Entendendo as tendências do mercado internacional acordos sobre preços e reembolsos para medicamentos recém-comercializados e suas implicações para o acesso a medicamentos: uma análise computacional de texto</p>	<p>SON, K.B., 2020</p>	<p>Globalization and Health</p>	<p>Compreender as tendências acordos internacionais na perspectiva das políticas de preços e reembolso de medicamentos recém-comercializados</p>	<p>Propusemos o framework para interpretar os acordos internacionais como código e computação aplicada. Análise de texto para entender acordos internacionais como dados. Em particular, selecionamos o AUSFTA, KORUS e TPP para avaliar o progresso e a evolução dos acordos internacionais e investigar o conteúdo relevante existente sobre o preços e reembolso de</p>	<p>Semelhante às disposições sobre propriedade intelectual, o alcance dos acordos internacionais sobre preços e as decisões de reembolso são alargadas e reforçadas. Com o tempo, o domínio da transparência, renomeação justiça processual, mudou significativamente mais do que os domínios restantes. As empresas farmacêuticas terão mais oportunidades para defender suas posições, para proteger seus interesses em processos de decisão, para investigar a decisões sobre cotações e</p>

				medicamentos recém-comercializados	fixação dos montantes de reembolso, e contestar essas decisões
Usando Acordos de Compartilhamento de Riscos Baseados em Desempenho para Resolver a Incerteza na Precificação Baseada em Indicação	YEUNG, K.; LI, M.; CARLSON, J.J., 2017	Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy	Analisar o potencial de uma garantia de resultados para alcançar preços baseados em indicações alinhados com o valor do mundo real.	Estimamos custos e resultados sob IBP tradicional (ou seja, IBP de valor esperado) e estruturas de garantia de resultados e calculamos razões de custo-efetividade incrementais (ICERs) comparando o tratamento com e sem trastuzumab. Os dados de eficácia vieram de estudos principais, enquanto os dados de eficácia vieram de estudos observacionais. Ajustamos os preços do trastuzumabe para atingir a meta de RCEI de US\$ 150.000 por ano de vida ajustado à qualidade em cada estrutura e para cada indicação	Para atingir a meta de ICER sob IBP tradicional, o preço unitário do trastuzumab usando evidências de eficácia foi ajustado para câncer de mama metastático e câncer gástrico avançado de um preço médio de venda de US\$ 9,17 por mg a US\$ 3,50 por mg e US\$ 0,93 por mg, respectivamente sob uma garantia de resultados, o preço unitário do trastuzumabe usando evidências de eficácia foi ajustado para câncer de mama metastático e câncer gástrico avançado para US\$ 8,66 por mg e US\$ 0,20 por mg, respectivamente

<p>Financiamento de terapias inovadoras: uma revisão sistemática e recomendação</p>	<p>HANNA, E. et al., 2018</p>	<p>Health Policy</p>	<p>Identificar, definir, classificar e comparar as abordagens de financiamento de medicamentos de alto custo propostas na literatura, analisar sua adequação ao financiamento de ATMPs e sugerir um modelo de financiamento ótimo para ATMPs</p>	<p>Quarenta e oito artigos sugerindo novos modelos de financiamento para terapias inovadoras de alto custo foram identificados. Os modelos foram classificados em 3 grupos: acordo financeiro, acordo baseado em resultados de saúde e healthcoin.</p>	<p>O contrato financeiro abrangeu: descontos, abatimentos, tetos de preço e volume, contratos de preço-volume, empréstimos, preço de custo mais, pagamento baseado em recursos intelectuais e pagamento baseado em fundos. Acordos baseados em resultados de saúde foram definidos como acordos entre fabricantes e pagadores com base no desempenho do medicamento e foram divididos em pagamento baseado em desempenho e cobertura com desenvolvimento de evidências. Healthcoin descreveu uma nova moeda negociável sugerida usada para atribuir valor monetário a resultados incrementais.</p>
---	-------------------------------	----------------------	--	--	--

Os artigos selecionados para a leitura foram organizados conforme o modelo de pagamento sugerido pelo autor, e em seguida foram definidos três temas principais de acordo com o conteúdo dos artigos: paciente/pagador de saúde; pagador de saúde/indústria farmacêutica; acordos ou políticas:

Quadro 2 – Formas de pagamento nos artigos da revisão e temas.

Título	Autores	Formas de pagamento	Temas
Aumento das taxas de compartilhamento de custos durante a recessão profunda: Dados preliminares da Grécia	GOUVALAS, A. et al., 2016	Taxas de compartilhamento de custos de medicamentos prescritos	paciente/pagador de saúde
Perfil das solicitações de medicamentos de alto custo ao Sistema Único de Saúde em Minas Gerais	PUBLIO, R. et al., 2014	Políticas de assistência farmacêutica pelos planos privados de saúde	acordos ou políticas
Compartilhamento de risco na saúde suplementar brasileira	PINTO, D.S., 2020	Compartilhamento de risco	pagador de saúde/indústria farmacêutica
Sobrevivendo aos busters de nicho: principais estratégias empregadas pelas seguradoras privadas canadenses frente à chegada de medicamentos especiais de alto custo	CHARBONNEAU, M.; GAGNON, M.A., 2018	Transferências de custos, gerenciamento de casos e programas de avaliação acordo de <i>pooling</i> da indústria	paciente/pagador de saúde
Compartilhamento de riscos em contratos de entrada gerenciada — Uma revisão da experiência sueca	ANDERSSON, E. et al., 2012	Contratos de entrada gerenciada	pagador de saúde/indústria farmacêutica
Entendendo as tendências do mercado internacional acordos sobre preços e reembolsos para medicamentos recém-comercializados e suas implicações para o acesso a medicamentos: uma análise computacional de texto	SON, K.B., 2020	Acordo de Livre Comércio (AUSFTA), acordo internacional KORUS e acordo internacional TPP	acordos ou políticas
Usando Acordos de Compartilhamento de Riscos Baseados em Desempenho para Resolver a Incerteza na Precificação Baseada em Indicação	YEUNG, K.; LI, M.; CARLSON, J.J., 2017	Indicação baseada em preço e compartilhamento de risco	pagador de saúde/indústria farmacêutica

Financiamento de terapias inovadoras: uma revisão sistemática e recomendação	HANNA, E. et al., 2018	Acordo financeiro, acordo baseado em resultados de saúde e healthcoin	pagador de saúde/indústria farmacêutica
--	------------------------	---	---

Forma de pagamento

Para cada tema, pode-se apresentar os principais pontos identificados nos artigos da revisão. Os temas foram organizados em: paciente/pagador de saúde, pagador de saúde/indústria farmacêutica e acordos ou políticas.

Os temas foram definidos de acordo com os desfechos relacionados aos pontos principais como protagonistas ou chave na discussão.

Tema paciente/pagador de saúde

Compartilhamento de custos de medicamentos prescritos ou Transferência de custos para pacientes

No sistema de saúde grego há o compartilhamento de custos com os pacientes e funciona com base em três classes percentuais (25%, 10% e 0%). Isso significa que, dependendo da classe percentual onde cada doença é classificada, os pacientes enfrentam despesas correspondentes a 25%, 10% ou 0% do preço dos medicamentos que os médicos prescrevem para as suas doenças. Esse modelo tem como principal benefício a redução do custo de medicamentos para o governo/sistema de saúde. Em contrapartida, esse modelo pode representar um aumento das despesas em medicamentos para os pacientes e comprometer a capacidade de pagamento, principalmente quando trata-se de doenças crônicas e populações vulneráveis. Há um desafio em relação a consideração aos doentes crônicos, aos pobres e aos idosos (GOUVALAS et al., 2016)

No sistema de saúde canadense há uma discussão sobre a tendência central de transferir custos para os pacientes por meio de cosseguro (CHARBONNEAU e GAGNON, 2018).

Gerenciamento de casos

O gerenciamento de casos inclui “combinação de serviços” permitindo parcerias entre membros do plano e prestadores de cuidados de saúde privados designados como “caso gestores” buscando moldar os hábitos de saúde do segurado (CHARBONNEAU e GAGNON, 2018).

Tema pagador de saúde/indústria farmacêutica

Programas de avaliação de acordos com a indústria

O programa de avaliação realiza avaliação farmacoeconômica de novos medicamentos em planos de EHC (Cuidados de saúde estendidos) a fim de “mitigar melhor os riscos associados a novos drogas”. A eficácia dos programas de avaliação é difícil, se não impossível de avaliar empiricamente, devido à ausência de dados sobre seu uso e resultados (CHARBONNEAU e GAGNON, 2018).

Contratos de entrada gerenciada

Acordos de entrada gerenciada entre fabricantes e gestores de saúde tem sido sugerido como um mecanismo para compartilhar os riscos associados com a introdução de novos produtos dos quais incerteza em torno do impacto orçamentário, custo-benefício ou outros fatores (como a segurança). Eles podem ser classificados em acordo de partilha de custos e acordo de compartilhamento de risco baseado em desempenho (ANDERSSON et al., 2012; PINTO, 2020).

a) Acordo de partilha de custos

Negociação com incerteza sobre os custos associados ao tratamento. Esse modelo envolve componentes como orçamento ou limites de utilização, descontos ou acordos de preço/volume e não exige acompanhamento detalhado dos pacientes.

b) Acordo de compartilhamento de risco baseados em desempenho

Negociação que leva em consideração as incertezas sobre os resultados alcançados. Esse modelo envolve conectar os pagamentos ou reembolsos para resultados medidos ou demandas para coleta de dados adicionais para

expandir a base de evidências. O acordo de compartilhamento de risco baseado em desempenho ajusta os pagamentos de acordo com os resultados prospectivamente rastreados (YEUNG e LI e CARLSON, 2017).

Precificação baseada em valor

A precificação baseada em indicações (IBP) baseia-se em dados de eficácia de ensaios clínicos para inferir o valor esperado em cada indicação, mas em muitos casos, as estimativas derivadas de dados de eficácia diferem de dados de eficácia baseados em as experiências reais da população de pacientes de um plano de saúde. O IBP é baseado na observação de que um determinado medicamento usado para múltiplas indicações pode ter diferentes níveis de eficácia para cada indicação; portanto, em uma unidade fixa preço (por exemplo, dólares por dose de mg), o valor alcançado pode diferir por indicação. O IBP varia o preço unitário pago por cada indicação para alcançar a paridade de valor entre as indicações. O IBP permite que os pagadores paguem consistentemente pelo valor em indicações (YEUNG e LI, e CARLSON, 2017).

Healthcoin

É uma nova moeda negociável sugerida usada para atribuir valor monetário a resultados incrementais (HANNA et al., 2018).

Acordo financeiro

Abrange descontos, abatimentos, tetos de preço e volume, contratos de preço-volume, empréstimos, preço de custo mais, pagamento baseado em recursos intelectuais e pagamento baseado em fundos (HANNA et al., 2018).

Tema acordos ou políticas

Acordos internacionais

Essas são tendências do mercado internacional com acordos sobre decisões de preços, reembolsos e suas implicações do ponto de vista de acesso a medicamentos. Os objetivos fornecem os propósitos dos acordos, todos os acordos

esclarecem que seus objetivos são facilitar cuidados de saúde de alta qualidade e melhorar os resultados em saúde.

Esses acordos podem partir de uma estrutura composta de princípios, inovação e transparência. Alguns preços e as políticas de reembolso estão se movendo sob a jurisdição dos acordos internacionais (SON, 2020).

Políticas de assistência farmacêutica pelos planos privados de saúde

Essa perspectiva vem ao encontro da defesa de um modelo de assistência à saúde que estabeleça ações preventivas, incluindo a utilização racional de medicamentos como prevenção aos agravos à saúde. Porém, a atual situação em que se encontra a prática de assistência farmacêutica desenvolvida pelos planos privados de saúde configura-se em importante e urgente desafio a ser debatido e superado pelos diversos atores envolvidos, com destaque para os usuários dos serviços de saúde, organismos de defesa do consumidor e do controle social, o Poder Legislativo, gestores públicos e pelos administradores das operadoras de planos privados no Brasil (PUBLIO et al, 2014).

Discussão

As despesas e os gastos com saúde constituem-se como preocupações e desafios para todos os sistemas de saúde pelo mundo. Nas duas últimas décadas, a incorporação tecnológica em equipamentos, medicamentos e tratamentos tem elevado os gastos diretos com saúde, independentemente de a fonte pagadora ser pública ou privada (BRASIL, 2019)

Modelos de pagamento têm sido sugeridos e aprimorados na tentativa de chegar a um ponto de equilíbrio e de sustentabilidade, possibilitando a incorporação de inovações sem que signifique a falência das fontes pagadoras ou a restrição do acesso das pessoas aos benefícios dessas tecnologias (BRASIL, 2019)

No Brasil, que não é diferente, essa discussão de financiamento é prevalente tanto no sistema público de saúde, com um peso maior sobre os estados e municípios, que constitucionalmente têm a responsabilidade da execução da assistência em

saúde, quanto nas operadoras e planos de saúde representados no escopo da saúde suplementar (PINTO, 2020).

Nesse contexto, no qual os custos em saúde são crescentes, o tema dos modelos de pagamento de medicamentos de alto custo tem sido levado para o centro das discussões em todo mundo.

No Brasil, a institucionalização da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) se iniciou em 2000, no Ministério da Saúde, e contou com a participação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (LISBOA, 2020).

Dentre as competências legais da ANS, cabe garantir a elaboração e atualização periodicamente do rol de procedimentos de cobertura mínima obrigatória por parte das operadoras que atuam no País. É justamente no processo de atualização periódica do 'rol' que ocorre a incorporação ou exclusão de tecnologias no setor saúde suplementar (LISBOA, 2020).

Em 2019, foi publicada a Portaria nº 1.2971 que institui projeto piloto de acordo de compartilhamento de risco para incorporação de tecnologias em saúde, para oferecer acesso ao medicamento Spinraza (Nusinersena) para o tratamento da Atrofia Muscular Espinhal (AME 5q) tipos II e III no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2019).

O compartilhamento de risco é o modelo de pagamento mais encontrado entre os resultados desse trabalho, muitas discussões voltam-se para a sua aplicação envolvendo o governo como fonte pagadora ou eixo principal do acordo. Embora mais amplamente discutido no SUS, foi realizada um trabalho entre os principais formadores de opinião e gestores da saúde suplementar brasileira para entender como o compartilhamento de risco é interpretado. Foi verificado que não há um consenso, e cada stakeholder delimita sua concepção a partir de um ponto de vista que seja relacionado a sua vivência ou experiência com esse tipo de compartilhamento de risco. Alguns destacam os inúmeros desafios técnicos, desde a aplicação efetiva do perfil de pacientes elegíveis ao projeto e também como esse usuário será avaliado constantemente para a geração de dados de sobrevivência real, sempre tomando o devido cuidado em não tornar esse contrato firmado em desconto

comercial, o que não seria caracterizado diretamente como acordo de risco compartilhado (PINTO, 2020).

O desafio técnico é mencionado por outros autores, em que relatam que a coleta de evidências adicionais é cara, e existem inúmeras barreiras para estabelecer acordos de compartilhamento de risco viáveis e com boa relação custo-benefício: os custos de negociação, monitoramento e avaliação podem ser substanciais. A conveniência social de um acordo desses é em particular fundamentalmente uma questão de saber se o custo da coleta de dados adicionais é justificado pelos benefícios das decisões de alocação de recursos aprimoradas proporcionadas pela evidência adicional gerada e pela redução da incerteza que a acompanha (GARRISON et al.,2013).

Mesmo com os desafios técnicos apresentados pelos stakeholders e formadores de opinião na saúde suplementar, assim como outros autores, ainda sim Pinto (2020) acredita que a popularização do compartilhamento de risco ocorrerá a partir do interesse da operadora de saúde em trazer novas tecnologias e medicamentos ao sistema, sem gerar grandes impactos orçamentários, desde que seja viável clínica e economicamente, gerando valor na efetividade e nos resultados de desfecho em sobrevivência real, um contexto que tenderia a ser amparado pelo interesse concomitante da indústria fabricante (PINTO, 2020).

Em paralelo ao pensamento de Pinto, 2020, deve-se avaliar sob o prisma da indústria fabricante também, pois quando um fabricante e um pagador negociam cobertura e reembolso, um fabricante considerando um acordo de compartilhamento de risco terá para pesar os prós e contras da complexidade e custo adicionais do acordo contra alternativas, por exemplo, oferecendo uma redução de preço inicial. Mas para avaliar a complexidade e o custo, o fabricante também precisará abordar questões - coleta, implementação e avaliação de evidências - enquanto paga atenção às perspectivas de pagadores, prescritores, provedores, e pacientes (GARRISON et al.,2013).

O modelo adotado na Grécia de taxas de compartilhamento de custos de medicamentos prescritos pode reduzir os gastos farmacêuticos e é uma opção descrita pela literatura para redução de custos para a fonte pagadora, porém, também

é destacado a dificuldade de pagamento dos pacientes, principalmente quando trata-se de doenças crônicas e populações vulneráveis (GOUVALAS et al., 2016).

A situação mundial revela uma grave iniquidade no acesso: apenas 10% da população mundial consomem 90% da produção de medicamentos (OLIVEIRA et al., 2007 apud CATANHEIDE et al., 2016). No Brasil, o acesso a medicamento é parte do direito à saúde, por se tratar de um bem importante para o cuidado, por seu potencial para prevenir e curar doenças ou até salvar vidas (WANNMACHER, 2010 apud CATANHEIDE et al., 2016). A garantia do acesso, contudo, é uma questão complexa que depende do contexto econômico, político e social.

Publio e colaboradores (2014) destacam a necessidade de discussão e implementação da gestão da política de assistência farmacêutica pelos planos privados de saúde, mas muito mais voltado para a minimização dos gastos públicos nesse setor e viabilização do acesso dos beneficiários de planos privados aos medicamentos. Ainda nesse estudo, os autores destacaram que cerca de 37% dos gastos com judicialização de medicamentos no estado de Minas Gerais foram de solicitações dos usuários de planos privados (PUBLIO et al., 2014).

Em caráter de comparação e estimativa de valores, no período de Setembro/2014 a Agosto/2016 estima-se que o Distrito Federal teve o valor total gasto na aquisição medicamentos via judicialização da saúde de R\$ 43.700.727,04 (SILVA et al., 2017), estimando um média de R\$22.000.000,00 por ano.

Além da judicialização e seus custos, há o risco com outras incertezas sobre os custos das despesas médicas. Pensando nesse cenário, há uma discussão sobre o resseguro na saúde.

O resseguro é uma ferramenta comum usada no setor de seguros. Funciona da seguinte forma: uma empresa cede uma parte de seu risco de seguro para outra seguradora que fornece proteção necessária contra sinistros catastróficos inesperados (DRAKE et al., 2019 apud TREGLIA, 2021).

O resseguro privado tem o objetivo de ajudar as seguradoras e/ou os empregadores, empresas que contratam seguro saúde, como um benefício para seus colaboradores, que se antecipam e assumem o risco das incertezas sobre os custos das despesas médicas. A incerteza sobre os custos ocorre porque vários de seus

custos podem intensificar-se de forma inesperada e porque determinados grupos de segurados podem ter sinistralidade muito alta (eventos catastróficos). O resseguro ajuda a proteger-se de situações nas quais tendências históricas ou a "lei de grandes números" não são tão acuradas como os atuários previram (TREGLIA, 2021).

Recentemente, pode-se considerar que houve avanços em assuntos que abrangem o tema, isto porque a ANS publicou, em 11 de dezembro de 2017, a normativa 430 que regulamenta o compartilhamento de gestão de riscos entre operadoras e formação de um fundo com vistas a minimizar os impactos financeiros dos eventos em saúde. Tal normativa não permite o resseguro para todas as operadoras, mas prevê o compartilhamento de risco, base da estruturação de um contrato de resseguro (CARVALHO et al., 2018).

Em 2010 autores já destacavam que existem bons argumentos para a implementação de esquemas de ajuste de risco para melhorar o funcionamento dos mercados de seguros, promover a estabilidade do mercado e saudabilidade da cobertura da seguradora. Incorporar o resseguro pode ser um passo promissor, mas argumentam que esse método específico, que se concentra exclusivamente no mais alto gastadores e usa apenas informações ex post sobre os gastos reais, não lida com esses problemas de forma tão eficiente quanto os planos que incorporam informações ex ante sobre gastos futuros prováveis e são aplicados em todo o conjunto de riscos de forma mais ampla (DOW e FULTON e BAICKER, 2010).

Hanna et al., discutiu em seu trabalho o conceito de *healthcoin*. Destacou essa modalidade em uma ação para recompensar a prevenção de diabetes. Os usuários enviam seus biomarcadores (hemoglobina A1c) no blockchain que calculava automaticamente a melhora e premia os tokens digitais do paciente: "moedas de saúde". Para cada *healthcoin* ganho, um incentivo fiscal pode ser oferecido pelo governo ou até descontos em marcas fitness. Entretanto este não é um modelo que considera a saúde com uma perspectiva mais ampliada, pois o mecanismo de recompensa monetária faz com que os resultados em saúde sejam completamente mercantilizados (HANNA et al., 2018).

Uma outra questão levantada por Banks (2019) é que pode haver um problema com a *healthcoin* decorrente da distribuição de futuras economias médicas de tratamentos de administração única ou limitada com eficácia vitalícia. Esse autor

destaca que o seguro comercial privado por meio de um empregador é a maior fonte de seguro de saúde entre a população em idade ativa nos Estados Unidos. Um plano comercial só pode se beneficiar de custos médicos futuros evitados ou QALYs adicionais ganhos para pacientes por tratamentos pagos enquanto o paciente permanecer em seu plano (Banks, 2019).

No caso relatado acima sobre a utilização do healthcoin com pacientes com diabetes, cabe destacar que esse exemplo não é brasileiro. O âmbito da saúde é regulado no Brasil, existem restrição de contato entre a indústria farmacêutica e os pacientes, assim como ações voltadas diretamente para esse público.

Para os beneficiários dos planos de saúde, uma consequência nociva da insuficiência de arrecadação de prêmios é o reajuste nos valores dos planos no momento da contratação ou durante a vigência do contrato. Os reajustes dos prêmios, comumente acima da inflação, baseiam-se no histórico de utilização da carteira, seja na dimensão frequência (utilização de serviços) ou na dimensão severidade (valores financeiros associados aos eventos de saúde). Em casos extremos, como na falência das operadoras, os beneficiários são duplamente impactados, pois, além de perder o acesso à rede credenciada, precisam migrar para novos planos ou utilizar os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja fila de espera tende a ser maior, devido ao acesso irrestrito de toda a população aos serviços públicos de saúde (AREIAS e CARVALHO, 2021).

Vale destacar que não basta apenas compreender quais as novas formas de pagamento ou em novas formas de gerir, mas sobretudo, é preciso refletir sobre as condições de vida das pessoas que tem uma relação direta com o adoecimento, assim terão necessidade urgentes a serem atendidas, bem como do efetivo investimento em políticas públicas e regulação efetiva.

Os modelos de pagamento não poderão suprir as tomadas de decisão em saúde se não forem instrumentos conduzidos pelas necessidades em saúde, os territórios, o trabalho da equipe multiprofissional, o uso assistido e adequado de medicamentos (CAMPOS e BATAIERO, 2007).

Esses são preceitos fundamentais ao se pensar em saúde como um direito e ao compreender que para o acesso a medicamentos deve ser construído ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como

coletivo (Brasil, 2004), considerando a integralidade e viabilidade especialmente para os medicamentos de alto custo (FATEL et al., 2021).

Considerações finais

Nesse trabalho conseguimos definir três temas de pesquisa: paciente/pagador de saúde, pagador de saúde/indústria farmacêutica e acordos ou políticas e todas as suas ramificações e detalhamentos.

É perceptível a importância desse tema e a relevância dessas discussões, embora a literatura científica ainda seja muito tímida em relação ao estudo de novas formas de pagamento de medicamentos de alto custo na saúde suplementar, uma crise no setor da saúde, assim como a instabilidade financeira ou a possibilidade de falência de algumas operadoras de saúde, pode ser um caos para pacientes, familiares e sistema de saúde como um todo.

É preciso que países, governos, indústrias, profissionais de saúde, gestores e sociedade em geral reflitam e avaliem possibilidades de garantir um sistema de saúde seguro e que novas tecnologias sejam empregadas a fim de possibilitar acesso integral.

Ainda não há uma diversidade de estudos nessa área, assim como não há uma resposta única sobre qual seria a melhor alternativa para a saúde suplementar brasileira. Esse caminho ainda poderá ser investigado, principalmente a fim de garantir sustentabilidade ao sistema e acesso aos medicamentos pelos pacientes.

Referências Bibliográficas

ANDERSSON, E. et al. Risk sharing in managed entry agreements—A review of the Swedish experience. **Health Policy**, v.124, n.4, p. 404-10, abr. 2020.

AREIAS, C.; CARVALHO, J. Resseguro na Saúde Suplementar: Um Estudo Contrafactual sobre os Impactos da Adoção de Tratados de Resseguros por Operadoras de Planos de Saúde no Brasil. **Brazilian Business Review**, v.18, n.2, p. 217-235, mar. 2021.

BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p.753-762, jun. 2009.

BANKS, J.T. **Exploration of HealthCoin: A Currency to Address US Private Payer Underfunding for Single or Limited Administration (SLA) Treatments with Long-Term Effectiveness**. 2019. Tese (Doutorado) - University of Washington, Washington, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: medicamentos excepcionais*. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Saúde Suplementar*. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília, DF, 20 de maio de 2004.

BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. 28 jan. 2000.

BRASIL. Portaria nº 1.297, de 11 de junho de 2019. Institui projeto piloto de acordo de compartilhamento de risco para incorporação de tecnologias em saúde, para oferecer acesso ao medicamento Spinraza (Nusinersena) para o tratamento da Atrofia

Muscular Espinhal (AME 5q) tipos II e III no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 2019, n. 112, p. 125, 11 jun. 2019.

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Guia para a implementação de modelos de remuneração baseado em valor*. Rio de Janeiro: ANS, 2019.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Health needs: an analysis of Brazilian scientific literature from 1990 to 2004. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.11, n.23, p. 605-618, 2007.

CATANHEIDE, I.D.; LISBOA, E.S.; SOUZA, L.E.P.F. Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26, n. 4, p.1335-1356, out. 2016.

CARVALHO, J.C.S. et al. Os desafios financeiros do setor de saúde suplementar e o resseguro como alternativa. **Revista Debate Econômico**, v.6, n.2, jul-dez. 2018.

CHARBONNEAU, M.; GAGNON, M.A. Surviving niche busters: Main strategies employed by Canadian private insurers facing the arrival of high cost specialty drugs. **Health Policy**, v.122, n.12, p.1295-1301, dez.2018.

DRAKE, C.; FRIED, B.; BLEWETT, L.A. Estimated Costs of a Reinsurance Program to Stabilize the Individual Health Insurance Market: National- and State-Level Estimates. **The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing**, jan.2019.

DOW, W.H.; FULTON, B.D.; BAICKER, K. Reinsurance for High Health Costs: Benefits, Limitations, and Alternatives. *Forum for Health Economics & Policy*, v.13, n.2, 2010

FATEL, K. O. et al. Desafios na gestão de medicamentos de alto preço no SUS: avaliação da Assistência Farmacêutica em São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n.11, p. 5481, nov. 2021.

GARRISON, L. P et al. Performance-Based Risk-Sharing Arrangements—Good Practices for Design, Implementation, and Evaluation: Report of the ISPOR Good

Practices for Performance-Based Risk-Sharing Arrangements Task Force. *Value Health*, v.16, n.5, p.703-719, jul-ago.2013.

GOUVALAS, A. et al. Cost-Sharing Rates Increase During Deep Recession: Preliminary Data From Greece. ***Int J Health Policy Manag***, v.12, n. 5, p. 687–692, dez.2016.

HANNA, E. et al. Funding breakthrough therapies: A systematic review and recommendation. ***Health Policy***, v.122, n.3, p.217-229, mar.2018.

HAUEGEN, R.C. **Risk sharing agreements: acordos de partilha de risco e o sistema público de saúde no Brasil - oportunidades e desafios**. Orientadores: Carlos Medicis Morel; Brian Godman. 2014. Tese (Doutorado) - UFRJ/IE/Programa de Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento, Rio de Janeiro, 2014.

LAYTON, T. J. et al. Measuring efficiency of health plan payment systems in managed competition health insurance markets. ***Journal of Health Economics***, v.56, p. 237-255, dez.2017.

LISBOA, R.; CAETANO R. Avaliação de Tecnologias em Saúde na saúde suplementar brasileira: revisão de escopo e análise documental. ***Saúde debate***, Rio de Janeiro, v. 44, n. 127, p. 1255-1276, out-dez.2020.

NAB Nota de acompanhamento de beneficiários: Ago/2021. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, ed. 62, 2021.

OLIVEIRA, M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. *Assistência Farmacêutica e acesso a medicamentos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. 110p.

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde. O acesso aos medicamentos de alto custo nas Américas: contexto, desafios e perspectivas / Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Ministério das Relações Exteriores, 2009.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde Brasileiro: história, avanço e desafios. ***The lancet***, v.377, n.1, p.11-31, jan.2014.

Panorama: Brasil/Minas Gerais. **IBGE**, 2022. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/panorama>> Acesso em: 07/07/2022

Panorama: Brasil/Distrito Federal. **IBGE**, 2022. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/panorama>> Acesso em: 07/07/2022

PIETROBON, L.; PRADO, M.L.; CAETANO, J, C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 4, p.767-783, 2008.

PINTO, D.S. Compartilhamento de risco na saúde suplementar brasileira. **J Bras Econ Saúde**, v.2, n.12, p.164-169, ago.2020.

PUBLIO, R. et al. Perfil das solicitações de medicamentos de alto custo ao Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v.48, n.6, p.1567-1585, dez.2014.

SILVA, E.M.; ALMEIDA, K.C.; PESSOA, G.S.C. Análise do gasto com judicialização de medicamentos no Distrito Federal, Brasil. **Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.** Brasília, v.6, n.1, p.112-126, mar.2017.

SON, K.B. Understanding the trends in international agreements on pricing and reimbursement for newly marketed medicines and their implications for access to medicines: a computational text analysis. **Global Health**, v.16, out.2020.

SOUZA, M.V. et al. Medicamentos de alto custo para doenças raras no Brasil: o exemplo das doenças lisossômicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.3, p. 3443-3454, nov.2010.

SILVA, M.J.S.; SCHRAIBER, L.B.; MOTA, A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n.1, 2019.

TREGLIA, M. **Modelos inovadores de financiamento na saúde: Ferramentas de acesso para pacientes que necessitam de tratamentos com medicamentos de alto custo**. Orientadora: Ana Maria Malik. 2021. Tese (Mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2021.

VIEIRA, F.S. Evolução do gasto com medicamentos do sistema único de saúde no período de 2010 a 2016. **2356: Texto para Discussão**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2018.

YEUNG, K.; LI, M.; CARLSON, J.J. Using Performance-Based Risk-Sharing Arrangements to Address Uncertainty in Indication-Based Pricing. **J Manag Care Spec Pharm**, v.23, n.10, p.1010-1015, out.2017.

WANNMACHER, L. Importância dos Medicamentos Essenciais em Prescrição e Gestão Racionais. In: BRASIL. *Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados* Brasília: Ministério da Saúde, 2010, p. 15-20.