

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS  
INSTITUTO DE ECONOMIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA

**A REGULAÇÃO DO PREÇO DOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS NO BRASIL**

CAROLINE MIRANDA ALVES DE SOUZA

Matrícula n<sup>o</sup>: 118070963

ORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> JULIA PARANHOS

COORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> LIA HASENCLEVER

RIO DE JANEIRO

2020

CAROLINE MIRANDA ALVES DE SOUZA

**A REGULAÇÃO DO PREÇO DOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS NO BRASIL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Economia, Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Econômicas.

ORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> JULIA PARANHOS

COORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> LIA HASENCLEVER

RIO DE JANEIRO

2020

## FICHA CATALOGRÁFICA

S729 Souza, Caroline Miranda Alves de.

A regulação do preço dos medicamentos genéricos no Brasil. / Caroline Miranda Alves de Souza. - 2020.

136 f.; 31 cm.

Orientadora: Julia Paranhos.

Coorientadora: Lia Hasenclever.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Economia, Programa de Pós-Graduação em Economia da Indústria e da Tecnologia, 2020.

Bibliografia: f. 88 – 93.

1. Indústria farmacêutica. 2. Medicamentos. 3. Preços-Regulação. I. Paranhos, Julia, orient. II. Hasenclever, Lia, coorient. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Economia. IV. Título.

CDD 338.47615

## FOLHA DE APROVAÇÃO

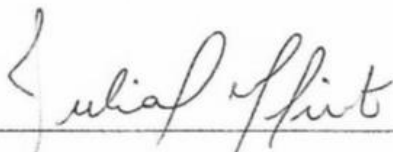
Caroline Miranda Alves de Souza

### A REGULAÇÃO DO PREÇO DOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS NO BRASIL


Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Economia, Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Econômicas.

Aprovada em 13 de fevereiro de 2020.


Orientadora:


  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Dr.ª Julia Paranhos, Instituto de Economia, UFRJ

Coorientadora:

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Dr.ª Lia Hasenclever, Universidade Cândido Mendes/Campos

Banca examinadora:

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Eduardo Pontual Ribeiro, Instituto de Economia, UFRJ  
(Membro interno)

  
\_\_\_\_\_

Dr. Pedro Henrique Marques Villardi Miranda, Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids  
(Membro externo)

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta Dissertação à minha mãe e à minha irmã Stephanny, por estarem ao meu lado em todas as batalhas da vida e me apoiarem sempre que preciso.

## AGRADECIMENTOS

À Lia Hasenclever, por ter acreditado no meu potencial, ter me apoiado e me incentivado a seguir em frente. Obrigada por todas as oportunidades que me foram dadas, por me permitir aprender inúmeras coisas com o seu convívio, por todos os conselhos e, sobretudo, por ter aceitado permanecer como minha coorientadora após a sua aposentadoria.

À Julia Paranhos, por ter aceitado ‘embarcar em um trem que já estava em movimento’ e se tornar a minha orientadora. Obrigada por ter me motivado a seguir em frente e por todas as nossas conversas e apoio sobre a Dissertação e o doutorado.

À minha mãe, por ter me possibilitado viver tudo aquilo que ela não pôde viver. Obrigada por me incentivar a gostar de estudar e estar sempre disposta a dar o seu melhor pelos seus filhos.

À minha irmã Stephanny, por estar sempre disponível para me tirar dúvidas, ouvir minhas lamentações e me apoiar acima de tudo. Obrigada por ser minha ‘auxiliar de orientação’, me explicar insistentemente que ‘remédio e medicamento não são a mesma coisa’ e me ensinar a pronunciar todos estes nomes de medicamentos.

Ao Thiago, por estar ao meu lado durante toda a jornada do mestrado, sempre prestativo e atencioso. Obrigada por entender que o ‘eu preciso estudar’ não é uma desculpa, mas sim uma necessidade.

À Karen, por sempre estar disponível para ouvir minhas lamentações sobre o mestrado e por toda ajuda que me foi dada.

À CAPES, pela bolsa de mestrado para a realização da minha pesquisa.

**O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.**

**As opiniões expressas neste trabalho são da exclusiva responsabilidade da autora.**

## RESUMO

SOUZA, Caroline Miranda Alves de. A regulação do preço dos medicamentos genéricos no Brasil. Rio de Janeiro, 2020. Dissertação (Mestrado em Economia da Indústria e da Tecnologia) – Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

O objetivo desta Dissertação de Mestrado foi analisar a regulação do preço dos medicamentos genéricos no mercado brasileiro por meio da comparação do diferencial de preços com o medicamento de referência e do papel da concorrência no estabelecimento deste diferencial. A metodologia utilizada consistiu nas seguintes etapas: (i) revisão da literatura sobre os modelos de regulação de preços de medicamentos no mundo; (ii) análise quantitativa da concorrência por meio da utilização das bases de dados de Hasenclever (2002) e Anvisa (2017); e, (iii) análise quantitativa do diferencial de preços por meio da utilização de dados sobre preço e disponibilidade coletados, por meio de uma programação, em *sites* de farmácias e drogarias. Para a maior parte dos medicamentos genéricos analisados, independentemente do grau de concentração, as diferenças de preços em relação ao medicamento de referência eram bem superiores à 35%, indicando que a margem imposta na entrada do genérico no mercado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos poderia ser maior. Para os medicamentos classificados nos grupos “sem evidências de concentração” e “moderadamente concentrados”, foi bastante expressiva a quantidade de medicamentos genéricos com preços inferiores a 60% do preço praticado pelo medicamento de referência. Os resultados demonstram que, para a maior parte dos casos, há uma relação positiva entre o número de fornecedores e a diferença entre os preços praticados de medicamentos genéricos e de referência. Além disso, o ano de entrada do primeiro genérico no mercado não parece ser capaz de explicar as diferenças de preço entre medicamentos genéricos e de referência. Deste modo, foi possível observar que a regulação do preço dos genéricos no Brasil tem sido falha, dado que a principal diferença de preços entre os medicamentos genéricos e de referência tem sido explicada principalmente pela concorrência. Por este motivo, deve ser considerada a implementação de outras maneiras mais eficientes para regular os preços dos medicamentos.

**Palavras-chave:** Concorrência; Mercado Relevante; Preços; Regulação; Indústria Farmacêutica.



## ABSTRACT

SOUZA, Caroline Miranda Alves de. A regulação do preço dos medicamentos genéricos no Brasil. Rio de Janeiro, 2020. Dissertação (Mestrado em Economia da Indústria e da Tecnologia) – Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

The objective of this Master's Dissertation was to analyze the price's regulation of generic drugs in the Brazilian market by comparing of the price's differential to the reference drugs' and of the role of competition in establishing this differential. The methodology used was: (i) literature review on the pharmaceuticals price's regulation models in the world; (ii) quantitative analysis of competition using Hasenclever (2002) and Anvisa (2017) databases; and (iii) quantitative analysis of the price's differential using price and availability data collected, through a programming, from pharmacy and drugstore websites. For most of the generic drugs analyzed, regardless of the degree of concentration, the price's differences for the reference drugs were well over 35%, indicating that the margin imposed by the *Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos* on the generic entry in the market could be bigger. For drugs classified in the “no evidence of concentration” and “moderately concentrated” groups, the quantity of generic drugs with prices below 60% of the price practiced by the reference drug was quite significant. The results indicate that, for the most part, there is a positive relationship between the number of suppliers and the difference between the prices of generic and reference drugs. Moreover, the year of the generic drugs first enters the market does not seem to be able to explain the price's differences between generic and reference drugs. Thus, it was possible to observe that the price's regulation of generic drugs in Brazil has failed its purpose, given that the main price's difference between generic and reference drugs has been mainly explained by competition. For this reason, consideration should be given to implementing other, more efficient ways to regulate drug prices.

**Keywords:** Competition; Relevant Market; Prices; Regulation; Pharmaceutical Industry.

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Síntese da evolução da regulação de preços de medicamentos e da política de genéricos no Brasil.....	26
Quadro 2 – Recomendações de política para ampliar o mercado de genéricos na Europa.....	36
Quadro 3 – Modelos de regulação de preços de medicamentos em PEDs.....	43
Quadro 4 – Casos de mercados relevantes selecionados (n=64).....	48
Quadro 5 – Lista de farmácias e drogarias selecionadas (n=10).....	50
Quadro 6 – Lista de medicamentos selecionados (n=99).....	52
Quadro 7 – Apresentações comerciais por grau de concentração.....	57
Quadro 8 – Síntese dos resultados apresentados.....	82

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Análise comparativa da concorrência por grau de concentração.....	74
Tabela 2 – Caracterização dos produtos por grau de concentração.....	75
Tabela 3 – Caracterização dos fornecedores por grau de concentração.....	76
Tabela 4 – Análise comparativa dos preços por grau de concentração.....	77
Tabela 5 – Análise comparativa dos PMCs por grau de concentração.....	80

## LISTA DE SIGLAS E ACRÔNIMOS

ABRAFARMA – Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias

AIR – Análise de Impacto Regulatório

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ATC – *Anatomical Therapeutical Chemical*

BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

CADE – Conselho Administrativo de Defesa Econômica

CAMED – Câmara de Medicamentos

CAP – Coeficiente de Adequação de Preço

CD – Centro de Distribuição

C&F – Custo e Frete

CEME – Central de Medicamentos

CIP – Comitê Interministerial de Preços

CMED – Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos

CMSPC – *Central Medical Supplies Public Corporation*

CNPM – *Comisión Nacional de Precios de Medicamentos*

COFINS – Contribuição para Financiamento da Seguridade

CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito

DCB – Denominação Comum Brasileira

DCI – Denominação Comum Internacional

DPI – Direitos de Propriedade Industrial

ETNs – Empresas Transnacionais

EUA – Estados Unidos da América

FPR – Fórmula Paramétrica de Reajuste de Preços de Medicamentos

HAI – *Health Action International*

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

IHH – Índice de Herfindahl-Hirschman

IMS – *International Medical Statistics*

INPC – Índice Nacional de Preços ao Consumidor

IPCA – Índice de Preços ao Consumidor Amplo

LPI – Legislação de Propriedade Industrial

MP – Medida Provisória

MS – Ministério da Saúde

NMPB – *National Medicines and Poisons Board*

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial da Saúde

OTC – *Over The Counter*

PBM – Programa de Benefício em Medicamentos

PC – *Price-Cap*

PED – Países em Desenvolvimento

P&D – Pesquisa e Desenvolvimento

PF – Preço-Fábrica

PIB – Produto Interno Bruto

PIS – Programa de Integração Social

PMC – Preço Máximo ao Consumidor

PMVP – Preço Máximo de Venda ao Público

PRE – Preço de Referência Externa

PRI – Preço de Referência Interna

PROFARMA – Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Cadeia Produtiva Farmacêutica

PRR – Preço de Referência para Reembolso

PRVP – Preço de Referência para Venda ao Público

RDC – Resoluções da Diretoria Colegiada

RDF – *Revolving Medicine Funds*

SEAE – Secretaria de Acompanhamento Econômico

SUS – Sistema Único de Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

TRIPS – *Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights Agreement*

UE – União Europeia

VBA – *Visual Basic for Applications*

VPP – Variação Percentual do Preço

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	1
1.1 CENÁRIO DO MERCADO BRASILEIRO DE MEDICAMENTOS .....	2
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA .....	5
1.3 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO.....	10
2. REFERENCIAL TEÓRICO-CONTEXTUAL .....	11
2.1 TEORIA DO OLIGOPÓLIO E A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA .....	11
2.2 DEFESA DA CONCORRÊNCIA E REGULAÇÃO NO MERCADO FARMACÊUTICO .....	14
2.3 A REGULAÇÃO DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS NO BRASIL .....	20
2.4 A REGULAÇÃO DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS NA EUROPA .....	27
2.5 A REGULAÇÃO DE PREÇO DE MEDICAMENTOS EM PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO .....	36
3. METODOLOGIA .....	45
3.1 PERGUNTA DE PESQUISA.....	45
3.2 OBJETIVOS .....	45
3.3 HIPÓTESES .....	46
3.4 ETAPAS DE PESQUISA .....	46
3.4.1 REVISÃO DE LITERATURA .....	46
3.4.2 ANÁLISE QUANTITATIVA POR MERCADO RELEVANTE.....	47
3.4.2.1 PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DA CONCORRÊNCIA.....	47
3.4.2.2 PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DE PREÇOS E DE DISPONIBILIDADE .....	50
4. ANÁLISE QUANTITATIVA DA CONCORRÊNCIA E DOS PREÇOS POR MERCADO RELEVANTE.....	56
4.1 ANÁLISE DOS MEDICAMENTOS EM MERCADOS RELEVANTES “SEM EVIDÊNCIAS DE CONCENTRAÇÃO” .....	58
4.2 ANÁLISE DOS MEDICAMENTOS EM MERCADOS RELEVANTES “MODERADAMENTE CONCENTRADOS”.....	64
4.3 ANÁLISE DOS MEDICAMENTOS EM MERCADOS RELEVANTES “FORTEMENTE CONCENTRADOS” .....	68
4.4 COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS FRENTE A OUTRAS EXPERIÊNCIAS DE REGULAÇÃO DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS NO MUNDO.....	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	88
APÊNDICE A - ANÁLISE DA CONCORRÊNCIA .....	94
APÊNDICE B – MEDICAMENTOS EM MERCADOS RELEVANTES “SEM EVIDÊNCIAS DE CONCENTRAÇÃO” .....	100

APÊNDICE C – MEDICAMENTOS EM MERCADOS RELEVANTES “MODERADAMENTE CONCENTRADOS” .....	110
APÊNDICE D – MEDICAMENTOS EM MERCADOS RELEVANTES “FORTEMENTE CONCENTRADOS” .....	113
APÊNDICE E – PREÇO MÁXIMO AO CONSUMIDOR DETERMINADO PELA CMED .....	116
APÊNDICE F – ANÁLISE DOS GENÉRICOS COM MEDICAMENTO DE REFERÊNCIA DESCONTINUADO.....	129
ANEXO A – DEFINIÇÕES .....	132
ANEXO B – DESCRIÇÃO DAS FARMÁCIAS E DROGARIAS .....	135

## 1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca entre os componentes que devem estar contemplados em uma política de medicamentos, a adoção de uma política de genéricos, por estar diretamente relacionada a capacidade de aquisição de medicamentos pela população (MIRANDA *et al.*, 2009). De acordo com estimativas da OMS, a porcentagem da população sem acesso adequado a medicamentos essenciais é menos que 1% em países de renda alta, 24% em países de renda média, 39% em países de renda baixa e 50% nos países mais pobres da Ásia e África (EL-JARDALI *et al.*, 2017).

A introdução de regulação específica para substituição de genéricos vem sendo utilizada por diversos países para introduzir competição via preços naqueles medicamentos cujas patentes já expiraram, permitindo a comparação de preços entre substitutos terapêuticos e atenuando a assimetria de informações que caracteriza o setor. A produção de medicamentos genéricos é considerada uma medida pró-concorrência (ou política ativa de concorrência), que visa incentivar o funcionamento de mecanismos que fortaleçam a concorrência e que contribui para combater o poder de mercado das empresas associadas à marca (HASENCLEVER, 2002; GODOY *et al.*, 2004).

Em 1999, como decorrência da implementação da Lei 9.787, estabeleceu-se o segmento de medicamentos genéricos no mercado farmacêutico brasileiro. Estes medicamentos foram definidos como intercambiáveis a um produto de referência, e podendo ser produzidos após a expiração ou renúncia da proteção patentária. Além disso, ficou assegurado que os genéricos precisam comprovar a sua eficácia, segurança e qualidade, e que devem ser designados pela sua Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Internacional (DCI) (BRASIL, 1999). Com a entrada do segmento de genéricos no mercado, buscava-se ampliar a concorrência no setor farmacêutico e reduzir os preços dos medicamentos, de modo a facilitar o acesso, por toda a população, de medicamentos sem patentes.

Em 2003, por meio da Lei 10.742, foi criada a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), que passou a estabelecer regras para a determinação de preços no setor farmacêutico. Para o segmento de genéricos especificamente, a CMED, por meio da Resolução 2, de 2004, estabeleceu que, no ato do registro de um genérico, seu preço deveria ser, pelo menos, 35% inferior ao preço do medicamento pioneiro de marca ao qual se refere.<sup>1</sup> Porém,

---

<sup>1</sup> “Art. 12 O Preço Fábrica permitido para o produto classificado na Categoria VI não poderá ser superior a 65% do preço do medicamento de referência correspondente. Parágrafo único. Quando houver nova apresentação de medicamento genérico já comercializado pela empresa, o Preço Fábrica permitido para o produto classificado

autores como Caliari e Ruiz (2010) têm observado que a regulação de preços no setor farmacêutico tem sido inadequada para que os preços dos genéricos reduzam os preços médios dos medicamentos de forma satisfatória.

Alguns fatores têm sido apontados pela literatura como facilitadores da difusão dos medicamentos genéricos no mercado brasileiro, como: os programas do governo (por exemplo, Farmácia Popular), que distribuem medicamentos e direcionam a produção; a aceitação e confiança dos consumidores quanto à qualidade e eficácia dos genéricos; a prescrição médica pelo princípio ativo; a variedade de medicamentos; e o aumento do número de patentes expiradas. Porém, outros fatores têm sido identificados como empecilhos para a difusão destes medicamentos, como: o desembolso direto dos custos pelos consumidores, que possuem baixo poder de barganha; a taxa de câmbio, que encarece os preços dos insumos de produção dos medicamentos, em geral importados; a Lei de Licitações, em que os genéricos têm perdido espaço para os similares; a alta carga tributária, que eleva os custos; e a distribuição de renda desigual, que interfere diretamente sobre o tamanho do mercado consumidor (SOUZA, 2016).

Palmeira Filho (2013) destaca que dado o crescimento do segmento de genéricos, a intensidade da rivalidade entre os concorrentes tem se acentuado, visto que inexistem possibilidades de diferenciação neste mercado. A lógica da concorrência no segmento de genéricos no Brasil tem ocorrido via preço e desconto, o que tem obrigado as empresas a trabalharem com margens apertadas. Além disso, segundo o autor, no segmento de genéricos, é de grande valia alcançar a prateleira da farmácia à frente dos concorrentes, já que não existe interesse, nem para o distribuidor nem para o varejista, na comercialização de um mesmo princípio ativo genérico de empresas distintas.

## **1.1 CENÁRIO DO MERCADO BRASILEIRO DE MEDICAMENTOS**

Na década de 1990, no Brasil, houve a abertura comercial como parte do chamado Consenso de Washington, assim como a estabilização macroeconômica por meio da implantação do Plano Real, em 1994. Juntamente com estes fatos, houve a diminuição das barreiras tarifárias, que levou a um forte aumento da concorrência no país, e uma grande entrada de produtos farmacêuticos chineses e indianos no mercado brasileiro, implicando em um

---

*na Categoria VI não poderá ser superior à média aritmética dos preços das outras apresentações do medicamento genérico da própria empresa, com igual concentração e mesma forma farmacêutica, não podendo ultrapassar o limite máximo de 65% do preço do medicamento de referência correspondente". Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/374947/2932039/Resolu%C3%A7%C3%A3o+n%C2%BA+2+de+5+de+mar%C3%A7o+de+2004+\(PDF\).pdf/b6d68347-a134-4465-a2f1-e5ed0cab747](http://portal.anvisa.gov.br/documents/374947/2932039/Resolu%C3%A7%C3%A3o+n%C2%BA+2+de+5+de+mar%C3%A7o+de+2004+(PDF).pdf/b6d68347-a134-4465-a2f1-e5ed0cab747)*



processo de desestabilização e desinvestimentos, com forte perda de capacitações produtivas nas empresas farmacêuticas nacionais (TOBAR, 2008; QUEIROZ *et al.*, 2017).

Outro ponto importante foi o restabelecimento dos Direitos de Propriedade Industrial (DPI) para produtos e processos farmacêuticos, devido à nova Legislação de Propriedade Industrial (LPI), Lei 9.279/96, que foi decorrente da assinatura do Acordo *Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights* (TRIPS). O processo de harmonização dos DPIs foi extremamente penoso para o setor farmacêutico brasileiro, que viu se ampliar de forma muito rápida o nível de proteção industrial e as barreiras à entrada no setor, em especial, para as empresas nacionais, que não eram detentoras de patentes (QUEIROZ *et al.*, 2017).

Como decorrência destes fatos, foram observados aumentos generalizados, significativos e não transitórios nos preços dos medicamentos no mercado brasileiro. Sendo inclusive observado um aumento do faturamento associado a uma diminuição da quantidade vendida, apesar de ter havido um crescimento de 14% da população brasileira no período (BERNARDO, 2003). O reconhecimento das patentes farmacêuticas levou inicialmente a uma redução no consumo de medicamentos entre 1997 e 2004, com a quantidade vendida caindo, em média, 5% ao ano (GOMES *et al.*, 2014). A redução da quantidade vendida pode ser assim explicada tanto pelo aumento significativo do preço médio dos medicamentos quanto como consequência da proibição da comercialização de cópias de medicamentos devido ao estabelecimento do TRIPS e da LPI.

Sendo assim, este era o cenário que vigorava anteriormente à implementação da política de genéricos no Brasil. Um setor farmacêutico dominado por empresas transnacionais (ETNs), as quais eram responsáveis por 75 a 85% do faturamento anual do mercado farmacêutico brasileiro, com os preços dos medicamentos no Brasil chegando a ser até 20 vezes mais caros do que no mercado mundial. Os valores do Produto Interno Bruto (PIB) investidos no Brasil em saúde eram extremamente baixos no início da década de 1990 se comparado com os percentuais dos Estados Unidos da América (EUA). O Brasil investia cerca de 4,2%, enquanto os EUA investiam cerca de 12,7%. Além disso, a vigilância sanitária que atuava neste período era inexpressiva, pouco atuante e desaparelhada (BERMUDEZ, 1994).

Apesar disso, no final da década de 1990, o mercado farmacêutico brasileiro figurava em quinto lugar no mundo, com um mercado de cerca de US\$ 10,3 bilhões. Foi com este cenário que, em 1999, por meio da Lei 9.782, foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e, no mesmo ano, por meio da Lei 9.787, foi estabelecido o segmento de genéricos no

Brasil<sup>2</sup>. Foram definidos critérios de boas práticas laboratoriais e de produção, assim como a necessidade de testes de biodisponibilidade e bioequivalência para comercialização dos genéricos. Tais medidas foram responsáveis por elevar significativamente o nível de exigências regulatórias para a comercialização de produtos farmacêuticos no Brasil, e com isso, foram ampliadas as capacitações das empresas nacionais na produção de genéricos, havendo forte crescimento do segmento a partir dos anos 2000 (QUEIROZ *et al.*, 2017).

Em fevereiro de 2000, foram registrados os seis primeiros genéricos no país, e em dezembro do mesmo ano, já haviam sido registrados 189 genéricos de 15 laboratórios. No final de 2005 o mercado brasileiro de genéricos já era composto por 63 empresas com pedidos de registros para comercialização de genéricos na Anvisa, abrangendo 88 classes terapêuticas e 93% da prescrição médica (ROSENBERG *et al.*, 2010).

Por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Cadeia Produtiva Farmacêutica (Profarma), criado em 2004, que foi elaborado, implementado e executado pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), as empresas nacionais, em sua maioria produtoras de genéricos, foram capazes de se modernizar, reestruturar e expandir sua capacidade produtiva, e se alinhar aos aspectos regulatórios exigidos para a produção de genéricos (QUEIROZ *et al.*, 2017).

Após a entrada dos genéricos, se observou um elevado *turnover*<sup>3</sup> de empresas nacionais, levando ao fortalecimento da indústria farmacêutica brasileira, apesar de não ter havido uma diminuição significativa da concentração desta. Entre as 20 maiores empresas farmacêuticas em 1997, apenas duas eram brasileiras, com *market-share* de 9,2%. Já em 2005, havia um total de sete empresas brasileiras entre as 20 maiores, correspondendo a 25,5% do mercado nacional. Além disso, em 2005, das dez maiores empresas do setor farmacêutico, quatro eram nacionais (Aché, Medley, Eurofarma e EMS) e produtoras de genéricos (ROSENBERG *et al.*, 2010).

---

<sup>2</sup> No Brasil, a discussão sobre o genérico teve início em 1991, por intermédio do Projeto de Lei 2.022. Outro passo importante foi o Decreto 793/93, cuja principal intenção era mostrar ao consumidor que as diferentes marcas de medicamentos encobriam produtos semelhantes e que o consumidor tinha outras opções para o mesmo produto, com preços diferentes (CARVALHO *et al.*, 2006). A Portaria 3.916/98 tinha como um dos seus objetivos a promoção do uso de genéricos. Três meses após a sua publicação, ocorreu a publicação da Lei 9.787, alterando a Lei 6.360. Com isso, foram traçadas diretrizes, normas e critérios para sua implantação, revogando o Decreto 793. Com a Resolução 391/99, foram estabelecidas as condições de registro, fabricação, controle de qualidade, testes, prescrição e dispensação. Posteriormente, a Anvisa republicou esta Resolução, incluindo a proibição explícita de carimbos, etiquetas e receituários já impressos com frases como “Não substituir por genéricos”, passando a exigir “de próprio punho” qualquer restrição ao intercambiamento (DIAS E ROMANO-LIEBER, 2006).

<sup>3</sup> A análise *turnover* foi desenvolvida por Joskow (1960) e possibilita avaliar a mobilidade das empresas do setor farmacêutico entre dois períodos, ou seja, verificar o grau das mudanças ocorridas nas posições das empresas num determinado *ranking* (ROSENBERG *et al.* 2010).

Os índices de concentração permaneceram no mesmo patamar entre os anos de 2003 e 2012, com o percentual de mercado detido pelas quatro e pelas oito maiores empresas mantendo-se em 21% e 34%. O segmento de genéricos considerado isoladamente continuou a apresentar alta concentração, com as quatro maiores empresas (Medley-Sanofi, EMS, Hypermarcas e Eurofarma), detendo, juntas, mais de 75% do mercado (GOMES *et al.*, 2014). Em 2013, o mercado brasileiro ocupava a sexta posição no *ranking* mundial, com US\$ 30,6 bilhões, evidenciando um avanço em relação a 2008, quando ocupava a décima posição (QUEIROZ *et al.*, 2017).

Neste contexto, os genéricos foram os grandes impulsionadores da demanda no Brasil. Até 2014, o segmento vinha mantendo crescimento anual superior a 25% ao ano em quantidade. Como consequência, de 2004 a 2013, a participação dos genéricos no mercado farmacêutico brasileiro saiu de cerca de 9% para 27% das unidades vendidas, enquanto os medicamentos de referência caíram de 38% para cerca de 17% (GOMES *et al.*, 2014).

Em 2014, entre as vinte maiores empresas do setor farmacêutico brasileiro, oito empresas nacionais possuíam 47,7% do mercado. Já entre as dez maiores empresas, metade eram nacionais, e possuíam 57% do mercado. O laboratório Aché ocupava o primeiro lugar do *ranking*, com 6% de *market-share*, seguido pela EMS, com 5,5%, a Eurofarma ocupava a quarta colocação, com 4,3%, e em quinto lugar estava a Neo Química com 2,9% de *market-share*. Com isso, é possível mostrar que o crescimento das empresas farmacêuticas nacionais ocorreu majoritariamente pela especialização destas empresas na produção de genéricos, que abriu espaço para atuação de empresas com baixa capacitação tecnológica (QUEIROZ *et al.*, 2017).

Segundo informações presentes no Anuário Estatístico do Mercado Farmacêutico (ANVISA, 2018), o mercado farmacêutico brasileiro movimentou, em 2017, aproximadamente R\$ 69,5 bilhões, com 214 empresas comercializando 6.587 diferentes produtos e 12.805 diferentes apresentações comerciais. Das apresentações comerciais cadastradas com comercialização, 4.202 eram genéricos, e do total de empresas no mercado, 88 atuavam neste segmento e faturavam aproximadamente R\$ 9,4 bilhões do total (ANVISA, 2018).

## **1.2 PROBLEMA DE PESQUISA**

Os medicamentos genéricos têm ampliado a sua participação no mercado farmacêutico mundial entre os anos de 2006 e 2016, tanto em volume quanto em valor. As exceções foram as regiões da Ásia e da Austrália, que reduziram juntas sua participação de genéricos, em volume, de 74% para 71%. Na América Latina, por sua vez, tem se observado que a participação

em genéricos tem aumentado de forma mais expressiva em valor, de 45% para 65%, do que em volume, que aumentou de 65% para 80%. Na União Europeia (UE), por sua vez, os genéricos representavam 62% dos medicamentos dispensados e apenas 29% das despesas farmacêuticas. (SHEPPARD, 2017).

No Brasil, no ano de 2016, a participação dos genéricos era de 37% em volume e de 30% em valor. Enquanto isso, em países como China, a participação dos genéricos em volume era de 39%, e em valor de apenas 20%, na Rússia era de 35% em volume e apenas 12% em valor, e nos EUA a diferença era muito mais expressiva, com os genéricos representando 78% do mercado farmacêutico em volume e apenas 14% em valor. Para os medicamentos similares, a participação em volume no Brasil correspondia, em 2016, a 50%, e em valor, a apenas 30% (*MEDICINE FOR EUROPE*, 2018). Estes dados mostram que os genéricos no Brasil parecem estar sendo precificados a níveis mais elevados que nas demais regiões e países, e até mesmo se comparados aos similares, que possuem percentual muito mais expressivo em volume do que em valor.

Medicamentos similares são aqueles que contêm os mesmos princípios ativos, concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica que o medicamento de referência, sendo assim equivalente com este último. Porém, estes medicamentos podem diferir em relação a algumas características e devem ser identificados por nome comercial ou marca (FARMACOPEIA BRASILEIRA, 2019). A partir de 2014, era esperado que estes medicamentos passassem por adequações e fossem obrigados a realizar os mesmos testes de bioequivalência e biodisponibilidade farmacêutica que os genéricos (SOUZA, 2016). Havia ainda a expectativa de que os similares passariam a seguir as mesmas regras que os genéricos quanto a intercambialidade com o medicamento de referência e que seguiriam a mesma regulação de preços dos genéricos<sup>4</sup>. Porém essa proposta não teve andamento, e continuaram a ser exigidos apenas os testes de equivalência farmacêutica.

Na Europa, os sistemas de precificação de medicamentos genéricos tendem a adotar: a) uma abordagem de livre mercado; b) um sistema de preços regulados; ou c) uma combinação destas abordagens (DYLST e SIMOENS, 2010). Em 2011, 80% dos países europeus impunham a regulação de preços aos genéricos e 20% aderiam ao livre mercado. Dos países europeus com regulação, 37% definiam o preço dos genéricos a uma porcentagem pré-determinada abaixo do

---

<sup>4</sup> <http://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2014/01/medicamentos-similares-podem-ter-regras-parecidas-com-dos-genericos.html>

preço do medicamento de referência, 31% estabeleciam um preço máximo para os genéricos e 16% baseavam o preço dos genéricos no preço médio dos medicamentos em uma seleção de países europeus (*EUROPEAN GENERIC MEDICINES ASSOCIATION*, 2011 *apud* SIMOENS, 2012). Segundo Bennett *et al.* (1997), entre 33 países em desenvolvimento (PEDs), apenas sete não tinham controles de preço, oito tinham controles limitados e 18 tinham controles substanciais.

Segundo Bennett *et al.* (1997), os defensores de uma regulação de preços de medicamentos acreditam que essa é capaz de promover: (i) menores preços individuais para medicamentos; (ii) menores gastos totais com medicamentos; (iii) melhoria na informação sobre preço para seguradoras e consumidores; e, (iv) se fazem necessárias porque as forças de mercado sozinhas não são capazes de assegurar a competição. Já os opositores, por sua vez, acreditam que regulações: (i) são “incômodas” e sujeitas à manipulação; (ii) incentivam práticas contábeis enganosas; (iii) criam escassez (real ou artificial); (iv) não têm impactos sobre o paciente ou os gastos totais em saúde porque encorajam o uso de maiores quantidades ou de mais gastos em medicamentos; (v) reduzem inovação e competição; e, (vi) são desnecessárias para a maioria das necessidades terapêuticas de medicamentos que são vendidos competitivamente pelo nome genérico (BENNETT *et al.*, 1997).

Além disso, se observa um intenso debate na literatura internacional de como a competição imposta pela entrada dos genéricos no mercado atua sobre os preços médios dos medicamentos. Quanto a isto, tanto Grabowski e Vernon (1992 *apud* GODOY *et al.*, 2004) quanto Ferrandiz (1999 *apud* GODOY *et al.*, 2004) indicavam haver evidências de que a concorrência dos genéricos tendia a aumentar a maioria dos preços dos medicamentos de referência. Frank e Salkever (1995 *apud* GODOY *et al.*, 2004) verificaram que a competição nos genéricos resultava em uma substancial redução de preços destes medicamentos, sem evidências de que houvesse redução de preços nos medicamentos de referência como resultado da entrada de genéricos. Segundo Brekke *et al.* (2009), este tipo de competição era conhecida como ‘paradoxo do genérico’, em que os medicamentos de marca respondiam à entrada de genéricos aumentando seus preços. Porém, evidências fornecidas por Aronsson *et al.* (2001 *apud* BREKKE *et al.*, 2009), Pavcnik (2002 *apud* BREKKE *et al.*, 2009) e Bergman e Rudholm (2003 *apud* BREKKE *et al.*, 2009) discordam da existência de tal ‘paradoxo’, mostrando que a concorrência de genéricos gera preços mais baixos para os medicamentos de marca. No entanto, segundo os autores, é muito provável que a diferença nos resultados se deva a diferentes estruturas de mercado e regimes regulatórios nos EUA em comparação com os países europeus.

O mesmo debate se dá a nível nacional, em que, enquanto Fiúza e Lisboa (2001) sugerem que, com a entrada de genéricos no mercado as empresas farmacêuticas discriminam seus produtos aumentando os preços, visando capturar os segmentos de baixa elasticidade-preço da demanda e deixando os segmentos com maior elasticidade-preço da demanda para os genéricos, Hasenclever (2002) e Nishijima (2008) afirmam haver redução dos preços médios dos medicamentos com a entrada de genéricos no mercado.

Segundo Carvalho *et al.* (2005) a entrada dos genéricos eleva o grau de concorrência, reduzindo o poder de monopólio das ETNs, provocando redução nos preços dos medicamentos e possibilitando que uma parcela da população deixe de depender dos medicamentos distribuídos gratuitamente pelo governo.

No Brasil, alguns autores ainda têm alertado para a existência de problemas na regulação de preços dos medicamentos da CMED. Por exemplo, Lopes (2009) afirma haver duas questões afetando a determinação de preços dos medicamentos: (i) o reajuste anual; e, (ii) a regulação dos preços no varejo farmacêutico, constatando que a intervenção governamental vai além da definição do preço máximo, alcançando a definição da margem de comercialização. Além disso, observou que a parametrização dos reajustes anuais de preços concedia um índice maior de reajuste para as classes terapêuticas em que a penetração dos genéricos se situava acima do patamar de 20% do faturamento da respectiva classe, enquanto as classes com menor concorrência recebiam reajustes abaixo do nível da inflação oficial do período. Caliari e Ruiz (2010), por sua vez, discutiram os impactos da regulação brasileira na determinação de preços dos medicamentos analisando o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) farmacêutico, visando capturar o efeito preço dos genéricos no consumidor, e mostraram que a maior influência na determinação do INPC farmacêutico vem da regulação da CMED sobre os reajustes de preços dos medicamentos, e que o efeito preço dos genéricos sobre os preços dos medicamentos, varia caso a caso.

Ademais, no mercado brasileiro tem se observado que os medicamentos similares são mais baratos e mais disponíveis que os genéricos. Godoy *et al.* (2004) notaram que, no período inicial da política, os similares eram mais baratos que os genéricos no mercado brasileiro, e que alguns medicamentos de referência, após a redução na quantidade vendida, haviam adotado estratégia competitiva de preços. De modo geral, os autores observaram que, com a entrada dos genéricos, os medicamentos de referência e similares diminuíram nitidamente os seus preços, com a diferença entre os medicamentos de referência e genéricos diminuindo lentamente, enquanto a diferença entre os genéricos e os similares aumentava, com a diminuição do preço

destes últimos. Miranda *et al.* (2009), por sua vez, observaram que a proporção da disponibilidade de genéricos no setor público, por região, era baixa, havendo maior disponibilidade de similares. Além disso, observaram que de 28 medicamentos pesquisados, dez não haviam sido encontrados na sua forma genérica em nenhuma das regiões, e que, dentre todos os medicamentos, a maioria (71,4%) apresentou disponibilidade de genéricos menor que 10% (MIRANDA *et al.*, 2009).

Além disso, para que os genéricos possam competir igualmente com os medicamentos de referência, é preciso que os genéricos possuam uma participação alta no mercado farmacêutico e que sejam mantidos diferenciais de preço entre medicamentos de referência e genéricos. A participação dos genéricos no Brasil varia entre 30-40%, sendo considerada baixa pela literatura. Porém, não foram encontrados estudos destinados a analisar a diferença de preços entre medicamentos genéricos e de referência. Sendo assim, esta Dissertação busca investigar como tem se estabelecido essa diferença de preços.

Deste modo, a pergunta de pesquisa que esta Dissertação se propõe a responder é: como a regulação brasileira do preço dos medicamentos genéricos e a concorrência deste segmento tem afetado a diferença de preços dos genéricos em relação aos medicamentos de referência?

Para responder a esta pergunta, o objetivo geral desta Dissertação é: Investigar como tem se comportado o diferencial de preços entre os medicamentos genéricos e de referência, tendo em vista a regulação de preços dos genéricos em vigor no Brasil e a concorrência destes medicamentos, por mercado relevante<sup>5</sup>. Especificamente, esta Dissertação busca: (i) Analisar como a regulação de preços para os genéricos tem estabelecido um diferencial entre os preços dos medicamentos genéricos e de referência no Brasil nos mercados relevantes selecionados; (ii) Verificar se o aumento do número de produtores de genéricos tem elevado a concorrência de modo a afetar o diferencial de preços entre os medicamentos genéricos e de referência em determinados mercados relevantes; (iii) Discutir, em comparação com outras experiências de regulação de preços de medicamentos genéricos identificadas na literatura, os resultados observados em (i) e (ii).

---

<sup>5</sup> Mercado relevante é definido como um locus (produto/região) em que o poder de mercado possa (hipoteticamente) ser exercido. A tarefa de delimitar um mercado relevante consiste num exercício hipotético que busca, por aproximações sucessivas, estabelecer um grupo de produtos e uma área geográfica na qual, em relação a tais produtos, um hipotético monopolista possa elevar preços e auferir maiores lucros com isso (MELLO, 2013).

### **1.3 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO**

Esta Dissertação está dividida em três Capítulos, além desta Introdução e das Considerações Finais. O segundo Capítulo apresenta o referencial teórico-contextual utilizado, destacando a questão da formação de preços em um setor oligopolizado e as diferentes experiências de regulação de preços de medicamentos em países europeus e em desenvolvimento. O terceiro Capítulo apresenta a metodologia utilizada para a construção desta Dissertação. O quarto Capítulo traz uma análise quantitativa por mercado relevante, tanto no que diz respeito à concorrência quanto aos preços dos medicamentos, e discute estes resultados frente às diferentes experiências de regulação de preços de medicamentos. As definições de alguns termos farmacêuticos utilizados no desenvolver desta Dissertação estão presentes no Anexo A.



## **2. REFERENCIAL TEÓRICO-CONTEXTUAL**

Este Capítulo aborda o referencial teórico e contextual que dá base a esta Dissertação. A primeira seção traz a teoria do oligopólio e faz uma breve caracterização da indústria farmacêutica. A segunda seção apresenta as abordagens sobre defesa da concorrência e regulação, e como estas se aplicam ao mercado farmacêutico. A terceira seção apresenta como foi implantada no Brasil a regulação de preço de medicamentos. A quarta seção apresenta alguns modelos de regulação de preço de medicamentos genéricos na Europa. Por fim, a última seção apresenta alguns modelos de regulação de preço de medicamentos em PEDs.

### **2.1 TEORIA DO OLIGOPÓLIO E A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA**

Entende-se por mercado o conjunto de compradores e vendedores que interagem entre si, e por estruturas de mercado as características de cada mercado em função do número de compradores e de vendedores e da diferenciação ou homogeneidade dos produtos transacionados (MONTELLA, 2007).

Sendo assim, oligopólio é caracterizado como a situação de mercado em que existe um pequeno número de vendedores ou em que, apesar de existir um grande número de vendedores, uma pequena parcela destes é capaz de dominar a maior parte do mercado. Os compradores, por sua vez, apesar de estarem presentes em grande quantidade, são pequenos no tamanho. Os oligopolistas, por serem poucos, podem ser capazes de se unir para evitar a concorrência entre eles e para impor um preço ao mercado (MONTELLA, 2007).

Além disso, este tipo de mercado se caracteriza pela existência de barreiras à entrada, que, embora não sejam barreiras explícitas, podem desestimular a entrada de novas empresas (por exemplo, o poderio das grandes firmas), já que a concorrência que um produtor enfrenta em um mercado não se resume apenas àquelas empresas já estabelecidas<sup>6</sup>, mas também aos potenciais entrantes<sup>7</sup>. É possível observar três principais tipos de barreiras à entrada: diferenciação de produto, vantagens absolutas de custos e economias de escala, e a presença de um ou mais destes elementos pode ser capaz de dificultar a entrada dos competidores potenciais (MONTELLA, 2007; HASENCLEVER E TORRES, 2013).

Para as empresas estabelecidas, uma possibilidade para prevenir entradas é fixar o preço no nível competitivo, pois se as empresas estabelecidas têm alguma vantagem competitiva em

---

<sup>6</sup> Empresas estabelecidas são empresas que já atuam na indústria considerada (KUPFER, 2013).

<sup>7</sup> Empresas entrantes correspondem a qualquer capital interessado em atuar na indústria analisada (KUPFER, 2013).

relação à empresa entrante, existe uma faixa de preços em que é possível obter lucros positivos ao mesmo tempo em que nenhuma entrada seja incentivada. Se há lealdade dos consumidores para com os produtos vendidos pelas empresas existentes, as entrantes têm forçosamente que vender a preços mais baixos para deslocar preferências estabelecidas ou incorrer em gastos superiores de publicidade para divulgar a nova marca (KUPFER, 2013).

Além disso, em um mercado oligopolizado, é possível notar a existência de poder de mercado, que está associado à capacidade de restringir a produção e aumentar preços para, não atraindo novos competidores, obter lucros acima do normal. Pressupõe-se que o poder de mercado é função crescente da concentração da oferta, pois a existência de pequeno número de concorrentes e/ou sua desigualdade favorecem conluíus tácitos ou explícitos, pelo menos entre as empresas líderes. Porém, a concentração é apenas condição necessária, mas não suficiente, para o surgimento de poder de mercado. Na ausência de barreiras à entrada não é possível fixar preços acima dos custos de forma persistente e significativa e, portanto, não é possível exercer poder de mercado (MELLO, 2013).

As economias de escala ocorrem quando as empresas aumentam a sua produção ou o tamanho da sua planta, e moldam o formato da curva de custo médio de longo prazo. Existe também a possibilidade da ocorrência de deseconomias de escala, quando a empresa cresce além de determinados limites, tornando-a sujeita a altos custos de gerenciamento da produção. As economias de escala, portanto, descrevem o que acontece quando se aumenta a quantidade de todos os fatores de produção presentes na função de produção (MELO, 2013).

O custo de produção de um produto em particular pode depender não somente do seu próprio volume de produção, mas também do tamanho da planta onde o produto é feito. Uma possível razão para a produção conjunta, isto é, a produção de mais de um produto numa mesma planta, é a existência de economias de escopo, que podem ser formalmente definidas como:

$$C(q_a, q_b) < C(q_a, 0) + C(0, q_b).$$

Isso significa dizer que o custo de produzir os produtos  $q_a$  e  $q_b$  conjuntamente é menor do que o custo de produzi-los separadamente. Ou seja, algumas empresas conseguem reduzir seus custos médios com a diversificação de produtos. A existência de economias de escopo depende em grande medida das economias de escala (IOOTTY E SZAPIRO, 2013).

A indústria farmacêutica é considerada um oligopólio diferenciado, além de ser fortemente internacionalizada, com as maiores empresas atuando em escala mundial. Por isto, esta indústria necessita de uma boa rede de distribuição, uma vez que sua produção se concentra

em determinadas regiões, e os mercados consumidores estão pulverizados. A comercialização pode ocorrer tanto por rede de distribuição própria quanto por meio de distribuidores terceirizados que fazem com que os produtos cheguem às cadeias de farmácias, à rede varejista, aos hospitais e às clínicas (HASENCLEVER *et al.*, 2010).

Na indústria farmacêutica, as economias de escala favorecem a capacidade de investimento em pesquisa e lançamento de novos produtos e em propaganda e *marketing*, as economias de escopo, por sua vez, são mais relevantes, tendo em vista que esta indústria é constituída principalmente de empresas multiprodutos e procura utilizar os mesmos equipamentos fixos para a produção de uma gama variada de produtos. Por causa disso, se observa a existência de barreiras à entrada decorrentes da estratégia de diferenciação das empresas fortemente influenciadas pelas atividades de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), mas também pelas atividades de *marketing* e propaganda (HASENCLEVER *et al.*, 2010).

A lealdade à marca também é uma característica desta indústria, permitindo que as empresas obtenham lucros supranormais por um longo período de tempo devido à existência de patentes, em que mesmo depois de expirado o prazo de exclusividade, os médicos continuam prescrevendo os medicamentos que já conquistaram a sua confiança. A prescrição médica atua como um importante elemento na relação entre empresas farmacêuticas, médicos, consumidores e governo, e a sua influência sobre a demanda é mais intensa sobre os produtos éticos. O consumidor não é o responsável pela escolha do medicamento, mas sim o médico, que, por sua vez, não é o responsável pelo desembolso monetário na compra. Além disso, há um baixo grau de informação do paciente sobre como proceder de forma alternativa ao tratamento das doenças (HASENCLEVER *et al.*, 2010).

O número de compradores nesta indústria está fortemente ligado aos esquemas de financiamento e de distribuição de medicamentos. Em alguns países, sobretudo os mais desenvolvidos, o fato de o sistema público de saúde fornecer os medicamentos ou praticar alguma forma de reembolso, ou de existir organizações privadas que compartilham as despesas de medicamentos com seus segurados, mas que realizam a compra como um único grande comprador, dá origem a formação de grandes monopólios, com grande poder de barganha. Já nos países menos desenvolvidos, predominam os sistemas de financiamento e distribuição privados, em que as despesas com medicamentos ocorrem por desembolso direto, com poder de barganha quase inexistente em relação aos produtores (HASENCLEVER *et al.*, 2010).

A principal forma de segmentação do mercado se dá por classes terapêuticas, observando-se que há certa concentração de esforços por parte das empresas líderes em algumas classes, principalmente naquelas de maior prevalência nos países desenvolvidos. Em geral, as empresas farmacêuticas se especializam em pesquisas de determinadas classes terapêuticas, principalmente devido à variedade e complexidade de processos e conhecimento envolvidos, e o espectro variado de doenças. Esta especialização conduz à formação de submercados farmacêuticos com um grau relativamente alto de concentração em contraste com o baixo grau observado ao nível da indústria (HASENCLEVER *et al.*, 2010).

Cabe destacar que, por existir certa flexibilidade de oferta na produção da indústria farmacêutica, alguns fabricantes só produzem determinados medicamentos em períodos de boas oportunidades de ganhos, mas ainda assim continuam mantendo o registro para o medicamento em questão, podendo optar por produzi-lo ou por produzir outros medicamentos mais lucrativos (NISHIJIMA *et al.*, 2014).

## **2.2 DEFESA DA CONCORRÊNCIA E REGULAÇÃO NO MERCADO FARMACÊUTICO**

Em uma situação de oligopólio, havendo poucos vendedores no mercado, há uma tendência para que os oligopolistas ajam coordenadamente visando aumentar seus lucros (MONTELLA, 2007). Por causa disso, mercados concentrados, com elevadas barreiras à entrada, demanda inelástica a variações nos preços, assimetria de informações, e outras falhas, tornam-se candidatos à intervenção do poder público (BERNARDO, 2003). Sendo assim, se faz necessário que haja uma política capaz de promover a concorrência e reduzir os incentivos para que as empresas oligopolistas ajam em comum acordo.

Segundo Mello (2013, p. 285):

*“Uma política de defesa da concorrência tem por finalidade garantir a existência de condições de competição, preservando ou estimulando a formação de ambientes competitivos com vistas a induzir, se possível, maior eficiência econômica como resultado do funcionamento dos mercados”.*

A lei antitruste no Brasil (Lei 12.529/11) determina a repressão ao “... abuso de poder econômico que vise à dominação dos mercados, à eliminação da concorrência e ao aumento arbitrário de lucros” (CONSTITUIÇÃO, art. 173, § 4º *apud* MELLO, 2013). O Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) é o responsável por atuar no Brasil na parte de defesa da concorrência como direito difuso, tendo poder de determinar a cessação de uma

prática anticompetitiva, aplicar multas e autorizar certos atos de concentração, podendo ainda propor uma ação de indenização (MELLO, 2013).

A política de defesa da concorrência busca reprimir o exercício abusivo de poder de mercado, e não o poder em si. As regras relativas à conduta preveem punições às práticas anticompetitivas derivadas do exercício abusivo de poder de mercado. Tais práticas abusivas serão consideradas ilícitas se restringirem o processo concorrencial, prejudicando, em última análise, os consumidores. As ações de caráter estrutural buscam evitar o surgimento de estruturas de mercado mais concentradas por meio do controle preventivo sobre os chamados atos de concentração, como fusões e aquisições. A lei de defesa da concorrência não age diretamente sobre os resultados deste processo, mas sim nos meios que levam a este resultado, sendo assim caracterizada como um tipo de regulação reativa do Estado (MELLO, 2013).

A análise antitruste necessita identificar a existência de poder de mercado, para o que se requer, por meio da delimitação do mercado em que tal poder é exercido, e a análise das condições de mercado, que tornam provável, ou não, o exercício deste poder de mercado. Delimitar o mercado relevante é identificar o(s) mercado(s) em que atuam os agentes envolvidos e no(s) qual(is) ocorrem os supostos efeitos restritivos de uma conduta ou ato de concentração. O mercado relevante é definido como um lócus (produto/região) em que o poder de mercado possa (hipoteticamente) ser exercido. Os principais conceitos utilizados para isso são as elasticidades-preço da demanda e da oferta (MELLO, 2013).

Na dimensão produto, identificam-se os produtos que concorrem entre si, incluindo não apenas os produtos idênticos (substitutos perfeitos), mas também os substitutos próximos. Deve haver alta substitutibilidade dos produtos considerados dentro do mercado; ao mesmo tempo, deve ser baixa a substitutibilidade destes em relação aos produtos considerados fora do mercado. Em sua dimensão geográfica, o mercado relevante é definido como uma área na qual os produtos (e seus substitutos) são produzidos ou vendidos, o que varia conforme o tipo de produto e tecnologia, custos de transporte, sistema de distribuição, barreiras tarifárias e não tarifárias às importações, entre outros (MELLO, 2013).

Diferentemente da aplicação da lei antitruste, que possui um caráter predominantemente defensivo, existem várias possibilidades de políticas que podem visar tanto à conformação de ambientes competitivos como também o fortalecimento da competitividade das empresas. Uma política industrial, por exemplo, pode apresentar uma dimensão pró-competitiva, à medida que se preocupa com o nível de eficiência da indústria e busca criar condições para que as empresas

adquiram ou reforcem sua competitividade. Assim como a existência de uma regulação, que pode implicar em menor grau de liberdade nas decisões dos agentes econômicos e na imposição de certas obrigações a estes agentes pelo regulador. Concorrência e regulação não são a antítese um do outro, mas meios diferentes de buscar o mesmo objetivo, garantir condições de eficiência nos mercados (MELLO, 2013).

Em seu papel de regulador, o governo restringe a liberdade de escolha dos agentes econômicos por meio do seu poder de coagir. Desta forma, quando um agente regulador, ou seja, uma agência responsável por algum setor da economia, fixa uma tarifa para um determinado serviço, restringe-se a liberdade que uma empresa tem de estabelecer o preço pela sua atividade, podendo a regulação se estender também sobre quantidade, número de empresas e qualidade. O governo não é capaz de regular todas as decisões das empresas e de consumidores, e por isso, as forças do mercado podem desempenhar um papel significativo, independentemente do grau de intervenção do governo (VISCUSI *et al.*, 2005; PINTO JR E FIANI, 2013).

A regulação pode ser capaz de especificar o preço que as empresas devem cobrar, ou restringir a fixação de preços dentro de algum intervalo. A regulação de preços pode ser uma maneira pela qual uma agência reguladora limita o lucro de uma indústria, restringe a quantidade produzida e o número de empresas (com entrada e saída podendo ser reguladas em vários níveis) e controla a qualidade do produto ou serviço que as empresas produzem, especificando padrões mínimos para confiabilidade de um serviço. O surgimento de agências reguladoras teve seu *boom* nos anos 90, havendo uma tendência mais forte para estabelecer agências reguladoras nos setores econômicos do que nos setores sociais (VISCUSI *et al.*, 2005; GILARDI *et al.*, 2006).

Uma das inovações em regulação econômica de mais rápida difusão foi o critério do preço-teto ou *Price-Cap* (PC), na sua versão inglesa batizado como Índice de Preço de Varejo Menos X, em que X é o fator de produtividade da indústria. Basicamente, o sistema consiste em estabelecer um limite superior para a indústria regulada aumentar seus preços, limite este que pode ser estabelecido para cada preço individualmente ou para a média de preços dos serviços fornecidos pela indústria regulada (PINTO JR E FIANI, 2013).

Os defensores deste modelo apontam as seguintes vantagens em relação a outros métodos de regulação: (i) atinge exclusivamente os serviços em que a empresa regulada atua como monopolista; (ii) espera-se que estimule a eficiência produtiva e promova a inovação;

(iii) o custo do aparato da regulação seria baixo; e, (iv) é menos sujeito ao risco de ser manipulado pela empresa regulada. Porém, também são citados alguns problemas, o mais importante se refere ao investimento. Uma forma de aumentar a taxa de lucro quando há um teto de receita é reduzir a base de capital sobre a qual a taxa é calculada, podendo levar ao subinvestimento e desestimular a inovação. Para minimizar este problema é exigido da agência reguladora um esforço adicional para controlar os planos de investimento e a qualidade dos serviços prestados pela empresa regulada. Além disso, salvo restrições, espera-se que o preço-teto atue favoravelmente nos setores sujeitos à rápida inovação tecnológica, onde os incentivos à modernização e eficiência são mais fortes (PINTO JR E FIANI, 2013).

A escolha adequada do fator X é fundamental para a viabilidade em longo prazo da regulação de preço-teto. Se for imposto um fator X pequeno demais, a empresa regulada obterá lucros excessivos e, assim, comprometerá o regime regulatório. Se for imposto um fator X muito grande, a integridade financeira da empresa pode ser ameaçada. A regulação do preço-teto visa replicar as forças competitivas do mercado, obrigando as empresas a obter ganhos de produtividade e repassá-los aos clientes na forma de preços mais baixos. O fator X deve ser zero quando o setor regulado for capaz de obter a mesma taxa de crescimento da produtividade e de inflação dos insumos que outros setores competitivos. De maneira geral, o fator X deve refletir até que ponto: (1) a indústria regulada é capaz de aumentar sua produtividade mais rapidamente do que outros setores da economia; e (2) os preços dos insumos empregados na indústria regulada crescem menos rapidamente do que os preços dos insumos em outros setores da economia. Na prática, a regulação de preço-teto é aplicada apenas a um subconjunto dos serviços fornecidos pela empresa regulada (BERNSTEIN E SAPPINGTON, 2000).

O fortalecimento das forças competitivas constitui uma mudança estrutural que pode afetar o valor mais apropriado para o fator X. O efeito do aumento da concorrência no fator X pode ser ambíguo no curto prazo. Por um lado, o aumento da concorrência, pode obrigar a empresa a operar com mais eficiência e, assim, obter uma maior taxa de crescimento da produtividade. Este efeito defende um fator X mais alto, uma vez que é razoável exigir que a empresa repasse para os clientes alguns dos benefícios da maior taxa de crescimento da produtividade. Por outro lado, o aumento das forças competitivas pode transferir as vendas dos fornecedores existentes para novos entrantes. O resultado pode ser uma redução inevitável na taxa de crescimento da produção do fornecedor existente, podendo levar a uma menor taxa de crescimento da produtividade da empresa. Este efeito defende um fator X mais baixo. No geral,

a direção e a magnitude da modificação do fator X reflete a melhor estimativa do impacto líquido destes efeitos de compensação (BERNSTEIN E SAPPINGTON, 2000).

As forças competitivas do mercado geralmente não estão presentes nos mercados farmacêuticos, pelo menos não em extensão suficiente para garantir preços eficientes. Por este motivo, há um amplo consenso de que é necessária alguma forma de intervenção por parte do Estado sobre o mercado farmacêutico, seja para promover efetivamente a concorrência ou para regular os preços dos medicamentos (ESPIN *et al.*, 2011).

O objetivo principal da regulação dos mercados farmacêuticos é melhorar o acesso da população aos medicamentos. A questão do acesso, porém, está fortemente relacionada não só a questões circunscritas ao próprio funcionamento do mercado, como também a outras questões como distribuição de renda e informação, que têm reflexo sobre o comportamento da demanda e da oferta. Além disso, é de extrema importância, que seja coibida a prática de aumentos sistemáticos de preços por parte das empresas (HASENCLEVER, 2002).

Como aponta o relatório do projeto (ESPIN *et al.*, 2011) realizado em parceria entre a OMS e a *Health Action International* (HAI), o alto preço dos medicamentos é uma grande preocupação para muitos formuladores de políticas, seguradoras e, principalmente, pacientes. Os preços altos podem tornar os medicamentos inacessíveis, comprometendo o acesso equitativo a eles e ameaçar a sustentabilidade financeira dos sistemas públicos de saúde. Segundo Sood *et al.* (2008), regulações tendem a restringir os gastos com medicamentos e, portanto, melhorar o bem-estar da população. Porém, ao mesmo tempo, tendem a limitar os incentivos à P&D, e podem levar a menos concorrência no mercado de genéricos, assim como atrasar o lançamento e limitar a disponibilidade de novos medicamentos.

Como destaca Hasenclever (2002), a regulação dos mercados farmacêuticos pode ocorrer por meio de duas óticas, (i) a da oferta, que tem como objetivo principal minorar os problemas decorrentes do funcionamento do mercado, tendo efeitos indiretos sobre os preços, ou por meio de políticas ativas sobre os preços e/ou margens de lucro, atuando de forma direta na redução dos preços; e (ii) a da demanda, buscando fortalecer o poder de barganha do comprador. Nesta Dissertação, o objetivo principal é discutir as implicações da regulação por meio da ótica da oferta.

No que diz respeito à regulação de preços no mercado farmacêutico, destacam-se oito mecanismos de monitoramento de preços ou de formas de controle sobre a formação/aumento dos preços: acompanhamento dos preços; fixação de preços baseada em custos; fixação baseada



na rentabilidade; fixação de preços de referência por categoria terapêutica; fixação de preços menores para a entrada de medicamentos repetidos/cópia; fixação de preços por comparação internacional; fixação de preços considerando variações nas quantidades comercializadas; e, congelamento de preços reais (HASENCLEVER, 2002).

Como apontam Espin *et al.* (2011), um sistema ótimo de regulação de preços deve possuir algumas características: (i) deve estar alinhado com os objetivos de política previamente acordados; (ii) deve promover/garantir a acessibilidade, sustentabilidade financeira e qualidade do produto; (iii) deve ser direcionada para atingir preços mais baixos do que aqueles que de outra forma prevaleceriam; e, (iv) devem ser capazes de melhorar a inovação, a disponibilidade e a produção doméstica. Para os PEDs, o efeito da regulação de preços na inovação provavelmente não é uma preocupação principal, pois eles geralmente não possuem uma indústria farmacêutica inovadora. Principalmente, se se tem em vista que a inovação geralmente é liderada pelas tendências do mercado global. Preços baixos podem reduzir a atratividade de certos países para fabricantes e importadores, resultando na não produção ou comercialização de produtos importantes em um país específico ou, pelo menos, serem comercializados com atrasos substanciais (ESPIN *et al.*, 2011).

Além disso, um sistema de regulação de preços deve ser fácil, objetivo, transparente, previsível e não muito caro para administrar. Caso o resultado da regulação seja difícil de prever, os fornecedores serão forçados a tomar decisões com maior incerteza, o que significa que eles terão menos probabilidade de realizar determinados investimentos (ESPIN *et al.*, 2011).

A regulação de preços no mercado farmacêutico é comum aos países de diversos níveis de desenvolvimento, mas a motivação para sua implementação difere entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, como será visto nas seções 2.4 e 2.5. Nos países em que uma porção substancial da população é coberta por esquemas de seguro saúde, controles de preços são vistos como parte da estratégia de contenção de gastos. Em países em que os consumidores arcam com a maior parte das despesas com medicamentos, o controle de preços é visto principalmente como um modo de aumentar o acesso (HASENCLEVER, 2002). Deste modo, observa-se uma discussão intensa na literatura sobre experiências de políticas internacionais acerca de qual deveria ser o conjunto mais apropriado de funções que caberiam ao setor público no que se refere ao funcionamento dos mercados farmacêuticos, sobretudo em relação a regulação de preço de medicamentos.

### 2.3 A REGULAÇÃO DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS NO BRASIL

Na onda de desregulamentação que foi imposta aos PEDs no final dos anos 1980 e início dos anos 1990, o Brasil desregulamentou amplamente os preços dos produtos farmacêuticos. Antes disso, os preços dos medicamentos eram estritamente regulados pelo Comitê Interministerial de Preços (CIP), um conselho interministerial encarregado de monitorar os preços de vários produtos, incluindo medicamentos e outros produtos relacionados à saúde. Além disso, a Central de Medicamentos (CEME), uma agência farmacêutica nacional do Ministério da Saúde (MS), foi responsável pela política de fornecimento de medicamentos essenciais e contribuiu muito para estabilizar os preços no varejo. Desde 1992, quando o CIP e a CEME foram desativados, os preços passaram a ser formalmente monitorados pelo governo, tarefa atribuída inicialmente ao CADE, e mais tarde, a uma secretaria de vigilância econômica, a Secretaria de Acompanhamento Econômico (SEAE) do Ministério das Finanças, entre 1997-1999 (NÓBREGA *et al.*, 2007).

Porém, o aumento abusivo dos preços dos medicamentos, a venda de produtos farmacêuticos de qualidade duvidosa e a propagação de produtos falsificados levaram, em 1999, a instauração da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos medicamentos. No mesmo ano, foi criada a Anvisa<sup>8</sup>, que marcou a introdução da regulação em saúde sob a forma de agência (KORNIS *et al.*, 2011). Como desdobramento da CPI, ficou definida a necessidade de reduzir a escalada de preços de medicamentos e realinhá-los a patamares da década anterior. Duas medidas foram tomadas. A primeira foi a desoneração da tributação dos medicamentos, por meio da Lei 10.147/00, pelo PIS/Cofins (Programa de Integração Social/Contribuição para Financiamento da Seguridade), que reduziu imediatamente os preços em 10% e transformou o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) no principal imposto sobre medicamentos no país. A segunda foi estabelecer uma legislação para desindexar os preços de

---

<sup>8</sup> Ainda que de modo incipiente, já existiam ações de vigilância sanitária desde o início do século XIX no Brasil. Até a década de 80, as ações da vigilância sanitária possuíam um caráter fiscalizatório e punitivo. Com o Sistema Único de Saúde (SUS) o papel da vigilância sanitária deixou de se limitar a ações fiscalizadoras, passando a compreender um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir, ou prevenir riscos à saúde, de intervir nos problemas sanitários e prestar serviços de interesse à saúde. As Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) são os instrumentos utilizados pela Anvisa para realizar a regulação, e têm como objetivo materializar as diretrizes e as políticas de governo com fundamento na segurança e na eficácia de produtos e serviços de interesse à saúde. Apesar de se tratarem de atividades regulatórias de caráter diferente, a regulação sanitária e a econômica possuem interfaces comuns, como: no âmbito da indústria farmacêutica, a preocupação com as vendas dos medicamentos e o faturamento; no âmbito dos consumidores, a preocupação com preços e qualidade dos medicamentos; e, no âmbito da agência reguladora, o respeito à lei do consumidor e a instituição de normas de concorrência saudável (KORNIS *et al.*, 2011).

medicamentos de índices de correção pela inflação (SARAI e PSCHEIDT, 2018; DIAS *et al.*, 2019).

Em 2000, a Medida Provisória (MP) 2.063 definiu as normas de regulação para o setor de medicamentos no Brasil, instituindo a Fórmula Paramétrica de Reajuste de Preços de Medicamentos (FPR) e criando a Câmara de Medicamentos (CAMED). Esta MP foi convertida na Lei 10.213/01 e, posteriormente, revogada pela Lei 10.742/03, que levou a criação da CMED<sup>9</sup>, em 2003. Com isso, o governo deu início a uma pesada política regulatória sobre o setor, estabelecendo preços-teto para os medicamentos éticos e uma série de outros controles. Além disso, com a Lei 10.742/03 buscava-se promover a assistência farmacêutica à população, por meio de mecanismos que estimulassem a oferta de medicamentos e a competitividade do setor (HASENCLEVER, 2002; KORNIS *et al.*, 2011; NISHIJIMA *et al.*, 2014).

Por meio da Lei 10.742/03, estabeleceu-se, no art. 4, as regras para o ajuste e determinação dos preços dos medicamentos. Deste modo, o ajuste de preços de medicamentos deveria ser baseado em um modelo de teto de preços calculado com base em um índice (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE), em um fator de produtividade (expresso em percentual, é o mecanismo que permite repassar aos consumidores, por meio dos preços, projeções de ganhos de produtividade das empresas produtoras de medicamentos) e em um fator de ajuste de preços relativos intrasetor (calculada com base no poder de mercado, que é determinado, entre outros, pelo poder de monopólio ou oligopólio, na assimetria de informação e nas barreiras à entrada) e entre setores (calculada com base na variação dos custos dos insumos, desde que tais custos não sejam recuperados pelo cômputo do índice) (BRASIL, 2003).

Deste modo, ficou estabelecido que a fórmula para cálculo do reajuste deveria ser:

$$VPP = IPCA - X + Y + Z$$

Onde, VPP representa a variação percentual do preço do medicamento; IPCA representa a taxa de inflação medida pela variação percentual do IPCA; X representa o fator de

---

<sup>9</sup> Dentre as atribuições permanentes da CMED destaca-se: definir diretrizes e procedimentos relativos à regulação econômica do mercado de medicamentos; estabelecer critérios para fixação e ajuste de preços de medicamentos; definir os critérios para a fixação dos preços dos novos produtos e apresentações de medicamentos; decidir pela exclusão ou reinserção de grupos, classes, subclasses de medicamentos e produtos farmacêuticos da incidência de critérios de estabelecimento ou ajuste de preços; e estabelecer critérios para a fixação de margens de comercialização de medicamentos a serem observados pelos representantes, distribuidores, farmácias e drogarias. Enquanto a CAMED só podia responsabilizar os laboratórios, a CMED passou a ser capaz de responsabilizar todos os agentes do setor farmacêutico: indústria, atacado e varejo (NISHIJIMA *et al.*, 2014).

produtividade; Y representa o fator de ajuste de preços relativos entre setores; e Z representa o fator de ajuste de preços relativos intrasetor (CMED, 2004a).

Sendo assim, desde 2003 quando foi criada, a CMED passou a estabelecer um procedimento de reajustes de preços anuais, com data-base em março, que segue o método PC. De acordo com esta regra, os produtores podem corrigir os preços dos medicamentos conforme a variação da inflação para o consumidor (IPCA) por aumentos de custos relativos do setor (Y) e por variações relativas de preços dentro do setor (Z). Além disso, ganhos de produtividade (X) das empresas, na magnitude de suas projeções, devem ser repassados aos consumidores (NISHIJIMA *et al.*, 2014). No entanto, o fornecedor é livre para alterar seus preços, contanto que não ultrapassem o teto permitido pela regulação (DIAS *et al.*, 2019).

A fórmula inclui o IPCA, sujeito a descontos ou acréscimos que variam em função de níveis de concorrência do segmento de mercado no qual o medicamento se insere. O Fator X busca captar mudanças nas condições de produção dos medicamentos que gerem redução dos custos, o que, em tese, deveria traduzir-se em uma redução dos preços no mercado, sendo assim o deflator na fórmula. Ainda que a produtividade do setor não seja uniforme, o Fator X é um fator único, aplicável a todos os segmentos da indústria farmacêutica. Ele é definido com base no Índice de Produtividade do Setor Farmacêutico, que utiliza um modelo econométrico preditivo e considera uma razão entre Índice de Produção Física e total de horas trabalhadas no setor farmacêutico. O Fator (X) nunca é negativo, pois, se isso fosse admitido, acrescentaria um valor a mais ao IPCA segundo a fórmula. Quando a previsão de produtividade para a indústria farmacêutica é negativa, o Fator X assume valor nulo. Na prática, quanto menor a produtividade estimada para o setor, maior o aumento de preços permitido (DIAS *et al.*, 2019).

O Fator Y incorpora variáveis relevantes no sentido oposto, ou seja, aumentos nos custos de produção da indústria farmacêutica que precisariam ser compensados. Seu cálculo considera médias anuais de variação de custos com importação de insumos e variação das tarifas públicas. Quando o Fator Y é negativo, representando queda dos custos de produção, não há subtração deste fator do IPCA, e seu valor permanece zero. Valores negativos do Fator Y são acumulados e descontados em momentos futuros de aumento dos custos de produção. Os níveis de concorrência do mercado definem-se segundo o chamado Fator Z. O parâmetro original do texto da lei definia o Fator Z como concentração de mercado segundo participação de genéricos em cada segmento. Quanto mais genéricos, maior a concorrência. Após uma consulta pública realizada em 2014, passou-se a utilizar o Índice de Herfindahl-Hirschman (IHH) para análise do grau de concentração em cada mercado relevante. O Fator Z aloca os medicamentos em três

níveis de concentração do mercado, atribuindo a eles autorizações de reajuste distintas, referidas a ficarem ou não obrigadas a descontarem o Fator X (DIAS *et al.*, 2019).

Segundo Dias *et al.* (2019), a longevidade do modelo de reajuste de preços, sem realinhamento periódico dos tetos aos preços de mercado, conforme recomendado na literatura, tem gerado preços máximos descolados da realidade, que aumentam a assimetria de informação e podem respaldar futuros aumentos abusivos. Modelos regulatórios baseados em teto de preços, como no Brasil, pressupõem realinhamentos dos preços aos valores de mercado a cada dois até, no máximo, cinco anos. Sustenta-se, inclusive, que este modelo seja temporário e aplicável a momentos de transição. No Brasil, este modelo permanece há 15 anos em vigor, sem qualquer realinhamento, com consequentes distorções acumuladas entre preços máximos permitidos e preços praticados (DIAS *et al.*, 2019).

Por meio da Resolução 2, de 2004, a CMED passou a ser responsável por controlar os preços de entrada dos medicamentos, conforme regras específicas para cada tipo. Por meio desta Resolução, ficou estabelecido que, para os produtos novos classificados na Categoria I (produto novo com molécula que seja objeto de patente no país e que traga ganho para o tratamento em relação aos medicamentos já utilizados para a mesma indicação terapêutica), o Preço Fábrica (PF) proposto pela empresa não poderá ser superior ao menor PF praticado para o mesmo produto nos países relacionados (Austrália, Canadá, Espanha, EUA, França, Grécia, Itália, Nova Zelândia, Portugal e o PF praticado no país de origem do produto), agregando-se os impostos incidentes, conforme o caso. Para o produto classificado na Categoria II (produtos novos que não se enquadrem na definição anterior), o PF será definido tendo como base o custo de tratamento com os medicamentos utilizados para a mesma indicação terapêutica, não podendo, em qualquer hipótese, ser superior ao menor preço praticado dentre os países relacionados (CMED, 2004b).

Para o produto classificado na Categoria III (nova apresentação de medicamento já comercializado pela própria empresa, em uma mesma forma farmacêutica), o PF não poderá ser superior à média aritmética dos preços das apresentações do medicamento, com igual concentração e mesma forma farmacêutica, já comercializadas pela própria empresa. Para o produto classificado na Categoria IV (medicamento que seja novo na lista dos comercializados pela empresa ou que já seja comercializado pela empresa, em nova forma farmacêutica) o PF não poderá ultrapassar o preço médio das apresentações dos medicamentos com o mesmo princípio ativo e mesma concentração disponíveis no mercado, na mesma forma farmacêutica, ponderado pelo faturamento de cada apresentação (CMED, 2004b).

Para os medicamentos classificados na Categoria V (medicamento que possuir nova forma farmacêutica no país ou nova associação de princípios ativos já existentes no país) o PF será, no caso de novas associações no país, o estabelecido nos incisos III e IV do artigo 13, não podendo, em qualquer hipótese, ser superior ao menor preço praticado dentre os países relacionados ou no caso de novas formas farmacêuticas, será considerado como referência para a determinação do preço o custo de tratamento com os medicamentos existentes no mercado brasileiro para a mesma indicação terapêutica, não podendo, em qualquer hipótese, ser superior ao menor preço praticado dentre os países relacionados. Por fim, o PF para o produto classificado na Categoria VI (medicamento classificado como genérico) não poderá ser superior a 65% do preço do medicamento de referência correspondente (CMED, 2004b).

Quanto às compras públicas, a CMED impõe um redutor obrigatório, chamado Coeficiente de Adequação de Preço (CAP), sobre o PF de alguns medicamentos excepcionais ou de alto custo nas compras realizadas pelos entes públicos (NISHIJIMA *et al.*, 2014).

O relatório do Acórdão 3.016/12 do Tribunal de Contas da União (TCU) recomendou ao MS rever o modelo regulatório previsto na Lei 10.742/03, de forma a desvincular os reajustes da inflação. Após ser constatado que 86% dos medicamentos de uma amostra de fármacos com maior faturamento apresentavam preço acima da média internacional, sendo 46% com maior preço no Brasil, recomendou também a revisão periódica dos preços a partir de critérios como comparação internacional, variação cambial e custos dos diferentes tratamentos. O Acórdão deu margem a uma consulta pública, que culminou na mudança de parâmetros para cálculo do Fator Z, mostrando que algum grau de alteração na forma de cálculo dos parâmetros é viável, ainda que vigore a lei atual (DIAS *et al.*, 2019).

Como mostra o estudo realizado por Miziara e Coutinho (2015), as médias dos preços de medicamentos praticadas nas farmácias e drogarias estavam muito abaixo do PMC, em relação à grande parte dos medicamentos comercializados no Brasil. Entre 2009 e 2012, 44 dos 129 preços praticados, correspondentes a 99 medicamentos, apresentaram variação superior a 20% entre a média de preços praticados nos pontos de venda e o PMC. Segundo os autores, este quadro indica que a regulação implementada pela CMED é incapaz de pressionar os preços de parte expressiva dos medicamentos comercializados a patamares inferiores àqueles determinados pela indústria farmacêutica, falhando no seu objetivo de facilitar o acesso a medicamentos e com isso promover a assistência farmacêutica. Assim, a regulação de preços parece ser inócua, não interferindo no arbitramento dos preços de boa parte dos medicamentos pela indústria (MIZIARA E COUTINHO, 2015).

Segundo um representante dos consumidores entrevistado por Miziara e Coutinho (2015), seria aceitável uma variação inferior a 20% entre os preços praticados nos pontos de venda e o teto estabelecido pela CMED. Entretanto, as médias de variação foram consideravelmente superior àquela tida como aceitável por este especialista. Este quadro de disparidade entre preços praticados nos pontos de venda e o PMC estabelecido pela CMED não retrata benefícios concedidos pelas farmácias aos consumidores por meio de ‘descontos’, mas os limites da regulação dos preços dos medicamentos feita no Brasil. O teto estabelecido pelo governo está elevado demais e tal discrepância é prejudicial ao consumidor (MIZIARA E COUTINHO, 2015).

Segundo Miziara e Coutinho (2015), as entrevistas mostraram que os motivos da considerável diferença entre o PMC e os preços praticados no mercado são a ausência de monitoramento efetivo dos preços dos medicamentos nos pontos de venda e a falta de previsão legal da possibilidade de redução dos preços regulados. A CMED não possui dados reais acerca dos preços praticados no mercado, mas sim informações fornecidas pela indústria e, por isso, não tem como controlar se a regulação praticada é ou não efetiva. Dentro deste considerável intervalo compreendido entre os preços reais e o PMC, os reajustes, em termos percentuais, na prática, passam a ser muito maiores do que aqueles admitidos pela CMED e, por conseguinte, à inflação para o período (MIZIARA E COUTINHO, 2015).

Tendo em vista a ausência de previsão expressa para se operar um reajuste negativo, a ausência de mecanismos de calibração ou ajuste das normas regulatórias termina por mitigar a efetividade da lei, que se torna incapaz de reagir, como seria de se esperar de uma norma regulatória em um setor dinâmico como o de medicamentos. O fato de o §9º do art. 4º da Lei 10.742/03 não prever a possibilidade de impor a redução de preços, e conforme contestações, chegou a haver alterações na legislação referentes a isto. Por meio da MP 754, de 19 de dezembro de 2016, a CMED passou a contar com a possibilidade de determinar o reajuste para baixo do preço vigente (MIZIARA e COUTINHO, 2015; SARAI e PSCHEIDT, 2018). Porém, esta MP foi encerrada no mesmo ano, após uma carta de ‘exposição de motivos’<sup>10</sup> informando que *“o ajuste negativo de preços deve ocorrer, excepcionalmente, quando observadas distorções de preços, de modo a atacar pontualmente as distorções detectadas, proporcionar equilíbrio de condições e gerar maior competitividade no mercado”*.

---

<sup>10</sup> [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2016/Exm/Exm-MP-754-16.pdf](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Exm/Exm-MP-754-16.pdf).

O enorme descompasso entre preços efetivamente praticados e os preços-teto é admitido pela própria indústria. Os ‘descontos’ médios praticados pelas empresas no mercado nacional em relação a preços-teto da CMED aumentaram de 34,69% em 2012 para 41% em 2016. Em 2017, em meio a polêmicas em torno da Tabela da CMED, o órgão emitiu a Orientação Interpretativa nº 2/2017, que esclarece que a Tabela CMED é tão somente uma Tabela de Teto de Preços (DIAS *et al.*, 2019). No Quadro 1 abaixo há uma síntese com a evolução da regulação de preços de medicamentos e da política de genéricos no Brasil

**Quadro 1 – Síntese da evolução da regulação de preços de medicamentos e da política de genéricos no Brasil**

Ano	Principais Fatos		
Até 1992	Preços dos medicamentos eram estritamente regulados pelo CIP.	A CEME era responsável pela política de fornecimento de medicamentos essenciais e contribuiu para estabilizar os preços no varejo.	
1992 – 1999	Preços passaram a ser formalmente monitorados pelo governo – inicialmente pelo CADE, e mais tarde, pela SEAE.		
1996	Restabelecimento dos DPIs para produtos e processos farmacêuticos, devido à nova LPI (Lei 9.279) decorrente da assinatura do Acordo TRIPS.		
1999	Instauração da CPI dos medicamentos.	Criação da Anvisa (Lei 9.782).	Estabelecimento do segmento de medicamentos genéricos no Brasil (Lei 9.787).
2000	A MP 2.063 definiu as normas de regulação para o setor de medicamentos no Brasil, instituindo a FPR e criando a CAMED.		
2001	A MP 2.063 foi convertida na Lei 10.213/01 e, posteriormente, revogada pela Lei 10.742.		
2003	Criação da CMED (Lei 10.742), dando início a uma pesada política regulatória sobre o setor, estabelecendo preços-teto para os medicamentos éticos e uma série de outros controles. Além disso, buscava promover a assistência farmacêutica à população, por meio de mecanismos que estimulassem a oferta de medicamentos e a competitividade do setor.		
2004	Criação do Profarma, elaborado, implementado e executado pelo BNDES.	A CMED passou a ser responsável por controlar os preços de entrada dos medicamentos, conforme regras específicas para cada tipo (Resolução nº 2).	
2012	O relatório do Acórdão 3.016 do TCU recomendou ao MS rever o modelo regulatório previsto na Lei 10.742/03, culminando na mudança de parâmetros para cálculo do Fator Z.		
2016	Por meio da MP nº 754, a CMED passou a contar com a possibilidade de determinar a redução do preço vigente. Porém, esta MP foi encerrada no mesmo ano, após uma carta de ‘exposição de motivos’.		
2017	A CMED emitiu a Orientação Interpretativa nº 2, que esclarece que a Tabela de preços da CMED é tão somente uma Tabela de Teto de Preços.		

Fonte: Elaboração própria com base na revisão de literatura.

Como foi observada, nesta seção, a maior parte da literatura sobre regulação de preços de medicamentos no Brasil se destina a discutir o modelo de reajuste de preços da CMED, criticando-se, principalmente, o fato do PMC estar descolado dos preços de fato praticados no mercado. Porém, quase não se observam críticas ou discussões sobre a diferença da regulação, e seus diversos efeitos, sobre medicamentos genéricos ou de referência, deixando uma brecha



a ser analisada. Como será mostrado na próxima seção, os *policy-makers* de países europeus costumam dar uma ênfase muito maior à regulação de preços de medicamentos genéricos.

## **2.4 A REGULAÇÃO DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS NA EUROPA**

Desde o início dos anos 2000, praticamente todos os países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) já exerciam algum tipo de regulação do mercado de medicamentos pelo lado da oferta, por meio do controle de preços ou de lucros (RÊGO, 2000).

Na Europa, os sistemas de precificação dos medicamentos genéricos tendem a adotar: a) uma abordagem de livre mercado, em que os fabricantes são (relativamente) livres para fixar os preços dos genéricos; b) um sistema de preços regulados, em que os preços dos genéricos são estabelecidos em uma base regulatória; ou c) uma combinação destas abordagens, por exemplo, preços regulados para o primeiro genérico e uma abordagem de livre mercado para os seguidores (DYLST E SIMOENS, 2010; SIMOENS, 2012).

Existem diferentes políticas e métodos para regular os preços de medicamentos como já mencionado. Algumas políticas são mais apropriadas para medicamentos novos sob patente, por exemplo, Preços de Referência Externa (PRE), enquanto outras, por exemplo, Preço de Referência Interna (PRI), tendem a ser mais específicas aos genéricos (utilizando preços de produtos idênticos ou similares no país ao definir um preço). Como os preços dos genéricos podem estar associados aos medicamentos de referência, as políticas de preços e os preços destes medicamentos também podem afetar os preços dos genéricos (KAPLAN *et al.*, 2016).

A *European Generic Medicines Association* (2011 *apud* SIMOENS, 2012) mostrou que 80% dos países europeus impunham a regulação de preços aos genéricos e 20% aderiam ao livre mercado. Dos países com regulação, 37% definiam o preço dos genéricos a uma porcentagem pré-determinada abaixo do preço do medicamento de referência (modelo conhecido como vinculação de preços dos genéricos), 31% estabeleciam um preço máximo para os genéricos e 16% baseavam o preço dos genéricos no preço médio dos medicamentos em uma seleção de países europeus. Segundo Vogler (2012), 25 países europeus utilizavam o PRE para determinar preços de medicamentos de forma geral. Apenas a Dinamarca, a Suécia e o Reino Unido não aplicavam PREs, e a Alemanha estava começando a considerar PREs para novos medicamentos.

Dentre os países europeus, apenas Malta, Dinamarca e Alemanha não possuíam controle estatal de preços de medicamentos no setor privado, sendo conhecidos como países de “preços

livres”. Na Bélgica, República Tcheca, Chipre, Grécia, Letônia e Luxemburgo, todos os medicamentos eram preços-controlados, fossem reembolsáveis ou não. Na Bulgária, Holanda, Portugal e Romênia, o critério de distinção para controle de preços não era o reembolso, mas sim o *status* da prescrição, ou seja, apenas os preços dos genéricos de prescrição eram controlados. Na República Tcheca, Grécia, Irlanda, Itália e Luxemburgo, os preços dos genéricos eram determinados até 20% abaixo do preço do medicamento de referência. Na Bélgica, Chipre (para medicamentos produzidos localmente), Hungria, Polônia e Portugal, os genéricos tinham preços de 20-50% abaixo do de referência. Na França, os genéricos determinavam seus preços pelo menos 50% abaixo do de referência. Na Áustria, o primeiro genérico era considerado economicamente eficiente se o preço fosse pelo menos 48% abaixo do de referência, e a eficiência econômica era assumida se o segundo, e cada “seguidor” subsequente, oferecessem uma diferença de preço suficientemente grande para o genérico incluído anteriormente. O preço do medicamento de referência deveria ser reduzido em pelo menos 30% dentro de três meses após a inclusão do primeiro genérico (KAPLAN *et al.*, 2016).

Alguns países europeus optam ainda por utilizar um sistema de Preços de Referência para Reembolso (PRR), que implica em agrupar produtos idênticos ou similares nos chamados grupos de referência, determinando um valor máximo de reembolso a ser coberto por terceiros, e o paciente paga apenas a diferença entre o PRR e o preço na farmácia. Vinte e dois dos países europeus pesquisados por Vogler (2012) tinham um sistema de PRR e 13 especificavam *clusters* contendo medicamentos com o mesmo princípio ativo. A maioria dos países definia os PRR em torno ou abaixo do preço médio dos genéricos, ou pelo menor preço no *cluster*.

Nos últimos anos, muitos países passaram a introduzir o PRE, que é a prática de usar o preço de um produto farmacêutico em um ou vários países para obter um preço de referência com o objetivo de definir ou negociar o preço do produto em um determinado país. Os métodos para escolher ou calcular os PREs podem variar em vários aspectos. Os fatores a serem considerados são: (i) a cesta dos países de referência, incluindo a adequação de seu sistema regulador de medicamentos; (ii) o número e o conjunto específico de países usados como referência; (iii) a data do preço nos países de referência (por exemplo, preço atual ou no lançamento); e (iv) o cálculo do preço de referência (por exemplo, menor preço, média simples ou média ponderada). O valor resultante pode ser ajustado por um parâmetro específico para levar em conta a menor capacidade econômica do país em relação aos países de referência. Além disso, os países europeus tendem a selecionar como países de referência aqueles que compartilham semelhanças econômicas ou proximidade geográfica, ou mesmo pela

disponibilidade de informações de preços. Alguns países usam como comparador o país de origem do fabricante (por exemplo, Irã e Jordânia). No entanto, existem países que são comumente usados como referência, apesar de não estarem necessariamente na mesma região, como Espanha, França e Reino Unido, que são escolhidos devido aos baixos preços, transparência e acessibilidade das informações sobre preços (ESPIN *et al.*, 2011).

Na Eslováquia, por exemplo, as empresas farmacêuticas devem fornecer informações sobre o preço de um medicamento no país de origem, além de oito países europeus (Áustria, França, Alemanha, Itália, Espanha, República Tcheca, Hungria e Polônia) antes de introduzi-lo no mercado. Este método pode resultar em preços altos na Eslováquia, porque os preços no país de origem (por exemplo, Alemanha e Reino Unido) são normalmente bastante altos. Na Estônia, por exemplo, o PRE é usado para medicamentos de referência reembolsados e genéricos, usando o nível de preço do fabricante. O PRE pode incluir todos os Estados-Membros da UE, mas examina explicitamente os preços da Letônia, Lituânia e Hungria. A Letônia e a Lituânia foram escolhidas por serem os países vizinhos mais próximos da Estônia, com situação econômica, estrutura populacional e *status* epidemiológico semelhantes. A Hungria foi escolhida porque possui um procedimento de preços semelhante (negociações com os fabricantes) com a Estônia (ESPIN *et al.*, 2011).

Portugal era o único país da UE com participação de mercado de genéricos maior em valor que em volume, o que é uma indicação de preços de genéricos bastante altos. Em 2010, Portugal alterou sua metodologia de PRE, passando a defini-lo como a média dos cinco medicamentos com preços mais baixos e, como decorrência disto, a participação de mercado dos genéricos se tornou mais baixa em valor do que em volume. Porém, ainda há espaço para novas reduções de preço (KAPLAN *et al.*, 2016). Na Alemanha, por exemplo, algumas empresas farmacêuticas decidiram manter altos os preços de certos medicamentos (inibidores da atorvastatina e da ECA), apesar dos PRI serem mais baixos, levando a perda subsequente de participação no mercado. As empresas sabiam que os preços neste país mais tarde se tornariam referências para outros países e que estes preços, por sua vez, seriam usados em outros países como referência no futuro. Ao manter os preços altos neste país, as empresas foram capazes de obter preços mais altos em outros países. Portanto, parece que uma consequência do PRE é pressionar os países selecionados como referência a manter preços altos (ESPIN *et al.*, 2011).

As políticas voltadas para o controle de preços de venda ao consumidor estão ainda sujeitas a controle das margens de comercialização dos atacadistas e varejistas, e as autoridades sanitárias podem definir tanto os critérios de fixação dos preços iniciais de venda, como também

as regras para os reajustes futuros dos mesmos. Em alguns países, os reajustes estão sujeitos à autorização prévia e não podem ser superiores à variação dos índices de preço. Em Portugal, por exemplo, o sistema nacional de saúde negociava o preço com o laboratório e estabelecia o preço de venda ao consumidor, controlando também as margens de comercialização. Além disso, os preços dos medicamentos eram revistos anualmente de acordo com a variação da inflação, podendo haver anos em que a revisão não era autorizada (RÊGO, 2000).

Dylst e Simoens (2010) notaram que os PFs dos genéricos variavam substancialmente tanto entre os países europeus quanto dentro de um mesmo país, sugerindo que estes preços não apenas refletiam os custos de produção subjacentes, mas que também eram influenciados pelo ambiente regulatório em torno do registro, precificação, reembolso e distribuição. Com isso, observaram que não existia uma estratégia única de preços que pudesse prever o comportamento dos preços dos medicamentos de referência e genéricos. Wouters e Kanavos (2017) também compararam o PF e de varejo de uma amostra de genéricos em sete países europeus, e observaram que os preços variaram muito entre os países. A Dinamarca e a Suécia tinham os PFs e de varejo mais baixos entre os sete países, enquanto França e Itália tinham os mais altos na maioria dos índices ponderados. Além disso, verificaram que: (i) a variação de preços diferia entre os grupos terapêuticos; (ii) a variação dos preços também se dá, em parte, a diferenças na regulação das margens de atacadistas e varejistas; e, (iii) que os pacientes tendiam a consumir mais dos medicamentos que são mais baratos em seus países.

Alguns autores observaram que, países que não exigiam explicitamente que os genéricos fossem precificados a uma determinada porcentagem mais baixa, relatavam diferenças consideráveis de preço (por exemplo, Países Baixos e na Eslováquia), e atribuíam isto à concorrência no mercado. De modo que a penetração dos genéricos era mais bem-sucedida em países com livre precificação do que com regulação. Os preços dos genéricos nos países escandinavos eram substancialmente mais baixos do que na França, Alemanha, Países Baixos ou Reino Unido. Isso acontece porque em países com livre mercado, os fabricantes dos medicamentos de referência podem cobrar preços mais elevados antes e depois da expiração da patente, atraindo assim a entrada de genéricos, que, por sua vez, são capazes de aumentar seu *market-share* oferecendo reduções de preço. Como resultado, nestes países, a diferença de preço entre genéricos e de referência tende a ser maior do que em países com preços regulados. Por sua vez, nos países com preços regulados, a regulação tende a reduzir o preço do medicamento de referência sobre seu ciclo de vida, desencorajando assim a entrada de genéricos (DYLST E SIMOENS, 2010; VOGLER, 2012).

Na maioria dos países europeus, os PFs são diretamente regulados pelo Estado. Contudo, em alguns países (Chipre – para medicamentos importados, Dinamarca, Finlândia, Letônia, Holanda, Noruega, Polônia, Suécia e Reino Unido) o PF é indiretamente regulado. Nos países nórdicos, as autoridades competentes aprovam um preço máximo por atacado. No Reino Unido, o *Pharmaceutical Pricing Regulation Scheme* controla os lucros máximos das empresas. A maioria dos países controlavam os PFs apenas para medicamentos reembolsáveis, cinco países aplicavam a regulação de preços para todos os medicamentos, enquanto a Dinamarca e a Alemanha (países com preços livres), operavam controles de preços sobre produtos não patenteados reembolsáveis (VOGLER, 2012).

Dylst e Simoens (2010) observaram que os níveis mais altos de preços dos genéricos estavam no Reino Unido, França, Holanda e Alemanha, e estes resultavam do fato de que a concorrência entre os fabricantes de genéricos assumia a forma de descontos para a cadeia de distribuição. Segundo os autores, a concorrência por descontos não é clara para os atores do mercado e não é justa, pois atacadistas e varejistas não são recompensados pelos serviços prestados, mas por sua capacidade de negociar descontos em preços artificiais. Em resumo, os preços de varejo tendem a superestimar o valor dos genéricos caso os fabricantes passem a competir oferecendo descontos para a cadeia de distribuição. Por causa disso, alguns países adotaram medidas adicionais, como a França, que passou a regular o tamanho dos descontos concedidos na cadeia de distribuição. Os autores ainda identificaram alguns estudos que levam a crer que a concorrência de preços de genéricos reduz os preços de medicamentos de referência, pois a concorrência de preços entre fabricantes de genéricos é transparente e fácil para todos os atores do mercado, além de garantir que os preços pagos reflitam o valor real do produto. Tanto na Suécia quanto na Itália foi observado que a entrada de concorrentes de genéricos levou a reduções adicionais nos preços dos medicamentos de referência. Além disso, os autores apontavam que preços mais altos para genéricos eram observados em países que tinham um mercado em desenvolvimento de genéricos, por exemplo, uma participação de genéricos em volume abaixo de 40% (DYLST E SIMOENS, 2010).

Alguns países têm ainda optado por utilizar um sistema de licitação, que é um mecanismo pelo qual são comprados medicamentos do fabricante que oferece a melhor oferta. Um exemplo é o caso da Bélgica, no qual foi aplicada uma licitação para a sinvastatina, e esta levou a reduções substanciais de preços e economia para o prestador de serviços de saúde. No entanto, esta tendência foi contrabalançada pelo crescimento das despesas com outras estatinas. As despesas com medicamentos contendo sinvastatina diminuíram em 30% em 2008 em relação

a 2007, enquanto as despesas com medicamentos contendo atorvastatina e rosuvastatina aumentaram 16% e 40%, respectivamente, no mesmo período. Como resultado, o gasto total com estatinas aumentou 6,5% (ARICKX *et al.*, 2009 *apud* DYLST E SIMOENS, 2010). Além disso, também se observou que países que implementaram procedimentos de licitação têm, algumas vezes, presenciado uma diminuição nos investimentos farmacêuticos, uma desaceleração no desenvolvimento do mercado de genéricos, ausência de alguns medicamentos devido à escassez logística e redução na remuneração de farmácias (PRICEWATERHOUSECOOPERS, 2007 *apud* SIMOENS, 2012).

Sood *et al.* (2008) elaboraram modelos para observar como a regulação impactava nas receitas das empresas farmacêuticas. No modelo 1, mais geral, os resultados mostraram que três dos seis grupos de regulação agregados reduziam significativamente as receitas, e que os controles diretos de preços tinham o maior impacto nas receitas, as reduzindo em 16,8%. Já no modelo 2, mais desagregado, os resultados sugeriam que as negociações e outras formas de controle de preços reduziam as receitas mais do que o PRE. Além disso, os resultados mostraram que o impacto dos preços de referência na ausência de controle direto de preços levava a redução de 10,5% nas receitas. No entanto, este efeito era disfarçado pelo fato de que os controles de preços já estavam em vigor quando o preço de referência foi adotado. De modo que, se utilizado de forma incremental aos controles de preço, o preço de referência tem um impacto limitado nas receitas (SOOD *et al.*, 2008).

Brekke *et al.* (2009) estudaram a mudança regulatória do preço dos medicamentos na Noruega, e como resultado observaram que o PRR reduz significativamente os preços de medicamentos de marca e genéricos no grupo de referência, com o efeito sendo mais forte para os medicamentos de marca, e sugerem que o PRR é mais eficaz do que o PC na redução dos preços. Segundo os autores, o PC limita a capacidade das empresas farmacêuticas de explorar o poder de mercado cobrando preços altos, enquanto o PRR visa estimular a concorrência, tornando a demanda por produtos farmacêuticos mais elástica. Dado que o PC era obrigatório para os medicamentos de marca, mas não para os genéricos, foi possível observar uma grande redução de preço nos genéricos, enquanto, para medicamentos de marca, eram observados apenas reduções de preço abaixo do PC. Danzon e Liu (1996 *apud* BREKKE *et al.*, 2009) mostravam que todos os preços dentro do *cluster* de medicamentos para reembolso tendiam a convergir para o PRR, implicando em uma queda no preço dos medicamentos de alto preço (marca) e em um aumento no preço dos medicamentos de baixo preço (genéricos).

Nesta mesma direção, Zweifel e Crivelly (1996 *apud* BREKKE *et al.*, 2009) sugeriam que, na Alemanha, o PRR produziu uma redução imediata nos preços dos medicamentos de marca para o nível de PRR, mas não afetou os genéricos. Aronsson *et al.* (2001 *apud* BREKKE *et al.*, 2009) testando os efeitos dos PRR, encontraram fortes efeitos negativos em medicamentos de marca e genéricos.

O estudo realizado pela *Medicine for Europe* (2018) propõe algumas recomendações para que países europeus com baixa participação de genéricos no mercado farmacêutico possam ampliar o seu uso e garantir assim uma melhor eficiência em seus mercados. Uma parte das recomendações diz respeito às alterações na forma de prescrição de medicamentos nestes países, mas a maior parte delas diz respeito à regulação de preços dos medicamentos, as quais se dará ênfase abaixo.

Visando ampliar a utilização dos genéricos na Bulgária, o estudo da *Medicine for Europe* (2018) sugere, em nível de varejo, que seja introduzida uma política fixa de copagamento para pacientes e que deveria ser aumentado o reembolso para um mínimo de 75%, especialmente em genéricos essenciais. O estudo também sugere que deve ser evitado, ou pelo menos otimizado, a utilização do PRE, que é o principal mecanismo de fixação de preços na Bulgária. Estes preços nem sempre refletem a dinâmica do mercado nacional, de modo que as autoridades deveriam examinar outros mecanismos alternativos para estabelecer os preços dos medicamentos. Caso não deixem de utilizá-lo, deveriam otimizar a estimativa de preço, passando a considerar a média dos preços da cesta de países em vez do preço mais baixo. Quanto a vinculação de preço dos genéricos, a relação de preço com o medicamento de referência é de 30%, segundo o estudo esta porcentagem deve ser reduzida, pois a pressão extrema sobre os preços é insustentável para a indústria de genéricos, forçando a saída de genéricos do mercado, e levando à escassez de medicamentos. O estudo destaca ainda que é importante considerar o equilíbrio entre o preço e a disponibilidade de genéricos.

Visando ampliar a utilização de genéricos na Espanha, o estudo da *Medicine for Europe* (2018) sugere, em nível de varejo, que seja adotada e implementada a diferenciação de preço entre medicamentos genéricos e de referência. Segundo o estudo, a diferenciação de preço deve ser mantida por um período após o vencimento da patente, para que os genéricos possam competir igualmente com outros medicamentos já disponíveis no mercado, e que não estabelecer esta diferença de preço significa que os fabricantes de genéricos não terão incentivo para entrar no mercado. Esta situação acabará por retirar os genéricos do mercado e eliminará a concorrência para os medicamentos de referência, comprometendo assim o acesso dos

pacientes. O estudo sugere ainda que devem ser evitados os sistemas de licitação de substâncias e ingredientes ativos em nível nacional, pois segundo eles, evidências da Holanda e da Alemanha mostraram que a aplicação de um sistema de licitação aumenta a concentração do mercado nos níveis da empresa, substância ativa e ingrediente ativo. Isso acaba levando a menos concorrência no mercado de genéricos e, conseqüente, escassez de medicamentos.

Para a França, o estudo da *Medicine for Europe* (2018) sugere, em nível de varejo, que seja evitada a utilização do PRE e também as reduções de preços dos genéricos. O estudo mostra que, preços eficientes de medicamentos podem ser alcançados promovendo a concorrência por meio da introdução de políticas competitivas, no lugar da utilização de mecanismos de preços como o PRE. Portanto, as autoridades francesas deveriam revisar a aplicação do PRE aos genéricos, pois os níveis de preços resultantes não refletem a dinâmica do mercado nacional. Em relação aos cortes de preços, um novo genérico recebe 60% do preço do medicamento de referência antes da expiração da patente. Segundo o estudo, deveria haver uma revisão desta política de preços, especificamente para genéricos que exigem alto investimento em fabricação e/ou que possuem preço extremamente baixo, pois esta política ameaça a sustentabilidade da indústria de genéricos.

Para a Holanda, o estudo da *Medicine for Europe* (2018) sugere, em nível de varejo, que seja reembolsado vários medicamentos no mesmo *cluster*, a fim de criar um mercado sustentável e aumentar o acesso dos pacientes aos genéricos. Atualmente, as seguradoras de saúde reembolsam apenas um dos poucos medicamentos dentro de um determinado *cluster* e, geralmente, apenas os medicamentos mais baratos são reembolsados. Esta política de preferência reduziu os preços e forçou a saída dos fornecedores de genéricos cujos produtos não foram selecionados para reembolso, reduzindo assim a concorrência de genéricos, e podendo levar à escassez de medicamentos. O reembolso de vários medicamentos dentro de um mesmo *cluster* cria um mercado sustentável para a participação de fornecedores de genéricos, estimulando a concorrência e evitando a escassez de medicamentos.

Para a Irlanda, o estudo da *Medicine for Europe* (2018) sugere que deva ser estimulada a concorrência de genéricos e que se evite a prática de preços insustentáveis. Segundo o estudo, alguns preços de genéricos são fixados em níveis insustentáveis devido a medidas de contenção de custos em curto prazo, e a pressão extrema sob os preços leva à redução de fornecedores no mercado e, conseqüentemente, aumenta o risco de escassez de medicamentos. A falta de concorrência está levando à redução do acesso dos pacientes aos medicamentos, gastos desnecessários em tratamentos alternativos e uma oportunidade perdida de gerar eficiência de



custos. Além disso, eles sugerem, novamente, que a utilização do PRE deve ser evitada para os genéricos, pois os níveis de preços estabelecidos não refletem a dinâmica do mercado nacional. Sobretudo porque são feitas referências a mercados de alto volume e baixo preço, enquanto a Irlanda é um mercado de baixo volume, e os baixos preços referenciados ameaçam a sustentabilidade da indústria de genéricos.

Visando ampliar a utilização de genéricos na Itália, o estudo da *Medicine for Europe* (2018) sugere, em nível de varejo, que seja revisado e abolido o mecanismo de *payback* aplicado às empresas de genéricos. Em outros países europeus, este mecanismo é aplicado principalmente aos medicamentos de referência que contribuem para o aumento do gasto farmacêutico, e não aos genéricos que contribuem para aumentar os ganhos de eficiência do sistema de saúde. Se não for possível excluir totalmente os genéricos deste sistema, deveriam ser feitos ajustes para atender às especificidades do mercado de genéricos. Segundo o estudo, deve ser evitada a vinculação de patentes, já que esta diminui a entrada de genéricos e aumenta os custos de litígio para os fabricantes, resultando em ineficiências para o sistema de saúde. Além disso, mostram que é preciso estar ciente dos riscos e consequências da introdução de um sistema de licitações no varejo, pois a experiência em outros países europeus mostrou que a licitação resulta em escassez de medicamentos. O estudo alerta ainda que reduções de preços exigidas pelo governo, visando preços no nível mais baixo possível, são insustentáveis.

Por fim, para Portugal, o estudo da *Medicine for Europe* (2018) sugere, em nível de varejo, que seja abolido tanto o mecanismo de *payback* para a indústria de genéricos quanto a revisão anual de preços de genéricos. Segundo o estudo, o preço dos genéricos está vinculado ao preço do principal concorrente no mercado e uma vez que haja qualquer alteração no preço do medicamento de referência, este afetará o respectivo genérico. A regulação atual, segundo o estudo, compromete a livre concorrência entre os operadores econômicos, e pode vir a prejudicar a sustentabilidade do setor de genéricos. Além disso, o estudo sugere que deve se limitar a redução do preço dos novos genéricos a 65% do preço do medicamento de referência, pois isto impediria a redução do preço abaixo do custo marginal, garantindo assim um fornecimento constante de medicamentos. No Quadro 2 abaixo consta uma síntese das recomendações de política para ampliar o mercado de genéricos na Europa.

**Quadro 2 – Recomendações de política para ampliar o mercado de genéricos na Europa**

País	Recomendações de Política			
<b>Bulgária</b>	Introduzir uma política fixa de copagamento para pacientes	Introduzir um nível mais alto de reembolso para os genéricos (um mínimo de 75%, especialmente em genéricos essenciais)	Evitar, ou pelo menos otimizar, a utilização do PRE para os genéricos	Evitar, ou pelo menos otimizar, a vinculação de preço dos genéricos (a relação de preço com o medicamento de referência é de 30%, sugerindo-se que esta porcentagem deve ser reduzida)
<b>Espanha</b>	Adotar e implementar a diferenciação de preço entre medicamentos genéricos e de referência		Evitar os sistemas de licitação de substâncias e ingredientes ativos em nível nacional	
<b>França</b>	Evitar, ou pelo menos, revisar a aplicação do PRE aos genéricos		Evitar reduções de preços para os genéricos (que recebe 60% do preço do medicamento de referência antes da expiração da patente)	
<b>Holanda</b>	Reembolso para vários medicamentos no mesmo <i>cluster</i>			
<b>Irlanda</b>	Estimular a concorrência de genéricos	Evitar preços insustentáveis	Evitar a utilização do PRE para os genéricos	
<b>Itália</b>	Revisão e abolição do mecanismo de <i>payback</i> aplicado às empresas de genéricos	Evitar a vinculação de patentes e licitações no varejo e reduzir os custos de litígios	Reduções de preços exigidas pelo governo, visando preços no nível mais baixo possível, são insustentáveis	
<b>Portugal</b>	Abolir o mecanismo de <i>payback</i> para a indústria de genéricos	Abolir a revisão anual de preços de genéricos	Limitar a redução do preço dos novos genéricos a 65% do preço do medicamento de referência	

Fonte: Elaboração própria com base em *Medicines for Europe* (2018).

## 2.5 A REGULAÇÃO DE PREÇO DE MEDICAMENTOS EM PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO

Nesta seção foram discutidos brevemente alguns exemplos de regulação de preços de medicamentos em PEDs, e que possuem características econômicas e sociais mais próximas ao Brasil, como os da América Latina, África e Ásia. Nos PEDs, os gastos com medicamentos representam 25-66% do total dos gastos públicos e privados em saúde e, portanto, representam a maior despesa familiar após alimentação (OMS, 2018b *apud* BABAR *et al.*, 2019).

Como destacaram Ali e Yahia (2012) e Kaplan *et al.* (2016) estudos publicados sobre a forma como os governos dos PEDs regulam os preços dos medicamentos são relativamente escassos. Além disso, a maior parte destes países regula apenas o preço do medicamento de referência, com a patente ainda em vigor, o que torna mais difícil achar exemplos de regulação de preços de medicamentos genéricos em PEDs.

Cabe destacar que, podem haver diferenças no modo como cada país implementa a sua política de genéricos, com cada país possuindo características próprias (por exemplo, alguns permitem a utilização do nome de marca para os genéricos, outros não fazem exigência da realização de testes de bioequivalência, entre outros).

No Chile, por exemplo, a exigência de testes de bioequivalência foi implementada em 2008, sem que antes existissem medicamentos bioequivalentes no mercado chileno. Porém até o fim de 2013 já havia 325 medicamentos bioequivalentes. Além disso, durante o processo de implementação da bioequivalência, houve certa discussão sobre o efeito que esta política teria sobre o preço dos medicamentos, alguns autores argumentavam que o preço diminuiria devido a migração de consumidores de medicamentos de referência para genéricos bioequivalentes, enquanto outros argumentavam que o preço dos genéricos aumentaria devido ao custo adicional do teste de bioequivalência (BALMACEDA *et al.*, 2015). Outro exemplo é a Argentina, que desde 2002 estabeleceu o PRR e, por meio da resolução 163/02 da Superintendência de Serviços de Saúde da Argentina, instituiu que os agentes de seguro de saúde reconhecerão e aplicarão os descontos a favor dos beneficiários somente quando as prescrições emitidas forem feitas pelo nome genérico (TOBAR, 2008).

Quanto aos modelos de regulação de preço de medicamentos, desde 2006, na Colômbia, são estabelecidos três regimes sob os quais os medicamentos podem ser classificados: (a) “Regime de Liberdade Supervisionada”, em que se aceita o preço estabelecido pelo fabricante ou distribuidor com o compromisso de relatar variações e a determinação de seus preços à *Comisión Nacional de Precios de Medicamentos* (CNPM – entidade que determina o regime no qual um medicamento entra e estabelece a metodologia para calcular o PRE); (b) “Regime de Liberdade Regulada” (RLR), no qual ingressam os medicamentos que servem para proteger a saúde pública, bem como circunstâncias de extrema urgência ou emergência nacional, que possuam alta concentração de mercado, em relação à Classificação Terapêutica Relevante, medida pelo IHH, e com falta de substitutos ao entrar no mercado. Para medicamentos neste regime é calculado um PRE estabelecido como preço máximo; (c) Caso um medicamento na RLR exceda o preço limite, ele passa para o “Regime de Controle Direto”, no qual se define diretamente um Preço Máximo de Venda ao Público com base no PRE (VACCA *et al.*, 2011).

Além dos PREs, a Colômbia também utiliza uma metodologia de análise de minimização de custos, selecionando medicamentos comparáveis e avaliando os custos do tratamento. De acordo com a Circular 04 de 2006, o PRE é a média dos três preços unitários mais baixos dos mesmos medicamentos produzidos pela mesma empresa matriz nos países de

referência. Ao estabelecer o PRE, a Comissão compara os preços dos medicamentos no mesmo nível da cadeia de distribuição nos países de referência. De acordo com a Circular 02 de 2010, os países tomados como referência são: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, México, Panamá, Peru e Uruguai (VACCA *et al.*, 2011).

No México, o último modelo de regulação de preço máximo foi adotado em 2004, e é uma tentativa de melhorar algumas das falhas do anterior. As principais características do modelo, administrado pelo Ministério da Economia, são as seguintes: (a) a regulação se aplica apenas a medicamentos protegidos por patente vendidos no setor privado; (b) a participação dos fabricantes é voluntária; (c) um PRE serve como referência para estabelecer um limite de preço que o preço máximo de venda no varejo de um medicamento patentado não pode exceder; (d) para novos produtos sem comparadores, o fabricante pode definir o preço, sujeito a reavaliação três meses após o lançamento do produto; e, (e) medicamentos genéricos e de referência cujas patentes expiraram estão isentos da regulação de preços, pois se argumenta que a perspectiva de concorrência de preços elimina a lógica da regulação de preços (MOÏSE E DOCTEUR, 2007). Talvez por causa disso, embora a oferta de genéricos no México tenha aumentado significativamente nos anos 2000, a sua participação permaneceu baixa em comparação com outros países, em parte devido aos preços mais altos (OCDE 2008 *apud* PIER E LLORÉNS, 2011).

Existem três preços diferentes definidos na regulação de preços no México: (i) o PRE, quando um fabricante registra um produto no Ministério da Economia, que é calculado como a média ponderada dos PFs do trimestre anterior nos seis países em que o produto possui a maior penetração de vendas. O fabricante deve submeter ao Ministério da Economia a cada ano o PRE, que está sujeito a verificação anual por um auditor externo; (ii) o preço de referência para venda ao público (PRVP), que é derivado do PRE multiplicando-o por 1,72 ( $PRVP = PRE \times 1,72$ ). O PRVP é convertido em pesos usando a taxa de câmbio média calculada pelo Banco Central do México, para o trimestre imediatamente anterior à data em que a empresa registrou seu produto no esquema de preço de referência, ou seja, a taxa de câmbio correspondente ao período em que o PRE foi calculado; (iii) o preço máximo de venda ao público (PMVP), que é o preço máximo de venda a varejo permitido para um produto farmacêutico sob patente definido pelo fabricante. Este é o preço máximo que o fabricante imprime na etiqueta do produto farmacêutico. Quando um fabricante registra um produto patentado no Ministério da Economia, ele reporta o PMVP e calcula os futuros aumentos de preços. Se o PMVP ou os

aumentos propostos resultarem em um PMVP maior que o PRVP, o primeiro deverá se ajustar para baixo em relação ao PRVP (MOÏSE E DOCTEUR, 2007).

A *Procuraduría Federal del Consumidor* (PROFECO) é a responsável por garantir o cumprimento dos preços máximos estabelecidos e monitorar a adesão das farmácias à lei, investigando relatórios de farmácias que vendem medicamentos a preços que excedem o preço máximo carimbado. No entanto, a responsabilidade da PROFECO é apenas garantir que as farmácias não vendam produtos a um preço superior ao preço marcado, não tendo autoridade alguma sobre como os fabricantes definem os preços máximos de seus produtos farmacêuticos (MOÏSE E DOCTEUR, 2007).

Na África do Sul, várias políticas de preços de medicamentos foram tentadas, com mais ou menos sucesso. Em 1996, se desenvolveu uma Política Nacional de Medicamentos, que sinalizou uma série multifacetada de intervenções para reduzir os preços dos medicamentos e melhorar as práticas de prescrição e distribuição. Esta política levou posteriormente a medidas para o controle de preços de fabricantes, entre elas o chamado “Preço Único de Saída”, que é o único preço pelo qual os fabricantes podem vender o medicamento a qualquer entidade que não seja o Estado, e uma única taxa fixa de distribuição ou dispensação destinava-se a controlar os custos na cadeia de distribuição. Além disso, existe um imposto sobre o valor adicionado dos medicamentos, e o uso de licitações é limitado ao setor público. No lado da demanda, copagamentos são rotineiramente usados no setor privado, que incentiva a adoção de genéricos. No entanto, existem evidências de que o impacto da economia dos genéricos foi reduzido devido ao fato de os médicos tenderem a prescrever medicamentos recém-lançados e de alto preço no lugar de genéricos (GRAY, 2009).

Em 2001, o governo do Sudão aprovou uma lei regulando os preços dos medicamentos, tanto no setor público quanto no privado. De acordo com uma discussão técnica sobre preços e acesso a medicamentos na região do Mediterrâneo Oriental, realizada pela OMS, em 2007, os preços dos medicamentos no Sudão estavam entre os mais altos da região. A lei foi atualizada em 2009 e renomeada como “Lei de Medicamentos e Venenos”. Antes da comercialização no Sudão, um medicamento deve ser registrado no *National Medicines and Poisons Board* (NMPB), para o qual será aprovado o preço Custo e Frete (C&F), que constará no certificado de registro do NMPB. O certificado de registro é válido por cinco anos após os quais o produto deve ser registrado novamente. Ele permite alterações nos preços C&F registrados em resposta a mudanças nas circunstâncias econômicas, como flutuações na taxa de câmbio e ajustes na inflação durante a vida útil do certificado. O sistema atual exige que os fabricantes e

importadores locais obtenham a aprovação do NMPB para alteração de preço com uma explicação antes de aplicar novos preços (ALI E YAHIA, 2012).

Com base no C&F total de um medicamento, em que os atacadistas adicionam uma porcentagem fixa ao preço que pagam aos fabricantes do exterior, o NMPB fixa as porcentagens máximas de *mark-up*<sup>11</sup> para todos os medicamentos em duas etapas de distribuição. O lucro do atacadista é de 15% dos custos totais, e o lucro do varejista é de 20% do preço do atacadista. Neste sistema, atacadistas e varejistas correm para importar e distribuir medicamentos caros que lhes proporcionam margens de lucro mais altas. O preço dos medicamentos é uma das várias razões para a falta de acesso a medicamentos essenciais, com menos de 50% da população sudanesa tendo acesso regular a estes medicamentos. O governo tributa 1,5% dos preços de compra no caso dos varejistas e cobra um imposto de lucro de 15% a ser pago pelos importadores. Os importadores são obrigados a estampar o preço final aos consumidores nas embalagens de medicamentos vendidas nas farmácias (ALI E YAHIA, 2012).

No setor público, as compras são realizadas pela *Central Medical Supplies Public Corporation* (CMSPC). O preço C&F é determinado pelo Comitê de Licitação. Os produtos da CMSPC são vendidos para instituições de saúde públicas e privadas com um *mark-up* de 20% e 12% para os *Revolving Medicine Funds* (RDFs) nos níveis estaduais. A CMSPC vende medicamentos diretamente para os hospitais federais ou para os RDFs de outros estados, que, por sua vez, os vendem para os serviços públicos de saúde. Cada nível adiciona seu próprio *mark-up* antes que os medicamentos sejam finalmente vendidos aos usuários finais (ALI E YAHIA, 2012).

Na China, os hospitais podem ter o monopólio da compra de medicamentos e da prestação de serviços médicos, e suas finanças dependem fortemente da venda de medicamentos, de modo que estes não têm incentivos para reduzir seus preços. Para aliviar o ônus das despesas médicas e garantir a implementação do plano de seguro médico, são regulados os preços de varejo dos produtos farmacêuticos qualificados para o programa e

---

<sup>11</sup> Uma maneira de manter a coordenação da indústria diante de mudanças nas condições de custos é a utilização de regras de bolso para a formação de preços. Isto normalmente consiste na formulação de princípios gerais de formação de preços a partir dos custos. O formato mais usual destas regras é o princípio do custo total que se constitui em uma convenção adotada pela maior parte das empresas que atuam em oligopólio, segundo Hall e Hitch (1939). De acordo com este princípio, as empresas calculam seus preços a partir de seus custos unitários variáveis (ou custos diretos), adicionando uma margem para cobrir os custos fixos e o lucro, ou seja,  $p = v + \mu v$ , onde  $v$  são os custos unitários variáveis (custos diretos) e  $\mu$  é a soma da margem de lucro e o percentual dos custos fixos a ser coberto pela venda de cada unidade (*mark-up*). A adoção do princípio do custo total permite que mudanças nos preços, fruto de pequenas alterações nos custos, sejam visualizadas por todas as empresas, evitando interpretações que sugiram o início de uma guerra de preços (ROCHA, 2013, p. 152).

incluídos no *National Basic Medical Insurance Scheme Drug Catalogue*. O mecanismo de precificação baseia-se em três considerações ao definir o preço máximo de varejo: i) custo de produção; ii) um *spread* de preço de atacadista estabelecido pelo governo; e, iii) os preços de produtos comparáveis no mercado. Porém, argumenta-se que não existem recursos humanos e técnicos suficientes para verificar os custos de produção relatados pelos fabricantes. Portanto, os preços são estabelecidos no nível desejado pelos fabricantes (TANG *et al.*, 2006 *apud* KAPLAN *et al.*, 2016). Além disso, na China, os genéricos locais não são bioequivalentes e são considerados de menor qualidade, enquanto os produtos globais da mesma classe são considerados semelhantes em qualidade e melhores substitutos (WANG, 2006).

Em junho de 2008, a Filipinas assinou a sua política de controle de preços de medicamentos, com a definição de um preço máximo de varejo para uma lista de medicamentos que se enquadram na *Universally Accessible Cheaper and Quality Medicine Act of 2008*. Medicamentos de marca sob patente eram o principal alvo das leis de controle de preços das Filipinas (OPLAS, 2009 *apud* KAPLAN *et al.*, 2016). Este controle de preço pode tornar os medicamentos de marca mais acessíveis às pessoas pobres. Porém, caso os produtores locais de genéricos não possam lidar com reduções drásticas de preços adicionais, eles serão forçados a parar de comercializar alguns produtos, perder participação de mercado ou talvez, fechar (KAPLAN *et al.*, 2016).

A Índia tem uma longa tradição de regular a qualidade e o preço dos medicamentos, e possui uma Organização Central de Controle Padrão de Medicamentos, chefiada pelo Controlador Geral de Medicamentos da Índia, com vice-controladores nas várias regiões. Os preços são controlados para medicamentos selecionados pela Autoridade Nacional de Preços Farmacêuticos, sob o Ministério de Produtos Químicos e Fertilizantes. Em novembro de 2012, a Índia aprovou uma nova política de preços de medicamentos projetada para aumentar o número de medicamentos essenciais com controle de preços, a Política Nacional de Precificação de Produtos Farmacêuticos. Esta política regula os preços dos medicamentos com base na sua essencialidade por meio de preços baseados no mercado de formulações. A legislação é projetada para reduzir os preços de medicamentos de marca caros que são vendidos por fabricantes nacionais e internacionais. Sob a nova política, que é essencialmente um sistema de PRI, o preço-limite de um medicamento em particular é calculado pela média dos preços de todas as marcas com mais de 1% de participação de mercado. Dos novos medicamentos incluídos na nova política de preços, 348 são definidos como essenciais. Com a prerrogativa de incentivar o investimento, esta política estabelece que medicamentos patenteados sob o *Indian*

*Patents Act* de 1970, e que são resultado de produtos ou processos endógenos, ficam isentos de controle de preços por um período de cinco anos, assim como uma formulação que envolve um novo sistema de entrega desenvolvido por meio de P&D endógena (DEPARTMENT OF PHARMACEUTICALS, 2012; KAPLAN *et al.*, 2016). Ademais, os preços dos medicamentos que não estão com controle de preços também são regulados até certo ponto, em que o governo garante que seus preços não aumentem em mais de 10% em um ano (KOHLI, 2012).

Na Tailândia não existe nem uma política nacional de preços de medicamentos nem uma política para regular os preços dos medicamentos nos setores público ou privado, mas este país emprega algumas políticas para controlar indiretamente os preços e despesas de medicamentos no setor público. Por causa disso, são encontrados: (i) preços diferentes para o mesmo genérico, (ii) medicamentos de referência com preço bem acima do PRE, e (iii) preços dos medicamentos no setor privado mais altos do que no setor público. Dentre as políticas de saúde para controlar indiretamente os preços e gastos com medicamentos nos setores públicos na Tailândia, estão: a implementação da Lista Nacional de Medicamentos, os Esquemas Nacionais de Seguro de Saúde e a utilização do Grupo Relacionado a Medicamentos para reembolsar as despesas de internação de funcionários do governo. Em 2006, cerca de 60% dos medicamentos no país eram importados. Além disso, a Comissão de Administração de Alimentos e Medicamentos exige que todos os fabricantes tenham Certificação de Boas Práticas de Fabricação, e é necessária a garantia de bioequivalência para o registro de genéricos, além da garantia de qualidade (SOOKSRIWONG *et al.*, 2009).

Ademais, a aquisição dos hospitais públicos na Tailândia ocorre por meio de mecanismos de compra em grupo, e os preços de varejo estabelecidos (público e privado) não são controlados pelo governo, com as empresas apenas notificando as autoridades quando desejam aumentar os preços. Também era possível observar que os *mark-ups* nos genéricos eram consideravelmente mais altos do que nos medicamentos de marcas, no entanto, os preços dos medicamentos de marca eram mais de quatro vezes superiores aos dos genéricos, aumentando assim o lucro. Por causa disso, Sooksriwong *et al.* (2009) acreditavam que se faziam necessárias regulações para controlar a porcentagem do *mark-up* dos medicamentos, e que o sistema de regulação de preços deveria ser implementado em todos os níveis da cadeia de distribuição, aplicando-se regulações de preços, como preços máximos de venda ou margens máximas de atacado/varejo. Além disso, os autores acreditavam que deveria haver uma organização responsável por definir e monitorar os preços dos medicamentos. No Quadro 3



abaixo encontra-se uma síntese dos modelos de regulação de preços de medicamentos que vigoram nos PEDs aqui analisados.

**Quadro 3 – Modelos de regulação de preços de medicamentos em PEDs**

País	Modelo de Regulação
<b>Colômbia</b>	Desde 2006, são estabelecidos três regimes: (a) “Regime de Liberdade Supervisionada”, em que se aceita o preço estabelecido pelo fabricante ou distribuidor com o compromisso de relatar variações e a determinação de seus preços à CNPM; (b) “Regime de Liberdade Regulada”, no qual ingressam os medicamentos que servem para proteger a saúde pública, que possuem alta concentração de mercado e com falta de substitutos ao entrar no mercado, sendo calculado um PRE como preço máximo; (c) Para medicamentos que excedam o preço limite em (b), passa-se para o “Regime de Controle Direto”, no qual a CNPM define diretamente um PMVP, com base no PRE. Além dos PREs, se utiliza uma metodologia de análise de minimização de custos, com a seleção de medicamentos comparáveis e a avaliação dos custos do tratamento. O PRE é calculado como a média dos três preços unitários mais baixos dos mesmos medicamentos produzidos pela mesma empresa nos países de referência – Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, México, Panamá, Peru e Uruguai (VACCA <i>et al.</i> , 2011)
<b>México</b>	Desde 2004, as principais características do modelo de regulação de preço máximo são: (a) se aplica apenas a medicamentos protegidos por patente vendidos no setor privado; (b) a participação dos fabricantes é voluntária; (c) um PRE para estabelecer um limite para o preço máximo de venda no varejo de um medicamento patenteado; (d) para novos produtos sem comparadores, o fabricante pode definir o preço, sujeito a reavaliação três meses após o lançamento do produto; e, (e) medicamentos genéricos e de referência cujas patentes expiraram estão isentos da regulação de preços. Além disso, existem três preços definidos na regulação: (i) o PRE, que é calculado como a média ponderada dos PFs do trimestre anterior nos seis países em que o produto possui a maior penetração de vendas; (ii) o PRVP, no qual se multiplica o PRE por 1,72, e que é convertido em pesos usando a taxa de câmbio média calculada pelo Banco Central do México correspondente ao período em que o PRE foi calculado; (iv) o PMVP, que é o preço máximo de venda a varejo permitido para um produto farmacêutico sob patente definido pelo fabricante, e este preço é impresso na etiqueta do produto (MOÏSE E DOCTEUR, 2007).
<b>África do Sul</b>	Em 1996, desenvolveu uma Política Nacional de Medicamentos, a qual levou posteriormente a medidas para o controle de preços de fabricantes, entre elas o chamado “Preço Único de Saída”, que é o único preço pelo qual os fabricantes podem vender o medicamento a qualquer entidade que não seja o Estado, assim como uma taxa única fixa de distribuição ou dispensação. Além disso, existe um imposto sobre o valor adicionado dos medicamentos, e o uso de licitações é limitado ao setor público (GRAY, 2009).
<b>Sudão</b>	Em 2009, foi atualizada a lei que regula os preços dos medicamentos e renomeada como “Lei de Medicamentos e Venenos”. Antes da comercialização no Sudão, um medicamento deve ser registrado no NMPB, o qual aprova um preço C&F. O certificado de registro é válido por cinco anos após os quais o produto deve ser registrado novamente, este permite alterações nos preços C&F registrados em resposta a mudanças nas circunstâncias econômicas, e exige que os fabricantes e importadores locais obtenham a aprovação do NMPB para alteração de preço. Com base no C&F total, o NMPB fixa as porcentagens máximas de <i>mark-up</i> para todos os medicamentos em duas etapas de distribuição. O lucro do atacadista é de 15% dos custos totais, e o lucro do varejista é de 20% do preço do atacadista. O governo tributa 1,5% dos preços de compra no caso dos varejistas e cobra um imposto de lucro de 15% a ser pago pelos importadores, que são obrigados a estampar o preço final aos consumidores nas embalagens. No setor público, as compras são realizadas pela CMSPC, e o preço C&F é determinado pelo Comitê de Licitação, estes produtos são vendidos para instituições de saúde públicas e privadas com um <i>mark-up</i> de 20% e de 12% para os RDFs nos níveis estaduais, e cada nível adiciona seu próprio <i>mark-up</i> antes da venda aos usuários finais (ALI E YAHIA, 2012).
<b>China</b>	Os hospitais detêm o monopólio da compra de medicamentos e da prestação de serviços médicos. Para aliviar o ônus das despesas médicas e garantir a implementação do plano de seguro médico, são regulados os preços de varejo dos produtos farmacêuticos qualificados para o programa e incluídos no <i>National Basic Medical Insurance Scheme Drug Catalogue</i> . O mecanismo de precificação baseia-se em três considerações ao definir o preço máximo de varejo: i) custo de produção; ii) um <i>spread</i> de preço de atacadista estabelecido pelo governo; e

	iii) os preços de produtos comparáveis no mercado. Porém, os preços são estabelecidos no nível desejado pelos fabricantes (TANG <i>et al.</i> , 2006 <i>apud</i> KAPLAN <i>et al.</i> , 2016).
<b>Filipinas</b>	Em junho de 2008, foi assinada a política de controle de preços de medicamentos, com a definição de um preço máximo de varejo para uma lista de medicamentos que se enquadram na <i>Universally Accessible Cheaper and Quality Medicine Act of 2008</i> . Medicamentos de marca sob patente eram o principal alvo das leis de controle de preços das Filipinas (OPLAS, 2009 <i>apud</i> KAPLAN <i>et al.</i> , 2016).
<b>Índia</b>	Em 2012, a Índia aprovou uma nova política de preços projetada para aumentar o número de medicamentos essenciais com controle de preços. A legislação é projetada para reduzir os preços de medicamentos de marca. Sob a nova política, um sistema PRI, o preço-limite de um medicamento em particular é calculado pela média dos preços de todas as marcas com mais de 1% de participação de mercado (KAPLAN <i>et al.</i> , 2016). Ademais, os preços dos medicamentos que não estão com controle de preços também são regulados até certo ponto, em que o governo garante que os preços não aumentem em mais de 10% em um ano (KOHLI, 2012).
<b>Tailândia</b>	Não existe nem uma política nacional de preços de medicamentos nem uma política para regular os preços dos medicamentos nos setores público ou privado, mas este país emprega algumas políticas para controlar indiretamente os preços e despesas de medicamentos no setor público. Dentre as políticas para controlar indiretamente os preços e gastos com medicamentos no setor público estão: a implementação da Lista Nacional de Medicamentos, os Esquemas Nacionais de Seguro de Saúde e a utilização do Grupo Relacionado a Medicamentos para reembolsar as despesas de internação de funcionários do governo (SOOKSRIWONG <i>et al.</i> , 2009).

Fonte: Elaboração própria com base na literatura.

### **3. METODOLOGIA**

Esta Dissertação utiliza uma abordagem expositiva e argumentativa, buscando levantar e organizar materiais obtidos de diferentes fontes, expondo o assunto com fidedignidade, interpretando as ideias apresentadas e demonstrando o posicionamento da autora de acordo com as hipóteses levantadas. O levantamento de dados foi realizado tanto por meio de pesquisa documental quanto por meio de pesquisa bibliográfica e de coleta de dados *online* em *sites* de farmácias e drogarias. Foi utilizado ainda o método estatístico, visando obter, de conjuntos complexos, representações simples, e constatar se estas verificações simplificadas têm relações entre si, permitindo-se comprovar as relações entre os fenômenos (MARCONI E LAKATOS, 2003).

Neste Capítulo se apresenta a pergunta de pesquisa, os objetivos gerais e específicos, as hipóteses e as quatro etapas de pesquisa detalhadas. É importante ressaltar que as etapas de pesquisa não seguiram obrigatoriamente uma ordem sequencial, mas, em geral, estas etapas se sobrepuseram.

#### **3.1 PERGUNTA DE PESQUISA**

Como a regulação brasileira do preço dos medicamentos genéricos e a concorrência deste segmento tem afetado a diferença de preços dos genéricos em relação aos medicamentos de referência?

#### **3.2 OBJETIVOS**

O objetivo geral desta Dissertação é:

Investigar como tem se comportado o diferencial de preços entre os medicamentos genéricos e de referência, tendo em vista a regulação de preços dos genéricos em vigor no Brasil, e como a concorrência destes medicamentos, por mercado relevante, é capaz de influenciar a determinação dos preços médios dos medicamentos.

Especificamente, este trabalho busca:

- (i) Analisar como a regulação de preços para os genéricos tem estabelecido um diferencial entre os preços dos medicamentos genéricos e de referência no Brasil nos mercados relevantes selecionados;
- (ii) Verificar se o aumento do número de produtores de genéricos tem elevado a concorrência de modo a afetar a redução de preços médios dos medicamentos (genéricos e referência) em determinados mercados relevantes;

(iii) Discutir, em comparação com outras experiências de regulação de preços de medicamentos genéricos identificadas na literatura, os resultados observados em (i) e (ii).

### **3.3 HIPÓTESES**

H1: A regulação de preços dos genéricos no Brasil, aplicada somente no momento da entrada do produto no mercado, estimula, com o passar do tempo, a redução do diferencial de preços entre os medicamentos genéricos e de referência.

H2: No Brasil, a concorrência tem apresentado uma maior capacidade de influenciar o diferencial de preços entre medicamentos genéricos e de referência.

### **3.4 ETAPAS DE PESQUISA**

A primeira etapa da pesquisa foi realizar o levantamento da literatura para a construção do referencial teórico-contextual a ser utilizado como base para a Dissertação, assim como uma revisão de literatura sobre a regulação de preços dos medicamentos genéricos em distintos países, visando analisar os dados do Brasil comparativamente. A segunda etapa da pesquisa foi comparar a base de dados utilizada por Hasenclever (2002), para o ano de 2001, e como contraponto os dados disponíveis no Anuário Estatístico do Mercado Farmacêutico (ANVISA, 2017), para o ano de 2016, buscando detalhar como tem se dado a concorrência dentro de cada mercado relevante. A terceira etapa da pesquisa foi coletar dados *online* em *sites* de farmácias e drogarias sobre preços e disponibilidade dos medicamentos que constituem os mercados relevantes selecionados, visando assim analisar como a regulação de preço dos genéricos têm influenciado o diferencial de preços entre medicamentos genéricos e de referência, assim como o papel da concorrência na determinação dos preços.

#### **3.4.1 REVISÃO DE LITERATURA**

Para a revisão de literatura foi realizada uma busca eletrônica nas bases de dados *Google Scholar* e *Science Direct* e nos periódicos *Cadernos de Saúde Pública* e *Journal of Health Economics*, usando-se na busca palavras-chave como medicamentos genéricos, *generic drug* e *precios de medicamentos*. Além disso, foram ainda utilizados artigos conhecidos previamente, textos utilizados em outros estudos, assim como sugeridos por outros autores. Em seguida, foram selecionados os artigos que tratavam sobre a regulação de preços de medicamentos em diversos países.

A revisão de literatura teve como objetivo observar como ocorre a regulação de preços dos medicamentos, sobretudo no segmento de genéricos, em distintos países, e comparar estas regulações com a brasileira em termos de sua eficácia para reduzir o preço dos medicamentos. Além disso, buscou-se observar quais questões são levantadas por outros autores que estudam o assunto. Por meio desta revisão de literatura, foram obtidas hipóteses que deram sustentação a investigação desta Dissertação. Esta literatura também propiciou o conhecimento de outras experiências, e levou a construção de sugestões de como aperfeiçoar a regulação brasileira atual para se alcançar resultados mais desejáveis no segmento de medicamentos genéricos.

### **3.4.2 ANÁLISE QUANTITATIVA POR MERCADO RELEVANTE**

Esta etapa de pesquisa foi dividida em duas partes. A primeira parte apresenta o passo a passo para a elaboração e seleção dos dados sobre concorrência por subclasse terapêutica, denominada aqui de mercado relevante, assim como a seleção dos medicamentos que as constituem. A segunda parte apresenta a metodologia utilizada para a coleta de dados sobre preço e disponibilidade dos medicamentos selecionados na primeira parte em *sites* de farmácias e drogarias.

#### **3.4.2.1 PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DA CONCORRÊNCIA**

No presente estudo, foram utilizadas as informações sobre os mercados relevantes disponíveis na base de dados utilizada no trabalho realizado por Hasenclever (2002), para o ano de 2001, e as subclasses terapêuticas presentes no Anuário Estatístico do Mercado Farmacêutico (ANVISA, 2017), para o ano de 2016<sup>12</sup>, visando comparar quais as mudanças que ocorreram no mercado em um intervalo de 15 anos. A utilização destas bases de dados se justifica pelo fato de ser possível comparar os dados disponíveis em ambos os trabalhos. Porém, cabe destacar que os dados utilizados por Hasenclever (2002) são da *International Medical Statistics (IMS) Health*, enquanto os dados disponíveis no Anuário Estatístico do Mercado Farmacêutico (ANVISA, 2017) fazem parte do Relatório de Comercialização, que é enviado pelas empresas para a CMED. Apesar da similaridade entre as informações, Hasenclever (2002) utiliza uma segmentação por similaridade de princípios ativos e os classifica em mercados relevantes, enquanto a Anvisa (2017) realiza a separação das informações por subclasse terapêutica. A primeira classificação é mais restritiva, pois utiliza somente os medicamentos da classe terapêutica que são substitutos entre si. Os medicamentos similares não foram

---

<sup>12</sup> O anuário de 2017 (ANVISA, 2018) não foi utilizado porque não disponibilizava os dados sobre IHH por subclasses terapêuticas, tal como consta no anuário de 2016.

considerados nesta análise pelo fato de possuírem nome comercial e não ser possível garantir a sua intercambialidade com o medicamento de referência, o que dificultaria a comparação.

Deste modo, esta Dissertação foi realizada no formato de estudos de casos múltiplos, em que se buscou comparar apenas as subclasses terapêuticas que eram idênticas nos dois estudos, utilizando-se a nomenclatura da classificação internacional *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) da OMS, conforme Quadro 4 abaixo. A partir daqui foram designadas as subclasses terapêuticas como mercados relevantes, tal qual definido em Hasenclever (2002).

**Quadro 4 -- Casos de mercados relevantes selecionados (n=64)**

<b>Hasenclever (2002)</b>	<b>Anvisa (2017)</b>
Analgésicos não-opioides	N02B - analg nao narcot/a/piret
Analgésicos opioides fortes	N02A - analg narcoticos
Medicamentos antiemético	N02C - a-enxaquecosos
Cefalosporinas	J01D - cefalosporinas
Aminoglicosídeos	J01K - aminoglicosideos
AI.1.7 Fluoroquinolonas	J01G - fluorquinolonas
AI.1.8 Tetraciclina	J01A - tetraciclina/ass
AI.1.9 Macrolídeos	J01F - macrolideos/simil
AI.1.11 Outros antibacterianos	J01X - outros anti-bacterianos
AI.1.12 Medicamentos p/ o trat. da tuberculose	J04A - produtos antituberculose
AI.2 Antifúngicos sistêmicos	D01A - antifung. topicos sistem.
AI.2.1 Antifúngicos ginecológicos	G01B - antifungicos ginecologic
AI.3 Antivirais	J05 - antivirais p/u sistemico
AI.3.1 Anti-retrovirais	J05C - antivirais HIV
AI.4.2.1.1 Triconomicidas tópicos	G01A2 - tricomonicidas tópicos
AI.4.2.2 Antimaláricos	P01D - antimalaricos
AI.5 Antissépticos e desinfetantes	D08 - antissept.e desinfectan.
C.1.Glicosídeos cardíacos	C01A - cardioglicosideos/ass
C.2 Antiarrítmicos	C01B - a/arritmicos cardiacos
C.3.2 Heparinas	B01B - heparinas
C.3.3 Antiplaquetários (ácido acetilsalicílico)	B01C - inibid da agreg plaquetar
C.4.1.1 Diuréticos - Tiazídicos	C03A3 - diuréticos tiazidas e análogos puros
C.4.1.2 Diuréticos - Poupadores de potássio (e associações com tiazídicos)	C03A5 - agentes diuréticos poupadores de potássio associados com tiazidas e/ou análogos
C.4.3 Bloqueadores alfa adrenérgicos	G04C2 - BPH antagonistas alfa-adrenérgicos puros
C.5.3 Diuréticos de alça (e associações)	C03A2 - diuréticos de alça puros
C.6.2 Expansores plasmáticos	K02 - expansores de plasma
DI.1.1 Antifúngicos tópicos	D01A1 - antifúngicos dermatológicos tópicos
DI.1.2 Antibióticos tópicos	D06A - antibacterianos topicos
DI.1.3 Antivirais tópicos	D06D1 - antivirais tópicos
DI.5 Protetores dermatológicos	D02 - emol/protetores derm
E.2.1 Hormônios tireoidianos	H03 - tireoidoterapia
E.2.4 Calcitonina	H04A - calcitonina
E.3.1 Insulinas	A10C - insulinas human+analogas
E.4.5 Contraceptivos hormonais	G03A - hormonas contracep.sist.
H.1.1 Reposição de ferro	B03 - antianemicos
H.1.3 Eritropoetina	B03C - eritropoietinas
H.2.3 Antagonistas de anticoagulantes	B02B - antagonistas (ant antcoa)
H.4 Trombolíticos	B01 - tromboliticos
I.3 Antigotosos	M04 - antigotosos
IM.1 Agentes imunoestimulantes	L03 - agentes imunoestimulant.

IM.2 Agentes imunossupressivos	L04 - imunossupressores
N.2.1.1 Vitamina A	A11C - vit.A/D puras e associa.
N.2.1.2 Vitaminas do Complexo B	A11E - complexo vit B
N.2.1.2.2 Vitamina B12	A11F - vitamina B12 pura
N.2.1.3 Vitamina C	A11G1 - vitamina C pura
N.2.1.5 Vitamina E	A11X3 - vitamina E pura
N.2.1.7 Multivitaminicos	A11A - multivitamin. c/minerais
N.2.2.1 Cálcio	A12A - sup miner/calcio
N.2.2.4 Potássio	A12B - sup miner/potassio
NM.1.1 Alquilantes	L01A - agentes alquilantes
NM.1.2 Antimetabólitos	L01B - antimetabolites
NM.1.4 Antibióticos	L01D - antibiot.antineoplasicos
Agentes anti-infecciosos	S01A - anti-infeccios.oftalmolog
Anestésicos locais	S01H - anestesic.oftalmol.locais
Medicamentos mióticos e antiglaucomatosos	S01E - prep.anti/glauco.e miot.
Midriáticos	S01F - midriaticos e ciclopeg.
Substitutos da lágrima	S01K - lubrif.ocul.lagrim.artif.
Anti-histamínicos sistêmicos	R06A0 - anti-histamínicos sistêmicos
Laxativos	A06A - medicamentos obstipacao
SNC.1 Anticonvulsivantes	N03 - a/convul.incl. a/epilep.
SNC.2 Antiparkinsonianos	N04 - a/parkinsonianos
SNC.3 Hipnóticos e ansiolíticos	N05B - hipnoticos/sedativos
SNC.4 Antipsicóticos	N05A - antipsicoticos
SNC.5 Antidepressivos e antimaníacos	N06A - antidepr.e estabil.humor

Fonte: Elaboração própria com base em Hasenclever (2002) e Anvisa (2017)<sup>13</sup>.

Após a seleção destes mercados relevantes *a priori*, foram utilizados ainda mais dois filtros *a posteriori* para facilitar a análise aqui realizada. O primeiro foi realizar a exclusão dos mercados relevantes para os quais não havia registro de genéricos no ano de 2019, e o segundo foi excluir os mercados relevantes para os quais não foi encontrado nenhum medicamento na pesquisa *online* de preços e disponibilidade. Deste modo, dos 64 mercados relevantes pesquisados inicialmente, restaram apenas 28 mercados relevantes a serem analisados.

A análise da concorrência foi feita sobre estes 28 mercados relevantes selecionados. O objetivo foi analisar como se deu o avanço da concentração de mercado, medida pelo Índice de Herfindahl-Hirschman dentro destes mercados relevantes. Inicialmente, efetuou-se a separação dos mercados relevantes por faixa de grau de concentração medida pelo IHH. Em seguida, foi realizada uma caracterização da evolução do mercado, analisando-se a variação do número de produtos e de empresas no período abordado pelos dois estudos utilizados. Por fim, foram comparados o IHH dos mercados em 2016, calculados por Anvisa (2017), com o IHH de 2001, calculados por Hasenclever (2002), buscando-se observar como variou a concentração de mercado no período analisado.

<sup>13</sup> Os dados para classificação foram comparados com base no site [https://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/](https://www.whocc.no/atc_ddd_index/)

### 3.4.2.2 PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DE PREÇOS E DE DISPONIBILIDADE

A segunda etapa da pesquisa se constituiu em uma análise referente ao preço e a disponibilidade dos medicamentos. Tendo em vista a não disponibilidade de dados secundários sobre preço<sup>14</sup> para a análise pretendida, foi elaborada uma metodologia alternativa para o levantamento de dados sobre os preços e a disponibilidade de medicamentos em *sites* de farmácias e drogarias. Este levantamento foi realizado *online*, como será descrito mais à frente.

Para a realização da pesquisa *online* de preços e disponibilidade, foi utilizada a lista de farmácias e drogarias disponível no *site* da Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias (ABRAFARMA). Desta lista, foram selecionadas as farmácias e drogarias que possuísem *sites* e cujos *sites* permitissem a coleta de informações. As farmácias e drogarias selecionadas, assim como seu *site* para a consulta dos preços e outras informações são apresentadas no Quadro 5.

**Quadro 5 – Lista de farmácias e drogarias selecionadas (n=10)**

<i>Ranking Faturamento 2018</i>	<i>Farmácias / Drogarias</i>	<i>Grupos</i>	<i>Sites</i>
1	Drogasil	RD	<a href="https://www.drogasil.com.br/">https://www.drogasil.com.br/</a>
	Raia		<a href="https://www.drogaraia.com.br/">https://www.drogaraia.com.br/</a>
2	São Paulo	DPSP	<a href="https://www.drogariasao paulo.com.br/">https://www.drogariasao paulo.com.br/</a>
	Pacheco		<a href="https://www.drogariaspacheco.com.br/">https://www.drogariaspacheco.com.br/</a>
3	Pague Menos	-	<a href="https://www.paguemenos.com.br/">https://www.paguemenos.com.br/</a>
5	Panvel	DIMED	<a href="https://www.panvel.com/panvel/main.do">https://www.panvel.com/panvel/main.do</a>
7	Araujo	-	<a href="https://www.araujo.com.br/">https://www.araujo.com.br/</a>
8	Nissei	-	<a href="https://www.farmaciasnissei.com.br/">https://www.farmaciasnissei.com.br/</a>
9	Venancio	-	<a href="https://www.drogariavenancio.com.br/">https://www.drogariavenancio.com.br/</a>
12	Drogal	-	<a href="https://www.drogal.com.br/">https://www.drogal.com.br/</a>

Fonte: Elaboração própria com base em ABRAFARMA (2019).

Antes de detalhar a metodologia para coleta de preços e disponibilidade, é preciso fazer uma breve caracterização das farmácias e drogarias, nas quais os preços foram coletados, no que diz respeito à: atuação regional, grupos das quais algumas fazem parte, número de lojas, faturamento e outras características gerais. Destaca-se principalmente que, entre as farmácias selecionadas, algumas delas não atuam como concorrentes devido a sua atuação regional de

<sup>14</sup> Foi solicitada a CMED o envio de dados sobre preços para a realização deste estudo, porém a demanda não foi atendida até o presente momento, devido a dificuldades de manutenção do sigilo da informação dos preços praticados.



atendimento. Além disso, tem se observado que as farmácias e drogarias pesquisadas, em sua maioria, tinham anteriormente uma divisão mais carterizada do mercado, mas isso tem mudado ao longo do tempo. Uma descrição mais detalhada das farmácias e drogarias está disponível no Anexo B.

A Droga Raia e a Drogasil formam, desde 2011, o Grupo RD, e possuem juntas mais de 1.800 lojas em 22 estados brasileiros, com receita bruta de R\$ 15,5 bilhões em 2018, sendo assim a maior rede de drogarias do Brasil em receita e número de lojas. Além disso, é formada por nove Centros de Distribuição (CDs) (GRUPO RD, 2019). As Drogarias Pacheco e São Paulo formam, desde 2011, o Grupo DPSP. O Grupo possui mais de 1350 lojas em oito estados do Brasil e dispõe de seis CDs (GRUPO DPSP, 2019). A Panvel, a Dimed (distribuidora de medicamentos) e a Lifar (divisão de desenvolvimento e fabricação de cosméticos, medicamentos e alimentos), formam o Grupo Dimed, possuindo mais de 400 lojas em quatro estados brasileiros e dois CDs (GRUPO DIMED, 2019). A Farmácia Pague Menos está presente nos 27 estados brasileiros e no Distrito Federal, conta com cerca de 1.110 lojas e possui dois CDs. A receita bruta da rede atingiu R\$ 6,3 bilhões em 2018 (PAGUE MENOS, 2019). As Farmácias Nissei atuam em três estados brasileiros e possuem 250 lojas (Farmácias Nissei, 2019). As outras três (Drogaria Araujo, Drogaria Venancio e a Rede Drogal) possuem atuação mais restrita, em um único estado brasileiro cada (DROGAL, 2019; DROGARIA ARAUJO, 2019; DROGARIA VENANCIO, 2019).

A partir dos mercados relevantes identificados na etapa anterior (Quadro 4), efetuou-se a seleção de um grupo de 285 medicamentos a serem pesquisados. Outro filtro utilizado foi verificar quais produtos destes mercados relevantes possuíam registro de genéricos na Anvisa no ano de 2019. Deste modo, a primeira pré-seleção resultou em um total de 207 medicamentos genéricos. Em seguida, estes medicamentos foram pesquisados no *site* da Drogasil. Esta drogaria foi selecionada para o teste piloto da metodologia de coleta de dados *online* por ser a que apresentava os resultados mais completos e fiéis à lista de medicamentos pesquisados.

Por meio deste teste, foi possível observar que, alguns dos medicamentos pesquisados por sua denominação genérica (princípio ativo)<sup>15</sup> retornavam resultados incoerentes e que não condiziam com o que havia sido pesquisado, por exemplo: (1) indicando outros medicamentos

---

<sup>15</sup> Ver definições no Anexo A.

quando não encontrava o medicamento pesquisado<sup>16</sup>; (2) os resultados eram apenas medicamentos similares ou de referência; ou (3) nem sequer retornava qualquer resultado. Deste modo, foram excluídos todos os medicamentos que apresentavam resultados incoerentes com a busca, restando assim 112 medicamentos genéricos para a coleta *online*.

Porém, destes 112 medicamentos genéricos, alguns possuíam mais de um medicamento de referência. Por este motivo, optou-se por excluí-los da busca, dado que isto dificultaria a comparabilidade entre o medicamento genérico e o seu respectivo medicamento de referência, o que implicaria em uma análise mais complexa para saber qual genérico dizia respeito à qual medicamento de referência. Restaram assim, 99 medicamentos genéricos para a pesquisa de seus preços. Por fim, foi realizada a coleta de preço destes 99 medicamentos genéricos nas dez farmácias e drogarias listadas no Quadro 5. Os 99 medicamentos genéricos pesquisados, assim como seus respectivos medicamentos de referência, constam no Quadro 6 abaixo.

**Quadro 6 – Lista de medicamentos selecionados (n=99)**

Denominação Genérica	Referência	Denominação Genérica	Referência
Acetato de ciproterona + etinilestradiol	Diane 35	Diazepam	Valium
Aciclovir	Zovirax	Dicloridrato de cetirizina	Zyrtec
Algestona acetofenida + enantato de estradiol	Perlutan	Dicloridrato de levocetirizina	Zyxem
Alopurinol	Zyloric	Dicloridrato de pramipexol	Sifrol
Axetilcefuroxima	Zinnat	Digoxina	Digoxina
Azitromicina	Zitromax	Divalproato de sodio	Depakote
Azitromicina di-hidratada	Zitromax	Enantato de noretisterona + valerato de estradiol	Mesigyna
Bimatoprost	Lumigan	Etinilestradiol + gestodeno	FEMIANE
Bissulfato de clopidogrel	Plavix	Fenobarbital	Gardenal
Bromidrato de citalopram	Cipramil	Furosemida	Lasix
Carbamazepina	Tegretol	Gabapentina	Neurontin
Carbonato de lítio	Carbolitium	Gestodeno + etinilestradiol	Minesse
Cefadroxila	Cefamox	Hemifumarato de quetiapina	Seroquel
Cefalexina	Keflex	Hemitartarato de zolpidem	Stilnox
Ceftriaxona sódica	Rocefin	Indapamida	Natrilix SR
Cetoconazol	Nizoral	Lamotrigina	Lamictal
Ciclopirox olamina	Loprox	Latanoprost	Xalatan
Cilostazol	Cebralat	Latanoprost + maleato de timolol	Xalacom
Ciprofloxacino	Cipro	Levotiroxina sódica	Puran T4
Claritromicina	Klaricid	Loratadina	Claritin
Clonazepam	Rivotril	Maleato de dexclorfeniramina	Polaramine

<sup>16</sup> Medicamentos com as palavras “cloridrato”, “sódico”, “maleato”, entre outros, quando solicitada a pesquisa de seus preços e estes não eram encontrados, a pesquisa retornava todos os medicamentos que continham estas palavras disponíveis no *site*.

Cloridrato de amilorida + hidroclorotiazida	Moduretic	Maleato de dexclorfeniramina + betametasona	Celestamine
Cloridrato de amitriptilina	Tryptanol	Maleato de midazolam	Dormonid
Cloridrato de ciprofloxacino	Cipro	Maleato de timolol	Timoptol
Cloridrato de clindamicina	Dalacin C	Metronidazol	Flagyl
Cloridrato de clomipramina	Anafranil	Mirtazapina	Remeron Soltab
Cloridrato de dorzolamida	Trusopt	Nistatina + óxido de zinco	Dermodex
Cloridrato de dorzolamida + maleato de timolol	Cosopt	Nitrato de fenticonazol	Fentizol
Cloridrato de doxiciclina	Vibramicina	Nitrato de oxiconazol	Oceral
Cloridrato de duloxetine	Cymbalta	Nitrazepam	Sonebon
Cloridrato de fexofenadina	Allegra	Norfloxacino	Floxacin
Cloridrato de fluoxetina	Prozac	Olanzapina	Zyprexa
Cloridrato de hidroxizina	Prurizin	Oxalato de escitalopram	Lexapro
Cloridrato de minociclina	Minomax	Oxcarbapazepina	Trileptal
Cloridrato de naratriptana	Naramig	Paracetamol + cafeína	Excedrin
Cloridrato de nortriptilina	Pamelor	Paracetamol + fosfato de codeína	Tylex
Cloridrato de propafenona	Ritmonorm	Pregabalina	Lyrica
Cloridrato de sertralina	Zoloft	Rifamicina sv sódica	Rifocina
Cloridrato de tansulosina	Secotex	Risperidona	Risperdal
Cloridrato de terbinafina	Lamisil	Succinato de desvenlafaxina monoidratado	Pristiq
Cloridrato de tetraciclina + anfotericina b	Talsutin	Succinato de sumatriptano	Imigran
Cloridrato de ticlopidina	Ticlid	Sulfadiazina de prata	Dermazine
Cloridrato de tramadol	Tramal	Sulfato de neomicina + bacitracina	Nebacetin
Cloridrato de trazodona	Donaren	Tartarato de brimonidina	Alphagan
Cloridrato de valaciclovir	Valtrex	Terconazol	Gyno-Fungix
Cloridrato de venlafaxina	Efexor XR	Tinidazol + nitrato de miconazol	Gino-Pletil
Clortalidona	Higroton	Tioconazol + tinidazol	Cartrax
Colchicina	Colchis	Topiramato	Topamax
Desloratadina	Desalex	Travoprost	Travatan
Desogestrel	Cerazette		

Fonte: Elaboração própria com base em Hasenclever *et al* (2002) e Anvisa (2018).

A coleta de preços ocorreu por meio de uma programação desenvolvida pela autora no *Visual Basic for Applications* (VBA)<sup>17</sup>. Este é um procedimento que pode ser conhecido como “*Machine Learning*”<sup>18</sup>. A programação desenvolvida no VBA para esta Dissertação foi construída com base em modificações em uma programação existente para a coleta de índices econômicos em *sites* de diversas instituições. A programação consiste basicamente em copiar

<sup>17</sup> Disponível no Microsoft Office Excel.

<sup>18</sup> Segundo Nilsson (1996, p.1-2): “*podemos dizer que uma máquina aprende sempre que altera seu programa ou dados de estrutura com base em suas entradas ou em resposta a informações externas de maneira que seu desempenho futuro melhore. O aprendizado de máquina geralmente se refere às mudanças nos sistemas que executam tarefas associadas à inteligência artificial*”.

um *link* pré-programado<sup>19</sup> com o *site* da farmácia ou drogaria para a pesquisa de um dado medicamento e retornando o maior número possível de resultados em uma única página<sup>20</sup>. Após copiar este *link*, a programação abria o navegador padrão do Excel, colava o *link* e direcionava o navegador para a página solicitada na pesquisa. Logo em seguida, a programação copiava todos os dados retornados e os colava em uma planilha do Excel pré-determinada<sup>21</sup>. A coleta de dados *online* foi realizada entre os dias 11 e 16 de setembro de 2019.

Com esta coleta *online* foi possível observar que, medicamentos de uso controlado<sup>22</sup>, não são vendidos pela *internet* e, portanto, os dados sobre preços destes medicamentos não são fornecidos em todos os *sites* pesquisados. Apenas a Araujo, Drogasil, Panvel, Raia e Venancio apresentavam os preços destes medicamentos, por este motivo foram considerados apenas os preços coletados nestas farmácias e drogarias para tais medicamentos.

Além disso, também foi possível notar que: (1) alguns *sites*<sup>23</sup>, não são capazes de entender caracteres (“+”, “-”, “/”)<sup>24</sup>; (2) outros<sup>25</sup>, retornavam ao fim da busca propaganda de outros medicamentos, os quais foram descartados; (3) um deles<sup>26</sup>, não retornava o medicamento de referência quando pesquisada a denominação genérica<sup>27</sup>, tendo sido considerados apenas os preços dos genéricos nesta farmácia; e, (4) outro *site*<sup>28</sup>, não apresentava nos resultados da pesquisa, palavras como “cloridrato de”, aparecendo apenas o nome do princípio ativo principal. Neste caso, foi necessário retornar ao *site* da drogaria para pesquisar por mais informações sobre o medicamento, onde aparecia a denominação completa. Após a confirmação de que era o respectivo medicamento, estes foram incluídos na análise.

Depois de coletado os preços dos medicamentos selecionados, observou-se que, ainda assim, alguns medicamentos: (1) não possuíam informação sobre preço, por estarem

---

<sup>19</sup> A elaboração do *link* foi realizada manualmente, entrando-se no *site* da farmácia ou drogaria, pesquisando por um medicamento, e depois realizando a substituição do medicamento por outros medicamentos por meio de funções disponíveis no Microsoft Office Excel.

<sup>20</sup> Por exemplo, [https://www.farmaciasnissei.com.br/catalogsearch/result/index/?q=paracetamol+%2B+fosfato+de+codeína&product\\_list\\_limit=36](https://www.farmaciasnissei.com.br/catalogsearch/result/index/?q=paracetamol+%2B+fosfato+de+codeína&product_list_limit=36).

<sup>21</sup> A separação dos dados a serem utilizados na análise também foi realizada manualmente, por meio de diversas funções disponíveis no Microsoft Office Excel.

<sup>22</sup> Medicamentos que necessitam reter uma cópia da prescrição médica juntamente a farmácia ou drogaria, ver Definições no Anexo A.

<sup>23</sup> Por exemplo, a Venancio.

<sup>24</sup> Estes caracteres tiveram que ser retirados do nome pesquisado, caso contrário não encontrava resultados.

<sup>25</sup> Por exemplo, a Drogal.

<sup>26</sup> *Site* da Drogal.

<sup>27</sup> Ver Definições no Anexo A.

<sup>28</sup> Drogaria Araujo.

indisponíveis para venda nos *sites*<sup>29</sup>; (2) haviam sido coletados errados, ou seja, apresentavam resultados incompatíveis com o que havia sido pesquisado<sup>30</sup>; (3) apresentavam resultados incompatíveis com os registros de genéricos existentes na Anvisa<sup>31</sup>; e, (4) alguns medicamentos pesquisados não possuíam dados comparáveis<sup>32</sup>. Estes fatos levaram à exclusão de 14 medicamentos da análise. Além disso, a azitromicina, para a qual haviam sido coletados preços, possuía mais de um medicamento de referência, e como este foi um critério de exclusão anterior, esta foi retirada da análise. Restaram assim, 84 medicamentos para os quais foi realizada a análise.

É preciso ainda esclarecer que, sobre o preço dos medicamentos recai o ICMS, que varia de acordo com o estado de comercialização. A lista de preços da Anvisa, para o ano de 2019, apresenta os percentuais cobrados por estado, quais sejam as alíquotas de ICMS: (i) 20% - RJ; (ii) 18% - AM, AP, BA, CE, MA, MG, PB, PE, PI, PR, RN, RS, SE, SP, TO e RJ (medicamentos da Portaria MS 1318/2002); (iii) 17,5% - RO; (iv) 17% - Demais Estados; (v) ICMS 12% - Medicamentos Genéricos de SP e MG; e, (iv) Áreas de Livre Comércio – ALC -: Manaus/Tabatinga (AM), Boa Vista/Bonfim (RR), Macapá/Santana (AP), Guajará-Mirim (RO), Brasília/Epitaciolândia/Cruzeiro do Sul (AC). Por causa disso, pode haver diferenças entre os preços praticados por farmácia e drogaria aqui analisados, dependendo do estado onde estão localizadas, não tendo sido levada em conta esta diferença em decorrência dos impostos na análise. Todavia, não foram coletados preços de todas as regiões do país, sendo possível que o efeito do imposto seja muito pequeno entre os preços analisados, mas, ainda assim, é uma limitação deste estudo.

---

<sup>29</sup> Cloridrato de tetraciclina + anfotericina b; succinato de desvenlafaxina monoidratado; rifamicina sv sódica; paracetamol + cafeína.

<sup>30</sup> Travoprostá; azitromicina di-hidratada; ciprofloxacino; cefadroxila.

<sup>31</sup> Etinilestradiol + gestodeno; gestodeno + etinilestradiol; nitrato de oxiconazol.

<sup>32</sup> Hemifumarato de quetiapina; claritromicina; risperidona.

#### **4. ANÁLISE QUANTITATIVA DA CONCORRÊNCIA E DOS PREÇOS POR MERCADO RELEVANTE**

O intuito deste Capítulo é realizar uma análise mais aprofundada da relação entre a concorrência e a determinação dos preços dos medicamentos, assim como verificar qual a importância da regulação dos preços dos medicamentos genéricos no Brasil para que seja estabelecida uma diferença de preços entre medicamentos genéricos e de referência. Como já mencionado anteriormente, por meio do estabelecimento de um diferencial de preços entre estes medicamentos é possível que os medicamentos genéricos passem a ocupar maior espaço no mercado. Além disso, destaca-se a importância de analisar o quanto efetiva tem sido a regulação atualmente em vigor.

No Capítulo 2 foi observado que não foram encontrados estudos no Brasil destinados a realizar este tipo de análise mais aprofundada sobre os efeitos da concorrência e da regulação no diferencial de preços entre medicamentos genéricos e de referência, sobretudo realizando a separação dos medicamentos em seus respectivos mercados relevantes e verificando o grau de concentração destes. Esta divisão dos medicamentos por mercado relevante é importante porque é dentro destes que se observa de fato a concorrência entre os medicamentos que são substitutos, ou seja, que concorrem entre si. Além disso, poucos foram os estudos que analisaram os preços de fato praticados no mercado, sobretudo por causa da dificuldade em conseguir tais informações. Destacando-se assim, a originalidade e o pioneirismo do estudo aqui realizado.

Ainda que este estudo se proponha a analisar de forma mais detalhada como se dá o diferencial de preços praticados entre medicamentos genéricos e de referência, não foi possível realizar uma análise capaz de distinguir os preços e a disponibilidade dos medicamentos entre as diversas regiões do país. Além disso, nem sempre o menor e o maior preço encontrados eram de farmácias e drogarias consideradas concorrentes, não sendo possível afirmar que as diversas opções analisadas estavam disponíveis para os mesmos consumidores. Como já mencionado na metodologia, também não foi levada em conta a diferença em decorrência do ICMS por estados nesta análise. Ao todo foram analisadas 268 apresentações comerciais<sup>33</sup>, 134 de medicamentos genéricos e 134 de medicamentos de referência, estas apresentações foram classificadas em

---

<sup>33</sup> A apresentação comercial do medicamento é decorrente da combinação de dosagem, forma farmacêutica e quantidade, o que corresponde a uma caixa/embalagem do medicamento vendida ao consumidor final na farmácia ou drogaria. Ver Definições no Anexo A.

decorrência do grau de concentração do respectivo mercado relevante que fazem parte, como consta no Quadro 7 abaixo.

**Quadro 7 – Apresentações comerciais por grau de concentração**

Grau de concentração	Apresentações
“Sem evidências de concentração”	178 apresentações comerciais (89 genéricos e 89 de referência)
“Moderadamente concentrado”	46 apresentações comerciais (23 genéricos e 23 de referência)
“Fortemente concentrado”	44 apresentações comerciais (22 genéricos e 22 de referência)

Fonte: Elaboração própria.

Os preços de um produto dependem da quantidade de ofertantes no mercado e do grau de concentração destes. De modo que, preços menores tendem a ser concedidos para produtos que possuem um maior número de concorrentes, e conseqüentemente, menor grau de concentração. Além disso, preços podem permanecer vários meses sem qualquer tipo de modificação ou serem reajustados devido a mudanças na economia. A demanda por medicamentos tende a ser mais inelástica do que a demanda por outros bens de consumo, devido à sua natureza de bem essencial. Por todos esses motivos, é possível cobrar *mark-ups* mais altos dos medicamentos do que de outros bens, para os quais a demanda é mais elástica (DANZON, 1999; DIAS *et al.*, 2019).

O IHH<sup>34</sup> é um índice utilizado para medir a concentração de mercado, sendo calculado a partir da soma dos quadrados das participações de mercado das empresas nas classes terapêuticas em determinado ano. O IHH tende a ponderar as firmas por sua parcela de mercado, atribuindo maior ponderação às firmas de maior dimensão, refletindo assim tanto o número quanto o tamanho das firmas em um setor ou mercado. Assim, é possível que, apesar de haver um número razoável de empresas atuando em um mercado, o IHH seja alto devido ao fato de uma ou poucas empresas dominarem a maior parcela de mercado. O IHH pode variar entre 0 e 10.000, sendo que o limite inferior indica o nível mais concorrencial possível (concorrência perfeita) e o superior refere-se ao mercado mais concentrado possível, em que uma empresa detém o monopólio do mercado. A CMED considera as seguintes faixas para classificar os mercados: “sem evidências de concentração” nas classes terapêuticas com IHH abaixo de 1.500; “moderadamente concentrado” nas classes terapêuticas com IHH entre 1.500 e 2.500; e

<sup>34</sup> O IHH é definido como  $IHH = (\sum_{i=1}^n s_i^2)1000$ , onde  $s_i$  é a razão das vendas da empresa  $i$  pelo total de vendas do mercado, ou seja, a parcela de mercado da empresa  $i$  (HASENCLEVER, 2002).

“fortemente concentrado” nas classes terapêuticas com IHH acima de 2.500 (RESOLUÇÃO CMED Nº 01/2015 *apud* ANVISA, 2017).

Este Capítulo tem como objetivo discutir como se dá a concentração de mercado e o diferencial de preços entre os medicamentos genéricos e de referência nos mercados relevantes selecionados. Ele está dividido em quatro seções, e cada uma das três primeiras seções corresponde à análise de uma faixa de grau de concentração. Na primeira seção são discutidos os medicamentos que fazem parte de mercados relevantes considerados “sem evidências de concentração”. Na segunda seção os que fazem parte de mercados relevantes “moderadamente concentrados”. Na terceira, estão os “fortemente concentrados”. Em cada uma destas três seções é discutida: (i) a concentração e a concorrência dentro dos mercados relevantes; (ii) a entrada de genéricos; (iii) a disponibilidade dos medicamentos; e, finalmente, (iv) as diferenças de preços observadas entre os preços dos medicamentos genéricos e de referência no mercado e entre estes preços e seus respectivos PMCs estabelecidos pela CMED. A quarta seção apresenta uma discussão sobre os resultados de diferenças de preços, observadas a concorrência e a entrada de genéricos, à luz de outras experiências de regulação de preços de medicamentos.

#### **4.1 ANÁLISE DOS MEDICAMENTOS EM MERCADOS RELEVANTES “SEM EVIDÊNCIAS DE CONCENTRAÇÃO”**

Neste grupo encontram-se os medicamentos em que o respectivo mercado relevante é classificado como “sem evidências de concentração”, ou seja, com IHH menor que 1.500. Os medicamentos neste grupo correspondem aos seguintes mercados relevantes: “Antibióticos tópicos”, “Anticonvulsivantes”, “Antidepressivos e antimaníacos”, “Antifúngicos dermatológicos tópicos”, “Antifúngicos ginecológicos”, “Antifúngicos sistêmicos”, “Anti-histamínicos sistêmicos”, “Antiplaquetários – ácido acetilsalicílico”, “Antipsicóticos”, “Cefalosporinas”, “Contraceptivos hormonais”, “Diuréticos – Tiazídicos”, “Macrolídeos”, “Tricomonicidas tópicos” e “Trombolíticos”.

Analisando estes mercados relevantes, é possível observar que neste grupo encontram-se os mercados que obtiveram a maior variação no número de produtos e de empresas entre todos os mercados analisados no período de 2001 a 2016, “Antiplaquetários” (2300% e 1300%) e “Trombolíticos” (3450% e 1950%). Isto demonstra que, devido à maior entrada de novos concorrentes, estes mercados passam a ser considerados “sem evidências de concentração”, e isto pode ser inclusive uma consequência das características dos produtos ofertados neste grupo,



por exemplo, exigir menor capacitação tecnológica, possuir maior demanda, entre outros (Para mais informações sobre número de produtos e de empresas ver Quadro A1 no Apêndice A).

De modo geral, foi possível observar que, neste grupo, o número de produtos variou entre 14% e 3450% e o número de empresas variou entre -11% e 1950% entre 2001 e 2016. O intervalo de variação observado foi bastante expressivo, em que alguns mercados apresentaram pouca mudança no período e outros apresentaram grandes mudanças. Além disso, nota-se que o mercado relevante “Antifúngicos dermatológicos tópicos” foi o único neste grupo que obteve uma redução no número de empresas atuando, saindo de 44 em 2001 para 39 em 2016. Porém, apesar de ter havido uma redução no número de concorrentes, este é um número ainda alto para as características do setor, evidenciando-se uma concorrência expressiva neste mercado (Para mais informações ver Quadro A1 no Apêndice A).

Além disso, dos 15 mercados relevantes neste grupo, 13 tiveram uma redução no IHH no período analisado, demonstrando que houve uma maior desconcentração nestes mercados e, conseqüentemente, aumento da concorrência. Os dois mercados relevantes em que se verificou um aumento da concentração no período analisado foram: “Antibióticos tópicos” e “Antifúngicos dermatológicos tópicos”. Como já mencionado anteriormente, este último mercado relevante também foi o único que apresentou uma redução no número de empresas, mas manteve um elevado número de fornecedores e IHH de 790, valor relativamente baixo (Para mais informações sobre IHH ver Quadro A2 no Apêndice A).

Com relação ao registro de medicamentos genéricos nestes mercados relevantes, foi possível notar que cinco mercados dos 15 não possuíam registro de genéricos no ano de 2001, sendo eles: “Antipsicóticos”, “Antiplaquetários”, “Contraceptivos hormonais”, “Diuréticos – Tiazídicos” e “Trombolíticos”. Todos os demais já possuíam registro de genéricos no ano de 2001, indicando que estes têm enfrentando a concorrência de genéricos desde os anos iniciais da política. Em 2019, o registro de genéricos nestes mercados relevantes por produto variava de 19 a 203 e por empresa de 19 a 180. Estes números são relativamente altos, mostrando que, em todos os mercados relevantes deste grupo, a concorrência de genéricos é bastante expressiva (Para mais informações ver Quadro A3 no Apêndice A).

Nos mercados relevantes deste grupo foi possível classificar 178 das 268 apresentações comerciais<sup>35</sup> (genéricos e de referência) pesquisadas. O número bastante significativo de

---

<sup>35</sup> A apresentação comercial do medicamento é decorrente da combinação de dosagem, forma farmacêutica e quantidade, o que corresponde a uma caixa/embalagem do medicamento vendida ao consumidor final na farmácia ou drogaria. Ver Definições no Anexo A.

apresentações comerciais classificadas neste grupo pode ser explicado tanto pela maior tendência de participação de genéricos naqueles mercados com baixa concentração, ou seja, com entrada mais facilitada, quanto como uma consequência da atuação dos genéricos, que tende a aumentar a concorrência, reduzindo assim a concentração. Segundo informações presentes na lista de preços da Anvisa para o ano de 2019, destas apresentações, 122 são classificadas como de “tarja vermelha”<sup>36</sup>, 32 como de “venda livre” e 24 como de “tarja preta”. Aparentemente, a maior concorrência dos genéricos ocorre nos medicamentos de “tarja vermelha”, para os quais os farmacêuticos são autorizados a realizar a substituição do medicamento de referência prescrito para o seu respectivo genérico.

Os medicamentos que constituem este grupo tiveram a primeira entrada de genéricos em um período bastante disperso, entre 2000 e 2015. Tendo em vista que um registro de genérico pode conter várias apresentações comerciais, foi considerada a primeira entrada do genérico por princípios ativos, não levando em consideração as diferentes apresentações. Sendo assim, dos 44 genéricos que constituem este grupo, 26 tiveram a primeira entrada entre 2000 e 2005, 11 entre 2006 e 2010 e sete entre 2011 e 2015. Estes dados mostram que a maior parte dos medicamentos neste grupo teve a primeira entrada de genéricos nos anos iniciais da política, permitindo desde o início o aumento da concorrência (Para mais informações ver Apêndice B).

Dos 44 medicamentos genéricos (considerados por princípios ativos) neste grupo, 31 possuíam até cinco fornecedores identificados na coleta *online*, 12 possuíam entre seis e dez fornecedores e apenas um possuía mais de dez fornecedores. Curiosamente, a maior parte dos medicamentos neste grupo possuía um baixo número de fornecedores encontrados na coleta *online*, apesar de ser considerado um grupo “sem evidências de concentração”, mostrando que analisar apenas o número de empresas é um indicador muito vago. Além disso, enquanto o número de empresas encontradas na coleta *online* variou entre um e 12, nos registros de genéricos da Anvisa o número de empresas variou entre um e 27. Este número é mais do que o dobro do número de empresas encontrados na coleta *online*. Porém, como já mencionado no Capítulo 2, as empresas farmacêuticas podem deter o registro de um medicamento sem que tenham a pretensão de oferecê-lo em um dado momento, como uma estratégia de reserva de mercado. Sobretudo porque o registro leva tempo para ser concedido e uma empresa com o registro preparado poderá entrar no mercado com mais rapidez. Isso pode ainda indicar que a

---

<sup>36</sup> Medicamentos de venda livre são vendidos sem necessidade de prescrição médica. Medicamentos de tarja vermelha necessitam de prescrição médica para serem vendidos. Medicamentos de tarja preta são vendidos com prescrição médica que deve ficar retida na farmácia ou drogaria. Ver Definições no Anexo A.

concorrência poderia ser maior caso todos os produtores que detém registro estivessem atuando no mercado (Para mais informações ver Apêndice B).

Durante a coleta *online*, foi possível identificar que alguns medicamentos de referência haviam sido descontinuados, tal como consta no Quadro F do Apêndice F. Dos 22 medicamentos descontinuados, 17 fazem parte deste grupo. Isto parece demonstrar que, com o aumento expressivo da concorrência por meio da entrada dos genéricos, alguns produtores de medicamentos de referência optam pela saída do mercado, buscando encontrar novos mercados que possam lhe oferecer margens de lucro maiores. Neste grupo, a saída do produtor do medicamento de referência do mercado não parece produzir efeitos prejudiciais à concorrência, tendo em vista que os medicamentos genéricos parecem ser capazes de atender ao mercado.

Com relação aos preços coletados *online*, é possível observar que, das 89 apresentações comerciais de genéricos analisadas, 34 possuíam preços médios praticados pelo menos 60% abaixo do preço médio praticado do medicamento de referência, 45 possuíam preços médios praticados entre 59% e 35% abaixo do preço médio praticado do medicamento de referência e dez possuíam preços médios praticados entre 0% e 34% abaixo do preço médio praticado do medicamento de referência. Estes números indicam que a margem regulada pela CMED de 35% sobre o PF é baixa em relação ao que de fato é praticado no mercado, em que boa parte dos genéricos com o passar dos anos passam a aplicar descontos superiores a 60% sobre o preço médio do medicamento de referência, já tendo incidido sobre estes todas as taxas. Porém, também não é possível afirmar que essa maior diferença poderia ter sido alcançada se não tivesse tido a regulação de 35% sobre o preço de entrada, não devendo ser descartada a importância inicial desta regulação. Também se observa que, em alguns casos, os preços dos medicamentos genéricos e de referência tendem a convergir, havendo uma aproximação dos preços (Para mais informações sobre preço médio ver Quadro B no Apêndice B).

Com esta análise não foi possível demonstrar como se movimentaram os preços dos medicamentos genéricos e de referência ano a ano, dada a não disponibilidade de dados que permitissem tal análise. Deste modo, não foi possível verificar se o aumento da diferença de preços ocorreu devido à redução do preço do medicamento de referência ou pela maior redução do preço do genérico. Os resultados que mais exigem atenção são aqueles referentes as apresentações comerciais que tiveram diferença inferior à 34%, mostrando a possibilidade de aproximação dos preços de medicamentos genéricos e de referência. Todavia, ressalta-se que essa diferença inferior à 34% não é “ilegal”, apenas demonstra a possibilidade de aproximação

entre os preços dos medicamentos, que é inferior àquela estabelecida no momento da entrada do medicamento no mercado.

Dentre os medicamentos que apresentaram a menor diferença de preço médio entre medicamentos genéricos e de referência, destacam-se: “Cloridrato de Duloxetina 30mg e 60mg” (-13% e 0%); “Mirtazapina 45mg” (-3%); e, “Nitrato de Fenticonazol 0,02g/g” (-9%). Estes medicamentos possuíam de dois a cinco fornecedores no mercado, indicando que, quanto menor o número de fornecedores, menor tende a ser a diferença de preços entre medicamentos genéricos e de referência. Dentre os medicamentos que se destacam pela maior diferença entre o preço médio do medicamento genérico e o de referência, estão: “Bissulfato de Clopidogrel 75mg” (-81%); “Ceftriaxona Sódica 1g” (-89%); “Cloridrato de Fluoxetina 20mg” (-80%); “Lamotrigina 100mg” (-81%); e, “Oxalato de Escitalopram 20mg/ml” (-82%). Estes medicamentos possuíam de um a 12 fornecedores no mercado, indicando que, de forma geral, quanto maior o número de fornecedores, maior tende a ser a diferença de preços entre medicamentos genéricos e de referência (Para mais informações ver Apêndice B).

No que diz respeito à diferença entre os preços mais altos praticados no mercado para medicamentos genéricos e de referência foi possível notar que, das 89 apresentações comerciais de genéricos analisadas, 21 possuíam maiores preços praticados pelo menos 60% abaixo do maior preço praticado do medicamento de referência, 45 possuíam maiores preços praticados entre 59% e 35% abaixo do maior preço praticado do medicamento de referência, 18 possuíam maiores preços praticados entre 0% e 34% abaixo do maior preço praticado do medicamento de referência e cinco possuíam maiores preços praticados entre 3% e 94% superior ao maior preço praticado do medicamento de referência. Aqui é possível observar que, quando comparados os preços mais altos encontrados no mercado, os preços de genéricos são mais próximos dos preços dos medicamentos de referência do que quando comparados os preços médios. Mas, ainda assim mostra-se que a margem aplicada pela CMED ao PF poderia ser maior do que 35% para a maior parte dos medicamentos (ver Apêndice B).

Todavia, foi possível observar que havia genéricos no mercado com preços mais altos que os preços dos medicamentos de referência. Tendo em vista que a política de genéricos tem como objetivo reduzir o preço dos medicamentos, não era esperado que o genérico possuísse preço superior ao medicamento de referência. Este resultado pode ter ocorrido por diversos motivos, como, por exemplo, o local onde o medicamento é comercializado (Ver Apêndice B).

Dentre os medicamentos que possuíam maior número de fornecedores, entre seis e 12, foi possível observar que a diferença entre os preços médios de medicamentos genéricos e de referência variavam entre -19% e -82%. Destas 29 apresentações comerciais de genéricos, 15 tinham diferenças de preço médio superior a 60%, 12 tinham diferenças de preço médio entre 40% e 59% e apenas duas tinham diferenças menores que 40%. Mais uma vez, estes dados indicam que quanto maior o número de fornecedores, maior tende a ser o diferencial de preços entre medicamentos genéricos e os de referência (Para mais informações ver Apêndice B).

Para os medicamentos que possuíam o menor número de fornecedores, entre um e cinco, a diferença entre os preços médios de medicamentos genéricos e os de referência variavam entre 0% e -89%. Destas 60 apresentações comerciais de genéricos, 19 tinham diferenças de preço médio superior a 60%, 30 possuíam diferenças de preço médio entre 40% e 59% e 11 tinham diferenças menores que 40%. Neste caso, quando se reduz o número de fornecedores, também se reduz o diferencial de preços entre medicamentos genéricos e de referência, sobretudo se comparado àqueles que possuíam um número mais elevado de fornecedores (Para mais informações ver Quadro B no Apêndice B).

Por fim, cabe discutir a diferença entre os preços praticados no mercado e os preços máximos ao consumidor (PMC) determinados pela CMED. Como está detalhado no Apêndice E, nesta análise são utilizados apenas os PMCs taxados a 20% do ICMS – denominados a partir daqui como PMC (20%). Para este grupo, foi possível observar que a diferença entre o preço médio praticado no mercado e o PMC (20%) médio variou entre -83% e 24%, com o medicamento Lyrica 75mg ultrapassando o PMC determinado pela CMED como discutido no Apêndice E.

Além disso, das 178 apresentações comerciais neste grupo, 72 possuíam diferença entre o preço médio praticado no mercado e o PMC (20%) médio variando de -83% a -40% (superior a 40%) e destes 72, 61 eram genéricos. Isto mostra que, para a maior parte dos genéricos aqui analisados, as empresas tendem a praticar preços bem inferiores àqueles que lhes são permitidos praticar. Enquanto isso, das 89 apresentações comerciais de medicamentos de referência, 75 possuíam diferença entre o preço médio praticado no mercado e o PMC (20%) médio variando entre -38% e -8% (inferior a 40%). Isso mostra que a maior parte das empresas de medicamentos de referência aqui analisada tende a praticar preços mais próximos daqueles que lhes são permitidos pela CMED (Para mais informações sobre PMC ver Quadro E no Apêndice E).

## **4.2 ANÁLISE DOS MEDICAMENTOS EM MERCADOS RELEVANTES “MODERADAMENTE CONCENTRADOS”**

Neste grupo encontram-se os medicamentos em que o respectivo mercado relevante é classificado como “moderadamente concentrado”, ou seja, com IHH entre 1.500 e 2.500. Os medicamentos neste grupo correspondem aos seguintes mercados relevantes: “Analgésicos opióides fortes”, “Antigotosos”, “Antiparkinsonianos”, “Antivirais tópicos”, “Diuréticos de alça – e associações”, “Medicamentos antiemético” e “Medicamentos mióticos e antiglaucomatosos”.

Estes mercados relevantes obtiveram variação no número de produtos e de empresas entre os anos de 2001 e 2016 bem inferiores ao grupo anterior, com o número de produtos variando entre 31% e 486% e o número de empresas variando entre 25% e 700%. Estes números mostram que, mesmo em mercados “moderadamente concentrados”, houve uma tendência expressiva à entrada de novos concorrentes nestes mercados. O mercado relevante que verificou a maior variação, neste grupo, tanto em número de produtos como em número de empresas foi o de “Analgésicos opióides fortes” (486% e 700%). Além disso, nota-se que tanto o número de empresas quanto o de produtos é expressivo neste grupo, indicando a existência de significativa concorrência nestes mercados (Para mais informações ver Quadro A1 no Apêndice A).

Foi observado que dos sete mercados relevantes identificados neste grupo, seis apresentaram uma redução no IHH no período analisado, demonstrando-se que houve uma desconcentração na maior parte dos mercados e, conseqüentemente, aumento da concorrência. O único mercado relevante em que se verificou um aumento da concentração no período analisado foi o de “Medicamentos mióticos e antiglaucomatosos”, que apesar de ter passado de “sem evidências de concentração” em 2001 para “moderadamente concentrado” em 2016, obteve um aumento expressivo no número de produtos (383%) e de empresas (267%). Aqui cabe reforçar que, o IHH tende a ponderar as firmas pela sua parcela de mercado, atribuindo maior ponderação às firmas de maior dimensão, indicando assim o número e o tamanho das firmas em um mercado. Desta forma, neste caso, o fator principal que determina a concentração do mercado pode não ser a saída de fornecedores, mas sim o fato de uma ou poucas empresas/medicamentos estarem dominando a maior parcela de mercado (Para mais informações ver Quadro A2 no Apêndice A).

Neste grupo, apenas dois mercados relevantes não possuíam registro de medicamentos genéricos no ano de 2001, sendo eles: “Analgésicos opióides fortes” e “Medicamentos

antiemético”. Todos os demais já possuíam registro de genéricos no ano de 2001, ou seja, têm enfrentado a concorrência de genéricos desde os anos iniciais da política. Em 2019, o registro de genéricos, neste grupo, por produto variou de seis a 75 e por empresa de seis a 56. Números bem inferiores aos do primeiro grupo analisado. Porém, na maior parte, estes números são relativamente altos, mostrando que a concorrência é significativa neste grupo (Para mais informações sobre registro de genéricos ver Quadro A3 no Apêndice A).

Nos mercados relevantes deste grupo foi possível classificar 46 das 268 apresentações comerciais<sup>37</sup> (genéricos e de referência) pesquisadas. Este número é muito inferior ao de apresentações comerciais classificadas no grupo anterior, “sem evidências de concentração”. Segundo informações presentes na lista de preços da Anvisa para o ano de 2019, todas as apresentações comerciais neste grupo correspondem a medicamentos classificados como “tarja vermelha”<sup>38</sup>. Este resultado também dista de forma significativa do que foi encontrado para o grupo “sem evidências de concentração”, que possuía resultados mais diversificados. Porém, mais uma vez, as observações supracitadas parecem demonstrar que a maior concorrência dos genéricos ocorre sobre os medicamentos de “tarja vermelha”.

Os medicamentos que constituem este grupo tiveram a primeira entrada de genéricos em um período bastante disperso, entre 2000 e 2013. Como já mencionado, um registro pode conter várias apresentações comerciais, por isso foi considerada a primeira entrada do genérico por princípios ativos, não sendo consideradas as suas diferentes apresentações. Sendo assim, dos 15 genéricos que constituem este grupo, sete tiveram a primeira entrada até o ano de 2005 (seis deles até 2002), seis entre 2006 e 2010 e dois entre 2011 e 2013. Diferentemente do primeiro grupo em que a maior parte dos medicamentos teve a primeira entrada do genérico até 2005, neste grupo há um equilíbrio entre dois períodos, podendo-se afirmar que houve maior entrada de genéricos até o ano de 2010 (Para mais informações ver Quadro C no Apêndice C).

Dos 15 medicamentos genéricos (considerados por princípios ativos) neste grupo, 13 possuíam até cinco fornecedores encontrados na coleta *online*, um possuía oito fornecedores e um possuía 15 fornecedores. Este resultado não é tão diferente do que foi encontrado no grupo anterior, para o qual também havia maior número de medicamentos com até cinco fornecedores na coleta *online*. Contudo, neste caso, se justifica a maior parte ter poucos fornecedores, por ser

---

<sup>37</sup> A apresentação comercial do medicamento é decorrente da combinação de dosagem, forma farmacêutica e quantidade, o que corresponde a uma caixa/embalagem do medicamento vendida ao consumidor final na farmácia ou drogaria. Ver Definições no Anexo A.

<sup>38</sup> Medicamentos de tarja vermelha necessitam de prescrição médica para serem vendidos. Ver Definições no Anexo A.

este um grupo mais concentrado. Observa-se ainda que, enquanto o número de empresas encontradas na coleta *online* variou entre um e 15, nos registros de genéricos da Anvisa o número de empresas por princípios ativos variou entre dois e 25. Mais uma vez, vale pontuar que as empresas podem deter o registro de um medicamento sem que tenham a pretensão de oferecê-lo em um dado momento, como uma estratégia de reserva de mercado. Isso pode ainda indicar que a concorrência poderia ser maior caso todos os produtores que detém registro estivessem atuando no mercado (Para mais informações ver Apêndice C).

Durante a coleta *online* foi possível identificar que alguns medicamentos de referência haviam sido descontinuados, dado que estes não retornaram resultados na coleta de preços, tal como consta no Quadro F do Apêndice F. Dos 22 medicamentos descontinuados, três fazem parte deste grupo. Diferentemente do grupo anterior, em que a saída de alguns produtores de medicamentos de referência pode ter ocorrido por causa do aumento expressivo da concorrência por meio da entrada dos genéricos, neste grupo a saída do produtor do medicamento de referência pode ser explicada ou não por este motivo. Das três apresentações comerciais com medicamentos de referência descontinuados, duas tiveram uma desconcentração do mercado no período analisado, passando de “fortemente concentrado” para “moderadamente concentrado”. Porém, uma delas (“Cloridrato de Dorzolamida 20mg/ml”) obteve um aumento da concentração entre 2001 e 2016. Desta maneira neste grupo, a saída do produtor do medicamento de referência do mercado pode ser capaz de produzir efeitos prejudiciais à concorrência, exigindo-se maior atenção da agência reguladora.

Com relação aos preços coletados *online*, é possível observar que das 23 apresentações comerciais de genéricos listadas neste grupo, 13 possuíam preços médios praticados pelo menos 60% abaixo do preço médio praticado do medicamento de referência e dez possuíam preços médios praticados entre 59% e 35% abaixo do preço médio praticado do medicamento de referência. Este resultado difere bastante do grupo anterior, pois neste grupo não há medicamentos com pequenas diferenças de preços médios entre medicamentos genéricos e os de referência. Mais uma vez, estes números indicam que a margem regulada pela CMED de 35% sobre o PF na entrada, é baixa em relação ao que de fato é praticado no mercado, em que boa parte das empresas fabricantes de genéricos aplica descontos superiores a 60% em relação ao preço médio praticado do medicamento de referência. Porém, não é possível descartar o papel da regulação no momento da entrada do genérico no mercado, de modo que o aumento do percentual da diferença entre os preços médios também pode ser uma decorrência da



regulação, assim como da concorrência exercida sobre estes mercados (Para mais informações ver Apêndice C).

O medicamento para o qual se observou a menor diferença de preços médios entre medicamentos genéricos e de referência foi a “Colchicina 0,5mg” (-37%), que possuía duas empresas ofertando o produto no mercado. Enquanto isso, o medicamento para o qual se observou a maior diferença de preço médio entre medicamentos genéricos e de referência, foi o “Aciclovir 200mg” (-82%), que possuía 15 empresas ofertando o produto no mercado. Estes números parecem demonstrar que há uma relação positiva entre o número de fornecedores e a diferença entre os preços médios de medicamentos genéricos e os de referência. De modo que, o medicamento com maior diferença de preços é também o que possuía um número elevado de fornecedores, enquanto o medicamento com menor diferença de preços é também o que possuía um baixo número de fornecedores. Além disso, o ano de entrada do primeiro genérico, coletado dos registros de genéricos da Anvisa, não parece ser capaz de explicar as diferenças de preço entre os medicamentos genéricos e os de referência (Para mais informações ver Apêndice C).

Por meio da comparação entre os preços mais altos encontrados para os medicamentos genéricos e os de referência, foi possível notar que, das 23 apresentações comerciais de genéricos listadas neste grupo, cinco possuíam maiores preços praticados pelo menos 60% abaixo do maior preço praticado do medicamento de referência, 16 entre 59% e 35% abaixo do maior preço praticado do medicamento de referência e duas até 35% abaixo do maior preço praticado do medicamento de referência. Assim, é possível observar que, quando comparados os preços mais altos encontrados no mercado, os preços de genéricos tendem a ter descontos menores do que quando comparados os preços médios. Mas, ainda assim, observa-se que a margem aplicada pela CMED sobre o PF poderia ser maior do que 35% para a maior parte dos medicamentos (Para mais informações ver Quadro C no Apêndice C).

Neste grupo, foram encontrados mais de cinco fornecedores para apenas três apresentações comerciais de genéricos, sendo então possível observar que a diferença entre os preços médios de medicamentos genéricos e os de referência variou entre -63% e -82%. Para os medicamentos que possuíam o menor número de fornecedores, entre um e quatro, a diferença entre os preços médios de medicamentos genéricos e de referência iam de -37% a -72%. Mais uma vez, estes números sugerem que há uma relação positiva entre o número de fornecedores e a diferença entre os preços de medicamentos genéricos e os de referência. De modo que, quando se observa um maior número de fornecedores, maior tende a ser a diferença de preços,

e quando se reduz o número de fornecedores, também se reduz a diferença de preços (Para mais informações ver Apêndice C).

Por fim, como na seção anterior, cabe a discussão sobre a diferença entre os preços praticados no mercado e os PMCs determinados pela CMED. Como está detalhado no Apêndice E, nesta análise foram utilizados apenas os PMCs taxados a 20% do ICMS. Para este grupo foi possível observar que a diferença entre o preço médio praticado no mercado e o PMC (20%) médio variou entre -63% e -8%, variando bem menos que na seção anterior.

Além disso, das 46 apresentações comerciais neste grupo, 21 possuíam diferença entre o preço médio praticado no mercado e o PMC (20%) médio entre -63% e -40% (superior a 40%) e destas 21, 19 eram genéricos. Isto mostra que, para a maior parte dos genéricos aqui analisados, as empresas tendem a praticar preços bem inferiores àqueles que lhes são permitidos praticar. Enquanto isso, das 23 apresentações comerciais de medicamentos de referência, 21 possuíam diferença entre o preço médio praticado no mercado e o PMC (20%) médio de -33% a -8% (inferior a 40%). Isso mostra que, mais uma vez, a maior parte dos fabricantes de medicamentos de referência aqui analisados, tende a praticar preços mais próximos daqueles que lhes é permitido pela CMED (Para mais informações ver Quadro E no Apêndice E).

### **4.3 ANÁLISE DOS MEDICAMENTOS EM MERCADOS RELEVANTES “FORTEMENTE CONCENTRADOS”**

Neste grupo encontram-se os medicamentos em que o mercado relevante é classificado como “fortemente concentrado”, ou seja, com IHH superior à 2.500. Os medicamentos neste grupo correspondem aos seguintes mercados relevantes: “Antiarrítmicos”, “Antivirais”, “Bloqueadores alfa adrenérgicos”, “Diuréticos - Poupadores de potássio”, “Hipnóticos e ansiolíticos” e “Hormônios tireoidianos”.

Estes mercados relevantes obtiveram variação no número de produtos e de empresas menores que as variações dos dois grupos anteriores entre os anos de 2001 e 2016, com o número de produtos variando entre -52% e 347% e o número de empresas variando entre -44% e 217%. Isto demonstra que os medicamentos neste grupo foram os que menos tiveram incentivos para novas entradas, sobretudo de genéricos, seja qual for o motivo que levou a isto, implicando em condições de maior concentração do que foi observado para os demais grupos. O mercado relevante que verificou a maior variação, tanto em número de produtos como em número de empresas, foi o de “Antivirais” (347% e 217%), sendo o que possuía maior concorrência neste grupo. Por outro lado, o mercado relevante que obteve a maior redução no

número de produtos e de empresas no período analisado foi o de “Hipnóticos e ansiolíticos” (-52% e -44%), para o qual se observou uma elevada saída de empresas deste mercado e, conseqüentemente, redução da concorrência. Tanto o número de empresas como o de produtos é menor neste grupo que nos demais (Para mais informações ver Quadro A1 no Apêndice A).

O mercado relevante “Hipnóticos e ansiolíticos” foi o único deste grupo que obteve uma variação positiva no IHH no período analisado, deixando de ser “moderadamente concentrado” em 2001, e passando a ser “fortemente concentrado” em 2016, o que pode ser justificado pela redução expressiva no número de empresas atuando neste mercado. Todos os demais obtiveram uma redução no IHH no período analisado, levando a uma desconcentração e, como consequência, a maior concorrência nestes mercados. Por este grupo já ser “fortemente concentrado”, qualquer saída de empresas destes mercados pode ser prejudicial ao mercado em si no que diz respeito à concorrência (Para mais informações ver Quadro A2 no Apêndice A).

Neste grupo, apenas dois mercados relevantes não possuíam registros de genéricos no ano de 2001, sendo eles: “Bloqueadores alfa adrenérgicos” e “Hormônios tireoidianos”. Todos os demais já possuíam registro de genéricos no ano de 2001, ou seja, têm enfrentado a concorrência de genéricos desde os anos iniciais da política. Em 2019, o registro de genéricos por produto variou de um a 54 e por empresa de um a 38. Números inferiores aos dos dois primeiros grupos analisados. A maior parte dos mercados neste grupo possuía menos de 16 registros de genéricos, indicando que a concorrência de genéricos é bem menor neste grupo do que nos demais (Para mais informações ver Quadro A3 no Apêndice A).

Nos mercados relevantes deste grupo, foi possível classificar 44 das 268 apresentações comerciais<sup>39</sup> (genéricos e de referência) pesquisadas. Este número é muito inferior ao de apresentações comerciais classificadas no grupo “sem evidências de concentração”, mas similar ao do grupo “moderadamente concentrados”. Segundo informações presentes na lista de preços da Anvisa para o ano de 2019, 34 apresentações comerciais são classificadas como de “tarja vermelha”<sup>40</sup> e dez como de “tarja preta”. Este resultado dista do que foi encontrado para os dois grupos anteriores. Todavia, mais uma vez, parece demonstrar que a maior concorrência dos genéricos ocorre sobre os medicamentos de “tarja vermelha”.

---

<sup>39</sup> A apresentação comercial do medicamento é decorrente da combinação de dosagem, forma farmacêutica e quantidade, o que corresponde a uma caixa/embalagem do medicamento vendida ao consumidor final na farmácia ou drogaria. Ver Definições no Anexo A.

<sup>40</sup> Medicamentos de tarja vermelha necessitam de prescrição médica para serem vendidos. Medicamentos de tarja preta são vendidos com prescrição médica que deve ficar retida na farmácia ou drogaria. Ver Definições no Anexo A.

Os medicamentos que constituem este grupo tiveram a primeira entrada de medicamentos genéricos em um período bastante disperso, entre 2001 e 2017. Como já mencionado, um registro pode conter várias apresentações comerciais, por isso foi considerada a primeira entrada do genérico por princípios ativos, não sendo consideradas as suas diferentes apresentações. Sendo assim, dos nove genéricos que constituem este grupo, quatro tiveram a primeira entrada até o ano de 2005, um em 2008 e quatro entre 2012 e 2017. Este resultado difere dos dois grupos anteriores, pois há um equilíbrio entre a entrada de genéricos no período inicial da política e em um período bem posterior (Para mais informações ver Apêndice D).

Foi observado ainda que todos os nove medicamentos genéricos (considerados por princípios ativos) neste grupo possuíam até cinco fornecedores no mercado coletados *online*, (cinco deles com apenas um fornecedor). Tal resultado se assemelha ao que foi encontrado nos grupos anteriores, no que diz respeito ao número mais elevado de medicamentos com até cinco fornecedores na coleta *online*. Mas, diferentemente dos outros grupos, aqui não há nenhum medicamento com número mais elevado de fornecedores, o que justifica ser um grupo “fortemente concentrado”. Além disso, enquanto o número de empresas encontradas na coleta *online* variou entre um e cinco, nos registros de genéricos da Anvisa o número de empresas por princípios ativos variou de um até dez, o que corresponde ao dobro de empresas identificadas na coleta. Novamente, é válido mencionar que as empresas podem deter o registro de um medicamento sem que tenham a pretensão de oferecê-lo em um dado momento, como uma estratégia de reserva de mercado. Isso pode ainda indicar que a concorrência poderia ser maior caso todos os produtores que detêm registro estivessem atuando no mercado (Para mais informações ver Apêndice D).

Durante a coleta *online*, foi possível identificar que alguns medicamentos de referência haviam sido descontinuados, tal como consta no Quadro F do Apêndice F. Dos 22 medicamentos descontinuados, dois fazem parte deste grupo. Diferentemente do grupo “sem evidências de concentração”, em que a saída de alguns produtores de medicamentos de referência pode ter ocorrido por causa do aumento expressivo da concorrência em razão da entrada dos genéricos, neste caso não se observa uma quantidade expressiva de genéricos no mercado. Nas duas apresentações comerciais, observou-se um aumento da concentração no período analisado. No caso do “Cloridrato de Doxíciclina”, foram identificados cinco registros de genéricos em 2019, mas foram identificadas na coleta *online* apenas duas empresas ofertando o medicamento genérico no mercado. Esse número é relativamente baixo, principalmente sem que tenha a concorrência do medicamento de referência, indicando que este é um ponto crítico

de ação de política. De modo que, neste grupo, a saída do produtor do medicamento de referência se mostrou bastante prejudicial à concorrência, devendo ser direcionada maior atenção a estes casos para que no futuro não haja desabastecimento do mercado.

Com relação aos preços coletados *online*, é possível observar que das 22 apresentações comerciais de genéricos listadas neste grupo, três possuíam preços médios praticados pelo menos 60% abaixo do preço médio praticado do medicamento de referência, 18 possuíam preços médios praticados entre 59% e 35% abaixo do preço médio praticado do medicamento de referência e um possuía preço médio praticado 32% abaixo do preço médio praticado do medicamento de referência. Este resultado difere bastante dos dois grupos anteriores, pois neste grupo as variações foram bem menores, entre -32% e -65%. Apesar de a maior parte das apresentações neste grupo possuir diferença entre -59% e -35%, ainda assim, os números parecem indicar que a margem regulada pela CMED de 35% sobre o PF na entrada é baixa em relação ao que de fato é praticado no mercado, ainda que neste caso o aumento da margem não seja tão justificável como nos demais grupos. Além disso, não se deve descartar a importância inicial da regulação e nem é possível afirmar que essa maior diferença poderia ter sido alcançada se não tivesse tido a regulação de 35% sobre o preço de entrada (Ver Apêndice D).

O medicamento para o qual se observou a menor diferença de preço médio entre medicamentos genéricos e de referência, foi o “Nitrazepam 5mg” (-32%), que possuía uma empresa ofertando o produto no mercado. Por sua vez, o medicamento que apresentou a maior diferença de preço médio foi o “Cloridrato de Propafenona 300mg” (-65%), que possuía quatro empresas ofertando o produto no mercado. Mesmo o número de fornecedores tendo sido, de forma geral, inferior neste grupo, ainda assim é possível identificar que há uma relação positiva entre o número de fornecedores e a diferença entre os preços médios de medicamentos genéricos e os de referência. O medicamento com maior diferença de preços é também o que possuía o maior número de fornecedores, enquanto o medicamento que apresentou menor diferença de preços é o que possuía o menor número de fornecedores. Além disso, o ano de entrada do primeiro genérico não parece ser capaz de explicar as diferenças de preço entre os medicamentos genéricos e os de referência (Para mais informações ver Apêndice D).

Realizando a comparação entre os preços mais altos encontrados para os medicamentos genéricos e os de referência, foi possível notar que das 22 apresentações comerciais de genéricos listadas neste grupo, 11 possuíam maiores preços praticados entre 51% e 35% abaixo do maior preço praticado do medicamento de referência e 11 possuíam maiores preços praticados até 35% abaixo do maior preço praticado do medicamento de referência. Em vista

disto, é possível observar que, quando comparados os preços mais altos encontrados no mercado, os preços de genéricos tendem a ter descontos menores do que quando comparados os preços médios. Além disso, é possível notar uma aproximação entre os preços de medicamentos genéricos e de referência (Para mais informações ver Apêndice D).

Para este grupo de medicamentos o número máximo de fornecedores encontrados foi cinco. Tendo sido observado que, quatro apresentações comerciais de genéricos possuíam entre quatro e cinco fornecedores, para os quais a diferença entre os preços médios de medicamentos genéricos e de referência variou entre -53% e -65%. Para os medicamentos que possuíam o menor número de fornecedores, entre um e dois, a diferença entre os preços médios de medicamentos genéricos e de referência variou entre -32% e -61%. Apesar de neste grupo as diferenças de preço não serem tão significativas, ainda assim parece haver uma relação positiva entre o número de fornecedores e a diferença entre os preços de medicamentos genéricos e os de referência. Quando se observa o maior número de fornecedores, maior tende a ser a diferença de preços, e quando se reduz o número de fornecedores, também se reduz a diferença de preços (Para mais informações ver Apêndice D).

Por fim, da mesma forma que realizado nas duas seções anteriores, cabe discutir a diferença entre os preços praticados no mercado e os PMCs determinados pela CMED. Como está detalhado no Apêndice E, nesta análise são utilizados apenas os PMCs taxados a 20% do ICMS. Para este grupo, foi possível observar que a diferença entre o preço médio praticado no mercado e o PMC (20%) médio variou entre -54% e -13%, variação que se mostra bem menor que nas duas seções anteriores.

Além disso, das 44 apresentações comerciais neste grupo, 16 possuíam diferença entre o preço médio praticado no mercado e o PMC (20%) médio variando entre -54% e -40% (superior a 40%) e todas eram de genéricos. Isto mostra que, para a maior parte dos genéricos aqui analisados, as empresas tendem a praticar preços bem inferiores àqueles que lhes são permitidos praticar, este resultado foi o mesmo observado nas duas seções anteriores. Enquanto isso, as 22 apresentações comerciais de medicamentos de referência possuíam diferença entre o preço médio praticado no mercado e o PMC (20%) médio entre -30% e -13% (inferior a 40%). Isso mostra que, a maior parte das empresas de medicamentos de referência aqui analisados, tende a praticar preços mais próximos daqueles que lhes é permitido pela CMED, assim como foi observado nas duas seções anteriores (Para mais informações ver Quadro E no Apêndice E).

#### **4.4 COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS FRENTE A OUTRAS EXPERIÊNCIAS DE REGULAÇÃO DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS NO MUNDO**

Nesta seção foram analisados comparativamente os resultados observados nas seções anteriores por grau de concentração e discutidos tais resultados em relação ao que foi observado na revisão de literatura sobre outras experiências de regulação de preços de medicamentos. Sobretudo as recomendações para que alguns países europeus ampliem o uso dos genéricos.

Como demonstrado nas seções 2.3 e 2.4, a regulação de preços de medicamentos brasileira parece ter sido inspirada naquelas que já vigoravam nos países europeus quando foi criada a CMED. Desta forma, foi possível observar que a regulação no Brasil parece estar seguindo boa parte daquilo que tem sido recomendado para os países europeus. Porém, algumas ressalvas precisam ser feitas.

Na Tabela 1 é possível observar que a maior parte dos mercados relevantes analisados (15) eram considerados “sem evidências de concentração”, e isto pode ser decorrente do fato de estarem sendo discutidos apenas mercados relevantes cuja presença de genéricos é observada em 2019. Os outros dois grupos possuíam, respectivamente, sete e seis mercados relevantes, o que corresponde, cada, à menos da metade do primeiro grupo. De modo geral, nota-se na Tabela 1 abaixo que, para os três grupos, cerca de 80% dos mercados relevantes obteve uma redução do IHH no período analisado. É possível que este resultado também tenha se dado pelo fato de serem mercados relevantes que possuíam genéricos em 2019. Além disso, apenas cerca de 30% dos mercados relevantes analisados não tinham verificado a entrada de genéricos em 2001, como mostra a Tabela 1 abaixo. Por estes motivos, podemos afirmar que a concorrência imposta pelos genéricos no mercado foi capaz de levar a uma menor concentração do mercado em que estes atuam, exercendo o papel principal que a estes foi designado, qual seja, o de ampliar a concorrência do mercado farmacêutico nacional.

Além disso, como evidenciado na Tabela 1, é possível observar que as variações em número de produtos e de empresas eram mais expressivas no grupo “sem evidências de concentração” (respectivamente, 14 a 3450% e -11 a 1950%), e que se reduziam conforme se ampliava o grau de concentração dos mercados (respectivamente, 31 a 486% e 25 a 700% para “moderadamente concentrados” e -52 a 347% e -44 a 217% para “fortemente concentrados”). Também se observa na Tabela 1 abaixo que o número de registro de genéricos, por produto e por empresa, também se reduz quando se eleva o grau de concentração (respectivamente, 19 a

203 e 19 a 180 para “sem evidências de concentração”, 6 a 75 e 6 a 56 para “moderadamente concentrados” e 1 a 54 e 1 a 38 para “fortemente concentrados”).

**Tabela 1 – Análise comparativa da concorrência por grau de concentração**

	Sem evidências de concentração	Moderadamente concentrados	Fortemente concentrados
<b>IHH</b>	Abaixo de 1500	1500 a 2500	Acima de 2500
<b>Número de mercados relevantes</b>	15	7	6
<b>Varição do número de produtos</b>	14% a 3450%	31% a 486%	-52% a 347%
<b>Varição do número de empresas</b>	-11% a 1950%	25% a 700%	-44% a 217%
<b>Mercados relevantes com redução do IHH no período analisado</b>	13 (86,67%)	6 (85,71%)	5 (83,33%)
<b>Mercados relevantes com aumento do IHH no período analisado</b>	2 (13,33%)	1 (14,29%)	1 (16,67%)
<b>Mercados relevantes sem genérico em 2001</b>	5 (33,33%)	2 (28,57%)	2 (33,33%)
<b>Registro de genéricos por produto (2019)</b>	19 a 203	6 a 75	1 a 54
<b>Registro de genéricos por empresa (2019)</b>	19 a 180	6 a 56	1 a 38

Fonte: Elaboração própria com base nos dados analisados.

Vale pontuar que, foi observada na revisão de literatura uma grande preocupação por parte de diversos atores para que a redução de preços dos genéricos não levasse ao desabastecimento de medicamentos, devendo haver equilíbrio entre disponibilidade e preço. No caso do Brasil, não parece estar havendo desabastecimento para os medicamentos analisados, sobretudo pelo expressivo aumento no número de fornecedores na maioria destes mercados relevantes, como consta na Tabela 1. Entretanto, ainda assim, foi possível identificar na análise alguns medicamentos de referência que foram descontinuados no período analisado.

Como pode ser observado na Tabela 2, a maioria dos medicamentos de referência descontinuados (17) fazem parte do grupo “sem evidências de concentração”, frente a três descontinuados no grupo “moderadamente concentrados” e dois no “fortemente concentrados”. Gomes *et al.* (2014) pontuam que tem havido uma redução da participação em volume dos medicamentos de referência frente aos genéricos, e isto pode estar ocorrendo pelo desinteresse da população em adquirir medicamentos de referência quando existem opções de genéricos disponíveis no mercado. A saída do medicamento de referência do mercado nacional pode ter ocorrido devido ao aumento da concorrência dos genéricos, que teria implicado em menores margens de lucros para os produtores de medicamentos de referência.

Sarai e Pscheidt (2018) argumentam que caso a fixação do preço do medicamento leve uma empresa a decidir deixar de fornecer o produto ou deixar o mercado nacional, a regulação de preços pode estar indo contra o seu objetivo de estimular a oferta e propiciar melhor acesso à população. Os resultados mais preocupantes referentes à saída do fornecedor do medicamento



de referência do mercado são os observados nos grupos “moderadamente concentrados” e “fortemente concentrados”, os quais deveriam requerer uma atenção maior da agência reguladora, pois, nestes casos, pode-se ocorrer o desabastecimento de determinados medicamentos. Além disso, esta análise utilizou uma amostra muito pequena em relação à totalidade de medicamentos existentes no mercado. Assim, apesar de nesta análise terem sido encontrados apenas cinco medicamentos descontinuados nestes grupos, no mercado de forma geral este número pode ser muito maior.

**Tabela 2 – Caracterização dos produtos por grau de concentração**

	Sem evidências de concentração	Moderadamente concentrados	Fortemente concentrados
<b>Total de apresentações comerciais (genéricos e referência)</b>	178	46	44
<b>Medicamentos de venda livre (%)</b>	32 (17,98%)	-	-
<b>Medicamentos de tarja vermelha (%)</b>	122 (68,54%)	46 (100%)	34 (77,27%)
<b>Medicamentos de tarja preta (%)</b>	24 (13,48%)	-	10 (22,73%)
<b>Medicamentos de referência descontinuados</b>	17	3	2

Fonte: Elaboração própria com base nos dados analisados.

Como apresentado na Tabela 2 acima, a maior parte das apresentações comerciais analisadas (178) faziam parte do grupo “sem evidências de concentração” frente à 46 apresentações do grupo “moderadamente concentrados” e 44 do “fortemente concentrados”. Foi possível notar ainda que a maior parte das apresentações comerciais analisadas era de medicamentos com “tarja vermelha”, independentemente do grau de concentração, com percentuais superiores à 60% das apresentações comerciais analisadas. Isto corrobora o argumento de Bertoldi *et al.* (2005) de que a demanda por genéricos é maior em medicamentos de “tarja vermelha”.

Na Tabela 3, pode-se observar que a quantidade de fornecedores encontrados no mercado se reduz conforme se amplia o grau de concentração, com o grupo “sem evidências de concentração” possuindo cerca de 30% dos medicamentos genéricos com mais de 6 fornecedores, enquanto o grupo “moderadamente concentrados” possuía apenas cerca de 13% e o grupo “fortemente concentrados” não possuía nenhum medicamento com mais de 5 fornecedores. Porém, para os três grupos, a maior parte dos medicamentos genéricos, mais de 70%, possuía até cinco fornecedores no mercado.

Segundo Palmeira Filho (2013), inexistiu interesse em relação à comercialização de um mesmo genérico de empresas distintas na mesma farmácia ou drogaria. Todavia, por meio da coleta de preços *online* foi observada a prática da venda de mais de uma opção para o mesmo

genérico na mesma farmácia ou drogaria. Com isso, uma variedade de preços para tais medicamentos foi identificada, o que possibilita que o consumidor possa escolher entre o genérico mais barato dentre as opções disponíveis. Cabe destacar que esta pode ser uma particularidade observada apenas para vendas *online*, e que pode não ser confirmada para vendas nas lojas físicas.

**Tabela 3 – Caracterização dos fornecedores por grau de concentração**

	Sem evidências de concentração	Moderadamente concentrados	Fortemente concentrados
<b>Total de medicamentos genéricos</b>	44	15	9
<b>Genéricos com até 5 fornecedores no mercado</b>	31 (70,45%)	13 (86,67%)	9 (100%)
<b>Genéricos com 6 a 10 fornecedores no mercado</b>	12 (27,27%)	1 (6,67%)	-
<b>Genéricos com mais de 10 fornecedores no mercado</b>	1 (2,27%)	1 (6,67%)	-

Fonte: Elaboração própria com base nos dados analisados.

Na revisão de literatura foi possível notar ainda que, tanto a utilização da vinculação do preço dos genéricos aos medicamentos de referência, como a própria margem administrada no Brasil foram recomendadas a outros países. Entretanto, para a maior parte dos países foi recomendado reduzir a margem, dado que os preços dos genéricos em alguns países europeus já estavam em níveis muito baixos, sendo considerados até insustentáveis. Este não parece ser o caso do Brasil, principalmente tendo em vista a quantidade de fornecedores de genéricos e a alta participação em valor destes medicamentos no mercado farmacêutico brasileiro.

Observando os resultados analisados nesta Dissertação, é possível notar que a maior parte dos medicamentos genéricos analisados (mais de 80%) pratica diferenças de preços médios para o medicamento de referência bem superiores a 35%. Isto indica que a margem de 35% imposta ao PF na entrada do genérico no mercado pela CMED é baixa em relação ao diferencial de preços médios que se observa na prática. Cabe ressaltar que esta diferença superior à 35% não foi verificada na entrada dos genéricos no mercado, mas sim com o passar dos anos após a sua entrada no mercado, podendo ser decorrente de diversos motivos, dentre eles a concorrência. Este resultado foi observado independentemente do grau de concentração do mercado relevante, como mostra a Tabela 4 abaixo.

Como consta na Tabela 4, para os medicamentos classificados nos grupos “sem evidências de concentração” e “moderadamente concentrados”, foi bastante expressiva a quantidade de medicamentos genéricos com preços médios inferiores a 60% do preço médio praticado pelo medicamento de referência, respectivamente 38,20% e 56,52%.

**Tabela 4 – Análise comparativa dos preços por grau de concentração**

	Sem evidências de concentração	Moderadamente concentrados	Fortemente concentrados
<b>Total de apresentações comerciais de genéricos</b>	89	23	22
<b>Apresentações de genéricos com preço médio abaixo de 60% do preço médio do medicamento de referência (%)</b>	34 (38,20%)	13 (56,52%)	3 (13,64%)
<b>Apresentações de genéricos com preço médio entre 59% e 35% abaixo do preço médio do medicamento de referência (%)</b>	45 (50,56%)	10 (43,48%)	18 (81,82%)
<b>Apresentações de genéricos com preço médio até 34% abaixo do preço médio do medicamento de referência (%)</b>	10 (11,24%)	-	1 (4,54%)
<b>Apresentações de genéricos com maior preço abaixo de 60% do maior preço do medicamento de referência (%)</b>	21 (23,60%)	5 (21,74%)	-
<b>Apresentações de genéricos com maior preço entre 59% e 35% abaixo do maior preço do medicamento de referência (%)</b>	45 (50,56%)	16 (69,56%)	11 (50%)
<b>Apresentações de genéricos com maior preço até 34% abaixo do maior preço do medicamento de referência (%)</b>	18 (20,22%)	2 (8,70%)	11 (50%)
<b>Apresentações de genéricos com maior preço superior ao maior preço do medicamento de referência (%)</b>	5 (5,62%)	-	-

Fonte: Elaboração própria com base nos dados analisados.

Além disso, foi possível encontrar na análise cinco medicamentos genéricos que praticavam preços mais elevados do que os seus respectivos medicamentos de referência no grupo “sem evidências de concentração”, como mostra a Tabela 4 acima. Um resultado parecido foi encontrado por Babar *et al.* (2019), que identificou medicamentos de referência mais baratos que os genéricos em países como Afeganistão, Armênia, Egito, Geórgia e Arábia Saudita. O mesmo resultado foi identificado no Sudão por Ali e Yahia (2012).

Mesmo quando se compara os preços mais altos encontrados no mercado, é possível notar que, pelo menos 50% dos medicamentos genéricos analisados praticava diferenças de preços para o medicamento de referência superiores à 35%. Isto indica, mais uma vez, que a margem de 35% imposta ao PF na entrada do genérico no mercado pela CMED é baixa em relação ao diferencial de preços que se observa na prática. Ressalta-se que esta diferença é observada com o passar dos anos após a entrada do genérico no mercado, podendo ser decorrente da concorrência. Porém, para os preços mais altos analisados, é possível observar que há uma tendência maior à aproximação dos preços destes medicamentos se comparados aos preços médios, em que a diferença de preços inferior à 34% passa a ser de 20,22% para mercados relevantes “sem evidências de concentração”, 8,70% para “moderadamente concentrados” e 50% para “fortemente concentrados”, percentuais bem superiores aos obtidos

para o preço médio. Todavia, esta tendência à aproximação dos preços de alguns medicamentos genéricos e de referência parece ser apenas uma particularidade de alguns medicamentos.

Alguns autores destacaram a existência do chamado “paradoxo do genérico”, em que os medicamentos de referência tendiam a elevar os seus preços com a entrada dos genéricos. Outros autores mostravam que a concorrência de genéricos propiciava preços mais baixos para os medicamentos de marca. Brekke *et al.* (2009) destacaram que a diferença nos resultados pode ser devida a diferentes estruturas de mercado e regimes regulatórios. Por meio da análise realizada nesta Dissertação não é possível dizer como se movimentaram os preços dos medicamentos de referência ao longo dos anos em relação à entrada de genéricos, sobretudo porque esta análise traz dados sobre preços de apenas um ponto no tempo. Entretanto, foi possível observar que, em geral, os preços dos medicamentos genéricos e os de referência possuíam um distanciamento expressivo, como consta na Tabela 4.

Como demonstrado por Dylst e Simoens (2010) e Vogler (2012), o comportamento dos preços dos medicamentos, assim como a penetração dos genéricos no mercado, podem diferir entre os países devido as características da livre precificação ou da presença de uma regulação. No Brasil, apesar de haver uma regulação para o preço dos genéricos, foi possível observar um diferencial expressivo entre o preço dos medicamentos genéricos e de referência resultante da concorrência, ainda que este diferencial e a penetração dos genéricos pudessem ser maiores no país. Os autores ainda apontavam que nos países com preços regulados, a regulação tendia a reduzir o preço do medicamento de referência sobre seu ciclo de vida. Porém, como já mencionado, nesta análise não foi possível observar o movimento dos preços dos medicamentos de referência ano a ano para saber se estes aumentaram ou diminuíram. Além disso, na cesta de países de referência para a determinação dos preços dos medicamentos no Brasil há um misto entre países com regulação e com livre precificação.

Outro ponto destacado é que para que os genéricos possam competir igualmente com os medicamentos de referência, é preciso que os genéricos possuam uma participação alta no mercado farmacêutico e que sejam mantidos diferenciais de preço entre medicamentos de referência e genéricos. No Brasil, os genéricos ainda correspondem a uma baixa parcela do mercado (34%)<sup>41</sup>, porém as diferenças de preço entre os medicamentos genéricos e os de referência já têm se mostrado expressivas, como consta na Tabela 4 acima. Dylst e Simoens (2010) indicaram que preços mais altos para genéricos eram observados em países que tinham,

---

<sup>41</sup> Segundo a Associação Pró-Genéricos em 2019 (disponível em: <http://progenericos.org.br/mercado>).

por exemplo, uma participação de genéricos em volume abaixo de 40%. Apesar da diferença de preços ser expressiva, os preços dos medicamentos genéricos no Brasil ainda podem estar elevados.

No México, como apresentado na seção 2.5, acreditava-se que os preços dos genéricos poderiam ser definidos pela concorrência, sem a necessidade de regulação. Entretanto, a consequência disto foi um baixo mercado de genéricos neste país, sobretudo devido aos altos preços destes medicamentos comparados aos de outros países. Como mencionado na seção 2.1, para as empresas já estabelecidas em um mercado, no caso a empresa produtora do medicamento de referência, uma estratégia para prevenir a entrada de novas empresas, quais sejam, as empresas produtoras de genéricos, é fixar o preço no nível competitivo. Por isso, é importante que exista uma regulação que seja capaz de impedir a fixação do preço neste nível, para que haja a possibilidade de entrada de genéricos no mercado, e isto deve ocorrer até que estas empresas se fixem no mercado. Além disso, é importante que as empresas de genéricos entrem no mercado com um baixo preço a fim de deslocar as preferências dos consumidores.

A revisão de literatura trouxe ainda críticas à aplicação do reajuste anual do preço para os genéricos, em que se observou que o preço dos genéricos já está vinculado ao preço do medicamento de referência. Deste modo, desde que exista um método de reajuste anual de preços para o medicamento de referência, qualquer alteração no preço deste já afetará o preço do seu respectivo genérico. Como pode ser observado na Tabela 5, a determinação do PMC pela CMED faz muito mais sentido para os medicamentos de referência, em que mais de 80% deles possuem diferenças de preços médios inferiores à 40% do PMC, do que para os genéricos, em que cerca de 70% deles têm tendido a descolar em mais de 40% seus preços médios praticados dos seus respectivos PMCs. Isto pode estar indicando que talvez não faça sentido manter o reajuste anual dos preços dos medicamentos genéricos pela CMED, bastando apenas que houvesse reajuste para o medicamento de referência.

Brekke *et al.* (2009) observaram a movimentação dos preços de medicamentos genéricos e de referência quando atua o PRR ou o PC. Eles mostraram que, na Noruega, quando vigora o PC (sendo este compulsório apenas para o medicamento de referência), o preço do medicamento de referência tende a flutuar próximo ao teto, enquanto o do genérico se reduz bastante. O PC é utilizado no Brasil para o reajuste de preços de medicamentos de forma geral, seja genérico ou de referência, como já visto anteriormente. Entretanto, ainda assim é possível observar que os medicamentos de referência têm mantido seus preços mais próximos ao teto do que os genéricos, que tendem a descolar muito mais seu preço praticado do PMC, como mostra

a Tabela 5 abaixo. Desta maneira, a revisão de preços para os genéricos por PC no Brasil, parece estar levando à não efetividade da regulação atual.

**Tabela 5 – Análise comparativa dos PMCs por grau de concentração**

	Sem evidências de concentração	Moderadamente concentrados	Fortemente concentrados
<b>Diferença entre o preço médio praticado no mercado e o PMC (20%) médio</b>	-83% e 24%	-63% e -8%	-54% e -13%
<b>Apresentações de genéricos com diferença superior à 40% (% do total)</b>	61 (68%)	19 (82%)	16 (73%)
<b>Apresentações de medicamentos de referência com diferença inferior à 40% (% do total)</b>	75 (84%)	21 (91%)	22 (100%)

Fonte: Elaboração própria com base nos dados analisados.

Como mostram os resultados na Tabela 5, o grau de concentração não se mostra capaz de influenciar a determinação do *gap* existente entre o preço praticado e o PMC, de modo que, independentemente do grau de concentração, as porcentagens são muito próximas entre si. Isto parece indicar que o resultado encontrado ocorre por causa da dinâmica do mercado e não por causa do grau de concentração.

Foram observadas ainda outras críticas ao modelo de reajuste anual de preços no Brasil, principalmente no tocante à determinação dos fatores e à falta de clareza na forma como são calculados. Como mostra Dias *et al.* (2019), na determinação do Fator X, quanto menor a produtividade estimada, maior o aumento permitido. Isto pode ser um problema, pois, de certa forma, a regulação não está incentivando as empresas a ampliarem a sua produtividade, visando obter reajustes maiores. Na determinação do Fator Y, os valores negativos são acumulados e descontados em momentos futuros de aumento dos custos de produção. Para os genéricos, os custos de produção tendem a diminuir com o tempo, o que pode estar contribuindo para a determinação de PMCs mais elevados. Podem ainda existir outros fatores contribuindo para a queda de custos, que estão sendo acumulados e não descontados, levando a, mais uma vez, o descolamento do PMC aos preços de fato praticados no mercado.

O atual secretário executivo da CMED, Ricardo Santana, apontou a necessidade de modernização da Resolução nº 2, e informou que a CMED estava fazendo uso da plataforma de Análise de Impacto Regulatório (AIR), em que se identificou mais de 100 problemas a serem melhorados na regulação atualmente em vigor (SANTANA, 2019). Como bem destacaram Dias *et al.* (2019), modelos regulatórios baseados em teto de preços pressupõem realinhamentos dos preços aos valores de mercado a cada dois até, no máximo, cinco anos, devendo inclusive ser temporário. No Brasil, este modelo permanece há 15 anos em vigor, sem qualquer

realinhamento, com consequentes distorções acumuladas entre preços máximos permitidos e preços praticados. Deste modo, o preço teto imposto aos medicamentos, sobretudo aos genéricos, parece ser tão alto que se torna incapaz de regular o mercado de forma eficiente, destacando-se a importância de haver um monitoramento efetivo dos preços dos medicamentos nos pontos de venda pela CMED.

Por fim, outras críticas ao modelo de regulação de preços de medicamentos no Brasil podem ser feitas com base na revisão de literatura, mas que não fazem frente aos resultados aqui analisados. O primeiro ponto é referente às críticas a utilização do PRE. No Brasil o PRE é utilizado apenas para medicamentos novos. A principal crítica observada foi quanto à seleção dos países utilizados como referência pelo Brasil, todos com um nível de renda mais elevado, e não tendo sido consideradas nem a proximidade geográfica nem as semelhanças econômicas, sanitárias e de desembolso, de modo que a seleção de países utilizados como referência não reflète a dinâmica do mercado nacional. As discussões sobre este ponto deixam bem clara a necessidade de aceitar as particularidades de cada país na determinação dos preços dos medicamentos. A Colômbia, por exemplo, desde 2010, tem utilizado como referência países com maior proximidade geográfica e semelhanças econômicas, este ponto deveria ser revisado na regulação em vigor no Brasil.

O segundo ponto diz respeito às críticas ao modelo de concorrência por descontos na cadeia de distribuição, mostrando-se que estes levam a preços mais altos do que o que vigoraria na concorrência por preço. No Brasil, este é o tipo de concorrência que tem se observado para os medicamentos genéricos. Porém, tendo em vista as críticas sobre a falta de clareza dos preços reais quando vigora este tipo de concorrência, deveria se observar de que modo isto pode estar atrapalhando o crescimento da participação dos genéricos no mercado nacional e, até mesmo, levando à prática de preços mais elevados. Seria interessante haver maior controle da agência reguladora no que diz respeito a este ponto, e talvez ser estabelecida algum tipo de regulação a esta concessão de descontos na cadeia de distribuição.

O terceiro e último ponto é referente às críticas à aplicação de sistemas de licitação a longo prazo. Enquanto as licitações contribuem no curto prazo para uma economia significativa de custos, no longo prazo acredita-se que as licitações podem comprometer a sustentabilidade do mercado de genéricos, reduzindo o número de fornecedores disponíveis no mercado e levando à prática de preços mais elevados. No Brasil, o sistema de licitações é mais utilizado pelo MS.

Assim, com esta Dissertação foi possível observar que a regulação do preço dos medicamentos genéricos no Brasil não tem sido tão efetiva e, por causa disso, o principal efeito observado sobre os preços dos medicamentos tem decorrido da concorrência. Entretanto, cabe enfatizar que não é só a concorrência que é importante para estabelecer diferenciais expressivos entre os preços de medicamentos genéricos e de referência. A regulação também tem um papel importante sobre este diferencial, sobretudo na entrada do genérico no mercado, ainda que o percentual administrado atualmente seja baixo. Ainda assim, dado que a regulação não tem sido tão efetiva, observa-se que existem outras maneiras mais eficientes para regular os preços dos medicamentos, sobretudo dos genéricos, e que existem diversos pontos a serem melhorados na regulação em vigor pela agência reguladora. Uma síntese dos resultados apresentados encontra-se no Quadro 8 abaixo.

**Quadro 8 – Síntese dos resultados apresentados**

	<b>Resultados</b>
<b>Mercados relevantes</b>	Aproximadamente 54% dos mercados relevantes analisados eram considerados “sem evidências de concentração”
<b>IHH</b>	Aproximadamente 86% dos mercados relevantes analisados tiveram uma redução do IHH no período entre 2001 e 2016
<b>Registro de genéricos</b>	Apenas 32% dos mercados relevantes analisados não tinham genéricos em 2001
<b>Medicamentos descontinuados</b>	Cerca de 77% dos medicamentos de referência descontinuados foram classificados no grupo “sem evidências de concentração”
<b>Fornecedores</b>	Cerca de 78% dos medicamentos genéricos analisados possuíam até 5 fornecedores identificados na coleta <i>online</i>
<b>Diferença de preços praticados</b>	Aproximadamente 92% das apresentações comerciais de genéricos praticavam diferenças de preços em relação ao medicamento de referência superior à 35%
	Cerca de 37% das apresentações comerciais de genéricos praticavam diferenças de preços em relação ao medicamento de referência superior à 60%
	Foram identificadas 5 apresentações comerciais de genéricos que praticavam preços superiores aos medicamentos de referência no grupo “sem evidências de concentração”
<b>Diferença de preços praticados em relação ao PMC</b>	Aproximadamente 72% das apresentações comerciais de genéricos praticavam diferenças de preços em relação ao PMC superiores à 40%
	Cerca de 88% das apresentações comerciais de medicamentos de referência praticavam diferenças de preços em relação ao PMC inferiores à 40%
<b>Críticas com base na literatura analisada</b>	1 – Em geral, os países europeus costumam realizar com mais frequência a revisão da margem estabelecida ao genérico, ao contrário do Brasil 2- A revisão anual dos preços deveria ser feita apenas para os medicamentos de referência quando vigora a vinculação por preço para os genéricos 3- A lista de países utilizados como referência para a determinação de preços de medicamentos no Brasil não considera a proximidade geográfica nem as semelhanças econômicas, devendo ser revisada 4 - A concorrência por descontos leva à falta de clareza sobre os preços reais dos medicamentos

Fonte: Elaboração própria.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta Dissertação teve como intuito investigar como tem se comportado o diferencial de preços entre os medicamentos genéricos e os de referência, tendo em vista, tanto a regulação de preços de medicamentos genéricos em vigor no Brasil, como a concorrência imposta pelos medicamentos genéricos em determinados mercados relevantes.

Com isso, mostrou-se os efeitos da concorrência na determinação dos preços dos medicamentos e como reagem os preços de medicamentos genéricos e de referência frente à regulação de preços dos genéricos no Brasil. Por fim, buscou-se discutir, em comparação com outras experiências de regulação de preços de medicamentos, os resultados que haviam sido observados.

Para a elaboração desta análise foram utilizados: (i) os dados disponíveis em Hasenclever (2002) e Anvisa (2017), que serviram para realizar uma caracterização e análise da concentração do mercado em determinados mercados relevantes; (ii) dados sobre preço e disponibilidade de um grupo de medicamentos coletados em *sites* de farmácias e drogarias, utilizados em uma análise dos preços em relação a concentração dos seus respectivos mercados relevantes; e, (iii) uma revisão de literatura sobre a regulação de preço dos medicamentos no Brasil, na Europa e em PEDs, que serviu para detalhar alguns aprendizados sobre a regulação de preço de medicamentos.

Para nortear esta Dissertação foi elaborada a seguinte pergunta de pesquisa: Como a regulação brasileira do preço dos medicamentos genéricos e a concorrência deste segmento tem afetado a diferença de preços dos genéricos em relação aos medicamentos de referência? Com isto, buscava-se entender o papel da regulação de preço dos genéricos para que haja um diferencial de preços entre medicamentos genéricos e de referência. Porém, foi observado que esta regulação não parece ser o principal fator capaz de promover um diferencial de preços entre medicamentos genéricos e de referência, havendo outros fatores que parecem ser mais importantes para que haja diferença entre os preços. Em seguida, buscou-se entender o papel da concorrência neste diferencial de preços, tendo sido possível notar que este estava sendo o principal fator a implicar neste diferencial de preços, observando-se ainda uma relação positiva entre o número de fornecedores e a diferença entre o preço de medicamentos genéricos e de referência.

Quanto aos principais resultados, foi observado que, dos medicamentos classificados em mercados relevantes considerados como “sem evidências de concentração”, a maior parte

destes havia experimentado a primeira entrada de genéricos nos primeiros anos de vigência da política. Neste grupo, foi possível identificar que alguns medicamentos possuíam diferenças entre o preço médio do medicamento genérico e o de referência inferior a 34%, mostrando que, para medicamentos em mercados “sem evidências de concentração”, pode haver uma tendência à aproximação dos preços de medicamentos genéricos e os de referência. Entretanto, para a maior parte dos medicamentos neste grupo, as diferenças de preço médio entre medicamento genérico e de referência eram bem superiores a 35%. Além disso, também foi possível notar que, como mencionado acima, havia uma relação positiva entre o número de fornecedores e o diferencial de preços médios entre medicamentos genéricos e de referência.

Ainda neste mesmo grupo, observou-se que, quando comparados os preços mais altos praticados no mercado, o número de medicamentos com diferença de preços menor que 34% se eleva e que havia genéricos com maiores preços praticados superiores ao maior preço praticado pelo medicamento de referência. Porém, a maior parte dos medicamentos possuía diferença nos maiores preços praticados entre 35% e 59%. Neste grupo também foi possível observar uma quantidade expressiva de medicamentos de referência que haviam sido descontinuados durante o período analisado. Neste caso, em particular, a saída do medicamento de referência pode ser considerada um efeito positivo do genérico, já que este “expulsa” do mercado os medicamentos considerados mais caros.

Em relação ao grupo de medicamentos classificados em mercados relevantes considerados como “moderadamente concentrados”, uma boa parte dos medicamentos experimentou a entrada do primeiro genérico nos anos iniciais da política, o que também foi observado no grupo “sem evidências de concentração”. Além disso, também foi possível observar a existência de poucos fornecedores para a maior parte dos medicamentos classificados neste grupo. Ao contrário do grupo anterior, não havia medicamentos com pequenas diferenças de preços médios entre o medicamento genérico e de referência, e a maior parte das apresentações comerciais de genéricos teve preços médios praticados pelo menos 60% abaixo do preço médio do medicamento de referência. No caso dos maiores preços praticados, foi possível notar que a diferença entre os preços de genéricos e os de referência diminuiu, passando a ser mais representativa a diferença de preços entre 59% e 35%. O mesmo foi observado no grupo “sem evidências de concentração”, no qual, quanto maior tendia a ser o número de fornecedores, maiores eram as diferenças entre os preços de medicamentos genéricos e de referência, e quanto menor o número de fornecedores, menores tendiam a ser as diferenças.

No grupo “fortemente concentrados”, foi possível notar que os primeiros genéricos tiveram entrada em um período bem disperso, um grupo no início da vigência da política e outro grupo em anos bem posteriores à implementação da política. Além disso, observou-se um baixo número de fornecedores. As variações de preços médios entre medicamentos genéricos e de referência tenderam a ser menores, com a maior parte dos medicamentos tendo variações dos preços médios praticados entre 59% e 37%. Para os maiores preços praticados, as diferenças de preços tendiam a ser ainda menores. Mais uma vez, assim como para os demais grupos, foi possível identificar uma relação positiva entre o número de fornecedores e as diferenças entre os preços de medicamentos genéricos e de referência. Neste caso, foi observada uma pequena quantidade de medicamentos de referência descontinuados. Porém, é importante que seja observado se a saída do medicamento de referência do mercado pode levar ao desabastecimento.

Para a análise referente ao PMC, foi possível notar que os medicamentos genéricos tendiam a praticar preços médios que se distanciavam muito mais do PMC do que os medicamentos de referência, que, por sua vez, possuíam preços médios praticados mais próximos do PMC.

Com relação às hipóteses levantadas, a primeira referia-se à regulação de preços dos genéricos no Brasil, aplicada somente no momento da entrada do produto no mercado, a qual afirmava-se que estimulava, com o passar do tempo, a redução do diferencial de preços entre os medicamentos genéricos e os de referência. Esta hipótese pôde ser parcialmente confirmada para os grupos “sem evidências de concentração” e “fortemente concentrados”, nos quais pôde ser observada uma aproximação entre o preço do medicamento genérico e de referência, havendo até casos em que o preço do genérico era superior ao preço do medicamento de referência. A segunda hipótese diz respeito ao fato de a concorrência estar apresentando uma maior capacidade de influenciar o diferencial de preços entre medicamentos genéricos e de referência no Brasil, se comparada à influência da regulação de preços. Deste modo, é possível dizer que esta hipótese foi confirmada, tendo em vista que foi observada uma relação positiva entre o número de fornecedores e o diferencial de preços entre medicamentos genéricos e os de referência.

Deste modo, é importante que sejam observados os fatores que levam à aproximação dos preços dos medicamentos (inferiores a 34%), para que isto não tenha efeitos negativos sobre o desenvolvimento do mercado de genéricos no Brasil. Além disso, esta diferença inferior a 34% pode estar indicando que a regulação de preços destes medicamentos não é suficiente, já

que ocorre apenas na entrada e possibilita assim a aproximação dos preços de medicamentos genéricos e de referência. O fato da maior parte dos medicamentos possuir um distanciamento expressivo entre os preços parece indicar que existe uma “gordura” sobre a margem de preços dos fabricantes que pode ser explorada pela regulação.

Sendo assim, espera-se que esta Dissertação seja capaz de, a partir das evidências criadas, alertar a autoridade regulatória sobre a necessidade de melhorar a regulação do preço dos medicamentos, em especial dos genéricos, devendo ser feitas mais avaliações das políticas, tentando verificar se o que era pretendido foi em alguma medida alcançado. A literatura internacional revisada trouxe exemplos e elementos de aprendizado que podem ser considerados neste processo de atualização da regulação brasileira. Os resultados desta Dissertação servem ainda para alertar a autoridade regulatória sobre os problemas referentes ao método utilizado para reajuste de preços, que pode estar contribuindo para o distanciamento dos preços. A regulação atual tem sido insuficiente no sentido de ter um papel mais relevante na determinação dos preços, indicando a necessidade de uma revisão, principalmente sobre a margem imposta, tal qual é realizada com mais frequência em outros países.

A margem de 35% foi útil no início de vigência da política de genéricos dado que incentivou a entrada de muitas empresas nacionais na produção de genéricos, principalmente por ser uma margem que permitia a esses produtores uma boa lucratividade. Porém, com o passar do tempo essa margem perdeu a essência de incentivar a entrada, mas se manteve lucrativa para as empresas de genéricos, podendo ter ainda desincentivado a inovação por parte dessas empresas na busca por maiores margens de lucro. Desse modo, o aumento da margem poderia trazer efeitos positivos para os consumidores, por meio da maior redução dos preços, ou mesmo incentivar a inovação por parte das empresas nacionais.

As principais limitações desta Dissertação foram: (i) utilizar apenas dados de preços e disponibilidade dos medicamentos coletados *online*, que podem variar dos preços praticados nas lojas físicas; (ii) não ser possível distinguir entre os preços praticados por estado; (iii) usar uma amostra pequena de medicamentos; (iv) usar uma amostra pequena de preços e referente a um único momento no tempo; e, (v) a não inclusão das farmácias independentes.

Por fim, essa Dissertação demonstra que ainda há muitas questões a serem analisadas referentes ao preço dos medicamentos, havendo a necessidade de que outros estudos sejam feitos nesse sentido, principalmente referente a métrica utilizada para o reajuste de preços. Além disso, no Brasil, poucos foram os estudos encontrados que se destinavam a realizar uma

avaliação efetiva da política de genéricos, sobretudo se observarmos o que tem sido feito em outros países. Internacionalmente, muito tem se debatido em fóruns ligados ao setor da saúde sobre questões referentes à determinação do preço justo, e também sobre a questão da transparência em saúde. Esses debates podem oferecer uma luz sobre a fixação dos preços e, até mesmo, indicar melhores e mais atuais formas de pensar a regulação de preços de medicamentos. Todavia, é perceptível que a pouca quantidade de estudos realizados no Brasil está relacionada à escassez de disponibilidade de dados que propiciem uma análise mais abrangente, e que possibilite uma recomendação de política, assim como o uso de estratégias empíricas mais robustas do que as que aqui foram utilizadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAFARMA (Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias). Disponível em: <https://www.abrafarma.com.br/>. Acesso em: jan. 2019.

ALI, G. K. M.; YAHIA, A.Y. Controlling medicine prices in Sudan: the challenge of the recently established Medicines Regulatory Authority. *Eastern Mediterranean Health Journal*, v. 18, n. 8, p. 811-20, 2012.

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). Anuário Estatístico do Mercado Farmacêutico 2016. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/374947/3413536/Anu%C3%A1rio+Estat%C3%ADstico+do+Mercado+Farmac%C3%AAutico+-+2016/485ddf50-a37f-469f-89e5-29643c5c9df5>

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). Anuário Estatístico do Mercado Farmacêutico 2017. Brasília, 2018. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/374947/3413536/Anu%C3%A1rio+Estat%C3%ADstico+do+Mercado+Farmac%C3%AAutico+-+2017/3179a522-1af4-4b4c-8014-cc25a90fb5a7>

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). S.d. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/4399354/07\\_Medicamentos.ppt/66e1c8ee-6e9f-49e0-bfd8-d24e75847a9b](http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/4399354/07_Medicamentos.ppt/66e1c8ee-6e9f-49e0-bfd8-d24e75847a9b)

BABAR, Z.; RAMZAN, S.; EL-DAHIYAT, F.; TACHMAZIDIS, I.; ADEBISI, A.; HASAN, S. S. The Availability, Pricing, and Affordability of Essential Diabetes Medicines in 17 Low-, Middle-, and High-Income Countries. *Frontiers in Pharmacology*, v.10, art. 1375, nov. 2019.

BALMACEDA, C.; ESPINOZA, M. A.; DIAZ, J. Impacto de una Política de Equivalencia Terapéutica em el Precio de Medicamentos em Chile. *Value in Health Regional Issues* 8C, 43–48, 2015.

BRASIL. Lei n. 9.787. Altera a Lei n. 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1999; 11 fev.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003. Define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED e altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 7 Out 2003.

BENNETT, S.; QUICK, J. D.; VELÁSQUEZ, G. Public-Private Roles in the Pharmaceutical Sector. Implications for equitable access and rational drug use. *Health Economics and Drugs DAP Series*, WHO/DAP/97.12. Geneva: World Health Organization, 1997.

BERMUDEZ, J. Generic Drugs: An Alternative for the Brazilian Market. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10 (3): 368-378, Jul/Sep, 1994.

BERNARDO, P. J. B. Regulação econômica do mercado farmacêutico. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fev. 2003.

BERNSTEIN, J. I.; SAPPINGTON, D. E. M. How to determine the X in RPI-X regulation: a user's guide. *Telecommunications Policy* 24, p. 63-68, 2000.

BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D.; HALLAL, P. C. Generic drugs in Brazil: known by many, used by few. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(6):1808-1815, nov-dez, 2005.

BREKKE, K. R.; GRASDAL, A. L.; HOLMAS, T. H. Regulation and pricing of pharmaceuticals: Reference pricing or price cap regulation? *European Economic Review* 53, p. 170–185, 2009.

CALIARI, T.; RUIZ, R. M. Brazilian pharmaceutical industry and generic drugs: the political intentions and the unexpected changes. In: Summer Conference 2010, Imperial College London Business School, jun. 2010.

CARVALHO, M. C. R. D.; ACCIOLY JÚNIOR, H.; RAFFIN, F. N. Representações sociais do medicamento genérico por consumidores residentes em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(3):653-661, mar. 2006.

CARVALHO, M. C. R. D.; ACCIOLY JÚNIOR, H.; RAFFIN, F. N.; CAMPOS, M. N.; CRUZ, M. M. C.; ALVES, M. K. S. Representações sociais do medicamento genérico por farmacêuticos: determinação dos sistemas central e periférico. *Cad. Saúde Pública*, v. 21, n. 1, p. 226-234, fev. 2005.

CMED (Câmara de Regulação de Medicamentos). Resolução no 1, de 27 de fevereiro de 2004. Estabelece os critérios de composição de fatores para o ajuste de preços de medicamentos. *Diário Oficial da União*. 1 Mar 2004a.

CMED (Câmara de Regulação de Medicamentos). Resolução no 2, de 5 de março de 2004. Aprova os critérios para definição de preços de produtos novos e novas apresentações de que trata o art. 7º da Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003. *Diário Oficial da União*. 5 Mai 2004b.

DEPARTMENT OF PHARMACEUTICALS. National Pharmaceutical Policy 2012. Nova Deli, 2012.

DIAS, C. R. C.; ROMANO-LIEBER, N. S. Processo da implantação da política de medicamentos genéricos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(8):1661-1669, ago. 2006.

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

DROGAL. Disponível em: <https://www.drogal.com.br/quem-somos/s> Acesso em: 09 out. 2019.

DROGA RAIÁ. Disponível em: <http://drogaraia.com.br/nossa-historia> Acesso em: 09 out. 2019.

DROGARIA ARAUJO. Disponível em: <https://www.araujo.com.br/conteudo-empresa> Acesso em: 09 out. 2019.

DROGARIA SÃO PAULO. Disponível em: <https://www.drogariasao paulo.com.br/institucional/drogarias-sao-paulo> Acesso em: 09 out. 2019.

DROGARIA VENANCIO. Disponível em: <https://www.drogariavenancio.com.br/institucional/sobre> Acesso em: 09 out. 2019.

DROGASIL. Disponível em: <https://www.drogasil.com.br/nossa-historia> Acesso em: 09 out. 2019.

DROGARIAS PACHECO. Disponível em: <https://www.drogariaspacheco.com.br/institucional/drogarias-pacheco> Acesso em: 09 out. 2019.

DYLST, P.; SIMOENS, S. Generic Medicine Pricing Policies in Europe: Current Status and Impact. *Pharmaceuticals*, 3, 471-481, 2010. Doi:10.3390/ph3030471

EL-JARDALI, F.; FADLALLAH, R.; MORSI, R. Z.; HEMADI, N.; AL-GIBBAWI, M.; HAJ, M.; KHALIL, S.; SAKLAWI, Y.; JAMAL, D.; AKL, E. A. Pharmacists' views and reported practices in relation to a new generic drug substitution policy in Lebanon: a mixed methods study. *Implementation Science*, 12:23, 2017. DOI 10.1186/s13012-017-0556-1

ESPIN, J.; ROVIRA, J.; LABRY, A. O. de. WHO/HAI Project on Medicine Prices and Availability. Review Series on Pharmaceutical Pricing Policies and Interventions. Working Paper 1: External Reference Pricing. May 2011.

FARMÁCIAS NISSEI. Disponível em: <https://www.farmaciasnissei.com.br/sobre-nos> Acesso em: 09 out. 2019.

FARMACOPEIA BRASILEIRA. 6ª ed., vol. I. ANVISA: Brasília, 2019. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33832/259143/Volume+I+Pronto.pdf/4ff0dfe8-8a1d-46b9-84f7-7fa9673e1ee1>

FIÚZA, E. P. S.; LISBOA, M. B. Bens credenciais e poder de mercado: Um estudo econométrico da indústria farmacêutica Brasileira. Texto para Discussão do IPEA. Rio de Janeiro, 2001.

GILARDI, F.; JORDANA, J.; LEVI-FAUR, D. Regulation in the Age of Globalization: The Diffusion of Regulatory Agencies across Europe and Latin America. Ibei Working Papers, 2006/1 Barcelona, May 2006.

GODOY, M. R.; ROBSON, A.; NASCIMENTO, S. P. do; CAMARA, M. R. G. Efeito da Entrada do Medicamento Genéricos nos Preços do Medicamento de Referência e Similar. Encontro da ANPAD, Jan. 2004.

GOMES, R. P.; PIMENTEL, V. P.; LOUSADA, M.; PIERONI, J. P. O Novo Cenário de Concorrência na Indústria Farmacêutica Brasileira. *Complexo Industrial da Saúde. BNDES Setorial*, v. 39, p. 97-134, 2014.

GRABOWSKI, H. G.; KYLE, M.; MORTIMER, R.; LONG, G; KIRSON, N. Evolving Brand-Name And Generic Drug Competition May Warrant A Revision Of The Hatch-Waxman Act. *Health Affairs* 30, n.11. p. 2157-2166, 2011.

GRAY, A. L. Medicine Pricing Interventions – the South African experience. *Southern Med Review*. 2; 2:15-19, 2009.

GRUPO DIMED. Disponível em: [http://ri.grupodimed.com.br/conteudo\\_pt.asp?idioma=0&conta=28&tipo=64041](http://ri.grupodimed.com.br/conteudo_pt.asp?idioma=0&conta=28&tipo=64041) Acesso em: 09 out. 2019.

GRUPO DPSP. Disponível em: <https://www.grupodpsp.com.br/#sobreDPSP> Acesso em: 09 out. 2019.

GRUPO RD. Disponível em: <https://www.rd.com.br/show.aspx?idCanal=6aULUwMyMFpYyWDTxjQNnQ==> Acesso em: 09 out. 2019.

GUTTIER, M. C.; SILVEIRA, M. P. T.; LUIZA, V. L.; BERTOLDI, A. D. Impacto de intervenções para promoção do uso de medicamentos genéricos: revisão sistemática. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Ed. 22, 8, ago. 2017.



HASENCLEVER, L. (COORD.). Diagnóstico da Indústria Farmacêutica Brasileira. Brasília/Rio de Janeiro: Unesco/FUJB/IE-UFRJ. 2002.

HASENCLEVER, L.; FIALHO, B.; KLEIN, H.; ZAIRE, C. Economia Industrial de Empresas Farmacêuticas. Rio de Janeiro: E-papers, 2010.

HASENCLEVER, L.; TORRES, R. O Modelo Estrutura, Conduta e Desempenho e seus Desdobramentos. In: KUPFER, D.; HASENCLEVER, L. Economia Industrial: fundamentos teóricos e práticas no Brasil. Cap. 4, 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 2013.

IOOTTY, M.; SZAPIRO, M. Economias de Escala e Escopo. In: KUPFER, D.; HASENCLEVER, L. Economia Industrial: fundamentos teóricos e práticas no Brasil. Cap. 3, 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 2013.

KAPLAN, W.; WIRTZ, V.; NGUYEN, A.; EWEN, M.; VOGLER, S.; LAING, R. Policy Options for Promoting the Use of Generic Medicines in Low- and Middle-income Countries. Health Action International, mar. 2016.

KOHLI, S. National Pharmaceutical Policy 2012. 2012. Disponível em: <https://spicyip.com/2012/12/national-pharmaceutical-policy-2012.html> Acesso em: 11/10/2019

KORNIS, G. E. M.; BRAGA, M. H.; FAGUNDES, M.; DE PAULA, P. A. B. A Regulação em Saúde no Brasil: um breve exame das décadas de 1999 a 2008. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 21 [3]: 1077-1101, 2011.

KUPFER, D. Barreiras Estruturais à Entrada. In: KUPFER, D.; HASENCLEVER, L. Economia Industrial: fundamentos teóricos e práticas no Brasil. Cap. 7, 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 2013.

LOPES, J. A. Estudo sobre a Reação de Preço dos Medicamentos Líderes de Mercado à Introdução de Concorrentes Genéricos e Similares. 53f. Dissertação (mestrado profissional), Escola de Economia de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2009.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de Metodologia Científica. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MEDICINES FOR EUROPE COUNTRY SPECIFIC MARKET ACCESS POLICIES 2018. Disponível em: [https://www.medicinesforeurope.com/wp-content/uploads/2018/05/20180524-Medicines-for-Europe-recommendations\\_V1.0.pdf](https://www.medicinesforeurope.com/wp-content/uploads/2018/05/20180524-Medicines-for-Europe-recommendations_V1.0.pdf)

MELO, L. M. de. Modelos Tradicionais de Concorrência. In: KUPFER, D.; HASENCLEVER, L. Economia Industrial: fundamentos teóricos e práticas no Brasil. Cap. 1, 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 2013.

MELLO, M. T. L. Defesa da Concorrência. In: KUPFER, D.; HASENCLEVER, L. Economia Industrial: fundamentos teóricos e práticas no Brasil, cap. 22, 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 2013.

MIRANDA, E. S.; PINTO, C. du B. S.; REIS, A. L. de A. dos; EMMERICK, I. C. M.; CAMPOS, M. R.; LUIZA, V. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Disponibilidade no Setor Público e Preços no Setor Privado: Um Perfil de Medicamentos Genéricos em Diferentes Regiões do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(10):2147-2158, out, 2009.

MIZIARA, N. M.; COUTINHO, D. R. Problemas na Política Regulatória do Mercado de Medicamentos. Revista de Saúde Pública, v. 49, p. 1-6, 2015.

- MOÏSE, P.; DOCTEUR, E. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Mexico. OECD Health Working Papers. DELSA/HEA/WD/HWP, 1, 2007.
- MONTELLA, M. Economia: passo a passo. 2ª ed., p. 38-40. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2007.
- NILSSON, N. J. Introduction to Machine Learning: an early draft of a proposed textbook. Dec. 1996.
- NISHIJIMA, M. Os Preços dos Medicamentos de Referência após a Entrada dos Medicamentos Genéricos no Mercado Farmacêutico Brasileiro. Revista Brasileira de Economia, Rio de Janeiro, v. 62, n. 2, p. 189–206, abr-jun 2008.
- NISHIJIMA, M.; BIASOTO JR, G.; LAGROTERIA, E. A Competição no Mercado Farmacêutico Brasileiro após uma Década de Medicamentos Genéricos: uma análise de rivalidade em um mercado regulado. Economia e Sociedade, Campinas, v. 23, n. 1 (50), p. 155-186, abr. 2014.
- NÓBREGA, O.T.; MARQUES, A.R.; ARAÚJO, A.C.G.; KARNIKOWSKI, M.G.O.; NAVES, J.O.S.; SILVER, L.D. Retail Prices of Essential Drugs in Brazil: an international comparison. Rev Panam Salud Publica, 22(2), p. 118–23, 2007.
- PAGUE MENOS. Disponível em: <http://portal.paguemenos.com.br/portal/empresa#0> Acesso em: 09 out. 2019.
- PALMEIRA FILHO, P. L. Catch up da Indústria Farmacêutica Nacional e Financiamento à Inovação: O caso da atuação do BNDES através do Profarma. Tese de Pós-Doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Química, Rio de Janeiro, 2013.
- PANVEL. Disponível em: <https://www.panvel.com/panvel/institucional.do?secao=quemSomos> Acesso em: 09 out. 2019.
- PIER, E. G.; LLORÉNS, M. B. Trabajando por la Salud de la Población: Propuestas de política para el sector farmacéutico. Versión para el diálogo. Cap. 3. Ciudad de México: Funsalud. 2011.
- PINTO JR, H. Q.; FIANI, R. Regulação Econômica. In: KUPFER, D.; HASENCLEVER, L. Economia Industrial: fundamentos teóricos e práticas no Brasil. Cap. 23. 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 2013.
- QUEIROZ, S.; PEDROSA, D.; PARANHOS, J.; MATOS, M.; SALLES FILHO, S.; RADAELLI, V. Competências para Inovar na Indústria Farmacêutica Brasileira. Cap. 2, 1ª ed., v.1. Rio de Janeiro: CGEE/BNDES, 2017.
- RÊGO, E. C. L. Políticas de Regulação do Mercado de Medicamentos: A Experiência Internacional. Revista do BNDES, Rio de Janeiro, v. 7, n. 14, p. 367-400, dez. 2000.
- ROCHA, C. F. L. Coordenação Oligopolista. In: KUPFER, D.; HASENCLEVER, L. Economia Industrial: fundamentos teóricos e práticas no Brasil. Cap. 11. 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 2013.
- ROSENBERG, G.; FONSECA, M. da G. D.; D’AVILA, L. A. Análise Comparativa da Concentração Industrial e de Turnover da Indústria Farmacêutica no Brasil para os Segmentos de Medicamentos de Marca e Genéricos. Economia e Sociedade, Campinas, v. 19, n. 1 (38), p. 107-134, abr. 2010.
- SANTANA, R. Inovação Incremental é Tema Prioritário na CMED. Entrevista. Revista Facto – ABIFINA. Edição nº 60. abr-jul 2019. Disponível em: [www.abifina.org.br/revista\\_facto\\_materia.php?id=754](http://www.abifina.org.br/revista_facto_materia.php?id=754).

- SARAI, L.; PSCHIEDT, K. R. Regulação de Preços de Medicamentos: o Estado está no caminho certo?. *Revista de Direito Econômico e Socioambiental*, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 140-172, maio/ago. 2018. doi: 10.7213/rev.dir.econ.soc.v9i2.14723.
- SHEPPARD, A. Global Healthcare Trends and Outlook Joint. 23rd Medicines for Europe and 20th IGBA Annual conference. Lisbon, jun. 2017 Disponível em: [https://www.medicinesforeurope.com/wp-content/uploads/2018/02/Alan\\_Sheppard.pdf](https://www.medicinesforeurope.com/wp-content/uploads/2018/02/Alan_Sheppard.pdf)
- SIMOENS, S. A review of generic medicine pricing in Europe. *GaBI Journal*, v.1, n. 1, 2012.
- SOOD, N.; VRIES, H. de; GUTIERREZ, I.; LAKDAWALLA, D. N.; GOLDMAN, D. P. The Effect of Regulation on Pharmaceutical Revenues: Experience in Nineteen Countries. Project HOPE–The People-to-People Health Foundation, Inc. HEALTH AFFAIRS. 2008. DOI 10.1377/hlthaff.28.1.w125
- SOOKSRIWONG, C.; YOONGTHONG, W.; SUWATTANAPREEDA, S.; CHANJARUPORN, F. Medicine prices in Thailand: A result of no medicine pricing policy. *Southern Med Review*, 2;2:10-14, 2009.
- SOUZA, C. M. A. Dezesseis Anos de Política de Genéricos no Brasil: desafios e perspectivas. 63f. Trabalho de Conclusão de Curso - Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.
- TOBAR, F. Economía de los Medicamentos Genéricos en America Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2008; 23(1):59–67.
- VACCA, C.; ACOSTA, A.; RODRIGUEZ, I. Precios de Referencia Internacional y Análisis de Costo Minimización para la Regulación de Precios de Medicamentos en Colombia. *Value in Health* 14, S16 – S19, 2011.
- VISCUSI, W. K.; HARRINGTON JR, J. E.; VERNON, J. M. *Economics of Regulation and Antitrust*. 4 ed. Cap. 10. The MIT Press: Cambridge, Massachusetts, 2005.
- VOGLER, S. The Impact of Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies on Generics Uptake: implementation of policy options on generics in 29 European countries—an overview. *GaBI Journal*, v. 1, n. 2, p.44-51, 2012.
- WANG, Y. R. Price Competition in the Chinese Pharmaceutical Market. *Int J Health Care Finance Econ*, 6:119–129, 2006. DOI 10.1007/s10754-006-5558-5
- WOUTERS, O. J.; KANAVOS, P. G. A comparison of generic drug prices in seven European countries: a methodological analysis. *BMC Health Services Research*, 17:242, 2017.

## APÊNDICE A - ANÁLISE DA CONCORRÊNCIA

A promoção da concorrência é um instrumento de política que permite aproximar o mercado de dois alvos sociais desejáveis: o máximo bem-estar para o consumidor e a eficiência econômica (NISHIJIMA, BIASOTO JR E LAGROTERIA, 2014). Neste Apêndice é analisada, com base nos dados disponíveis em Hasenclever (2002) e Anvisa (2017), como tem evoluído a concorrência no mercado farmacêutico brasileiro nos 28 mercados relevantes selecionados, trazendo: (i) uma breve caracterização da evolução do número de produtos e de empresas nos mercados relevantes selecionados; (ii) a evolução do índice de concentração (IHH) nos mercados relevantes selecionados; e, (iii) a entrada de genéricos nos mercados relevantes selecionados.

**Quadro A1 – Variação de produtos e empresas (2001 – 2016)**

Mercados Relevantes (n=28)	Produtos (Np)			Empresas (Ne)		
	2001	2016	Variação (%)	2001	2016	Variação (%)
Analgésicos opióides fortes	7	41	486%	3	24	700%
Antiarrítmicos	12	18	50%	11	12	9%
Antibióticos tópicos	49	56	14%	35	37	6%
Anticonvulsivantes	29	122	321%	21	45	114%
Antidepressivos e antimaníacos	48	194	304%	29	44	52%
Antifúngicos dermatológicos tópicos	79	115	46%	44	39	-11%
Antifúngicos ginecológicos	30	52	73%	24	27	13%
Antifúngicos sistêmicos	57	121	112%	33	42	27%
Antigotosos	6	12	100%	5	10	100%
Anti-histamínicos sistêmicos	45	111	147%	32	43	34%
Antiparkinsonianos	16	31	94%	12	23	92%
Antipsicóticos	32	95	197%	13	35	169%
Antiplaquetários (ácido acetilsalicílico)	2	48	2300%	2	28	1300%
Antivirais	15	67	347%	12	38	217%
Antivirais tópicos	16	32	100%	13	25	92%
Bloqueadores alfa adrenérgicos	2	8	300%	2	6	200%
Cefalosporinas	55	89	62%	24	26	8%
Contraceptivos hormonais	43	143	233%	17	37	118%
Diuréticos - Poupadores de potássio (e associações com tiazídicos)	9	9	0%	8	9	13%
Diuréticos – Tiazídicos	11	43	291%	10	26	160%
Diuréticos de alça (e associações)	17	24	41%	12	21	75%
Hipnóticos e ansiolíticos	56	27	-52%	32	18	-44%
Hormônios tireoidianos	6	8	33%	5	6	20%
Macrolídeos	44	62	41%	30	37	23%
Medicamentos antienxaqueca	16	21	31%	12	15	25%
Medicamentos mióticos e antiglaucomatosos	18	87	383%	6	22	267%
Tricomonicidas tópicos	12	57	375%	11	29	164%
Trombolíticos	2	71	3450%	2	41	1950%

Fonte: Elaboração própria com base em Hasenclever (2002) e Anvisa (2017).

Em primeiro lugar, é discutido de que forma se observou o avanço da concorrência no que diz respeito ao número de produtos farmacêuticos<sup>42</sup> ofertados no mercado brasileiro e de empresas atuantes nos anos de 2001 e 2016 em cada mercado relevante. O Quadro A1 acima apresenta o número de produtos farmacêuticos e de empresas em cada ano, assim como a sua variação, por mercado relevante.

É possível observar, de maneira breve, que, a maior parte dos mercados relevantes analisados (26), aumentou o número de produtos ofertados entre os anos de 2001 e 2016. Porém, em um mercado relevante analisado (“Hipnóticos e ansiolíticos”) ocorreu uma redução no número de produtos ofertados no mercado brasileiro, e em um (“Diuréticos - Poupançadores de potássio”) se manteve estável o número de produtos no período analisado. Em alguns mercados relevantes, observou-se uma expressiva elevação no número de produtos, o que foi o caso de: “analgésicos opióides fortes” (486%), “antidepressivos e antimaníacos” (304%), “antiplaquetários – ácido acetilsalicílico” (2300%), “antivirais” (347%), “bloqueadores alfa adrenérgicos” (300%), “diuréticos – tiazídicos” (291%), “tricomonocidas tópicos” (375%) e “trombolíticos” (3450%). Nestes casos, caberia investigar se os medicamentos que constituem estes mercados relevantes tiveram patentes expiradas durante este período, se houve aumento na demanda por produtos destes mercados relevantes, ou mesmo se houve a descoberta de novos produtos, mas esta investigação está fora do escopo desta Dissertação.

Foi possível observar ainda que, na maioria dos mercados relevantes selecionados (26), houve aumento no número de empresas atuantes. Porém, em dois dos mercados relevantes selecionados (“Antifúngicos dermatológicos tópicos” e “Hipnóticos e ansiolíticos”), houve uma redução no número de empresas. Dentre os resultados que mais chamam a atenção no que diz respeito ao aumento no número de empresas, estão: “analgésicos opióides fortes” (700%), “antiplaquetários – ácido acetilsalicílico” (1300%), “antivirais” (217%), “bloqueadores alfa adrenérgicos” (200%), “medicamentos mióticos e antiglaucomatosos” (267%) e “trombolíticos” (1950%). Todos estes mercados relevantes, também foram os que obtiveram aumento mais expressivo no número de produtos ofertados.

No Quadro A2 abaixo mostra-se a evolução do índice de concentração medido pelo Índice de Herfindahl-Hirschman entre os anos de 2001 e 2016 nos mercados relevantes selecionados, e o grau de concentração que se atribui ao mercado relevante no ano de 2016.

---

<sup>42</sup> Os produtos farmacêuticos podem ser divididos em: Biológicos, Específicos, Genéricos, Novos ou Similares. Cada produto farmacêutico pode ter uma ou mais apresentações, que se diferenciam pelo tipo de embalagem, pela quantidade farmacotécnica ou pela sua forma farmacêutica (ANVISA, 2017)

**Quadro A2 – Evolução do IHH nos mercados relevantes selecionados (2001 – 2016)**

Mercados Relevantes (n=28)	IHH			
	2001	2016	Variação (%)	Concentração (2016)
Analgésicos opióides fortes	6.110	1.576	-74%	Moderadamente concentrado
Antiarrítmicos	3.104	2.517	-19%	Fortemente concentrado
Antibióticos tópicos	1.160	1.236	7%	Sem evidências de concentração
Anticonvulsivantes	2.468	1.036	-58%	Sem evidências de concentração
Antidepressivos e antimaníacos	907	751	-17%	Sem evidências de concentração
Antifúngicos dermatológicos tópicos	756	790	4%	Sem evidências de concentração
Antifúngicos ginecológicos	1.564	1.228	-21%	Sem evidências de concentração
Antifúngicos sistêmicos	902	737	-18%	Sem evidências de concentração
Antigotosos	3.761	1.777	-53%	Moderadamente concentrado
Anti-histamínicos sistêmicos	1.793	1.132	-37%	Sem evidências de concentração
Antiparkinsonianos	3.359	2.412	-28%	Moderadamente concentrado
Antipsicóticos	1.836	1.128	-39%	Sem evidências de concentração
Antiplaquetários (ácido acetilsalicílico)	5.081	1.066	-79%	Sem evidências de concentração
Antivirais	3.940	3.506	-11%	Fortemente concentrado
Antivirais tópicos	4.751	1.889	-60%	Moderadamente concentrado
Bloqueadores alfa adrenérgicos	5.326	2.654	-50%	Fortemente concentrado
Cefalosporinas	3.469	820	-76%	Sem evidências de concentração
Contraceptivos hormonais	2.305	1.344	-42%	Sem evidências de concentração
Diuréticos - Poupadores de potássio (e associações com tiazídicos)	5.293	2.605	-51%	Fortemente concentrado
Diuréticos – Tiazídicos	4.550	1.161	-74%	Sem evidências de concentração
Diuréticos de alça (e associações)	6.139	1.734	-72%	Moderadamente concentrado
Hipnóticos e ansiolíticos	2.101	2.869	37%	Fortemente concentrado
Hormônios tireoidianos	2.883	2.668	-7%	Fortemente concentrado
Macrolídeos	1.133	1.004	-11%	Sem evidências de concentração
Medicamentos antiemético	3.855	1.907	-51%	Moderadamente concentrado
Medicamentos mióticos e antiglaucomatosos	905	1.955	116%	Moderadamente concentrado
Tricomonicidas tópicos	3.430	952	-72%	Sem evidências de concentração
Trombolíticos	5.036	1.420	-72%	Sem evidências de concentração

Fonte: Elaboração própria com base em Hasenclever (2002) e Anvisa (2017).

Foi possível observar que, em 24 dos mercados relevantes selecionados, houve uma redução no IHH, ou seja, verificou-se aumento da concorrência no período analisado. Quanto a variação no IHH, é possível observar, dentre os resultados negativos mais significativos, ou seja, aqueles em que se observou uma maior desconcentração do mercado, os seguintes mercados relevantes: “analgésicos opióides fortes” (-74%), “antiplaquetários - ácido acetilsalicílico” (-79%), “antivirais tópicos” (-60%), “cefalosporinas” (-76%), “diuréticos – tiazídicos” (-74%), “diuréticos de alça - e associações” (-72%), “tricomonicidas tópicos” (-72%), e “trombolíticos” (-72%). Em todos estes mercados relevantes, observou-se um aumento no número de empresas atuando no período analisado.

Dentre os casos em que se observou uma variação positiva no IHH, podemos citar: “Antibióticos tópicos” (7%), “Antifúngicos dermatológicos tópicos” (4%), “Hipnóticos e

ansiolíticos” (37%) e “Medicamentos mióticos e antiglaucomatosos” (116%). Os mercados relevantes “Antifúngicos dermatológicos tópicos” e “Hipnóticos e ansiolíticos” apresentaram uma variação negativa no número de empresas no período analisado, o que justifica ter havido uma tendência a maior concentração de mercado nestes casos. Para os outros dois casos observou-se aumento no número de empresas atuando no período analisado, de modo que outro fator, que não a saída de empresas, tem implicado no maior grau de concentração, como por exemplo, o fato de uma ou poucas empresas ou medicamentos estarem dominando a maior parcela de mercado.

Além disso, foi possível observar que, segundo as medidas de concentração do IHH mencionadas em Anvisa (2017), 15 dos mercados relevantes analisados podem ser classificados como “sem evidências de concentração”, sete podem ser classificados como “moderadamente concentrado”, e seis classificados como “fortemente concentrado” no ano de 2016.

Ainda, é possível notar que, dentre os mercados relevantes que verificaram a maior redução em seus IHH entre 2001 e 2016, mencionados anteriormente, todos eles eram classificados como “fortemente concentrados” no ano de 2001. Porém, alguns deles passaram a ser, no ano de 2016, considerados como “sem evidências de concentração” (“Antiplaquetários”, “Cefalosporinas”, “Diuréticos – Tiazídicos”, “Tricomonicidas tópicos” e “Trombolíticos”), e outros passaram de “fortemente concentrados” para “moderadamente concentrados” (“Analgésicos opióides fortes”, “Antivirais tópicos” e “Diuréticos de alça”). Este resultado é bastante positivo, pois mostra que mercados relevantes anteriormente considerados como “fortemente concentrados”, verificaram uma expressiva desconcentração no período analisado, ampliando-se a concorrência.

Quando se observa os mercados relevantes já mencionados que tiveram uma variação positiva no IHH entre 2001 e 2016, é possível notar que, um deles (“Medicamentos mióticos e antiglaucomatosos”) era considerado como “sem evidências de concentração” em 2001, passando a ser considerado como “moderadamente concentrado” no ano de 2016, e outro (“Hipnóticos e ansiolíticos”) passou de “moderadamente concentrado” para “fortemente concentrado”. Estes casos devem chamar a atenção por estarem aumentando o seu grau de concentração com o passar dos anos, o que não é um resultado desejável para a concorrência, apesar de um deles ter aumentado o número de empresas atuando no período analisado.

Para a elaboração dos dados discutidos abaixo, foram pesquisados os medicamentos que constituíam os mercados relevantes aqui analisados na lista de preços da Anvisa para o ano de

2019<sup>43</sup>, a qual determina a classe terapêutica a que cada medicamento pertence. Para contabilizar o registro de genéricos por produto, foi preciso utilizar a lista de registro de genéricos da Anvisa<sup>44</sup>, também para o ano de 2019, assim como para encontrar o seu respectivo medicamento de referência. Com isso, foram cruzados os dados disponíveis nas duas listas, e assim os medicamentos foram inseridos em seus respectivos mercados relevantes. Os dados desta busca estão presentes no Quadro A3 abaixo, que contém o número de medicamentos genéricos registrados na Anvisa, no ano de 2001 e 2019, assim como o respectivo número de empresas detentoras dos registros.

**Quadro A3 – Número de registro de genéricos (produtos e empresas)**

Mercados Relevantes (n=28)	Produtos (Np)		Empresas (Ne)	
	2001	2019	2001	2019
Analgésicos opióides fortes	-	75	-	51
Antiarrítmicos	1	13	1	13
Antibióticos tópicos	2	24	1	23
Anticonvulsivantes	2	128	2	109
Antidepressivos e antimaníacos	9	203	5	180
Antifúngicos dermatológicos tópicos	14	106	5	87
Antifúngicos ginecológicos	5	67	5	49
Antifúngicos sistêmicos	8	106	6	72
Antigotosos	2	6	2	6
Anti-histamínicos sistêmicos	9	102	6	80
Antiparkinsonianos	3	18	2	17
Antipsicóticos	-	78	-	73
Antiplaquetários (ácido acetilsalicílico)	-	33	-	32
Antivirais	5	54	3	38
Antivirais tópicos	5	40	5	40
Bloqueadores alfa adrenérgicos	-	4	-	4
Cefalosporinas	30	68	8	47
Contraceptivos hormonais	-	50	-	44
Diuréticos - Poupadores de potássio (e associações com tiazídicos)	1	16	1	13
Diuréticos – Tiazídicos	-	19	-	19
Diuréticos de alça (e associações)	5	8	4	8
Hipnóticos e ansiolíticos	7	22	4	22
Hormônios tireoidianos	-	1	-	1
Macrolídeos	6	53	4	40
Medicamentos antiemético	-	6	-	6
Medicamentos mióticos e antiglaucomatosos	6	59	3	56
Tricomonicidas tópicos	3	49	3	44
Trombolíticos	-	40	-	39

Fonte: Elaboração própria com base nos dados utilizados por Hasenclever (2002) e disponíveis na lista de registro de genéricos da Anvisa (2019).

<sup>43</sup> Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/374947/2829072/LISTA+CONFORMIDADE\\_2019-07-01.pdf/d3cffaba-8cc5-49b2-a3c4-b0230686a975](http://portal.anvisa.gov.br/documents/374947/2829072/LISTA+CONFORMIDADE_2019-07-01.pdf/d3cffaba-8cc5-49b2-a3c4-b0230686a975)

<sup>44</sup> Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33836/352400/Gen%C3%A9ricos+registrados+-+por+refer%C3%A2ncia+29-02-2016.pdf/e1b3712f-5282-4e8c-b96d-2da759708735>



Dos 28 mercados relevantes analisados, é possível observar que nove deles não possuíam registro de genéricos no ano de 2001. Porém, com exceção dos mercados relevantes “Bloqueadores alfa adrenérgicos” (4), “Hormônios tireoidianos” (1) e “Medicamentos antieméticos” (6), todos os demais que não possuíam registro de genéricos em 2001, passaram a ter um número bastante expressivo de registros de genéricos no ano de 2019.

**APÊNDICE B – MEDICAMENTOS EM MERCADOS RELEVANTES “SEM EVIDÊNCIAS DE CONCENTRAÇÃO”**

**Quadro B – Dados dos medicamentos classificados como “sem evidência de concentração” (n=178)**

Medicamento (Genérico/Referência)	Forma Farmacêutica (quantidade)	Ano de entrada do primeiro genérico	Disponibilidade nas Farmácias (por empresa)	Registros na Anvisa (por empresa)	Maior preço	Menor preço	Preço Médio	Diferença Maior e Menor preço	Diferença entre Preço Médio (G) e (R)	Diferença entre Maior preço (G) e (R)
Acetato de Ciproterona 2mg + Etinilestradiol 0,035mg Diane 35	21 Comprimidos Revestidos	2013	3	6	R\$ 17,28	R\$ 6,25	R\$ 10,45	R\$ 11,03	-56%	-37%
					R\$ 27,29	R\$ 21,99	R\$ 24,01	R\$ 5,30		
Acetato de Ciproterona 2mg + Etinilestradiol 0,035mg Diane 35	63 Comprimidos Revestidos				R\$ 34,73	R\$ 16,49	R\$ 22,49	R\$ 18,24	-53%	-31%
					R\$ 49,99	R\$ 46,99	R\$ 48,33	R\$ 3,00		
Axetilcefuroxima 250mg Zinnat 250mg	10 Comprimidos Revestidos	2001	1	6	R\$ 41,39	R\$ 40,79	R\$ 41,09	R\$ 0,60	-67%	-67%
					R\$ 125,99	R\$ 123,49	R\$ 124,49	R\$ 2,50		
Bissulfato de Clopidogrel 75mg Plavix 75mg	28 Comprimidos Revestidos	2007	12	23	R\$ 103,62	R\$ 12,45	R\$ 42,13	R\$ 91,17	-81%	-59%
					R\$ 252,45	R\$ 206,99	R\$ 223,40	R\$ 45,46		
Carbamazepina 200mg Tegretol 200mg	20 Comprimidos				R\$ 6,35	R\$ 6,35	R\$ 6,35	R\$ -	-68%	-68%
					R\$ 19,99	R\$ 19,49	R\$ 19,76	R\$ 0,50		
Carbamazepina 400mg Tegretol 400mg	20 Comprimidos	2000	5	10	R\$ 16,29	R\$ 14,79	R\$ 15,49	R\$ 1,50	-63%	-65%
					R\$ 46,04	R\$ 36,99	R\$ 41,52	R\$ 9,05		
Carbamazepina 20mg/ml Tegretol 20mg/ml	100ml Solução Oral				R\$ 10,39	R\$ 10,29	R\$ 10,34	R\$ 0,10	-56%	-59%
					R\$ 25,12	R\$ 20,99	R\$ 23,74	R\$ 4,13		

Carbonato de Lítio 300mg	50 Comprimidos Revestidos	2006	1	4	R\$ 24,99	R\$ 18,19	R\$ 20,59	R\$ 6,80	-40%	-29%
Carbolitium 300mg					R\$ 35,19	R\$ 32,99	R\$ 34,06	R\$ 2,20		
Cefalexina 250mg/5ml	100ml Suspensão	2001	6	10	R\$ 32,99	R\$ 22,59	R\$ 26,36	R\$ 10,40	-70%	-63%
Keflex 250mg/5ml					R\$ 88,99	R\$ 83,99	R\$ 86,49	R\$ 5,00		
Ceftriaxona Sódica 1g	1 Ampola	2000	1	1	R\$ 19,69	R\$ 16,99	R\$ 18,72	R\$ 2,70	-89%	-89%
Rocefin 1g					R\$ 177,25	R\$ 177,25	R\$ 177,25	R\$ -		
Cetoconazol 20mg/g	30g Creme	2001	8	19	R\$ 24,97	R\$ 7,29	R\$ 13,39	R\$ 17,68	-63%	-38%
Nizoral Tópico 20mg					R\$ 40,55	R\$ 31,25	R\$ 35,90	R\$ 9,30		
Ciclopirox Olamina 10mg/g	20g Creme Dermatológico	2003	3	4	R\$ 25,57	R\$ 7,10	R\$ 16,27	R\$ 18,47	-62%	-45%
Loprox 10mg/g					R\$ 46,42	R\$ 38,99	R\$ 42,71	R\$ 7,43		
Cilostazol 100mg	30 Comprimidos				R\$ 40,95	R\$ 22,89	R\$ 28,00	R\$ 18,06	-40%	-12%
Cebralat 100mg					R\$ 46,70	R\$ 45,99	R\$ 46,39	R\$ 0,71		
Cilostazol 100mg	60 Comprimidos	2015	2	3	R\$ 61,72	R\$ 26,83	R\$ 38,51	R\$ 34,89	-33%	-9%
Cebralat 100mg					R\$ 67,64	R\$ 51,10	R\$ 57,34	R\$ 16,54		
Cilostazol 50mg	30 Comprimidos				R\$ 26,54	R\$ 11,61	R\$ 16,36	R\$ 14,93	-27%	13%
Cebralat 50mg					R\$ 23,49	R\$ 21,20	R\$ 22,54	R\$ 2,29		
Cilostazol 50mg	60 Comprimidos				R\$ 32,04	R\$ 13,96	R\$ 19,75	R\$ 18,08	-33%	3%
Cebralat 50mg					R\$ 31,20	R\$ 27,99	R\$ 29,42	R\$ 3,21		
Clonazepam 0,5mg	30 Comprimidos	2005	6	18	R\$ 5,75	R\$ 5,69	R\$ 5,72	R\$ 0,06	-52%	-52%

Rivotril 0,5mg					R\$ 12,09	R\$ 11,89	R\$ 11,97	R\$ 0,20		
Clonazepam 2mg	30 Comprimidos				R\$ 11,19	R\$ 8,19	R\$ 10,20	R\$ 3,00	-50%	-47%
Rivotril 2mg					R\$ 20,99	R\$ 19,99	R\$ 20,59	R\$ 1,00		
Clonazepam 2,5mg/ml	20ml Solução Oral				R\$ 8,35	R\$ 7,99	R\$ 8,14	R\$ 0,36	-57%	-56%
Rivotril 2,5mg/ml					R\$ 18,99	R\$ 18,59	R\$ 18,79	R\$ 0,40		
Cloridrato de Clindamicina 300mg	16 Cápsulas	2005	3	3	R\$ 45,79	R\$ 32,39	R\$ 40,31	R\$ 13,40	-64%	-61%
Dalacin C 300mg					R\$ 117,99	R\$ 107,99	R\$ 112,16	R\$ 10,00		
Cloridrato de Clomipramina 25mg	20 Comprimidos Revestidos	2004	1	4	R\$ 16,49	R\$ 16,49	R\$ 16,49	R\$ -	-53%	-53%
Anafranil 25mg					R\$ 34,99	R\$ 34,99	R\$ 34,99	R\$ -		
Cloridrato de Duloxetina 30mg	30 Cápsulas Duras de Liberação Retardada	2013	5	8	R\$ 66,59	R\$ 55,99	R\$ 63,06	R\$ 10,60	-13%	-10%
Cymbalta 30mg					R\$ 74,15	R\$ 70,99	R\$ 72,38	R\$ 3,16		
Cloridrato de Duloxetina 60mg	30 Cápsulas Duras de Liberação Retardada				R\$ 269,20	R\$ 96,99	R\$ 136,95	R\$ 172,21	0%	94%
Cymbalta 60mg					R\$ 138,99	R\$ 135,15	R\$ 137,04	R\$ 3,84		
Cloridrato de Fexofenadina 60mg	10 Comprimidos Revestidos				R\$ 18,03	R\$ 13,99	R\$ 16,01	R\$ 4,04	-38%	-43%
Allegra 60mg					R\$ 31,36	R\$ 23,70	R\$ 25,95	R\$ 7,66		
Cloridrato de Fexofenadina 120mg	10 Comprimidos Revestidos	2003	4	5	R\$ 35,99	R\$ 13,93	R\$ 22,86	R\$ 22,06	-53%	-42%
Allegra 120mg					R\$ 61,75	R\$ 44,90	R\$ 49,09	R\$ 16,85		
Cloridrato de Fexofenadina 180mg	10 Comprimidos Revestidos				R\$ 45,88	R\$ 25,93	R\$ 33,62	R\$ 19,95	-59%	-51%
Allegra 180mg					R\$ 94,29	R\$ 71,20	R\$ 82,24	R\$ 23,09		

Cloridrato de Fluoxetina 20mg	30 Cápsulas Dura	2000	10	27	R\$ 23,99	R\$ 17,99	R\$ 20,66	R\$ 6,00	-80%	-78%
Prozac 20mg					R\$ 106,75	R\$ 101,99	R\$ 104,24	R\$ 4,76		
Cloridrato de Nortriptilina 25mg	30 Cápsulas				R\$ 17,29	R\$ 14,77	R\$ 16,75	R\$ 2,52	-54%	-54%
Pamelor 25mg					R\$ 37,75	R\$ 34,99	R\$ 36,37	R\$ 2,76		
Cloridrato de Nortriptilina 50mg	30 Cápsulas	2004	3	5	R\$ 26,99	R\$ 18,99	R\$ 23,77	R\$ 8,00	-57%	-54%
Pamelor 50mg					R\$ 58,74	R\$ 50,99	R\$ 54,87	R\$ 7,75		
Cloridrato de Nortriptilina 75mg	30 Cápsulas				R\$ 37,99	R\$ 30,79	R\$ 32,51	R\$ 7,20	-58%	-57%
Pamelor 75mg					R\$ 88,49	R\$ 71,49	R\$ 77,74	R\$ 17,00		
Cloridrato de Sertralina 100mg	30 Comprimidos Revestidos				R\$ 82,49	R\$ 39,90	R\$ 70,36	R\$ 42,59	-61%	-54%
Zoloft 100mg					R\$ 179,99	R\$ 177,99	R\$ 178,99	R\$ 2,00		
Cloridrato de Sertralina 100mg	14 Comprimidos Revestidos	2001	9	24	R\$ 51,79	R\$ 51,79	R\$ 51,79	R\$ -	-43%	-43%
Zoloft 100mg					R\$ 90,99	R\$ 90,99	R\$ 90,99	R\$ -		
Cloridrato de Sertralina 50mg	30 Comprimidos Revestidos				R\$ 47,99	R\$ 10,99	R\$ 29,35	R\$ 37,00	-65%	-44%
Zoloft 50mg					R\$ 84,99	R\$ 83,80	R\$ 84,26	R\$ 1,19		
Cloridrato de Trazodona 100mg	30 Comprimidos Revestidos	2015	2	5	R\$ 31,39	R\$ 31,39	R\$ 31,39	R\$ -	-58%	-58%
Donaren 100mg					R\$ 74,99	R\$ 72,99	R\$ 73,99	R\$ 2,00		
Cloridrato de Trazodona 50mg	60 Comprimidos Revestidos				R\$ 31,59	R\$ 31,39	R\$ 31,44	R\$ 0,20	-46%	-48%
Donaren 50mg					R\$ 60,59	R\$ 51,99	R\$ 57,72	R\$ 8,60		
Cloridrato de Venlafaxina 150mg		2006	7	10	R\$ 116,99	R\$ 99,99	R\$ 110,99	R\$ 17,00	-74%	-73%

Efexor XR 150mg	30 Cápsulas de Liberação Prolongada				R\$ 427,99	R\$ 413,99	R\$ 420,99	R\$ 14,00		
Cloridrato de Venlafaxina 37,5mg	30 Cápsulas Duras de Liberação Prolongada				R\$ 58,19	R\$ 33,79	R\$ 40,25	R\$ 24,40	-65%	-49%
Efexor XR 37,5mg					R\$ 114,99	R\$ 113,99	R\$ 114,49	R\$ 1,00		
Cloridrato de Venlafaxina 75mg	30 Cápsulas Duras de Liberação Prolongada				R\$ 137,23	R\$ 43,59	R\$ 70,43	R\$ 93,64	-77%	-55%
Efexor XR 75mg					R\$ 301,99	R\$ 299,99	R\$ 300,99	R\$ 2,00		
Desloratadina 5mg	10 Comprimidos Revestidos				R\$ 39,49	R\$ 15,75	R\$ 24,12	R\$ 23,74	-52%	-32%
Desalex 5mg					R\$ 57,90	R\$ 43,75	R\$ 50,40	R\$ 14,15		
Desloratadina 0,5mg/ml	100ml Xarope	2009	10	11	R\$ 49,03	R\$ 21,99	R\$ 34,42	R\$ 27,04	-37%	-20%
Desalex 0,5mg/ml					R\$ 60,99	R\$ 50,05	R\$ 54,86	R\$ 10,94		
Desloratadina 5mg	30 Comprimidos Revestidos				R\$ 85,03	R\$ 35,98	R\$ 57,11	R\$ 49,05	-19%	16%
Desalex 5mg					R\$ 73,49	R\$ 67,90	R\$ 70,88	R\$ 5,59		
Desloratadina 0,5mg/ml	60ml Xarope				R\$ 30,16	R\$ 10,95	R\$ 21,45	R\$ 19,21	-44%	-26%
Desalex 0,5mg/ml					R\$ 40,78	R\$ 35,00	R\$ 37,98	R\$ 5,78		
Desogestrel 0,075mg	28 Comprimidos Revestidos	2012	3	5	R\$ 27,92	R\$ 12,59	R\$ 15,61	R\$ 15,33	-56%	-28%
Cerazette 75mcg					R\$ 38,99	R\$ 33,19	R\$ 35,32	R\$ 5,80		
Desogestrel 0,075mg	84 Comprimidos Revestidos				R\$ 68,48	R\$ 27,19	R\$ 38,49	R\$ 41,29	-53%	-27%
Cerazette 75mcg					R\$ 93,99	R\$ 78,23	R\$ 82,74	R\$ 15,76		
Dicloridrato de Cetirizina 10mg	12 Comprimidos Revestidos	2002	3	3	R\$ 34,79	R\$ 14,13	R\$ 21,90	R\$ 20,66	-57%	-44%

Zyrtec 10mg					R\$ 61,69	R\$ 46,60	R\$ 51,41	R\$ 15,09		
Dicloridrato de Cetirizina 1mg/ml	120ml Solução Oral				R\$ 33,15	R\$ 15,99	R\$ 21,70	R\$ 17,16	-53%	-39%
Zyrtec 1mg/ml					R\$ 53,96	R\$ 42,90	R\$ 46,45	R\$ 11,06		
Dicloridrato de Levocetirizina 5mg	10 Comprimidos Revestidos	2008	2	4	R\$ 28,99	R\$ 16,58	R\$ 21,86	R\$ 12,41	-50%	-39%
Zyxem 5mg					R\$ 47,75	R\$ 40,68	R\$ 43,77	R\$ 7,07		
Divalproato de Sódio 250mg	30 Comprimidos Revestidos				R\$ 31,99	R\$ 18,90	R\$ 25,47	R\$ 13,09	-49%	-40%
Depakote 250mg					R\$ 53,10	R\$ 46,19	R\$ 49,77	R\$ 6,91		
Divalproato de Sódio 500mg	30 Comprimidos Revestidos	2010	2	8	R\$ 62,99	R\$ 35,59	R\$ 44,72	R\$ 27,40	-47%	-25%
Depakote 500mg					R\$ 84,49	R\$ 83,49	R\$ 83,99	R\$ 1,00		
Divalproato de Sódio 125 mg	30 Cápsulas				R\$ 19,99	R\$ 19,99	R\$ 19,99	R\$ -	-28%	-28%
Depakote Sprinkle 125mg					R\$ 27,79	R\$ 27,49	R\$ 27,64	R\$ 0,30		
Enantato de Norestisterona 50mg + Valerato de Estradiol 5mg	1 Ampola Injetável 1ml	2005	2	2	R\$ 19,99	R\$ 10,20	R\$ 14,53	R\$ 9,79	-51%	-41%
Mesigyna 50mg + 5mg					R\$ 33,80	R\$ 27,09	R\$ 29,36	R\$ 6,71		
Fenobarbital 40mg	20ml Solução Oral	2004	1	4	R\$ 3,75	R\$ 3,73	R\$ 3,74	R\$ 0,02	-55%	-55%
Gardenal 40mg					R\$ 8,25	R\$ 8,19	R\$ 8,22	R\$ 0,06		
Gabapentina 300mg	30 Cápsulas Gelatinosas Duras	2001	5	14	R\$ 57,19	R\$ 26,99	R\$ 43,72	R\$ 30,20	-69%	-60%
Neurontin 300mg					R\$ 142,99	R\$ 142,99	R\$ 142,99	R\$ -		
Gabapentina 400mg	30 Cápsulas Gelatinosas Duras				R\$ 63,99	R\$ 29,99	R\$ 54,24	R\$ 34,00	-68%	-62%

Neurontin 400mg					R\$ 166,99	R\$ 166,99	R\$ 166,99	R\$ -		
Indapamida 1,5mg	30 Comprimidos Revestidos de Liberação Prolongada	2011	7	9	R\$ 22,50	R\$ 9,99	R\$ 14,80	R\$ 12,51	-55%	-37%
Natrilix SR 1,5mg					R\$ 35,49	R\$ 30,99	R\$ 32,70	R\$ 4,50		
Lamotrigina 50mg	30 Comprimidos				R\$ 37,39	R\$ 19,99	R\$ 29,78	R\$ 17,40	-74%	-72%
Lamictal 50mg					R\$ 134,49	R\$ 66,39	R\$ 114,72	R\$ 68,10		
Lamotrigina 25mg	30 Comprimidos	2004	5	12	R\$ 23,09	R\$ 23,09	R\$ 23,09	R\$ -	-71%	-71%
Lamictal 25mg					R\$ 79,99	R\$ 78,49	R\$ 79,24	R\$ 1,50		
Lamotrigina 100mg	30 Comprimidos				R\$ 65,75	R\$ 34,19	R\$ 44,86	R\$ 31,56	-81%	-72%
Lamictal 100mg					R\$ 238,99	R\$ 224,99	R\$ 233,32	R\$ 14,00		
Loratadina 1mg/MI	100ml Xarope	2001	8	14	R\$ 27,68	R\$ 9,06	R\$ 17,50	R\$ 18,62	-58%	-40%
Claritin 1mg/ml					R\$ 46,11	R\$ 35,99	R\$ 41,27	R\$ 10,12		
Loratadina 10mg	12 Comprimidos				R\$ 34,53	R\$ 7,99	R\$ 22,90	R\$ 26,54	-51%	-34%
Claritin 10mg					R\$ 52,36	R\$ 39,55	R\$ 46,29	R\$ 12,81		
Maleato de Dexclorfeniramina 0,4mg/ml	120ml Solução Oral				R\$ 13,95	R\$ 9,05	R\$ 11,25	R\$ 4,90	-50%	-42%
Polaramine 0,4mg/ml					R\$ 24,03	R\$ 19,98	R\$ 22,71	R\$ 4,05		
Maleato de Dexclorfeniramina 2mg	20 Comprimidos	2000	6	12	R\$ 10,98	R\$ 4,09	R\$ 7,79	R\$ 6,89	-57%	-43%
Polaramine 2mg					R\$ 19,17	R\$ 15,99	R\$ 17,91	R\$ 3,18		
Maleato de Dexclorfeniramina 10mg	30g Creme Dermatológico				R\$ 11,48	R\$ 6,55	R\$ 9,71	R\$ 4,93	-41%	-35%
Polaramine 10mg					R\$ 17,65	R\$ 14,49	R\$ 16,32	R\$ 3,16		



Maleato de Dexclorfeniramina 0,4mg + Betametasona 0,05mg	120ml Xarope	2001	8	17	R\$ 29,99	R\$ 5,80	R\$ 15,29	R\$ 24,19	-63%	-35%
Celestamine					R\$ 45,99	R\$ 37,90	R\$ 41,39	R\$ 8,09		
Metronidazol 250mg	20 Comprimidos	2000	4	15	R\$ 9,84	R\$ 6,13	R\$ 8,11	R\$ 3,71	-56%	-50%
Flagyl 250mg					R\$ 19,59	R\$ 16,99	R\$ 18,29	R\$ 2,60		
Metronidazol 100mg/g	50g Geléia Vaginal				R\$ 18,02	R\$ 18,02	R\$ 18,02	R\$ -	-55%	-55%
Flagyl 100mg/g					R\$ 40,39	R\$ 39,39	R\$ 39,89	R\$ 1,00		
Mirtazapina 15mg	30 Comprimidos Orodispersíveis	2003	2	13	R\$ 60,99	R\$ 60,99	R\$ 60,99	R\$ -	-32%	-32%
Remeron Soltab 15mg					R\$ 89,49	R\$ 89,49	R\$ 89,49	R\$ -		
Mirtazapina 30mg	30 Comprimidos Orodispersíveis				R\$ 156,40	R\$ 78,99	R\$ 108,59	R\$ 77,41	-39%	-12%
Remeron Soltab 30mg					R\$ 176,99	R\$ 176,99	R\$ 176,99	R\$ -		
Mirtazapina 45mg	30 Comprimidos Orodispersíveis				R\$ 170,99	R\$ 170,99	R\$ 170,99	R\$ -	-3%	-3%
Remeron Soltab 45mg					R\$ 176,99	R\$ 176,99	R\$ 176,99	R\$ -		
Nistatina 100.000UI/g + Óxido de Zinco 200mg/g	60g Pomada	2003	5	13	R\$ 39,85	R\$ 9,70	R\$ 17,05	R\$ 30,15	-64%	-17%
Dermodex					R\$ 47,75	R\$ 47,75	R\$ 47,75	R\$ -		
Nitrato de Fenticonazol 0,02g/g	40g Creme Vaginal	2010	2	3	R\$ 37,52	R\$ 17,98	R\$ 27,22	R\$ 19,54	-9%	12%
Fentizol 0,02g/g					R\$ 33,48	R\$ 25,30	R\$ 29,95	R\$ 8,18		
Olanzapina 10mg	30 Comprimidos Revestidos	2010	4	22	R\$ 463,10	R\$ 146,99	R\$ 323,36	R\$ 316,11	-72%	-60%
Zyprexa 10mg					R\$ 1.158,99	R\$ 1.139,99	R\$ 1.149,49	R\$ 19,00		

Olanzapina 2,5mg	30 Comprimidos Revestidos				R\$ 198,93	R\$ 23,45	R\$ 88,11	R\$ 175,48	-77%	-49%
Zyprexa 2,5mg					R\$ 391,99	R\$ 385,99	R\$ 388,99	R\$ 6,00		
Olanzapina 5mg	30 Comprimidos Revestidos				R\$ 179,99	R\$ 93,99	R\$ 122,66	R\$ 86,00	-79%	-69%
Zyprexa 5mg					R\$ 579,99	R\$ 569,99	R\$ 574,99	R\$ 10,00		
Oxalato de Escitalopram 10mg	30 Comprimidos Revestidos	2009	8	17	R\$ 51,19	R\$ 14,99	R\$ 39,02	R\$ 36,20	-77%	-72%
Lexapro 10mg					R\$ 182,95	R\$ 142,90	R\$ 169,60	R\$ 40,05		
Oxalato de Escitalopram 15mg	30 Comprimidos Revestidos				R\$ 79,49	R\$ 34,99	R\$ 67,19	R\$ 44,50	-60%	-54%
Lexapro 15mg					R\$ 170,99	R\$ 166,50	R\$ 168,49	R\$ 4,49		
Oxalato de Escitalopram 20mg	30 Comprimidos Revestidos	2009	8	17	R\$ 140,49	R\$ 26,99	R\$ 87,29	R\$ 113,50	-65%	-45%
Lexapro 20mg					R\$ 253,99	R\$ 249,90	R\$ 251,63	R\$ 4,09		
Oxalato de Escitalopram 10mg	60 Comprimidos				R\$ 84,99	R\$ 43,99	R\$ 64,49	R\$ 41,00	-63%	-51%
Lexapro 10mg					R\$ 174,99	R\$ 174,99	R\$ 174,99	R\$ -		
Oxalato de Escitalopram 20mg/ml	15ml Solução Oral				R\$ 48,39	R\$ 48,39	R\$ 48,39	R\$ -	-82%	-82%
Lexapro 20mg/ml					R\$ 272,99	R\$ 261,99	R\$ 267,49	R\$ 11,00		
Oxcarbazepina 300mg	60 Comprimidos Revestidos	2005	3	5	R\$ 47,99	R\$ 47,79	R\$ 47,89	R\$ 0,20	-68%	-70%
Trileptal 300mg					R\$ 161,99	R\$ 129,99	R\$ 150,32	R\$ 32,00		
Oxcarbazepina 600mg	60 Comprimidos Revestidos				R\$ 82,99	R\$ 82,49	R\$ 82,74	R\$ 0,50	-71%	-73%
Trileptal 600mg					R\$ 307,99	R\$ 246,99	R\$ 286,99	R\$ 61,00		
Pregabalina 75mg	28 Cápsulas Duras	2012	4	8	R\$ 51,19	R\$ 50,99	R\$ 51,09	R\$ 0,20	-73%	-78%

Lyrice 75mg					R\$ 227,70	R\$ 148,47	R\$ 188,09	R\$ 79,23		
Sulfadiazina de Prata 10mg/g Dermazine 10mg/g	30g Creme	2007	2	2	R\$ 16,46	R\$ 10,99	R\$ 14,39	R\$ 5,47	-51%	-50%
Sulfadiazina de Prata 10mg/g Dermazine 10mg/g	50g Creme				R\$ 32,99	R\$ 26,39	R\$ 29,31	R\$ 6,60		
Sulfato de Neomicina 5mg/g + Bacitracina 250ui/g Nebacetin	15g Pomada	2001	5	6	R\$ 8,98	R\$ 4,05	R\$ 6,92	R\$ 4,93	-50%	-47%
Sulfato de Neomicina 5mg/g + Bacitracina 250ui/g Nebacetin	50g Pomada				R\$ 17,09	R\$ 12,49	R\$ 13,89	R\$ 4,60		
Topiramato 50mg Topamax 50mg	60 Comprimidos Revestidos	2006	5	11	R\$ 106,49	R\$ 62,99	R\$ 91,82	R\$ 43,50	-59%	-53%
Topiramato 25mg Topamax 25mg	60 Comprimidos Revestidos				R\$ 225,99	R\$ 225,99	R\$ 225,99	R\$ -		
Topiramato 100mg Topamax 100mg	60 Comprimidos Revestidos				R\$ 59,59	R\$ 19,95	R\$ 47,25	R\$ 39,64	-68%	-64%
Topiramato 100mg Topamax 100mg	60 Comprimidos Revestidos				R\$ 164,99	R\$ 138,99	R\$ 148,32	R\$ 26,00		
Topiramato 100mg Topamax 100mg	60 Comprimidos Revestidos	R\$ 306,68	R\$ 62,99	R\$ 186,58	R\$ 243,69	-56%	-27%			
Topiramato 100mg Topamax 100mg	60 Comprimidos Revestidos	R\$ 422,99	R\$ 422,99	R\$ 422,99	R\$ -					

Fonte: Elaboração própria com base nos dados coletados.

**APÊNDICE C – MEDICAMENTOS EM MERCADOS RELEVANTES “MODERADAMENTE CONCENTRADOS”**

**Quadro C – Dados dos medicamentos classificados como “moderadamente concentrados” (n=46)**

Medicamento (Genérico/Referência)	Forma Farmacêutica (quantidade)	Ano de entrada do primeiro genérico	Disponibilidade nas Farmácias (por empresa)	Registros na Anvisa (por empresa)	Maior preço	Menor preço	Preço Médio	Diferença Maior e Menor preço	Diferença entre Preço Médio (G) e (R)	Diferença entre Maior preço (G) e (R)
Aciclovir 200mg	25 Comprimidos	2000	15	25	R\$ 84,88	R\$ 17,99	R\$ 45,04	R\$ 66,89	-82%	-69%
Zovirax 200mg					R\$ 273,10	R\$ 233,99	R\$ 251,13	R\$ 39,11		
Aciclovir 50mg/g	10g Creme Dermatológico				R\$ 18,94	R\$ 7,99	R\$ 13,29	R\$ 10,95	-69%	-62%
Zovirax 50mg					R\$ 50,03	R\$ 37,80	R\$ 42,68	R\$ 12,23		
Alopurinol 100mg	30 Comprimidos	2001	4	4	R\$ 10,49	R\$ 4,39	R\$ 6,43	R\$ 6,10	-55%	-34%
Zyloric 100mg					R\$ 15,99	R\$ 12,45	R\$ 14,29	R\$ 3,54		
Alopurinol 300mg	30 Comprimidos				R\$ 29,04	R\$ 11,99	R\$ 16,23	R\$ 17,05	-60%	-38%
Zyloric 300mg					R\$ 46,90	R\$ 36,75	R\$ 40,37	R\$ 10,15		
Bimatoprost 0,3mg/ml	3ml Solução Oftálmica	2009	4	6	R\$ 70,40	R\$ 37,20	R\$ 52,46	R\$ 33,20	-55%	-45%
Lumigan 0,3mg/ml					R\$ 127,15	R\$ 108,49	R\$ 116,88	R\$ 18,66		
Bimatoprost 0,3mg/ml	5ml Solução oftálmica				R\$ 105,60	R\$ 56,99	R\$ 82,69	R\$ 48,61	-52%	-43%
Lumigan 0,3mg/ml					R\$ 184,99	R\$ 163,99	R\$ 171,99	R\$ 21,00		
Cloridrato de Dorzolamida 2% + Maleato de Timolol 0,5%	5ml Solução Oftálmica	2009	3	6	R\$ 65,65	R\$ 23,49	R\$ 46,82	R\$ 42,16	-61%	-51%

Cosopt 2%/0,5%					R\$ 134,36	R\$ 98,55	R\$ 120,96	R\$ 35,81		
Cloridrato de Naratriptana 2,5mg	4 Comprimidos Revestidos	2010	3	4	R\$ 11,71	R\$ 6,15	R\$ 8,96	R\$ 5,56	-44%	-27%
Naramig 2,5mg					R\$ 15,99	R\$ 15,99	R\$ 15,99	R\$ -		
Cloridrato de Tramadol 50mg	10 Cápsulas	2001	8	14	R\$ 27,48	R\$ 11,86	R\$ 18,36	R\$ 15,62	-63%	-46%
Tramal 50mg					R\$ 51,19	R\$ 47,99	R\$ 49,79	R\$ 3,20		
Colchicina 0,5mg	20 Comprimidos	2013	2	2	R\$ 18,01	R\$ 11,86	R\$ 14,78	R\$ 6,15	-37%	-48%
Colchis 0,5mg					R\$ 34,60	R\$ 18,87	R\$ 23,28	R\$ 15,73		
Colchicina 0,5mg	30 Comprimidos				R\$ 28,76	R\$ 12,98	R\$ 18,96	R\$ 15,78	-41%	-45%
Colchis 0,5mg					R\$ 51,91	R\$ 27,70	R\$ 31,89	R\$ 24,21		
Dicloridrato de Pramipexol 1mg	30 Comprimidos	2012	3	10	R\$ 98,99	R\$ 53,99	R\$ 85,11	R\$ 45,00	-72%	-71%
Sifrol 1mg					R\$ 345,17	R\$ 269,99	R\$ 307,58	R\$ 75,18		
Furosemida 40mg	20 Comprimidos	2000	3	13	R\$ 6,99	R\$ 3,79	R\$ 4,66	R\$ 3,20	-68%	-55%
Lasix 40mg					R\$ 15,48	R\$ 13,58	R\$ 14,45	R\$ 1,90		
Latanoprost 50mcg/ml	2,5ml Solução Oftálmica	2009	2	6	R\$ 99,65	R\$ 45,19	R\$ 61,07	R\$ 54,46	-60%	-43%
Xalatan 50mcg/ml					R\$ 176,20	R\$ 133,05	R\$ 151,84	R\$ 43,15		
Latanoprost 50mcg + Maleato de Timolol 5mg	2,5ml Solução Oftálmica	2009	2	5	R\$ 119,88	R\$ 34,99	R\$ 84,72	R\$ 84,89	-50%	-38%
Xalacom					R\$ 194,04	R\$ 145,85	R\$ 168,52	R\$ 48,19		
Maleato de Timolol 0,5%	5ml Solução Oftálmica	2000	4	8	R\$ 9,85	R\$ 3,19	R\$ 5,36	R\$ 6,66	-62%	-41%

Timoptol 0,5%					R\$ 16,74	R\$ 12,56	R\$ 14,03	R\$ 4,18		
Paracetamol 500mg + Fosfato de Codeína 30mg	12 Comprimidos				R\$ 13,99	R\$ 11,09	R\$ 12,82	R\$ 2,90	-55%	-58%
Tylex 30mg				R\$ 33,25	R\$ 23,78	R\$ 28,67	R\$ 9,47			
Paracetamol 500mg + Fosfato de Codeína 30mg	24 Comprimidos	2008	4	7	R\$ 30,99	R\$ 20,49	R\$ 23,40	R\$ 10,50	-60%	-47%
Tylex 30mg				R\$ 58,99	R\$ 58,99	R\$ 58,99	R\$ -			
Paracetamol 500mg + Fosfato de Codeína 30mg	36 Comprimidos				R\$ 36,59	R\$ 30,99	R\$ 32,96	R\$ 5,60	-60%	-55%
Tylex 30mg				R\$ 81,99	R\$ 81,99	R\$ 81,99	R\$ -			
Succinato de Sumatriptana 50mg	2 Comprimidos Revestidos	2005	1	2	R\$ 14,95	R\$ 14,95	R\$ 14,95	R\$ -	-50%	-55%
Imigran 50 mg					R\$ 32,90	R\$ 27,59	R\$ 29,80	R\$ 5,31		
Succinato de Sumatriptana 100mg	2 Comprimidos Revestidos				R\$ 28,71	R\$ 25,00	R\$ 26,86	R\$ 3,71	-57%	-59%
Imigran 100mg				R\$ 69,97	R\$ 58,39	R\$ 62,72	R\$ 11,58			
Tartarato de Brimonidina 2 mg/ml	5ml Solução Oftálmica	2002	3	6	R\$ 46,99	R\$ 15,98	R\$ 26,18	R\$ 31,01	-65%	-40%
Alphagan 2 mg/ml					R\$ 77,99	R\$ 72,45	R\$ 75,68	R\$ 5,54		
Tartarato de Brimonidina 1,5mg/ml	5ml Solução Oftálmica				R\$ 23,09	R\$ 22,99	R\$ 23,04	R\$ 0,10	-70%	-75%
Alphagan P 1,5mg/ml				R\$ 91,95	R\$ 72,45	R\$ 77,23	R\$ 19,50			

Fonte: Elaboração própria com base nos dados coletados.

**APÊNDICE D – MEDICAMENTOS EM MERCADOS RELEVANTES “FORTEMENTE CONCENTRADOS”**

**Quadro D – Dados dos medicamentos classificados como “fortemente concentrados” (n=44)**

Medicamento (Genérico/Referência)	Forma Farmacêutica (quantidade)	Ano de entrada do primeiro genérico	Disponibilidade nas Farmácias (por empresa)	Registros na Anvisa (por empresa)	Maior preço	Menor preço	Preço Médio	Diferença Maior e Menor preço	Diferença entre Preço Médio (G) e (R)	Diferença entre Maior preço (G) e (R)
Cloridrato de Amilorida 2,5mg + Hidroclorotiazida 25mg Moduretic 25mg +2,5mg	30 Comprimidos	2004	1	3	R\$ 6,55	R\$ 6,55	R\$ 6,55	R\$ -	-37%	-37%
					R\$ 10,45	R\$ 10,45	R\$ 10,45	R\$ -		
Cloridrato de Amilorida 5mg + Hidroclorotiazida 50mg Moduretic 50/5mg	30 Comprimidos				R\$ 14,83	R\$ 8,59	R\$ 11,23	R\$ 6,24	-37%	-20%
					R\$ 18,49	R\$ 17,40	R\$ 17,95	R\$ 1,09		
Cloridrato de Propafenona 300mg Ritmonorm 300mg	30 Comprimidos Revestidos	2015	4	4	R\$ 59,05	R\$ 19,98	R\$ 34,16	R\$ 39,07	-64%	-45%
					R\$ 108,30	R\$ 81,45	R\$ 95,69	R\$ 26,85		
Cloridrato de Propafenona 300mg Ritmonorm 300mg	60 Comprimidos Revestidos				R\$ 105,08	R\$ 34,49	R\$ 66,15	R\$ 70,59	-65%	-51%
					R\$ 216,64	R\$ 162,85	R\$ 189,34	R\$ 53,79		
Cloridrato de Tansulosina 0,4mg Secotex 0,4mg	30 Comprimidos	2012	4	8	R\$ 66,90	R\$ 41,27	R\$ 54,51	R\$ 25,63	-56%	-50%
					R\$ 133,00	R\$ 114,99	R\$ 124,00	R\$ 18,01		
Cloridrato de Valaciclovir 500mg Valtrex 500mg	10 Comprimidos Revestidos	2013	1	1	R\$ 80,30	R\$ 47,39	R\$ 58,38	R\$ 32,91	-61%	-50%
					R\$ 161,10	R\$ 141,99	R\$ 151,55	R\$ 19,11		
Cloridrato de Valaciclovir 500mg Valtrex 500mg	42 Comprimidos Revestidos				R\$ 281,10	R\$ 281,10	R\$ 281,10	R\$ -	-46%	-46%
					R\$ 515,99	R\$ 515,99	R\$ 515,99	R\$ -		

Diazepam 10mg	30 Comprimidos	2001	2	8	R\$	R\$	R\$	R\$	-48%	-34%
Valium 10mg					15,09	9,65	11,37	5,44		
Diazepam 5mg	30 Comprimidos				R\$	R\$	R\$	R\$	-46%	-32%
Valium 5mg					10,99	7,09	8,39	3,90		
Hemitartarato de Zolpidem 10mg	20 Comprimidos Revestidos	2003	5	10	R\$	R\$	R\$	R\$	-53%	-34%
Stilnox 10mg					41,99	23,99	29,25	18,00		
Levotiroxina Sódica 100mcg	30 Comprimidos	2017	1	1	R\$	R\$	R\$	R\$	-51%	-40%
Puran T4 100mcg					7,48	3,80	5,03	3,68		
Levotiroxina Sódica 112mcg	30 Comprimidos				R\$	R\$	R\$	R\$	-50%	-23%
Puran T4 112mcg					12,57	9,39	10,29	3,18		
Levotiroxina Sódica 125mcg	30 Comprimidos				R\$	R\$	R\$	R\$	-51%	-23%
Puran T4 125mcg					15,49	6,00	9,74	9,49		
Levotiroxina Sódica 150mcg	30 Comprimidos				R\$	R\$	R\$	R\$	-51%	-31%
Puran T4 150mcg					11,49	5,00	7,36	6,49		
Levotiroxina Sódica 175mcg	30 Comprimidos				R\$	R\$	R\$	R\$	-51%	-24%
Puran T4 175mcg					14,99	14,99	14,99	R\$ -		
Levotiroxina Sódica 200mcg	30 Comprimidos				R\$	R\$	R\$	R\$	-57%	-35%
Puran T4 200mcg					12,48	5,35	7,82	7,13		
Levotiroxina Sódica 25mcg	30 Comprimidos	R\$	R\$	R\$	R\$	-53%	-40%			
		7,98	3,50	5,30	4,48					



Puran T4 25mcg					R\$ 13,31	R\$ 9,98	R\$ 11,23	R\$ 3,33		
Levotiroxina Sódica 50mcg	30 Comprimidos				R\$ 8,99	R\$ 4,00	R\$ 5,82	R\$ 4,99	-53%	-39%
Puran T4 50mcg					R\$ 14,74	R\$ 11,06	R\$ 12,52	R\$ 3,68		
Levotiroxina Sódica 75mcg	30 Comprimidos				R\$ 9,99	R\$ 4,50	R\$ 6,37	R\$ 5,49	-49%	-23%
Puran T4 75mcg					R\$ 12,99	R\$ 11,99	R\$ 12,53	R\$ 1,00		
Levotiroxina Sódica 88mcg	30 Comprimidos				R\$ 11,99	R\$ 5,00	R\$ 7,65	R\$ 6,99	-49%	-23%
Puran T4 88mcg					R\$ 15,49	R\$ 14,53	R\$ 15,03	R\$ 0,96		
Maleato de Midazolam 15mg	30 Comprimidos Revestidos	2008	1	1	R\$ 41,99	R\$ 36,59	R\$ 38,39	R\$ 5,40	-55%	-51%
Dormonid 15mg					R\$ 86,49	R\$ 84,99	R\$ 85,74	R\$ 1,50		
Nitrazepam 5mg	20 Comprimidos	2004	1	2	R\$ 6,85	R\$ 6,63	R\$ 6,78	R\$ 0,22	-32%	-31%
Sonebon 5mg					R\$ 9,99	R\$ 9,85	R\$ 9,92	R\$ 0,14		

Fonte: Elaboração própria com base nos dados coletados.

## **APÊNDICE E – PREÇO MÁXIMO AO CONSUMIDOR DETERMINADO PELA CMED**

Inicialmente, é preciso esclarecer alguns pontos desta análise: (i) foram considerados apenas os valores extremos de ICMS de 20% - denominado a partir daqui como PMC (20%), desconsiderando-se a variação que pode ocorrer por estado; (ii) para cada apresentação comercial do medicamento genérico, havia um PMC por empresa, que podia ser igual ou diferente entre elas; (iii) foi calculada a média dos PMCs correspondentes a cada apresentação do medicamento coletado *online*, por empresa, de modo a manter a comparabilidade entre os valores; e, (iv) para a comparação do maior preço, foi utilizado o PMC (20%) para a apresentação que possuía o maior preço praticado, mais uma vez buscando manter a comparabilidade entre os dados analisados. Sendo assim, no Quadro E abaixo constam os maiores preços praticados, os PMCs (20%) para o medicamento que possuía o maior preço, a diferença entre o maior preço praticado e seu PMC (20%), o preço médio calculado para a apresentação comercial dos preços praticados, o PMC (20%) médio calculado para a apresentação comercial com base nos dados coletados e a diferença entre os preços médios.

Para esta análise foram utilizados, tanto o preço médio praticado quanto o maior preço praticado, para que fosse possível analisar as variações que podem ser observadas no PMC devido a existência de mais de um PMC por apresentação comercial. Por exemplo, para algumas apresentações comerciais que constam no Quadro E abaixo, o maior preço praticado era superior ao PMC (20%) médio. Porém, este maior preço não era superior ao PMC (20%) concedido pela CMED para aquela apresentação comercial. Este foi o caso do “Cetoconazol 20mg/g”, que possuía maior preço praticado de R\$ 24,97, enquanto o PMC (20%) médio para esta apresentação comercial era de R\$ 21,84. Isso poderia sugerir que este medicamento estava infringindo a regulação. Mas, para o medicamento que possuía maior preço praticado (da empresa Medley), em particular, o PMC (20%) era de R\$ 27,77, mostrando que este medicamento não estava infringindo a regulação. O mesmo foi observado para: “Cloridrato de Venlafaxina 75mg” (Maior preço: R\$ 137,23, PMC (20%) médio: R\$ 130,05, PMC (20%): R\$ 238,60, EMS); “Loratadina 1mg/ml” (Maior preço: R\$ 27,68, PMC (20%) médio: R\$ 23,53, PMC (20%): R\$ 30,77, EMS); “Nistatina 100.000UI/g + Óxido de Zinco 200mg/g” (Maior preço: R\$ 39,85, PMC (20%) médio: R\$ 32,90, PMC (20%): R\$ 40,97, Eurofarma). Porém, alguns medicamentos de fato possuíam maiores preços praticados superiores ao PMC (20%) médio, e ao individual, o que foi o caso do “Cosopt 2%/0,5%”, para o qual foi encontrado maior preço praticado de R\$ 134,36, e que possuía PMC (20%) de R\$ 131,43, e o “Lyrica 75mg”,

com maior preço praticado de R\$ 227,70 e PMC (20%) de R\$ 152,19. Nestes dois casos, as empresas estavam de fato infringindo a regulação que determina o preço máximo que um medicamento pode praticar no mercado.

Os medicamentos que possuíam a maior diferença entre o maior preço praticado e o PMC (20%) do maior preço foram: “Oxalato de Escitalopram 10mg, 20mg, 10mg e 20mg/ml” (-73%, -62%, -78% e -75%), “Cymbalta 30mg e 60mg” (-70% e -72%) e “Prozac 20mg” (-61%). Ambos os medicamentos se encontravam em mercados relevantes considerados como “sem evidências de concentração”. Já os medicamentos que possuíam a maior diferença entre o preço médio praticado e o PMC (20%) médio foram: “Bissulfato de Clopidogrel 75mg” (-72%), “Cymbalta 30mg e 60mg” (-70% e -72%), “Cloridrato de Fluoxetina 20mg” (-65%), “Cloridrato de Sertralina 50mg” (-65%), “Olanzapina 2,5mg e 5mg” (-65% e -70%), Oxalato de Escitalopram 10mg, 15mg, 20mg, 10mg e 20mg/ml (-75%, -68%, -69%, -83% e -75%). Destes, apenas a Cymbalta é um medicamento de referência, todos os demais são genéricos. Além disso, todos eles se encontram em mercados relevantes considerados como “sem evidências de concentração”. Deste modo, pode-se afirmar que, para medicamentos em mercados relevantes “sem evidências de concentração”, há uma tendência a estes manterem seus preços mais distantes do PMC, e que genéricos tendem a praticar preços mais afastados do PMC que os medicamentos de referência.

Enquanto isso, os medicamentos que possuíam a menor diferença entre o maior preço praticado e o PMC (20%) do maior preço variam entre os graus de concentração dos seus respectivos mercados relevantes, e entre medicamentos genéricos e de referência, mas a maior parte é de medicamentos de referência. Dentre os que são classificados em mercados relevantes “sem evidências de concentração”, estão: “Carbonato de Lítio 300mg” (-2%); “Cebralat 100mg” (-2%); “Desogestrel 0,075mg” (-1%); “Flagyl 250mg” (-2%); “Maleato de Dexclorfeniramina 2mg e 10mg” (-2%); “Pamelor 75mg” (-2%); e, “Tegretol 400mg e 20mg/ml” (-2%). Dentre os que são classificados em mercados relevantes “moderadamente concentrados”, estão: “Sifrol 1mg” (-2%); “Timoptol 0,5%” (-2%); “Xalacom” (0%); e, “Xalatan 50mcg/ml” (-2%). Por fim, dentre os que são classificados em mercados relevantes “fortemente concentrados”, estão: “Puran T4 100mcg, 25mcg e 50mcg” (-2%) e “Ritmonorm 300mg” (-2%). Estes resultados são bem diferentes do que foi observado para a maior diferença entre o maior preço e o PMC (20%) do maior preço. Enquanto os medicamentos com maiores diferenças eram medicamentos que faziam parte apenas de mercados relevantes considerados

como “sem evidências de concentração”, os medicamentos com menores diferenças possuíam resultados bem mais dispersos entre os diversos graus de concentração.

Para os medicamentos que possuíam a menor diferença entre o preço médio praticado e o PMC (20%) médio houve uma variação menor entre os graus de concentração dos seus respectivos mercados relevantes, mas assim como para o maior preço, a maioria continuou sendo medicamento de referência. Dentre os que são classificados em mercados relevantes “sem evidências de concentração”, estão: “Zinnat 250mg” (-8%); “Tegretol 20mg/ml” (-8%); “Divalproato de Sódio 125 mg” (-7%); “Polaramine 0,4mg/ml e 2mg” (-8% e -9%); “Flagyl 250mg” (-9%); “Zyprexa 10mg, 2,5mg e 5mg” (-8%) e “Lexapro 20mg/ml” (-9%). Dentre os que são classificados em mercados relevantes “moderadamente concentrados”, estão: “Cosopt 2%/0,5%” (-8%) e “Tylex 30mg” (-9%). Aqui se observa uma maior quantidade de medicamentos em mercados relevantes considerados como “sem evidências de concentração”, apesar de também haver medicamentos em mercados relevantes considerados como “moderadamente concentrados”. Porém, diferente da análise para o maior preço, não há nenhum medicamento em mercado relevante considerado como “fortemente concentrado”.

Das 134 apresentações comerciais de medicamentos de referência, sete possuíam maiores preços pelo menos 50% mais baratos que o PMC (20%) do maior preço e oito possuíam preços médios pelo menos 50% mais baratos que o PMC (20%) médio. De modo que, a maior parte das apresentações de medicamentos de referência possuía preços praticados mais próximos aos seus PMCs. Porém, para as 134 apresentações comerciais de genéricos, o número de apresentações comerciais que possuíam maiores preços pelo menos 50% mais baratos que o PMC (20%) do maior preço sobe para 17 e as que possuíam preços médios pelo menos 50% mais baratos que o PMC (20%) médio sobe para 38. Estes números mostram que os preços praticados dos genéricos tendem a se distanciar muito mais do PMC do que os medicamentos de referência.

Além disso, das 134 apresentações comerciais de medicamentos de referência, 51 possuíam maiores preços praticados até 10% mais baratos que o PMC (20%) do maior preço e apenas 12 possuíam preços médios praticados até 10% mais baratos que o PMC (20%) médio. Para as 134 apresentações comerciais de genéricos, o número de apresentações comerciais que possuíam maiores preços praticados até 10% mais baratos que o PMC (20%) do maior preço é de 29 e apenas uma possuía preços médios praticados até 10% mais baratos que o PMC (20%) médio. Isso mostra que as apresentações comerciais de medicamentos de referência tendem a ter preços praticados mais próximos daquele que é determinado pela CMED.

**Quadro E – Preços Máximo ao Consumidor e preços praticados (n=268)**

Medicamento (Genérico/Referência)	Forma Farmacêutica (quantidade)	Maior preço	PMC (20%) do Maior preço	Diferença entre Maior preço e PMC (20%)	Preço Médio	PMC Médio (20%)	Diferença entre Preço Médio e PMC médio (20%)
Acetato de Ciproterona 2mg + Etinilestradiol 0,035mg Diane 35	21 Comprimidos Revestidos	R\$ 17,28	R\$ 19,69	-12%	R\$ 10,45	R\$ 19,69	-47%
		R\$ 27,29	R\$ 30,25	-10%	R\$ 24,01	R\$ 30,25	-21%
Acetato de Ciproterona 2mg + Etinilestradiol 0,035mg Diane 35	63 Comprimidos Revestidos	R\$ 34,73	R\$ 41,89	-17%	R\$ 22,49	R\$ 41,89	-46%
		R\$ 49,99	R\$ 64,48	-22%	R\$ 48,33	R\$ 64,48	-25%
Aciclovir 200mg Zovirax 200mg	25 Comprimidos	R\$ 84,88	R\$ 197,83	-57%	R\$ 45,04	R\$ 122,36	-63%
		R\$ 273,10	R\$ 304,34	-10%	R\$ 251,13	R\$ 304,34	-17%
Aciclovir 50mg/g Zovirax 50mg	10g Creme Dermatológico	R\$ 18,94	R\$ 25,97	-27%	R\$ 13,29	R\$ 26,34	-50%
		R\$ 50,03	R\$ 51,43	-3%	R\$ 42,68	R\$ 51,43	-17%
Alopurinol 100mg Zyloric 100mg	30 Comprimidos	R\$ 10,49	R\$ 10,81	-3%	R\$ 6,43	R\$ 10,79	-40%
		R\$ 15,99	R\$ 16,88	-5%	R\$ 14,29	R\$ 16,88	-15%
Alopurinol 300mg Zyloric 300mg	30 Comprimidos	R\$ 29,04	R\$ 32,35	-10%	R\$ 16,23	R\$ 31,20	-48%
		R\$ 46,90	R\$ 49,84	-6%	R\$ 40,37	R\$ 49,84	-19%
Axetilcefuroxima 250mg Zinnat 250mg	10 Comprimidos Revestidos	R\$ 41,39	R\$ 78,55	-47%	R\$ 41,09	R\$ 78,55	-48%
		R\$ 125,99	R\$ 135,20	-7%	R\$ 124,49	R\$ 135,20	-8%
Bimatoprost 0,3mg/ml Lumigan 0,3mg/ml	3ml Solução Oftálmica	R\$ 70,40	R\$ 95,55	-26%	R\$ 52,46	R\$ 95,55	-45%
		R\$ 127,15	R\$ 146,99	-13%	R\$ 116,88	R\$ 146,99	-20%
Bimatoprost 0,3mg/ml Lumigan 0,3mg/ml	5ml Solução oftálmica	R\$ 105,60	R\$ 143,33	-26%	R\$ 82,69	R\$ 143,33	-42%
		R\$ 184,99	R\$ 220,51	-16%	R\$ 171,99	R\$ 220,51	-22%
Bissulfato de Clopidogrel 75mg Plavix 75mg	28 Comprimidos Revestidos	R\$ 103,62	R\$ 141,62	-27%	R\$ 42,13	R\$ 149,56	-72%
		R\$ 252,45	R\$ 317,31	-20%	R\$ 223,40	R\$ 317,31	-30%
Carbamazepina 200mg Tegretol 200mg	20 Comprimidos	R\$ 6,35	R\$ 10,30	-38%	R\$ 6,35	R\$ 10,30	-38%
		R\$ 19,99	R\$ 23,72	-16%	R\$ 19,76	R\$ 23,72	-17%
Carbamazepina 400mg	20 Comprimidos	R\$ 16,29	R\$ 21,84	-25%	R\$ 15,49	R\$ 21,84	-29%

Tegretol 400mg		R\$ 46,04	R\$ 47,18	-2%	R\$ 41,52	R\$ 47,18	-12%
Carbamazepina 20mg/ml	100ml Solução Oral	R\$ 10,39	R\$ 16,69	-38%	R\$ 10,34	R\$ 16,69	-38%
Tegretol 20mg/ml		R\$ 25,12	R\$ 25,74	-2%	R\$ 23,74	R\$ 25,74	-8%
Carbonato de Lítio 300mg	50 Comprimidos Revestidos	R\$ 24,99	R\$ 25,45	-2%	R\$ 20,59	R\$ 25,45	-19%
Carbolitium 300mg		R\$ 35,19	R\$ 40,62	-13%	R\$ 34,06	R\$ 40,62	-16%
Cefalexina 250mg/5ml	100ml Suspensão	R\$ 32,99	R\$ 51,07	-35%	R\$ 26,36	R\$ 46,38	-43%
Keflex 250mg/5ml		R\$ 88,99	R\$ 107,03	-17%	R\$ 86,49	R\$ 107,03	-19%
Ceftriaxona Sódica 1g	1 Ampola	R\$ 19,69	-	-	R\$ 18,72	-	-
Rocefin 1g		R\$ 177,25	-	-	R\$ 177,25	-	-
Cetoconazol 20mg/g	30g Creme	R\$ 24,97	R\$ 27,77	-10%	R\$ 13,39	R\$ 21,84	-39%
Nizoral Tópico 20mg		R\$ 40,55	R\$ 42,54	-5%	R\$ 35,90	R\$ 42,54	-16%
Ciclopirox Olamina 10mg/g	20g Creme Dermatológico	R\$ 25,57	R\$ 30,92	-17%	R\$ 16,27	R\$ 29,94	-46%
Loprox 10mg/g		R\$ 46,42	R\$ 47,72	-3%	R\$ 42,71	R\$ 47,72	-11%
Cilostazol 100mg	30 Comprimidos	R\$ 40,95	R\$ 64,57	-37%	R\$ 28,00	R\$ 61,72	-55%
Cebralat 100mg		R\$ 46,70	R\$ 56,69	-18%	R\$ 46,39	R\$ 56,69	-18%
Cilostazol 100mg	60 Comprimidos	R\$ 61,72	R\$ 79,09	-22%	R\$ 38,51	R\$ 75,21	-49%
Cebralat 100mg		R\$ 67,64	R\$ 69,33	-2%	R\$ 57,34	R\$ 69,33	-17%
Cilostazol 50mg	30 Comprimidos	R\$ 26,54	R\$ 32,78	-19%	R\$ 16,36	R\$ 30,37	-46%
Cebralat 50mg		R\$ 23,49	R\$ 28,73	-18%	R\$ 22,54	R\$ 28,73	-22%
Cilostazol 50mg	60 Comprimidos	R\$ 32,04	R\$ 39,57	-19%	R\$ 19,75	R\$ 37,62	-47%
Cebralat 50mg		R\$ 31,20	R\$ 34,55	-10%	R\$ 29,42	R\$ 34,55	-15%
Clonazepam 0,5mg	30 Comprimidos	R\$ 5,75	R\$ 9,07	-37%	R\$ 5,72	R\$ 9,07	-37%
Rivotril 0,5mg		R\$ 12,09	R\$ 14,06	-14%	R\$ 11,97	R\$ 14,06	-15%
Clonazepam 2mg	30 Comprimidos	R\$ 11,19	R\$ 15,87	-29%	R\$ 10,20	R\$ 15,93	-36%
Rivotril 2mg		R\$ 20,99	R\$ 24,62	-15%	R\$ 20,59	R\$ 24,62	-16%
Clonazepam 2,5mg/ml	20ml Solução Oral	R\$ 8,35	R\$ 13,19	-37%	R\$ 8,14	R\$ 13,10	-38%
Rivotril 2,5mg/ml		R\$ 18,99	R\$ 22,17	-14%	R\$ 18,79	R\$ 22,17	-15%
Cloridrato de Amilorida 2,5mg + Hidroclorotiazida 25mg	30 Comprimidos	R\$ 6,55	R\$ 10,71	-39%	R\$ 6,55	R\$ 10,71	-39%
Moduretic 25mg +2,5mg		R\$ 10,45	R\$ 14,14	-26%	R\$ 10,45	R\$ 14,14	-26%
Cloridrato de Amilorida 5mg + Hidroclorotiazida 50mg	30 Comprimidos	R\$ 14,83	R\$ 17,89	-17%	R\$ 11,23	R\$ 17,89	-37%

Moduretic 50/5mg		R\$ 18,49	R\$ 23,60	-22%	R\$ 17,95	R\$ 23,60	-24%
Cloridrato de Clindamicina 300mg	16 Cápsulas	R\$ 45,79	R\$ 73,28	-38%	R\$ 40,31	R\$ 80,23	-50%
Dalacin C 300mg		R\$ 117,99	R\$ 133,45	-12%	R\$ 112,16	R\$ 133,45	-16%
Cloridrato de Clomipramina 25mg	20 Comprimidos Revestidos	R\$ 16,49	R\$ 28,11	-41%	R\$ 16,49	R\$ 28,11	-41%
Anafranil 25mg		R\$ 34,99	R\$ 43,30	-19%	R\$ 34,99	R\$ 43,30	-19%
Cloridrato de Dorzolamida 2% + Maleato de Timolol 0,5%	5ml Solução Oftálmica	R\$ 65,65	R\$ 89,13	-26%	R\$ 46,82	R\$ 86,85	-46%
Cosopt 2%/0,5%		R\$ 134,36	R\$ 131,43	2%	R\$ 120,96	R\$ 131,43	-8%
Cloridrato de Duloxetina 30mg	30 Cápsulas Duras de Liberação Retardada	R\$ 66,59	R\$ 158,64	-58%	R\$ 63,06	R\$ 158,65	-60%
Cymbalta 30mg		R\$ 74,15	R\$ 244,04	-70%	R\$ 72,38	R\$ 244,04	-70%
Cloridrato de Duloxetina 60mg	30 Cápsulas Duras de Liberação Retardada	R\$ 269,20	R\$ 317,28	-15%	R\$ 136,95	R\$ 317,28	-57%
Cymbalta 60mg		R\$ 138,99	R\$ 488,10	-72%	R\$ 137,04	R\$ 488,10	-72%
Cloridrato de Fexofenadina 60mg	10 Comprimidos Revestidos	R\$ 18,03	R\$ 20,94	-14%	R\$ 16,01	R\$ 20,94	-24%
Allegra 60mg		R\$ 31,36	R\$ 32,24	-3%	R\$ 25,95	R\$ 32,24	-20%
Cloridrato de Fexofenadina 120mg	10 Comprimidos Revestidos	R\$ 35,99	R\$ 41,20	-13%	R\$ 22,86	R\$ 41,21	-45%
Allegra 120mg		R\$ 61,75	R\$ 63,48	-3%	R\$ 49,09	R\$ 63,48	-23%
Cloridrato de Fexofenadina 180mg	10 Comprimidos Revestidos	R\$ 45,88	R\$ 62,88	-27%	R\$ 33,62	R\$ 61,86	-46%
Allegra 180mg		R\$ 94,29	R\$ 96,93	-3%	R\$ 82,24	R\$ 96,93	-15%
Cloridrato de Fluoxetina 20mg	30 Cápsulas Dura	R\$ 23,99	R\$ 57,23	-58%	R\$ 20,66	R\$ 59,07	-65%
Prozac 20mg		R\$ 106,75	R\$ 275,16	-61%	R\$ 104,24	R\$ 275,16	-62%
Cloridrato de Naratriptana 2,5mg	4 Comprimidos Revestidos	R\$ 11,71	R\$ 13,34	-12%	R\$ 8,96	R\$ 13,34	-33%
Naramig 2,5mg		R\$ 15,99	R\$ 20,50	-22%	R\$ 15,99	R\$ 20,50	-22%
Cloridrato de Nortriptilina 25mg	30 Cápsulas	R\$ 17,29	R\$ 29,85	-42%	R\$ 16,75	R\$ 29,96	-44%
Pamelor 25mg		R\$ 37,75	R\$ 46,05	-18%	R\$ 36,37	R\$ 46,05	-21%
Cloridrato de Nortriptilina 50mg	30 Cápsulas	R\$ 26,99	R\$ 43,64	-38%	R\$ 23,77	R\$ 43,64	-46%
Pamelor 50mg		R\$ 58,74	R\$ 67,19	-13%	R\$ 54,87	R\$ 67,19	-18%
Cloridrato de Nortriptilina 75mg	30 Cápsulas	R\$ 37,99	R\$ 58,93	-36%	R\$ 32,51	R\$ 58,93	-45%
Pamelor 75mg		R\$ 88,49	R\$ 90,70	-2%	R\$ 77,74	R\$ 90,70	-14%
Cloridrato de Propafenona 300mg		R\$ 59,05	R\$ 71,87	-18%	R\$ 34,16	R\$ 71,84	-52%

Ritmonorm 300mg	30 Comprimidos Revestidos	R\$ 108,30	R\$ 110,53	-2%	R\$ 95,69	R\$ 110,53	-13%
Cloridrato de Propafenona 300mg	60 Comprimidos Revestidos	R\$ 105,08	R\$ 143,61	-27%	R\$ 66,15	R\$ 143,67	-54%
Ritmonorm 300mg		R\$ 216,64	R\$ 221,08	-2%	R\$ 189,34	R\$ 221,08	-14%
Cloridrato de Sertralina 100mg	30 Comprimidos Revestidos	R\$ 82,49	R\$ 151,64	-46%	R\$ 70,36	R\$ 151,65	-54%
Zoloft 100mg		R\$ 179,99	R\$ 233,30	-23%	R\$ 178,99	R\$ 233,30	-23%
Cloridrato de Sertralina 100mg	14 Comprimidos Revestidos	R\$ 51,79	R\$ 106,97	-52%	R\$ 51,79	R\$ 106,97	-52%
Zoloft 100mg		R\$ 90,99	R\$ 108,87	-16%	R\$ 90,99	R\$ 108,87	-16%
Cloridrato de Sertralina 50mg	30 Comprimidos Revestidos	R\$ 47,99	R\$ 95,94	-50%	R\$ 29,35	R\$ 84,64	-65%
Zoloft 50mg		R\$ 84,99	R\$ 108,51	-22%	R\$ 84,26	R\$ 108,51	-22%
Cloridrato de Tansulosina 0,4mg	30 Comprimidos	R\$ 66,90	R\$ 114,89	-42%	R\$ 54,51	R\$ 114,89	-53%
Secotex 0,4mg		R\$ 133,00	R\$ 176,75	-25%	R\$ 124,00	R\$ 176,75	-30%
Cloridrato de Tramadol 50mg	10 Cápsulas	R\$ 27,48	R\$ 41,06	-33%	R\$ 18,36	R\$ 35,35	-48%
Tramal 50mg		R\$ 51,19	R\$ 63,16	-19%	R\$ 49,79	R\$ 63,16	-21%
Cloridrato de Trazodona 100mg	30 Comprimidos Revestidos	R\$ 31,39	R\$ 60,11	-48%	R\$ 31,39	R\$ 60,11	-48%
Donaren 100mg		R\$ 74,99	R\$ 92,47	-19%	R\$ 73,99	R\$ 92,47	-20%
Cloridrato de Trazodona 50mg	60 Comprimidos Revestidos	R\$ 31,59	R\$ 60,12	-47%	R\$ 31,44	R\$ 60,12	-48%
Donaren 50mg		R\$ 60,59	R\$ 92,49	-34%	R\$ 57,72	R\$ 92,49	-38%
Cloridrato de Valaciclovir 500mg	10 Comprimidos Revestidos	R\$ 80,30	R\$ 109,01	-26%	R\$ 58,38	R\$ 109,01	-46%
Valtrex 500mg		R\$ 161,10	R\$ 178,45	-10%	R\$ 151,55	R\$ 178,45	-15%
Cloridrato de Valaciclovir 500mg	42 Comprimidos Revestidos	R\$ 281,10	R\$ 441,72	-36%	R\$ 281,10	R\$ 441,72	-36%
Valtrex 500mg		R\$ 515,99	R\$ 672,94	-23%	R\$ 515,99	R\$ 672,94	-23%
Cloridrato de Venlafaxina 150mg	30 Cápsulas de Liberação Prolongada	R\$ 116,99	R\$ 186,30	-37%	R\$ 110,99	R\$ 223,27	-50%
Efexor XR 150mg		R\$ 427,99	R\$ 520,53	-18%	R\$ 420,99	R\$ 520,53	-19%
Cloridrato de Venlafaxina 37,5mg	30 Cápsulas Duras de Liberação Prolongada	R\$ 58,19	R\$ 90,58	-36%	R\$ 40,25	R\$ 76,72	-48%
Efexor XR 37,5mg		R\$ 114,99	R\$ 156,81	-27%	R\$ 114,49	R\$ 156,81	-27%
Cloridrato de Venlafaxina 75mg	30 Cápsulas Duras de Liberação Prolongada	R\$ 137,23	R\$ 238,60	-42%	R\$ 70,43	R\$ 130,05	-46%
Efexor XR 75mg		R\$ 301,99	R\$ 366,97	-18%	R\$ 300,99	R\$ 366,97	-18%



Colchicina 0,5mg	20 Comprimidos	R\$ 18,01	R\$ 24,61	-27%	R\$ 14,78	R\$ 24,61	-40%
Colchis 0,5mg		R\$ 34,60	R\$ 40,30	-14%	R\$ 23,28	R\$ 40,30	-42%
Colchicina 0,5mg	30 Comprimidos	R\$ 28,76	R\$ 39,29	-27%	R\$ 18,96	R\$ 39,29	-52%
Colchis 0,5mg		R\$ 51,91	R\$ 60,47	-14%	R\$ 31,89	R\$ 60,47	-47%
Desloratadina 5mg	10 Comprimidos Revestidos	R\$ 39,49	R\$ 45,53	-13%	R\$ 24,12	R\$ 43,63	-45%
Desalex 5mg		R\$ 57,90	R\$ 59,52	-3%	R\$ 50,40	R\$ 59,52	-15%
Desloratadina 0,5mg/ml	100ml Xarope	R\$ 49,03	R\$ 60,72	-19%	R\$ 34,42	R\$ 59,14	-42%
Desalex 0,5mg/ml		R\$ 60,99	R\$ 68,15	-11%	R\$ 54,86	R\$ 68,15	-20%
Desloratadina 5mg	30 Comprimidos Revestidos	R\$ 85,03	R\$ 136,58	-38%	R\$ 57,11	R\$ 124,45	-54%
Desalex 5mg		R\$ 73,49	R\$ 92,41	-20%	R\$ 70,88	R\$ 92,41	-23%
Desloratadina 0,5mg/ml	60ml Xarope	R\$ 30,16	R\$ 36,47	-17%	R\$ 21,45	R\$ 35,83	-40%
Desalex 0,5mg/ml		R\$ 40,78	R\$ 47,64	-14%	R\$ 37,98	R\$ 47,64	-20%
Desogestrel 0,075mg	28 Comprimidos Revestidos	R\$ 27,92	R\$ 28,92	-3%	R\$ 15,61	R\$ 28,93	-46%
Cerazette 75mcg		R\$ 38,99	R\$ 44,54	-12%	R\$ 35,32	R\$ 44,54	-21%
Desogestrel 0,075mg	84 Comprimidos Revestidos	R\$ 68,48	R\$ 69,48	-1%	R\$ 38,49	R\$ 74,83	-49%
Cerazette 75mcg		R\$ 93,99	R\$ 133,64	-30%	R\$ 82,74	R\$ 133,64	-38%
Diazepam 10mg	30 Comprimidos	R\$ 15,09	R\$ 15,73	-4%	R\$ 11,37	R\$ 15,73	-28%
Valium 10mg		R\$ 22,99	R\$ 25,12	-8%	R\$ 21,72	R\$ 25,12	-14%
Diazepam 5mg	30 Comprimidos	R\$ 10,99	R\$ 11,63	-6%	R\$ 8,39	R\$ 11,63	-28%
Valium 5mg		R\$ 16,09	R\$ 18,84	-15%	R\$ 15,66	R\$ 18,84	-17%
Dicloridrato de Cetirizina 10mg	12 Comprimidos Revestidos	R\$ 34,79	R\$ 42,07	-17%	R\$ 21,90	R\$ 40,09	-45%
Zyrtec 10mg		R\$ 61,69	R\$ 63,41	-3%	R\$ 51,41	R\$ 63,41	-19%
Dicloridrato de Cetirizina 1mg/ml	120ml Solução Oral	R\$ 33,15	R\$ 34,07	-3%	R\$ 21,70	R\$ 34,07	-36%
Zyrtec 1mg/ml		R\$ 53,96	R\$ 55,46	-3%	R\$ 46,45	R\$ 55,46	-16%
Dicloridrato de Levocetirizina 5mg	10 Comprimidos Revestidos	R\$ 28,99	R\$ 33,53	-14%	R\$ 21,86	R\$ 33,52	-35%
Zyxem 5mg		R\$ 47,75	R\$ 51,56	-7%	R\$ 43,77	R\$ 51,56	-15%
Dicloridrato de Pramipexol 1mg	30 Comprimidos	R\$ 98,99	R\$ 229,98	-57%	R\$ 85,11	R\$ 229,98	-63%
Sifrol 1mg		R\$ 345,17	R\$ 353,79	-2%	R\$ 307,58	R\$ 353,79	-13%
Divalproato de Sódio 250mg	30 Comprimidos Revestidos	R\$ 31,99	R\$ 36,98	-13%	R\$ 25,47	R\$ 36,98	-31%
Depakote 250mg		R\$ 53,10	R\$ 58,50	-9%	R\$ 49,77	R\$ 58,50	-15%

Divalproato de Sódio 500mg	30 Comprimidos Revestidos	R\$ 62,99	R\$ 68,93	-9%	R\$ 44,72	R\$ 68,93	-35%
Depakote 500mg		R\$ 84,49	R\$ 109,05	-23%	R\$ 83,99	R\$ 109,05	-23%
Divalproato de Sódio 125 mg	30 Cápsulas	R\$ 19,99	R\$ 21,57	-7%	R\$ 19,99	R\$ 21,57	-7%
Depakote Sprinkle 125mg		R\$ 27,79	R\$ 34,35	-19%	R\$ 27,64	R\$ 34,35	-20%
Enantato de Norestisterona 50mg + Valerato de Estradiol 5mg	1 Ampola Injetável 1ml	R\$ 19,99	R\$ 22,53	-11%	R\$ 14,53	R\$ 22,25	-35%
Mesigyna 50mg + 5mg		R\$ 33,80	R\$ 34,69	-3%	R\$ 29,36	R\$ 34,69	-15%
Fenobarbital 40mg	20ml Solução Oral	R\$ 3,75	R\$ 6,21	-40%	R\$ 3,74	R\$ 6,21	-40%
Gardenal 40mg		R\$ 8,25	R\$ 9,69	-15%	R\$ 8,22	R\$ 9,69	-15%
Furosemida 40mg	20 Comprimidos	R\$ 6,99	R\$ 8,64	-19%	R\$ 4,66	R\$ 8,64	-46%
Lasix 40mg		R\$ 15,48	R\$ 18,57	-17%	R\$ 14,45	R\$ 18,57	-22%
Gabapentina 300mg	30 Cápsulas Gelatinosas Duras	R\$ 57,19	R\$ 111,70	-49%	R\$ 43,72	R\$ 110,05	-60%
Neurontin 300mg		R\$ 142,99	R\$ 165,24	-13%	R\$ 142,99	R\$ 165,24	-13%
Gabapentina 400mg	30 Cápsulas Gelatinosas Duras	R\$ 63,99	R\$ 136,29	-53%	R\$ 54,24	R\$ 131,47	-59%
Neurontin 400mg		R\$ 166,99	R\$ 201,10	-17%	R\$ 166,99	R\$ 201,10	-17%
Hemitartarato de Zolpidem 10mg	20 Comprimidos Revestidos	R\$ 41,99	R\$ 48,15	-13%	R\$ 29,25	R\$ 50,71	-42%
Stilnox 10mg		R\$ 63,19	R\$ 78,52	-20%	R\$ 62,69	R\$ 78,52	-20%
Indapamida 1,5mg	30 Comprimidos Revestidos de Liberação Prolongada	R\$ 22,50	R\$ 29,56	-24%	R\$ 14,80	R\$ 28,65	-48%
Natrilix SR 1,5mg		R\$ 35,49	R\$ 42,81	-17%	R\$ 32,70	R\$ 42,81	-24%
Lamotrigina 50mg	30 Comprimidos	R\$ 37,39	R\$ 63,32	-41%	R\$ 29,78	R\$ 58,13	-49%
Lamictal 50mg		R\$ 134,49	R\$ 251,22	-46%	R\$ 114,72	R\$ 251,22	-54%
Lamotrigina 25mg	30 Comprimidos	R\$ 23,09	R\$ 43,59	-47%	R\$ 23,09	R\$ 43,59	-47%
Lamictal 25mg		R\$ 79,99	R\$ 141,20	-43%	R\$ 79,24	R\$ 141,20	-44%
Lamotrigina 100mg	30 Comprimidos	R\$ 65,75	R\$ 142,06	-54%	R\$ 44,86	R\$ 104,67	-57%
Lamictal 100mg		R\$ 238,99	R\$ 439,74	-46%	R\$ 233,32	R\$ 439,74	-47%
Latanoprost 50mcg/ml	2,5ml Solução Oftálmica	R\$ 99,65	R\$ 117,40	-15%	R\$ 61,07	R\$ 117,40	-48%
Xalatan 50mcg/ml		R\$ 176,20	R\$ 180,62	-2%	R\$ 151,84	R\$ 180,62	-16%
Latanoprost 50mcg + Maleato de Timolol 5mg	2,5ml Solução Oftálmica	R\$ 119,88	R\$ 131,87	-9%	R\$ 84,72	R\$ 131,88	-36%
Xalacom		R\$ 194,04	R\$ 194,48	0%	R\$ 168,52	R\$ 194,48	-13%

Levotiroxina Sódica 100mcg	30 Comprimidos	R\$ 7,48	R\$ 8,35	-10%	R\$ 5,03	R\$ 8,35	-40%
Puran T4 100mcg		R\$ 12,57	R\$ 12,88	-2%	R\$ 10,29	R\$ 12,88	-20%
Levotiroxina Sódica 112mcg	30 Comprimidos	R\$ 15,49	R\$ 16,42	-6%	R\$ 9,74	R\$ 16,42	-41%
Puran T4 112mcg		R\$ 19,99	R\$ 25,27	-21%	R\$ 19,66	R\$ 25,27	-22%
Levotiroxina Sódica 125mcg	30 Comprimidos	R\$ 11,49	R\$ 12,25	-6%	R\$ 7,36	R\$ 12,25	-40%
Puran T4 125mcg		R\$ 14,99	R\$ 18,88	-21%	R\$ 14,99	R\$ 18,88	-21%
Levotiroxina Sódica 150mcg	30 Comprimidos	R\$ 12,48	R\$ 13,19	-5%	R\$ 7,82	R\$ 13,19	-41%
Puran T4 150mcg		R\$ 17,99	R\$ 20,28	-11%	R\$ 15,95	R\$ 20,28	-21%
Levotiroxina Sódica 175mcg	30 Comprimidos	R\$ 15,98	R\$ 16,64	-4%	R\$ 9,90	R\$ 16,64	-41%
Puran T4 175mcg		R\$ 20,99	R\$ 25,63	-18%	R\$ 20,09	R\$ 25,63	-22%
Levotiroxina Sódica 200mcg	30 Comprimidos	R\$ 23,89	R\$ 28,81	-17%	R\$ 15,06	R\$ 28,81	-48%
Puran T4 200mcg		R\$ 36,99	R\$ 44,33	-17%	R\$ 34,87	R\$ 44,33	-21%
Levotiroxina Sódica 25mcg	30 Comprimidos	R\$ 7,98	R\$ 8,85	-10%	R\$ 5,30	R\$ 8,85	-40%
Puran T4 25mcg		R\$ 13,31	R\$ 13,64	-2%	R\$ 11,23	R\$ 13,64	-18%
Levotiroxina Sódica 50mcg	30 Comprimidos	R\$ 8,99	R\$ 9,80	-8%	R\$ 5,82	R\$ 9,80	-41%
Puran T4 50mcg		R\$ 14,74	R\$ 15,11	-2%	R\$ 12,52	R\$ 15,11	-17%
Levotiroxina Sódica 75mcg	30 Comprimidos	R\$ 9,99	R\$ 10,71	-7%	R\$ 6,37	R\$ 10,71	-41%
Puran T4 75mcg		R\$ 12,99	R\$ 16,48	-21%	R\$ 12,53	R\$ 16,48	-24%
Levotiroxina Sódica 88mcg	30 Comprimidos	R\$ 11,99	R\$ 12,90	-7%	R\$ 7,65	R\$ 12,90	-41%
Puran T4 88mcg		R\$ 15,49	R\$ 19,85	-22%	R\$ 15,03	R\$ 19,85	-24%
Loratadina 1mg/MI	100ml Xarope	R\$ 27,68	R\$ 30,77	-10%	R\$ 17,50	R\$ 23,53	-26%
Claritin 1mg/ml		R\$ 46,11	R\$ 49,42	-7%	R\$ 41,27	R\$ 49,42	-16%
Loratadina 10mg	12 Comprimidos	R\$ 34,53	R\$ 39,64	-13%	R\$ 22,90	R\$ 37,30	-39%
Claritin 10mg		R\$ 52,36	R\$ 53,83	-3%	R\$ 46,29	R\$ 53,83	-14%
Maleato de Dexclorfeniramina 0,4mg/ml	120ml Solução Oral	R\$ 13,95	R\$ 15,95	-13%	R\$ 11,25	R\$ 15,28	-26%
Polaramine 0,4mg/ml		R\$ 24,03	R\$ 24,70	-3%	R\$ 22,71	R\$ 24,70	-8%
Maleato de Dexclorfeniramina 2mg	20 Comprimidos	R\$ 10,98	R\$ 11,23	-2%	R\$ 7,79	R\$ 11,01	-29%
Polaramine 2mg		R\$ 19,17	R\$ 19,71	-3%	R\$ 17,91	R\$ 19,71	-9%
Maleato de Dexclorfeniramina 10mg	30g Creme Dermatológico	R\$ 11,48	R\$ 11,74	-2%	R\$ 9,71	R\$ 11,74	-17%
Polaramine 10mg		R\$ 17,65	R\$ 18,14	-3%	R\$ 16,32	R\$ 18,14	-10%

Maleato de Dexclorfeniramina 0,4mg + Betametasona 0,05mg Celestamine	120ml Xarope	R\$ 29,99	R\$ 37,47	-20%	R\$ 15,29	R\$ 33,16	-54%
		R\$ 45,99	R\$ 51,59	-11%	R\$ 41,39	R\$ 51,59	-20%
Maleato de Midazolam 15mg Dormonid 15mg	30 Comprimidos Revestidos	R\$ 41,99	R\$ 70,41	-40%	R\$ 38,39	R\$ 70,41	-45%
		R\$ 86,49	R\$ 108,42	-20%	R\$ 85,74	R\$ 108,42	-21%
Maleato de Timolol 0,5% Timoptol 0,5%	5ml Solução Oftálmica	R\$ 9,85	R\$ 11,21	-12%	R\$ 5,36	R\$ 11,19	-52%
		R\$ 16,74	R\$ 17,16	-2%	R\$ 14,03	R\$ 17,16	-18%
Metronidazol 250mg Flagyl 250mg	20 Comprimidos	R\$ 9,84	R\$ 13,05	-25%	R\$ 8,11	R\$ 12,61	-36%
		R\$ 19,59	R\$ 20,07	-2%	R\$ 18,29	R\$ 20,07	-9%
Metronidazol 100mg/g Flagyl 100mg/g	50g Geléia Vaginal	R\$ 18,02	R\$ 29,49	-39%	R\$ 18,02	R\$ 29,49	-39%
		R\$ 40,39	R\$ 46,82	-14%	R\$ 39,89	R\$ 46,82	-15%
Mirtazapina 15mg Remeron Soltab 15mg	30 Comprimidos Orodispersíveis	R\$ 60,99	R\$ 90,74	-33%	R\$ 60,99	R\$ 90,74	-33%
		R\$ 89,49	R\$ 139,59	-36%	R\$ 89,49	R\$ 139,59	-36%
Mirtazapina 30mg Remeron Soltab 30mg	30 Comprimidos Orodispersíveis	R\$ 156,40	R\$ 181,53	-14%	R\$ 108,59	R\$ 181,53	-40%
		R\$ 176,99	R\$ 279,28	-37%	R\$ 176,99	R\$ 279,28	-37%
Mirtazapina 45mg Remeron Soltab 45mg	30 Comprimidos Orodispersíveis	R\$ 170,99	R\$ 258,07	-34%	R\$ 170,99	R\$ 258,07	-34%
		R\$ 176,99	R\$ 397,05	-55%	R\$ 176,99	R\$ 397,05	-55%
Nistatina 100.000UI/g + Óxido de Zinco 200mg/g Dermodex	60g Pomada	R\$ 39,85	R\$ 40,97	-3%	R\$ 17,05	R\$ 32,90	-48%
		R\$ 47,75	R\$ 64,97	-27%	R\$ 47,75	R\$ 64,97	-27%
Nitrato de Fenticonazol 0,02g/g Fentizol 0,02g/g	40g Creme Vaginal	R\$ 37,52	R\$ 41,71	-10%	R\$ 27,22	R\$ 42,74	-36%
		R\$ 33,48	R\$ 67,30	-50%	R\$ 29,95	R\$ 67,30	-55%
Nitrazepam 5mg Sonebon 5mg	20 Comprimidos	R\$ 6,85	R\$ 10,95	-37%	R\$ 6,78	R\$ 10,95	-38%
		R\$ 9,99	R\$ 11,68	-14%	R\$ 9,92	R\$ 11,68	-15%
Olanzapina 10mg Zyprexa 10mg	30 Comprimidos Revestidos	R\$ 463,10	R\$ 814,88	-43%	R\$ 323,36	R\$ 701,28	-54%
		R\$ 1.158,99	R\$ 1.253,68	-8%	R\$ 1.149,49	R\$ 1.253,68	-8%
Olanzapina 2,5mg Zyprexa 2,5mg	30 Comprimidos Revestidos	R\$ 198,93	R\$ 275,78	-28%	R\$ 88,11	R\$ 250,18	-65%
		R\$ 391,99	R\$ 424,34	-8%	R\$ 388,99	R\$ 424,34	-8%
Olanzapina 5mg Zyprexa 5mg	30 Comprimidos Revestidos	R\$ 179,99	R\$ 407,42	-56%	R\$ 122,66	R\$ 407,42	-70%
		R\$ 579,99	R\$ 626,80	-7%	R\$ 574,99	R\$ 626,80	-8%
Oxalato de Escitalopram 10mg Lexapro 10mg	30 Comprimidos Revestidos	R\$ 51,19	R\$ 191,83	-73%	R\$ 39,02	R\$ 155,49	-75%
		R\$ 182,95	R\$ 294,87	-38%	R\$ 169,60	R\$ 294,87	-42%

Oxalato de Escitalopram 15mg Lexapro 15mg	30 Comprimidos Revestidos	R\$ 79,49	R\$ 146,83	-46%	R\$ 67,19	R\$ 209,33	-68%
		R\$ 170,99	R\$ 353,95	-52%	R\$ 168,49	R\$ 353,95	-52%
Oxalato de Escitalopram 20mg Lexapro 20mg	30 Comprimidos Revestidos	R\$ 140,49	R\$ 373,88	-62%	R\$ 87,29	R\$ 280,09	-69%
		R\$ 253,99	R\$ 560,46	-55%	R\$ 251,63	R\$ 560,46	-55%
Oxalato de Escitalopram 10mg Lexapro 10mg	60 Comprimidos	R\$ 84,99	R\$ 383,42	-78%	R\$ 64,49	R\$ 383,56	-83%
		R\$ 174,99	-	-	R\$ 174,99	-	-
Oxalato de Escitalopram 20mg/ml Lexapro 20mg/ml	15ml Solução Oral	R\$ 48,39	R\$ 191,73	-75%	R\$ 48,39	R\$ 191,73	-75%
		R\$ 272,99	R\$ 294,89	-7%	R\$ 267,49	R\$ 294,89	-9%
Oxcarbazepina 300mg Trileptal 300mg	60 Comprimidos Revestidos	R\$ 47,99	R\$ 98,50	-51%	R\$ 47,89	R\$ 98,50	-51%
		R\$ 161,99	R\$ 174,17	-7%	R\$ 150,32	R\$ 174,17	-14%
Oxcarbazepina 600mg Trileptal 600mg	60 Comprimidos Revestidos	R\$ 82,99	R\$ 192,59	-57%	R\$ 82,74	R\$ 192,59	-57%
		R\$ 307,99	R\$ 334,16	-8%	R\$ 286,99	R\$ 334,16	-14%
Paracetamol 500mg + Fosfato de Codeína 30mg Tylex 30mg	12 Comprimidos	R\$ 13,99	R\$ 22,21	-37%	R\$ 12,82	R\$ 20,56	-38%
		R\$ 33,25	R\$ 34,18	-3%	R\$ 28,67	R\$ 34,18	-16%
Paracetamol 500mg + Fosfato de Codeína 30mg Tylex 30mg	24 Comprimidos	R\$ 30,99	R\$ 43,33	-28%	R\$ 23,40	R\$ 40,54	-42%
		R\$ 58,99	R\$ 66,68	-12%	R\$ 58,99	R\$ 66,68	-12%
Paracetamol 500mg + Fosfato de Codeína 30mg Tylex 30mg	36 Comprimidos	R\$ 36,59	R\$ 58,53	-37%	R\$ 32,96	R\$ 58,52	-44%
		R\$ 81,99	R\$ 90,03	-9%	R\$ 81,99	R\$ 90,03	-9%
Pregabalina 75mg Lyrica 75mg	28 Cápsulas Duras	R\$ 51,19	R\$ 98,91	-48%	R\$ 51,09	R\$ 98,91	-48%
		R\$ 227,70	R\$ 152,19	50%	R\$ 188,09	R\$ 152,19	24%
Succinato de Sumatriptana 50mg Imigran 50 mg	2 Comprimidos Revestidos	R\$ 14,95	R\$ 22,75	-34%	R\$ 14,95	R\$ 22,75	-34%
		R\$ 32,90	R\$ 35,06	-6%	R\$ 29,80	R\$ 35,06	-15%
Succinato de Sumatriptana 100mg Imigran 100mg	2 Comprimidos Revestidos	R\$ 28,71	R\$ 45,12	-36%	R\$ 26,86	R\$ 45,12	-40%
		R\$ 69,97	R\$ 93,33	-25%	R\$ 62,72	R\$ 93,33	-33%
Sulfadiazina de Prata 10mg/g Dermazine 10mg/g	30g Creme	R\$ 16,46	R\$ 22,51	-27%	R\$ 14,39	R\$ 21,69	-34%
		R\$ 32,99	R\$ 33,98	-3%	R\$ 29,31	R\$ 33,98	-14%
Sulfadiazina de Prata 10mg/g Dermazine 10mg/g	50g Creme	R\$ 23,57	R\$ 32,22	-27%	R\$ 17,28	R\$ 32,22	-46%
		R\$ 36,99	R\$ 42,84	-14%	R\$ 35,92	R\$ 42,84	-16%
Sulfato de Neomicina 5mg/g + Bacitracina 250ui/g Nebacetin	15g Pomada	R\$ 8,98	R\$ 9,26	-3%	R\$ 6,92	R\$ 9,77	-29%
		R\$ 17,09	R\$ 17,57	-3%	R\$ 13,89	R\$ 17,57	-21%

Sulfato de Neomicina 5mg/g + Bacitracina 250ui/g Nebacetin	50g Pomada	R\$ 18,70	R\$ 20,79	-10%	R\$ 11,56	R\$ 21,67	-47%
		R\$ 29,49	R\$ 36,36	-19%	R\$ 27,79	R\$ 36,36	-24%
Tartarato de Brimonidina 2 mg/ml Alphagan 2 mg/ml	5ml Solução Oftálmica	R\$ 46,99	R\$ 63,90	-26%	R\$ 26,18	R\$ 63,90	-59%
		R\$ 77,99	R\$ 98,32	-21%	R\$ 83,74	R\$ 98,32	-15%
Tartarato de Brimonidina 1,5mg/ml Alphagan P 1,5mg/ml	5ml Solução Oftálmica	R\$ 23,09	R\$ 53,09	-57%	R\$ 23,04	R\$ 53,09	-57%
		R\$ 91,95	R\$ 98,32	-6%	R\$ 77,23	R\$ 98,32	-21%
Topiramato 50mg Topamax 50mg	60 Comprimidos Revestidos	R\$ 106,49	R\$ 228,82	-53%	R\$ 91,82	R\$ 227,36	-60%
		R\$ 225,99	R\$ 332,73	-32%	R\$ 225,99	R\$ 332,73	-32%
Topiramato 25mg Topamax 25mg	60 Comprimidos Revestidos	R\$ 59,59	R\$ 115,09	-48%	R\$ 47,25	R\$ 110,43	-57%
		R\$ 164,99	R\$ 203,73	-19%	R\$ 148,32	R\$ 203,73	-27%
Topiramato 100mg Topamax 100mg	60 Comprimidos Revestidos	R\$ 306,68	R\$ 337,37	-9%	R\$ 186,58	R\$ 389,78	-52%
		R\$ 422,99	R\$ 670,90	-37%	R\$ 422,99	R\$ 670,90	-37%

Fonte: Elaboração própria com base na lista de preços da Anvisa.

## APÊNDICE F – ANÁLISE DOS GENÉRICOS COM MEDICAMENTO DE REFERÊNCIA DESCONTINUADO

Após a coleta e separação dos preços foi possível observar que, para 27 medicamentos genéricos pesquisados, não era possível encontrar preços disponíveis para os seus respectivos medicamentos de referência, os quais podiam ter sido descontinuados. De modo que, no Quadro F abaixo constam os genéricos acompanhados de seus respectivos medicamentos de referência que foram descontinuados, conforme informação da Anvisa<sup>45</sup>. Para os genéricos, estão disponíveis as informações sobre preços maiores, menores e médios coletados nos *sites* das farmácias e drogarias. Além disso, também foi calculada a porcentagem de diferença entre os preços maiores e menores para cada genérico, e apresenta a informação sobre o grau de concentração do seu respectivo mercado relevante. Para o medicamento de referência consta apenas a informação sobre a data em que foi descontinuado.

### Quadro F – Medicamentos genéricos com medicamento de referência descontinuado

(n=44)

Medicamento (Genérico/Referência)	Forma Farmacêutica (quantidade)	Maior preço	Menor preço	Preço Médio	Diferença Maior e Menor	Concentração
Acetofenido De Algestona 150mg/ml + Enantato De Estradiol 10mg/ml Perlutan	1 Ampola	10,86	5,85	7,80	46%	Sem Evidências de Concentração
		Descontinuação definitiva em 13/09/2018				
Cloridrato de Ciprofloxacino 500mg Cipro	10 Comprimidos Revestidos	68,62	28,99	49,40	58%	Sem Evidências de Concentração
		Descontinuação definitiva em 28/03/2018				
Cloridrato de Ciprofloxacino 500mg Cipro	14 Comprimidos Revestidos	33,99	18,62	24,09	45%	Sem Evidências de Concentração
		Descontinuação definitiva em 28/03/2018				
Cloridrato de Ciprofloxacino 500mg Cipro	6 Comprimidos Revestidos	41,58	17,99	33,38	57%	Sem Evidências de Concentração
		Descontinuação definitiva em 28/03/2018				
Cloridrato de Ciprofloxacino 500mg Cipro	7 Comprimidos Revestidos	33,13	23,99	27,78	28%	Sem Evidências de Concentração
		Descontinuação definitiva em 28/03/2018				
Cloridrato de Ciprofloxacino 3,5mg/ml Biamotil	5ml Solução Oftálmica	10,89	10,69	10,79	2%	Fortemente Concentrado
		Descontinuação temporária em 31/07/2014				
Cloridrato de Dorzolamida 20mg/ml Trusopt	5ml Solução Oftálmica	45,87	22,9	29,20	50%	Moderadamente Concentrado
		Descontinuação temporária em 13/04/2017				

<sup>45</sup> Os medicamentos de referência não encontrados foram pesquisados no *site* <https://sad.anvisa.gov.br/MicroStrategy/servlet/mstrWeb> que indica caso tenham sido descontinuados. A data informada no Quadro F foi coletada deste *site*.

Cloridrato de Doxiciclina 100mg Vibramicina	15 Comprimidos Revestidos	37,92	27,99	31,16	26%	Fortemente Concentrado
		Descontinuação temporária em 23/11/2016				
Cloridrato de Terbinafina 10mg/g Lamisil	20g Creme Dermatológico	21,9	7,29	14,57	67%	Sem Evidências de Concentração
		Descontinuação temporária em 15/12/2017				
Cloridrato de Terbinafina 250mg Lamisil	14 Comprimidos	80,76	19,49	45,98	76%	Sem Evidências de Concentração
		Descontinuação temporária em 15/12/2017				
Cloridrato de Terbinafina 250mg Lamisil	28 Comprimidos	157,16	34,98	87,52	78%	Sem Evidências de Concentração
		Descontinuação temporária em 15/12/2017				
Cloridrato de Ticlopidina 250mg Ticlid	30 Comprimidos Revestidos	59,88	20,99	40,40	65%	Sem Evidências de Concentração
		Descontinuação definitiva em 20/12/2016				
Clortalidona 50mg Higroton	30 Comprimidos	18,97	9,39	12,39	51%	Sem Evidências de Concentração
		Descontinuação definitiva em 06/06/2017				
Clortalidona 25mg Higroton	60 Comprimidos	18,68	12,19	14,22	35%	Sem Evidências de Concentração
		Descontinuação definitiva em 06/06/2017				
Clortalidona 12,5mg Higroton	60 Comprimidos	22,18	7,19	9,852	68%	Sem Evidências de Concentração
		Descontinuação definitiva em 06/06/2017				
Digoxina 0,25mg Digoxina (referência)	30 Comprimidos	14,49	7,03	10,13	51%	Moderadamente Concentrado
		Descontinuação definitiva em 17/04/2018				
Digoxina 0,05mg/ml Digoxina (referência)	60ml Elixir	15,48	12,29	13,59	21%	Moderadamente Concentrado
		Descontinuação definitiva em 17/04/2018				
Terconazol 8mg/g Gyno-Fungix	30g Creme Vaginal	38,49	19,48	28,84	49%	Sem Evidências de Concentração
		Descontinuação definitiva em 28/04/2017				
Tinidazol 30mg + Nitrato de Miconazol 20mg Gino-Pletil	40g Creme Vaginal	30,48	16,06	23,59	47%	Sem Evidências de Concentração
		Descontinuação definitiva em 16/09/2015				
Tinidazol 30mg + Nitrato de Miconazol 20mg Gino-Pletil	45g Creme Vaginal	30,48	16,06	22,96	47%	Sem Evidências de Concentração
		Descontinuação definitiva em 16/09/2015				
Tioconazol 20mg + Tinidazol 30mg Cartrax	35g Creme Vaginal	43,72	24,18	32,95	45%	Sem Evidências de Concentração
		Descontinuação temporária em 22/12/2016				
Tioconazol 100mg + Tinidazol 150mg Cartrax	35g Creme Vaginal	27,49	24,99	26,67	9%	Sem Evidências de Concentração
		Descontinuação temporária em 22/12/2016				

Fonte: Elaboração própria com base nos dados coletados.

Como é possível observar no Quadro F, das 22 apresentações comerciais de genéricos que tiveram o medicamento de referência descontinuado, 17 estão classificadas em mercados relevantes considerados como “sem evidências de concentração”, três em mercados relevantes considerados “moderadamente concentrados” e duas em mercados relevantes “fortemente concentrados”. O fato da maior parte das apresentações comerciais estar classificada em mercados relevantes “sem evidências de concentração” pode justificar a saída do medicamento



de referência do mercado. Isto pode ocorrer devido a existência de maior concorrência e, como consequência, menores margens de lucro, em que o produtor do medicamento de referência pode optar por deixar o mercado para os produtores de genéricos e ir em busca de mercados mais lucrativos.

Das três apresentações comerciais que estão em mercados relevantes “moderadamente concentrados”, em duas delas (“Digoxina 0,25mg e 0,05mg/ml”) se observou uma desconcentração do mercado no período entre 2001 e 2016, passando de “fortemente concentrado” para “moderadamente concentrado”, e na outra (“Cloridrato de Dorzolamida 20mg/ml”) houve um aumento da concentração entre 2001 e 2016. Para as duas que estão em mercados relevantes considerados “fortemente concentrados” (“Cloridrato de Ciprofloxacino 3,5mg/ml” e “Cloridrato de Doxiciclina 100mg”) observou-se um aumento da concentração no período analisado.

Além dos medicamentos que constam no Quadro F, para outros sete genéricos também não foram encontrados preços disponíveis para os seus respectivos medicamentos de referência (conforme consta na lista de registro de genéricos da Anvisa). Porém, não havia qualquer tipo de informação se o mesmo havia sido descontinuado no *site* da Anvisa. É preciso destacar que a informação sobre a descontinuidade do medicamento deve partir da empresa que o fornece<sup>46</sup>, a qual a Anvisa apenas publica a informação repassada. Os medicamentos para os quais isso ocorreu foram: Floxacina (Norfloxacino) – o qual não foi encontrado nem na lista de preços da Anvisa; Tryptanol (Cloridrato de Amitriptilina) – também não foi identificado na lista de preços da Anvisa; Cipramil (Bromidrato de Citalopram) – o qual consta na lista de preços da Anvisa, mas que contém a informação de que não foi comercializado em 2018; Minomax (Cloridrato de Minociclina) – não foi encontrado na lista de preços da Anvisa; e, Prurizin (Cloridrato de Hidroxizina) – não encontrado na lista de preços da Anvisa.

---

<sup>46</sup> <http://portal.anvisa.gov.br/descontinuacao-de-medicamentos>

## ANEXO A – DEFINIÇÕES

Neste Anexo estão definidos alguns dos principais termos farmacêuticos utilizados no desenvolver desta Dissertação.

Inicialmente, é preciso esclarecer que medicamento é o 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. Enquanto remédio é todo e qualquer tipo de cuidado utilizado para curar ou aliviar doenças, sintomas, desconforto e mal-estar (exemplo: massagens, chás). Por sua vez, insumo farmacêutico ativo é uma substância química ativa, fármaco, droga ou matéria-prima que tenha propriedades farmacológicas com finalidade medicamentosa utilizada para diagnóstico, alívio ou tratamento (FARMACOPEIA BRASILEIRA, 2019; ANVISA, s.d.). No que se refere à matéria-prima para a produção de medicamentos, distingue-se entre farmoquímicos<sup>47</sup>, fitoterápicos<sup>48</sup> e biotecnológicos<sup>49</sup>. Ademais, os medicamentos podem ser diferenciados em relação ao grupo farmacológico e à sua classificação terapêutica anatômica (HASENCLEVER *et al.*, 2010).

Para efeitos deste estudo, é preciso também diferenciar os diferentes tipos de medicamentos, que podem ser definidos como: (i) de referência, que é o produto inovador registrado na Anvisa, e comercializado no país, cuja eficácia, segurança e qualidade foram comprovados, cientificamente, por ocasião do registro; (ii) genérico, que é o medicamento similar a um produto de referência, que pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária, comprovando a sua eficácia, segurança e qualidade, e sendo designado pela DCB ou DCI; (iii) similar, que é o medicamento que contém os mesmos princípios ativos, apresenta a mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica, e é equivalente ao medicamento de referência registrado na Anvisa, podendo diferir em características relativas ao tamanho e forma do produto, prazo de validade, embalagem, rotulagem, excipientes e veículo, devendo sempre ser identificado por nome comercial ou marca (FARMACOPEIA BRASILEIRA, 2019).

Os medicamentos podem também ser classificados quanto à necessidade de prescrição médica e à LPI, podendo variar entre os países. Quanto à necessidade de prescrição, podem ser classificados em: i) medicamentos éticos, que precisam de prescrição para consumo; e, ii)

---

<sup>47</sup> Originados da síntese química de materiais orgânicos (HASENCLEVER *et al.*, 2002).

<sup>48</sup> Produzidos exclusivamente a partir do isolamento da substância medicamentosa encontrada em material botânico integral ou seu extrato (HASENCLEVER *et al.*, 2002).

<sup>49</sup> Produzidos a partir de substâncias engenheiradas através da biologia molecular (HASENCLEVER *et al.*, 2002).

medicamentos não éticos (em inglês *over the counter* - OTC), que não precisam de receita e são de venda livre. Quanto à LPI, distingue-se entre os produtos protegidos por patentes, comercializados por nome comercial ou marca, e aqueles cujas patentes já expiraram, comercializados sob a denominação do princípio ativo e/ou por um nome comercial (HASENCLEVER *et al.*, 2010).

Quanto à forma pelas quais os medicamentos podem ser vendidos no Brasil, diferencia-se entre: (i) sem tarja (venda livre), que são vendidos sem necessidade de prescrição médica; (ii) tarja vermelha, que necessitam de prescrição médica para serem vendidos; e, (iii) tarja preta, ou de uso controlado, que são vendidos com prescrição médica que deve ficar retida na farmácia ou drogaria (ANVISA, s.d.).

Por meio da Lei 13.021/14, ficou definido que, drogaria é o estabelecimento de dispensação e comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos em suas embalagens originais. Enquanto farmácia é a unidade de prestação de serviços destinada a prestar assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária individual e coletiva, na qual se processe a manipulação e/ou dispensação de medicamentos magistrais, oficinais, farmacopeicos ou industrializados, cosméticos, insumos farmacêuticos, produtos farmacêuticos e correlatos (ANVISA, 2018).

Por sua vez, os medicamentos também podem ser diferenciados pela sua forma farmacêutica, que é o estado final de apresentação dos princípios ativos farmacêuticos após uma ou mais operações farmacêuticas executadas com a adição ou não de excipientes apropriados a fim de facilitar a sua utilização e obter o efeito terapêutico desejado, com características apropriadas a uma determinada via de administração, que é o local do organismo por meio do qual o medicamento é administrado. As formas farmacêuticas podem ser classificadas das seguintes formas: (i) semissólidas – géis, pastas, cremes e pomadas; (ii) líquidas – soluções, xaropes, elixires, suspensões e injetáveis; (iii) sólidas – pós, comprimidos, drágeas e cápsulas; (iv) gasosas – aerossóis. (FARMACOPEIA BRASILEIRA, 2019; ANVISA, s.d.). Sendo assim, a apresentação comercial do medicamento consiste em sua dosagem, forma farmacêutica e quantidade.

Deste modo, cabe definir as principais formas farmacêuticas que foram utilizadas nesta análise. As formas farmacêuticas sólidas são: (i) comprimido, que contém uma dose única de um ou mais princípios ativos, com ou sem excipientes, obtida pela compressão de volumes uniformes de partículas, podendo ser de uma ampla variedade de tamanhos, formatos, e ser

revestido ou não; (ii) cápsula, em que o princípio ativo e os excipientes estão contidos em um invólucro solúvel duro ou mole, de formatos e tamanhos variados, usualmente, contendo uma dose única do princípio ativo, em geral formada de gelatina, mas pode, também, ser de amido ou de outras substâncias; (iii) drágeas, que são comprimidos revestidos com camadas constituídas por misturas de substâncias diversas, como resinas, naturais ou sintéticas, gomas, gelatinas, materiais inativos e insolúveis, açúcares, plastificantes, polióis, ceras, corantes autorizados e, às vezes, aromatizantes e princípios ativos. As semissólidas são: (i) creme, que consiste de uma emulsão, contém um ou mais princípios ativos dissolvidos ou dispersos em uma base apropriada e é utilizada, normalmente, para aplicação externa na pele ou nas membranas mucosas; (ii) gel, é um ou mais princípios ativos que contém um agente gelificante para fornecer firmeza a uma solução ou dispersão coloidal e pode conter partículas suspensas; (iii) pomada, que serve para aplicação na pele ou em membranas mucosas, que consiste da solução ou dispersão de um ou mais princípios ativos em baixas proporções em uma base adequada usualmente não aquosa. Dentre as líquidas estão: (i) colírio, preparação farmacêutica líquida destinada à aplicação sobre a mucosa ocular; (ii) elixir, preparação farmacêutica de uso oral, líquida, límpida, hidroalcoólica, de sabor adocicado e agradável; (iii) emulsão, é um ou mais princípios ativos que consiste de um sistema de duas fases que envolvem pelo menos dois líquidos imiscíveis e na qual um líquido é disperso na forma de pequenas gotas através de outro líquido; (iv) solução, forma límpida e homogênea, que contém um ou mais princípios ativos dissolvidos em um solvente adequado ou numa mistura de solventes miscíveis; (v) suspensão, contém partículas sólidas dispersas em um veículo líquido, no qual as partículas não são solúveis; (vi) xarope, solução oral caracterizada pela alta viscosidade, conferida pela presença de sacarose ou outros açúcares ou outros agentes espessantes e edulcorantes na sua composição (FARMACOPEIA BRASILEIRA, 2019).

## **ANEXO B – DESCRIÇÃO DAS FARMÁCIAS E DROGARIAS**

A Droga Raia, desde 2011 faz parte do Grupo RD, e atua nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Goiás e Mato Grosso do Sul. Possui mais de 600 lojas espalhadas pelo Brasil, possui o Programa de Benefício em Medicamentos (PBM) e desde 2004 atua com vendas *online* (Droga Raia, 2019). A Drogasil é a outra empresa que faz parte do Grupo RD desde 2011, atua nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Espírito Santo, Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Goiás, Distrito Federal, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Bahia, Pernambuco, Sergipe, Alagoas, Paraíba e Rio Grande do Norte, e possui mais de 600 lojas espalhadas pelo país (Drogasil, 2019). O Grupo RD possui mais de 1.800 lojas em 22 estados brasileiros (São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Espírito Santo, Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Goiás, Distrito Federal, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Bahia, Pernambuco, Sergipe, Alagoas, Paraíba, Rio Grande do Norte, Tocantins, Ceará, Piauí, Maranhão e Pará), com receita bruta de R\$ 15,5 bilhões em 2018, é a maior rede de drogarias do Brasil em receita e número de lojas. A RD possui uma estrutura logística descentralizada formada por nove Centros de Distribuição (CDs), localizados em sete estados, São Paulo, Minas Gerais, Paraná, Goiás, Rio de Janeiro, Pernambuco e Bahia (Grupo RD, 2019).

A Drogarias Pacheco possui mais de 470 filiais, que estão presentes nos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais, Espírito Santo, Goiás, Paraná e Distrito Federal, emprega mais de 12 mil funcionários e faz parte do Grupo DPSP. Além disso, possui o PBM e o programa de relacionamento Cliente Viva Saúde (Drogarias Pacheco, 2019). A Drogaria São Paulo atua com mais de 700 filiais presentes nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia, Pernambuco, Paraíba e Alagoas, emprega mais de 12 mil funcionários e faz parte do Grupo DPSP. Além disso, possui o PBM e o programa de relacionamento Cliente Viva Saúde (Drogaria São Paulo, 2019). O Grupo DPSP nasceu em 2011, a partir da fusão das redes Drogarias Pacheco e Drogaria São Paulo, possui mais de 1350 lojas em oito estados do Brasil, além do Distrito Federal, e dispõe de seis CDs, localizados nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Minas Gerais, Bahia e Pernambuco (Grupo DPSP, 2019).

A Panvel possui mais de quatro mil colaboradores e mais de 400 lojas distribuídas por diversas cidades do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e São Paulo. A rede oferece, desde 2006, o Programa Fidelidade, e faz parte do Grupo Dimed (Panvel, 2019). O Grupo Dimed, por sua vez, é formado pelas empresas Panvel, Dimed (distribuidora de medicamentos)

e Lifar (divisão de desenvolvimento e fabricação de cosméticos, medicamentos e alimentos). A Dimed possui dois CDs localizados em Eldorado do Sul e Passo Fundo (Grupo Dimed, 2019).

A Farmácia Pague Menos está presente em todas as unidades da Federação e no Distrito Federal, conta com cerca de 1.110 lojas, mais de 22 mil colaboradores, atua em 354 municípios e possui dois CDs localizados em Pernambuco e Hidrolândia. A receita bruta da rede atingiu R\$ 6,3 bilhões em 2018, e lucro líquido de R\$ 102,8 milhões. Além disso, possui o PBM (Pague Menos, 2019). A Drogaria Araujo está presente em todas as regiões de Belo Horizonte e em várias cidades do interior do estado de Minas Gerais (Drogaria Araujo, 2019). Por sua vez, a Farmácias Nissei atua nos estados de Paraná, São Paulo e Santa Catarina, conta com mais de 250 lojas e gera mais de cinco mil empregos (Farmácias Nissei, 2019). Enquanto isso, a Drogaria Venancio atua exclusivamente no estado do Rio de Janeiro, com 73 lojas espalhadas por diferentes bairros da cidade do Rio de Janeiro e em outros municípios como Niterói, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Itaipava (Drogaria Venancio, 2019). Por fim, a Rede Drogal atua no interior do estado de São Paulo e possui o PBM (Drogal, 2019).