



RANGAN, VK

Merck-Medco: Integração Vertical na Indústria Farmacêutica

O período entre 1993 e 1994 marcou uma mudança na indústria farmacêutica norte-americana. Com um desenvolvimento estonteante, três principais fabricantes farmacêuticos adquiriram empresas de distribuição, chamadas de Administradoras de Benefício de Farmácia (PBMs). Estas administradoras de benefício de farmácia proviam uma gama de serviços para grandes empresas auto-seguradas, seguradoras, planos Blue Cross/Blue Shield, organizações de administração de serviços de saúde e planos de saúde do governo que proviam cobertura de medicamentos com prescrição para seus funcionários, aposentados ou associados. A cobertura de mercado das PBMs era medida pelo número de pacientes cobertos em nome destes clientes.

Os serviços da PBM abrangiam o apoio em definir os planos de benefícios de farmácia; processar solicitações de medicamentos com receita submetidas por participantes de planos em farmácias do varejo; revisar receitas para prevenir interações de medicamentos; implementar programas para encorajar o uso de genéricos e medicamentos de marca de custo mais baixo, e aviar receitas de medicamentos por farmácias com serviços de entrega por correio. Estes serviços estavam baseados na capacidade das PBMs em integrar informações financeiras e de cuidados médicos entre pacientes, médicos, farmacêuticos, e os provedores do benefício. Assim fazendo, as PBMs podiam administrar o custo-benefício dos medicamentos, melhorar o uso adequado de medicamentos com prescrição, e melhorar a qualidade dos cuidados com o paciente.

Como é visto na **Tabela A** abaixo, a quantia paga pelas indústrias farmacêuticas pela aquisição das PBMs foi significativa. Em pelo menos um caso o preço de compra representou mais de 45 vezes a receita da PBM adquirida.

Caso LACC # 507-P04 é a versão traduzida para Português do caso # 598091 da HBS. Os casos da HBS são desenvolvidos somente como base para discussões em classe. Casos não devem servir como aprovação, fonte primária de dados ou informação, ou como ilustração de um gerenciamento eficaz ou ineficaz.

Copyright 2008 President and Fellows of Harvard College. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida, armazenada em um sistema de dados, usada em uma tabela de dados, ou transmitida de qualquer forma ou por qualquer meio - eletrônico, mecânico, fotocopiada, gravada, ou qualquer outra - sem a permissão da Harvard Business School.

Tabela A Aquisições de PBM

Companhia controladora	PBM	Data da compra	Preço US\$ (bilhões)	Cobertura de pacientes quando adquirida (milhões)
Merck	Medco	11/1993	\$6,6	38 (cerca de 19 por correio)
SmithKline	Diversified Pharmaceutical Services (DPS)	05/1994	\$2,3	11
Eli Lilly	PCS Health Systems (PCS)	11/1994	\$4,1	50

Subseqüentemente, outros fabricantes farmacêuticos buscaram acordos com outras PBMs principais; a Pfizer Inc. estabeleceu um acordo com a Caremark e a Value Health, enquanto a Bristol-Myers Squibb aliou-se à Caremark. O **Anexo A** fornece uma breve avaliação de várias fusões e alianças.

Em 1995, logo após a compra de sua PBM, a Eli Lilly declarou em seu relatório anual,

A chave para uma abordagem da qualidade total em cuidados médicos é a informação. Seja um cientista pesquisando a cura, um médico procurando um diagnóstico preciso, um farmacêutico aviando uma receita, ou um paciente querendo saber sobre uma doença, tudo depende do uso inteligente de informações para que os resultados sejam positivos...Usando o banco de dados de informações farmacêuticas da PCS nós podemos melhorar a comunicação entre pacientes, médicos, farmacêuticos, e agentes pagadores. Podemos administrar melhor o custo-benefício de tratamentos com medicamentos; melhor analisar e compreender como esses tratamentos estão atuando; e podemos educar melhor os agentes pagadores, fornecedores, médicos e especialmente os pacientes.

Ainda em junho de 1997, dois anos e meio após a euforia inicial, a Eli Lilly anunciou uma redução no valor de US\$ 2,4 bilhões de seu investimento na PCS, reconhecendo que havia pago um ágio acima do valor efetivo pela aquisição da PBM. De acordo com um relatório empresarial,

Quando a Lilly anunciou a compra em meados de 1994, as companhias semelhantes à PCS estavam na moda. Muitos em Wall Street sugeriram que uma grande empresa do ramo farmacêutico como a Lilly não poderia sobreviver sem uma PCS. Afinal de contas, como foi discutido, estas companhias que administram prescrições para milhões de americanos e negociam preços de medicamentos com milhares de empregadores poderiam trocar centenas de milhões de dólares em compras de medicamentos, de uma companhia para outra... Quando a Eli Lilly pagou o enorme valor de US\$ 4,1 bilhões pela PCS Health Systems Inc. em 1994, o executivo principal Randall L. Tobias prometeu que a PCS deixaria de diluir o resultado da companhia controladora até o final de 1996. Ele chamou a PCS de a "jóia" no negócio de processar receitas de medicamentos.

Mas ao invés disso, a PCS se parece mais com o ouro dos tolos. Não somente está longe de acrescentar ganhos por ações à Lilly, como os analistas dizem que está perdendo dinheiro dos acionistas da Lilly, depois de se levar em conta os gritantes US\$ 300 milhões calculados como pagamentos anuais. Além disso, a PCS não fez muito efeito em vender mais medicamentos da Lilly – uma das metas principais da aquisição¹.

Não houve nenhuma reação pública da SmithKline Beecham. Enquanto isso, a Merck-Medco anunciou um crescimento impressionante em despesas com medicamentos de varejo, administração de receitas, e número de coberturas (Veja **Tabela B** para crescimento de 1993 a 1996).

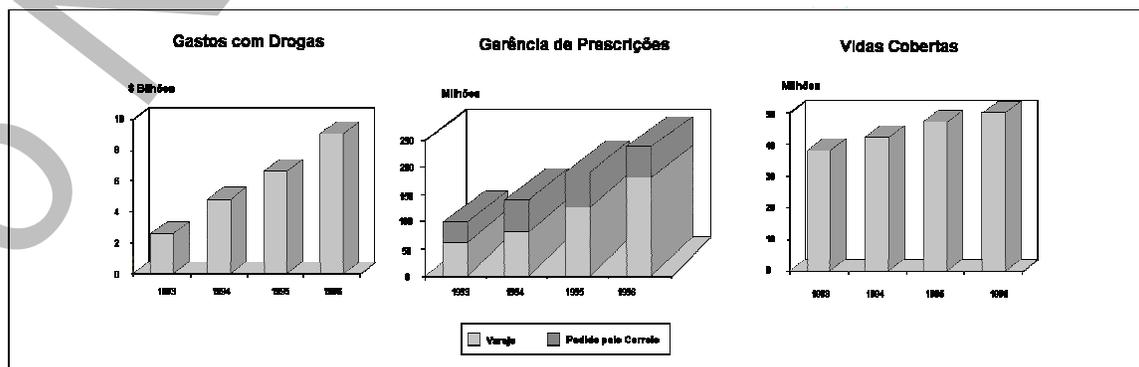
A Medco administrava aproximadamente US\$ 3,0 bilhões em despesas com medicamentos de seus clientes na época da aquisição. Até 1997, havia crescido aproximadamente US\$ 12,0 bilhões, com impressionante ganho de clientes em quase todos os segmentos do mercado de cuidados médicos. A Medco administrava benefícios de farmácia para um pouco mais de 2.000 clientes, o dobro do número na época da aquisição. Dentro dos planos da Blue Cross/Blue Shield, o crescimento em despesas com medicamentos aumentou mais de US\$ 2,3 bilhões, com o acréscimo de clientes da Blue Cross/Blue Shield de Michigan, Massachusetts, Kansas, e outros. As despesas com medicamentos no segmento empregador cresceram US\$ 2,5 bilhões, em parte proveniente do acréscimo de mais de 15 grandes empregadores, incluindo a PepsiCo, Du Pont, e Citibank. O acréscimo de novos clientes de administração de serviços de saúde como o Maxicare, Preferred Care, e Central Massachusetts Health Care contribuíram com um aumento de US\$ 800 milhões em despesas com medicamentos no segmento de administração de serviços de saúde, enquanto novas contas com o governo nos Estados de Arkansas, Carolina do Sul, e Nevada ajudaram nesse segmento, com crescimento de US\$ 733 milhões. Per Lofberg, Presidente da Merck-Medco Managed Care, comentou:

Em virtude da Eli Lilly ter sofrido uma desvalorização no ativo, algumas pessoas podem acreditar que aquisições de PBM são erros estratégicos. Até onde nos interessa, a fusão da Merck-Medco é um sucesso sem precedentes. Ambas, a Merck e a Medco desabrocharam na companhia uma da outra. Hoje, a jogada crítica em cuidados com a saúde é administração de saúde. A empresa precisa poder integrar as funções de P&D, manufatura e distribuição a fim de efetivamente poder executar tal estratégia. Nós estamos com todas as peças no lugar e estamos entusiasmados com as possibilidades.

Ray Gilmartin, o novo CEO da Merck, sucessor de Roy Vagelos, em junho de 1994 relatou esta perspectiva:

Muitos na indústria consideraram a Medco uma distribuidora, mas nós vimos isto diferentemente. Com os custos farmacêuticos superando de longe a inflação nas despesas nacionais de cuidados com a saúde, muitos acreditavam que nós estávamos a caminho da “comoditização” e competição de preços. Pelo contrário, nós vimos o imenso potencial de agregar valor. Éramos e continuaremos sendo um dos principais provedores de medicamentos inovadores. Nós tivemos uma grande oportunidade para aumentar o bem estar dos pacientes, unindo-os aos farmacêuticos e médicos por uma rede de informações.

Tabela B Crescimento da Merck-Medco de 1993 a 1996



Histórico do Setor

O setor farmacêutico americano, de US\$ 65 bilhões de dólares em 1997, era composto por três produtos principais: medicamentos de marca, versões genéricas de medicamentos de marca sem proteção de patente, e medicamentos sem prescrição (OTC - **O**ver **T**he **C**ounter). Os dois primeiros tipos de medicamentos somente poderiam ser obtidos com a prescrição de um médico. No início dos anos 90, os medicamentos de prescrição respondiam por 80% das vendas e dos lucros da indústria, com os medicamentos OTC respondendo pelo restante. Os medicamentos também foram classificados por categoria terapêutica. Tipicamente uma área terapêutica poderia utilizar todos os três tipos. Por exemplo, na categoria de gastrointestinal a pessoa poderia encontrar medicamentos de marca, patenteados, como o Pepcid, genéricos e medicamentos OTC, como o Mylanta e o Pepcid AC, a versão OTC do Pepcid.

Em meados da década de 90, aproximadamente 25% dos produtos farmacêuticos eram utilizados em dependências clínicas (hospitais, asilos, e outras instalações de pacientes internados), enquanto 75% eram utilizados em pacientes de ambulatório. Esses medicamentos eram distribuídos através de atacadistas, aos hospitais, às HMOs (*Health Maintenance Organizations*), e farmácias de varejo. Nos EUA havia aproximadamente 80 atacadistas de medicamentos que distribuíam principalmente medicamentos de marca (80%) assim como também produtos genéricos (20%) para aproximadamente 60.000 pontos de varejo. Os atacadistas de medicamentos distribuíam seus produtos via 260 centros de distribuição e tinham margens de lucro bruto de 5 a 8 %, com os atacadistas principais alcançando vendas que excediam mais de US\$ 2 bilhões. Um dos segmentos de varejo que mais rapidamente crescia era o de farmácia com serviços pelo correio, que tinha crescido de menos que US\$ 2 bilhões em 1990 para quase US\$ 8 bilhões até 1997. Algumas das maiores farmácias com serviços pelo correio compravam diretamente do fabricante, escapando do atacadista.

Tradicionalmente, o sucesso na indústria farmacêutica era guiado pelo desenvolvimento de medicamentos éticos patenteados com marcas. O desenvolvimento bem sucedido e a aprovação do FDA (Food and Drug Administration) de um medicamento inovador, ou de grande sucesso, se este estiver na categoria terapêutica principal, podia significar centenas de milhões de dólares em vendas². Reciprocamente, quando uma patente expirava, o medicamento era exposto à competição genérica, que poderia resultar em um rápido declínio de vendas. Por exemplo, em 1993, quando o Voltaren, medicamento da Novartis para artrite, saiu de patente, as vendas caíram 23%, de US\$ 357 milhões para US\$ 275 milhões.³ As dinâmicas da prescrição são vistas nos **Quadros 1 a 3** em anexo. O **Quadro 1** ressalta o número de medicamentos de grande sucesso das principais companhias farmacêuticas. O **Quadro 2** indica os medicamentos líderes por categoria terapêutica, e o **Quadro 3** indica o valor estimado dos medicamentos, que perderam a proteção de patentes de 1994 até 2002.

A competição por liderança das categorias terapêuticas fundamentais era intensa. Por exemplo, a Merck lutava com a Bristol Myers na área de cardiovasculares, onde o Vasotec da Merck liderava em relação ao Capoten da Bristol no tratamento de hipertensão usando inibidores de ECA (enzimas conversoras da angiotensina); o Zocor e Mevacor, redutores de colesterol da Merck, sobrepujaram o Pravachol da Bristol. Enquanto a Merck era a principal participante em medicamentos cardiovasculares, ocupava o segundo lugar em outras categorias terapêuticas, como terapia para úlcera, onde o seu produto Pepcid ocupava um distante segundo lugar em relação ao Zantac da Glaxo. Enquanto eficácia terapêutica geralmente era a chave determinante de um medicamento de grande sucesso, a reputação do fabricante, vendas e efetividade de marketing também eram fatores importantes na sustentação de volume de vendas.

Pesquisa eficiente e desenvolvimento eram vitais para as companhias de medicamentos. Os fabricantes de produtos farmacêuticos gastavam bilhões de dólares desenvolvendo e orientando seus produtos para o mercado. As estimativas sugeriam que as companhias farmacêuticas investiam quase

US\$ 300 milhões, durante um período de dez anos, antes que um produto alcançasse o mercado⁴, com somente um produto em cada 10.000 projetos chegando de fato ao comércio. Nas fases preliminares de desenvolvimento, os farmacologistas testavam centenas de compostos para determinar aqueles candidatos mais prováveis ao êxito na luta contra uma determinada doença. Foi testada então a viabilidade destas combinações em animais para se determinar a provável eficácia e os efeitos colaterais em humanos. Baseados nesse sucesso, os fabricantes solicitavam ao FDA uma aplicação investigativa do novo medicamento, informando ao órgão que eles começariam testes em humanos dentro de 30 dias, a menos que houvesse uma objeção pelo FDA.

Antes de o medicamento ser colocado no mercado, as companhias produtoras requeriam aprovação do FDA, em um processo que continha três fases de testes clínicos em seres humanos. As estimativas do FDA indicam que somente um a cada 20 medicamentos passava com sucesso por todas as três fases de testes clínicos.⁵ Durante a Fase I, o fabricante dava o medicamento testado a pessoas saudáveis, em dosagens crescentes, para determinar sua segurança. Se as exigências de segurança fossem satisfeitas, então o medicamento prosseguia para os testes da Fase II, na qual o medicamento era administrado a pacientes que sofressem da doença para a qual estava sendo desenvolvido. Os testes da Fase II geralmente incluíam uma população maior e um período de testes mais prolongado que a Fase I.

Os medicamentos que passassem na Fase II entravam na rigorosa e complexa Fase III onde eram testados em um grupo maior de pacientes para determinar sua segurança, eficácia, e exigências de dosagem.

Em anos mais recentes, uma crescente pressão vinha sendo aplicada para agilizar o processo de aprovação de medicamentos, que havia aumentado para um prazo médio de 12 anos. Dado que aquelas companhias farmacêuticas solicitavam 17 anos de patente a partir da descoberta do composto, muitos fabricantes tiveram só cinco anos no mercado antes do vencimento de suas patentes. Como os custos com as descobertas aumentaram, os fabricantes estavam sob grande pressão para aumentar o rendimento de suas atividades de pesquisas e desenvolvimento. Adicionalmente, para suprir o fluxo de produtos novos, muitas empresas tinham embarcado em parcerias com outras empresas farmacêuticas. Por exemplo, no início dos anos 90, a Merck assinou uma aliança estratégica com a fabricante sueca Astra, para a venda dos compostos da Astra nos Estados Unidos. A Astra contribuía com o produto clínico, enquanto a Merck fornecia experiência em vendas e marketing na aprovação dos medicamentos ao longo dos testes clínicos do FDA, para obter a aprovação do produto.

No início de 1990, a indústria de cuidados com a saúde estava sob ataque. Os gastos com cuidados com a saúde tinham crescido até aproximadamente 12% do PIB. Os empregadores estavam seriamente preocupados com seus custos de cuidados com a saúde e estavam tomando medidas para reduzi-los. A fraca economia norte-americana do final dos anos 80, e a subsequente redução de emprego, tinham deixado uma envelhecida e ansiosa força de trabalho, também preocupada com cobertura de cuidados com a saúde. Logo após sua eleição em 1992, o Presidente Clinton formou uma força-tarefa focalizada em custos e cobertura de cuidados com a saúde. A indústria farmacêutica, tradicionalmente removida do quadro, uma vez que representava aproximadamente apenas 8% dos custos de saúde, achou-se cada vez mais em xeque, em virtude dos preços ascendentes de seus produtos e de suas margens de lucro. "Nos Estados Unidos a publicidade intensificada expôs os preços dos produtos farmacêuticos à hiperinflação de longo prazo e uma grande discrepância entre os preços dos medicamentos nos Estados Unidos e em países estrangeiros. Os fabricantes de medicamentos foram acusados de obter lucros exorbitantes às custas dos doentes e dos idosos".⁶

O plano Clinton pedia cobertura universal, sob a orientação do National Health Board que definia um pacote básico de benefícios e revisava os preços. Os grandes empregadores e as alianças regionais

poderiam contratar prestadores de serviços de saúde através de HMOs, taxas de serviços, ou planos combinados, com empregadores individuais contribuindo com 80% do custo dos prêmios de cuidados com a saúde e os participantes pagando os 20% remanescentes.

Mesmo com a administração Clinton procurando seguir sua iniciativa de serviços de saúde (a qual foi mais tarde arquivada por falta de consenso político), havia mudanças significativas na indústria. A indústria de serviços de saúde começou a se mover de um ambiente tradicional de honorários por serviços, dominada por médicos individuais e especialistas encaminhando os pacientes a hospitais, para um ambiente que crescentemente enfatizava as organizações MCO (**M**anaged **C**are **O**rganizations), tais como as organizações PPOs (**P**referred **P**rovider **O**rganizations) e organizações HMOs (**H**ealth **M**aintenance **O**rganizations). **O anexo B** provê uma descrição destes sistemas de fornecimento de serviços de saúde. Enquanto os médicos de serviços de saúde não administrados / consultório privado tinham respondido por 60% das vendas de produtos farmacêuticos em 1986; em 1992 essa porcentagem já tinha caído para 43%. (Veja **Quadro 4**) Complementarmente, a participação das PPOs e das HMOs subiu de uma participação combinada de 7% em 1986 para 22% em 1992. Em 1995, a IMS (Managed Services Care) informou que a administração de serviços de saúde respondia por 52.5% do total das vendas de produtos farmacêuticos, e muitos esperavam que a participação do mercado de administração de serviços de saúde alcançasse 90% até o ano 2000. No início de 1990, calculava-se que metade das PPOs tivessem um programa de benefício de medicamentos, com mais de 90% de HMOs tendo algum tipo de plano para medicamentos com receita, tanto como um benefício básico, ou como complementar, tipicamente comprado junto com o benefício básico.

A mudança de honorários pagos por serviço para a administração de serviços de saúde, teve um impacto profundo tanto em empresas administradoras de saúde como nas companhias farmacêuticas. Em um ambiente controlado pelos médicos, o preço raramente era questionado, pois as companhias de seguro pagavam pelos medicamentos prescritos. Em administradores de serviços de saúde, as organizações que dependiam de controle de custos para obter rentabilidade e sobreviver, certificavam-se de que cada elo da cadeia de valor fosse conhecedor dos assuntos de custos. As MCOs tentaram usar o seu poder de compra para garantir descontos em medicamentos, produtos médicos, serviços médicos e hospitalares. Algumas empregaram substituição terapêutica ou troca⁷ na qual um medicamento de custo mais baixo era usado, em vez de outro mais caro, se a eficácia fosse semelhante. Realmente, a preferência das MCOs para substituição por genéricos foi a principal razão da participação dos genéricos ter subido, em todas as prescrições, de 22% em 1985, para 43% em 1995 e previa-se que alcançasse 66% até o ano 2000.

A mudança no ambiente de administração de serviços de saúde teve um impacto significativo na forma de como os produtos farmacêuticos eram vendidos. Um observador do segmento contrastou o tradicional processo de promoção de medicamentos junto ao médico com uma venda em um ambiente de administração de serviços de saúde.

Na primeira visita, o representante vê o médico entre as consultas dos pacientes e tem aproximadamente dois minutos de contato pessoal. Visitas subseqüentes envolverão mais literatura do produto, materiais de escritório, refeições e outros brindes; patrocínio de seminários "educacionais" em locais finos. Com o passar do tempo, com grande persistência e visitas constantes - o fato do preço não ser historicamente a preocupação primária - o representante desenvolvia um diálogo com o médico. E, uma vez que os médicos prescrevessem um medicamento, eles normalmente permaneciam leais a ele.

Ao contrário, visitas das MCOs são feitas estritamente com horários marcados com o diretor de compras, do comitê de formulários dos departamentos médicos e administradores. São necessárias informações detalhadas do produto sobre a área terapêutica e medicações alternativas. A

contribuição do médico é importante, mas respeitando-se os níveis básicos de segurança e eficácia do medicamento, os critérios financeiros do grupo freqüentemente orientam as decisões de compra.⁸

Além disso, a ênfase crescente em administração de serviços de saúde distanciou os representantes farmacêuticos dos médicos. Por exemplo, algumas HMOs, ansiosas por forçar recomendações de formulários (isto é: uma lista de medicamentos aprovadas por peritos do comitê da HMO como sendo terapêuticamente efetivas e de boa relação custo-benefício), proibiram visitas de representantes aos médicos. Em outros casos, os representantes que tinham acesso aos médicos achavam que os médicos tinham menos tempo para visitas, pois estavam cada vez mais sendo forçados a não prescrever produtos que não fossem dos formulários.

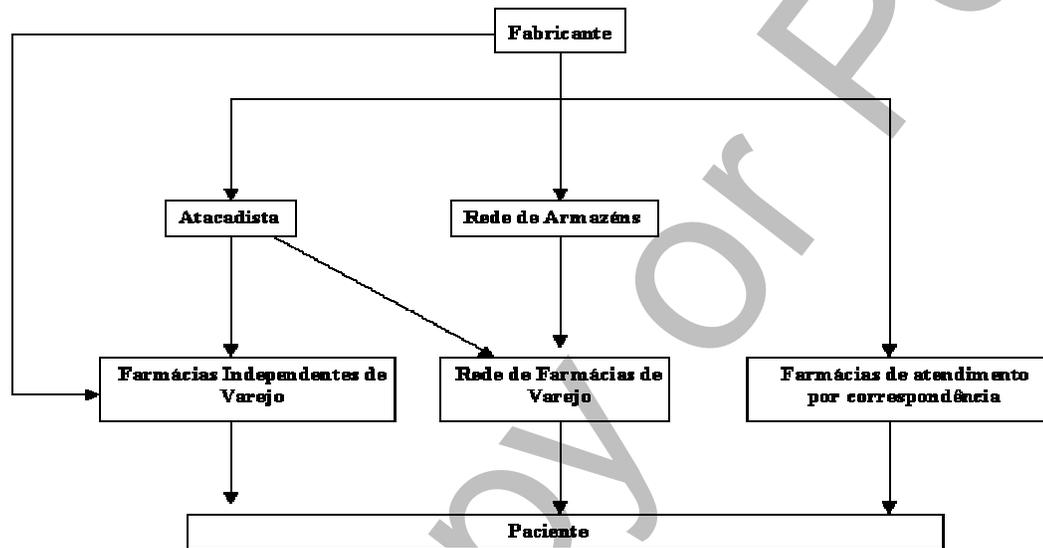
Apesar de seu declínio na participação de mercado, os honorários por serviço permaneceram um importante segmento do mercado. Como o mercado mudava para administração de serviços de saúde, as MCOs atraíam predominantemente os inscritos mais jovens, mais saudáveis. Como resultado, em uma base per capita, as organizações de administração de serviços de saúde utilizavam menos medicamentos em volume e menos dólares do que os sistemas de honorários por serviços. Porém, quando as MCOs realmente prescreviam medicamentos, a prescrição era aviada e o medicamento tomado mais freqüentemente do que no caso de honorários por serviço.

Além das mudanças no canal de distribuição farmacêutico tradicional, o canal de distribuição pelo correio começou a crescer rapidamente. O serviço de correio não era novo para o setor farmacêutico, tendo começado em 1946 quando a Veterans Administration (VA) começou a enviar prescrição de medicamentos a veteranos de guerra pelo serviço postal. Além da VA, a American Association of Retired Persons (AARP), uma Associação de Aposentados, começara a distribuição pelo correio para seus sócios em 1959. Muitos atribuíram o rápido crescimento em vendas por correspondência, de menos que US\$ 100 milhões em 1981 para US\$ 8 bilhões em meados dos anos 90, a uma ênfase crescente em controle de custos e um processo mais eficiente de se aviar as prescrições e distribuir os medicamentos. As empresas de serviços por correio compravam os medicamentos diretamente do fabricante e proviam um estoque para 90 dias de medicação, em lugar de um estoque tradicional de 30 dias, reduzindo assim o co-pagamento anual do cliente. O paciente fazia somente um co-pagamento por um estoque de 90 dias, em lugar de um para cada 30 dias. Mas, mais importante ainda, o patrocinador do plano economizava custos significativos com o medicamento, por causa do preço mais baixo dos serviços de correio (de 5% a 15%) comparados com a venda a varejo. Como resultado, o canal de vendas por correspondência era melhor, estava mais adequado às condições crônicas que exigiam repetidos aviamentos de prescrições. Para compensar a falta de contato pessoal, as farmácias de serviços de correio ofereciam uma gama de serviços que incluíam 24 horas de acesso a farmacêuticos registrados, lembretes para novas aquisições, rótulos em Braille, e comunicações adequadas para deficientes auditivos.

Administração de Benefício de Farmácia

Como sintetizado na **Figura A** abaixo, os fabricantes farmacêuticos forneciam produtos a atacadistas, redes e varejistas de farmácias independentes, ou varejistas de serviços por correio, que por sua vez forneciam os produtos aos consumidores. (No caso de atacadistas, os produtos passavam por um nível adicional de distribuição a varejo antes de alcançar os consumidores.). Um frasco de pílulas vendido pelo fabricante ao atacadista a um preço de US\$ 100 (com talvez um desconto adicional de 2% por pagamento em dinheiro) seria listado a varejo por aproximadamente US\$ 125, chamado de preço médio de atacado (Average Wholesale Price - AWP). As farmácias de varejo compravam medicamentos de prescrição com um desconto de 18% a 20% do AWP. A margem do atacadista normalmente estava entre 5% a 8%.

Figura A Distribuição Física dos Produtos Farmacêuticos



O AWP também era usado pelas organizações de administração de serviços de saúde, administradoras de benefícios de farmácia e seguradoras, como um índice para negociar taxas de reembolso de produtos farmacêuticos para farmácias de varejo. Antes das PBMs, os planos de saúde e as seguradoras reembolsavam as farmácias de varejo por produtos farmacêuticos a uma taxa acima do AWP. Além disso, as farmácias recebiam honorários de vários dólares para cada prescrição aviada.

Uma das mudanças de mercado incentivada por administradores de benefícios de farmácia, em nome dos agentes pagadores de cuidados médicos, era negociar taxas de reembolso mais baixas das farmácias de varejo, em troca de sua inclusão nas redes de planos de saúde particulares ou de empresas. Como resultado destas negociações, as farmácias de varejo eram reembolsadas por produtos farmacêuticos abaixo dos índices de AWP, contribuindo para abaixar os custos médicos. Além disso, a competição criada por PBMs entre as farmácias de varejo, também reduziu o pagamento de taxas pagas por agentes pagadores de cuidados médicos.

Ao aviar uma receita de um paciente coberto por um plano de PBM, o farmacêutico recebia um pequeno co-pagamento do paciente pelo remédio, e eletronicamente submetia a solicitação de ressarcimento ao administrador de benefícios de farmácia para a diferença. A PBM reembolsava então a farmácia de acordo com o combinado como taxa de atendimento e de desconto do produto farmacêutico, que tinha sido negociado abaixo do preço médio de atacado. Por sua vez, a PBM submetia aos patrocinadores dos planos a fatura do seu próprio reembolso, mais uma pequena taxa de administração.

A simplificação desde o ponto de varejo até o pagador foi provida pela rede eletrônica da PBM. As PBMs como a Merck-Medco e PCS tiveram aproximadamente 50.000 farmácias de varejo participando nas suas redes. Muitas farmácias (além daquelas que eram proprietárias de HMO) eram membros de várias redes de PBM.

Trabalhando em nome dos seus clientes, as corporações ou organizações de administração de serviços de saúde (tais como HMOs), tinham como meta da PBM reduzir os custos e aperfeiçoar o uso de medicamentos, mantendo a qualidade. Os clientes de PBM eram variados. As estimativas indicavam que cerca de um terço eram empregadores com seguro próprio, outro terço eram HMOs, e o terço restante eram PPOs e seguradoras de indenização. As HMOs freqüentemente contratavam uma PBM para administrar os benefícios de medicamento de seus associados e prover a HMO com dados de utilização de medicamento, com aproximadamente 57% de HMOs nos Estados Unidos usando uma PBM para administrar seu programa de benefícios de farmácia.

Enquanto inicialmente as PBMs se focalizavam principalmente em processos de reembolsos, com o aumento da administração de serviços de saúde, as PBMs cresceram em extensão e em meados dos anos 90 tinham desenvolvido mecanismos para controlar principalmente os custos de medicamentos, através de descontos negociados com redes de farmácia, administração e desenvolvimento de formulários, e abatimentos de fabricantes de medicamentos de marca. Um serviço completo de PBM foi responsável pelo planejamento, implementação, e programa de administração de benefícios de farmácia e tinha quatro características definidas: processo de reembolsos e adjudicação, administração da rede de farmácias, desenvolvimento de formulários e administração para clientes, e negociações de abatimentos com fabricantes farmacêuticos. Algumas PBMs, como a Medco, tinham desenvolvido as divisões de vendas por correio, enquanto outras, como a PCS, só as tinham montado recentemente. Fazendo um comentário sobre o seu papel crescente em administração farmacêutica pró ativa, ao invés de uma distribuição passiva, um executivo de PBM observou,

Com a evolução para administração de serviços de saúde, houve mais interesse por parte dos pagadores em encontrar intermediários que sirvam como guardas, para monitorar como o cuidado é prestado, influenciar os padrões de práticas médicas e negociar com os médicos e hospitais para melhorar a qualidade dos cuidados. O que nós estamos fazendo em benefícios de farmácia é um microcosmo disso.⁹

Lenta, mas seguramente, as PBMs tornaram-se participantes significativas no mercado de serviços médicos, com algumas estimativas indicando que cerca da metade da população norte-americana recebia benefícios de farmácia através de uma PBM¹⁰. O setor estava altamente concentrado, com as cinco maiores empresas responsáveis por administrar os benefícios de mais de 80% dos participantes de planos de saúde cobertos por PBMs.¹¹ (Veja no **Quadro 5** uma lista das 12 maiores PBMs, inclusive o número de vidas cobertas, receitas emitidas por ano e o número de farmácias sob contrato). PCS, a maior, teve suas origens em processos de reembolso. A Merck-Medco, a segunda maior PBM, cobria aproximadamente 50 milhões de vidas e teve suas raízes em serviços de farmácia por correio. Ao contrário, Diversified Pharmaceutical Services era uma subsidiária de uma das maiores empresas de gestão de HMO, a United HealthCare. Muitos planos de saúde grandes, tais como a Kaiser Permanent, executavam suas funções de PBM internamente em lugar de contratar uma empresa terceirizada. O **Quadro 6** mostra as cinco participantes mais importantes em serviços de farmácia pelo correio. A Merck-Medco era de longe a empresa dominante, com 50% do mercado.

O que elas fazem?

Em meados de 1980, as PBMs tinham gerado valor através de processamento de reembolsos de remédios, mas na metade dos anos 90, as PBMs estiveram crescentemente envolvidas em gerenciar custos e fornecer serviços aos seus clientes tais como planejamento de formulários e a área emergente

de administração de endemias. Genericamente, os serviços de PBMs estavam categorizados nas tradicionais funções administrativas, de pouco acréscimo de valor, e a mais recente e inovadora função de controle do uso de medicamentos. As principais funções administrativas incluíam:

- Desenvolvimento e manutenção de uma rede de suprimentos. As PBMs recrutavam farmácias, negociavam preços e condições de pagamento e contratos com farmácias, para assegurar um nível ótimo de cobertura.
- Processamento de reembolsos. As atividades incluíam adjudicação de solicitações on-line, pagamento a provedores, manutenção de registro e informação aos clientes.
- Planejamento dos planos de benefícios. Quanto o patrocinador do plano definia as condições do programa de benefícios, inclusive os medicamentos cobertos, exclusão e limites, provisão de participação de custos tais como co-pagamento diferencial para genéricos ou medicamentos preferidos, e aviamento de prescrições por correspondência, as PBMs forneciam uma variedade de opções e alternativas como contribuição ao sistema.

Enquanto as funções administrativas da PBM serviam para fazer o sistema existente caminhar eficientemente, sua função de controle do uso de medicamentos buscava ativamente administrar e orientar os medicamentos receitados pelo médico. As principais funções de controle do uso de medicamentos, do desenvolvimento e administração de formulários, revisão do uso de medicamentos, e administração de doenças são discutidas abaixo.

O **uso de formulários**¹² era a ferramenta principal no controle do uso de medicamentos. As PBMs usaram formulários para ajudar a controlar o custo dos medicamentos utilizados por seus clientes, encorajando o uso de medicamentos de formulário através de programas de concordância que informavam os médicos e associados sobre os medicamentos que estavam no formulário; limitando o número de medicamentos cobertos pelo plano; ou desenvolvendo incentivos financeiros que encorajassem o uso de produtos incluídos no formulário. No desenvolvimento de formulários as PBMs usavam a farmácia e comitês terapêuticos compostos por farmacêuticos e médicos para analisar a segurança, a eficácia e a possibilidade de substituição dos medicamentos com receita. As PBMs usavam as recomendações do comitê para desenvolver formulários com um número suficiente de medicamentos que dessem ao médico várias opções de tratamento.

Havia três tipos de formulários: aberto, baseado em incentivos e fechado. Os formulários abertos, usados pela grande maioria das PBMS, não penalizavam os associados se os seus médicos prescrevessem medicamentos não constantes no formulário; todos os medicamentos estavam cobertos ou eram reembolsados, constassem ou não do formulário. Sob um formulário baseado em incentivos, o plano de saúde ainda reembolsava o participante por medicamentos não constantes no formulário, mas requeria um co-pagamento mais alto pelo participante do que se fosse um medicamento do formulário. Um formulário fechado limitava o pagamento somente a medicamentos do formulário, a menos que o médico determinasse que um medicamento não constante da lista fosse terapeuticamente necessário para o paciente.

As PBMs usaram revisões de utilização de medicamento (DUR – Drug Utilization Review) para “aumentar a qualidade dos cuidados farmacêuticos e potencialmente gerar economias”. Havia dois tipos de DUR, retrospectiva e simultânea. Com a DUR retrospectiva, as PBMs analisavam as práticas de utilização de medicamentos para identificar qualquer situação onde potencialmente fossem receitados medicamentos impróprios. Quando uma PBM identificava padrões impróprios de consumo ou prescrição, a PBM contatava o médico a respeito de opções de tratamento com melhor potencial custo benefício. A DUR simultânea acontecia quando o medicamento era aviado. Quando um associado apresentava uma receita, o computador da farmácia conectado com a PBM revia a

prescrição e identificava se havia alternativa de genérico ou medicamento de formulário para o medicamento prescrito. O sistema também analisava se a prescrição duplicava uma prescrição existente ou se interagira adversamente com outro medicamento que o associado estivesse tomando. Se fosse identificado um medicamento não constante no formulário, duplicado, ou potencialmente prejudicial, o farmacêutico era informado pela tela do computador.

Com o passar do tempo, as PBMs acharam que os médicos estavam ficando mais confortáveis com o uso de mecanismos de controle de medicamento tais como formulários e DUR. Um executivo de PBM comentou,

Não é mais considerado estranho quando um agente pagador lhes pede que sejam mais conscientes dos custos, quando prescreverem suas receitas. Nós normalmente estamos lidando com médicos, para quem uma parte significativa da sua prática vem de planos financiados que nós representamos. Quando lhes telefonamos para dizer que estamos chamando em nome da GE e se um produto é tão terapêuticamente apropriado quanto o outro, nosso cliente agradecerá se ele prescrevesse um medicamento mais barato. Eles estão receptivos à nossa mensagem, se um número significativo dos seus pacientes forem funcionários GE.

A terceira função do controle de uso de um medicamento pelas PBMs era **gestão de saúde** (também chamada de **gestão de doenças**), uma atividade relativamente nova. Sob administração de saúde, as PBMs buscavam controlar os custos com cuidados com a saúde e melhorar os cuidados com condições crônicas (por exemplo, asma e diabetes), desenvolvendo programas específicos para tratamento dessas condições. No tratamento destas condições crônicas, uma pequena porcentagem de pacientes freqüentemente incorria numa participação desproporcional do custo. As PBMs avaliavam as opções de tratamento existentes na pesquisa médica e identificavam um programa de tratamento que resultasse em melhor administração de terapia e custos mais baixos. Quando o programa de administração foi desenvolvido, a PBM educava ambos, os associados do plano e seus médicos, sobre o programa de tratamento de melhor custo-benefício e monitorava a adesão ao programa.

O tratamento de diabetes foi o foco principal para os programas de administração de doença das PBMs. Por exemplo, a pesquisa mostrou que um melhor controle e administração dos glicêmicos poderia reduzir as complicações associadas com diabetes em até 60%. Além disso, um controle de glicose significativamente melhor podia ser alcançado simplesmente melhorando a auto-administração e a adesão do paciente a cuidados padronizados. Em uma plataforma de administração de doença completamente funcional, uma PBM, usando seu banco de dados de receitas, podia identificar aqueles pacientes que estavam de acordo com certos critérios específicos, baseados nas prescrições escritas e aviadas. A PBM poderia projetar então uma campanha de educação dupla, direcionada ao paciente e ao médico que prescrevia. O paciente era contatado e lhe era dado um boletim informativo, uma linha direta 800 para informações, aconselhamento, e encaminhamento sobre educação de diabetes e um relatório de avaliação inicial. Da mesma forma, o médico recebia um boletim informativo, uma linha direta de informações, e um relatório de avaliação inicial, e trabalhava com os pacientes para controlar melhor suas doenças. (Veja **Quadro 7**.)

Como funcionam?

Apesar de terem tido apenas um impacto modesto no fluxo de distribuição, as PBMs tiveram significativo impacto nos fluxos de informações e financeiros. Em meados da década de 1990, a PBM tinha duas fontes de renda: desconto dos fabricantes e taxas de administração dos seus clientes. Algumas PBMs, como a Medco, que operavam por meio de remessas postais, tinham um terceiro fluxo de renda através desta fonte.

Bonificação do Fabricante Tipicamente, uma PBM negociava com os fabricantes de medicamento para obter abatimentos para um patrocinador de plano (um empregador, uma seguradora, ou um MCO). O montante do desconto dado dependia de uma série de fatores, inclusive o número de vidas cobertas pela PBM, sua política de formulário, e a demanda por um medicamento em particular. Por exemplo, um medicamento de marca que estivesse vendendo bem só teria pequenos descontos, ou até nenhum, a menos que a PBM pudesse prover uma oportunidade para significativamente trocar a participação dele no mercado, ou a menos que a PBM estivesse disposta a incluir em seu formulário um pacote de produtos do fabricante que incluíssem o medicamento de sucesso assim como produtos não tão solicitados. Uma parcela significativa da bonificação, de 80 a 100% era passada para o patrocinador do plano (empregador).

Taxas de administração As PBMs cobravam do patrocinador de seus planos uma taxa para cada prescrição processada. Embora essa taxa fosse variável, ela ia de US\$ 0,40 a US\$ 0,60 por transação em farmácia de varejo. Era considerado ser a commodity final do negócio com pouco a ser feito para melhorar as margens de lucro.

A PBM também negociava com farmácias de varejo para obtenção de descontos em preços de medicamentos com receitas e taxas de aviação de receitas, para associados de planos de saúde. Para cada prescrição, uma PBM reembolsava as farmácias participantes, de acordo com uma fórmula baseada num preço médio do medicamento no atacadista, (AWP) menos um desconto negociado de 10 a 15 por cento, mais uma taxa pelo aviação da receita. As farmácias recebiam o co-pagamento do paciente e eletronicamente submetiam a reivindicação a PBM para o saldo. A PBM reembolsava a farmácia e cobrava do patrocinador do plano os custos mais a taxa administrativa. As PBMs encorajavam as farmácias a apoiar outros programas de redução de custo, como substituir um medicamento de marca por um genérico quando apropriado¹³.

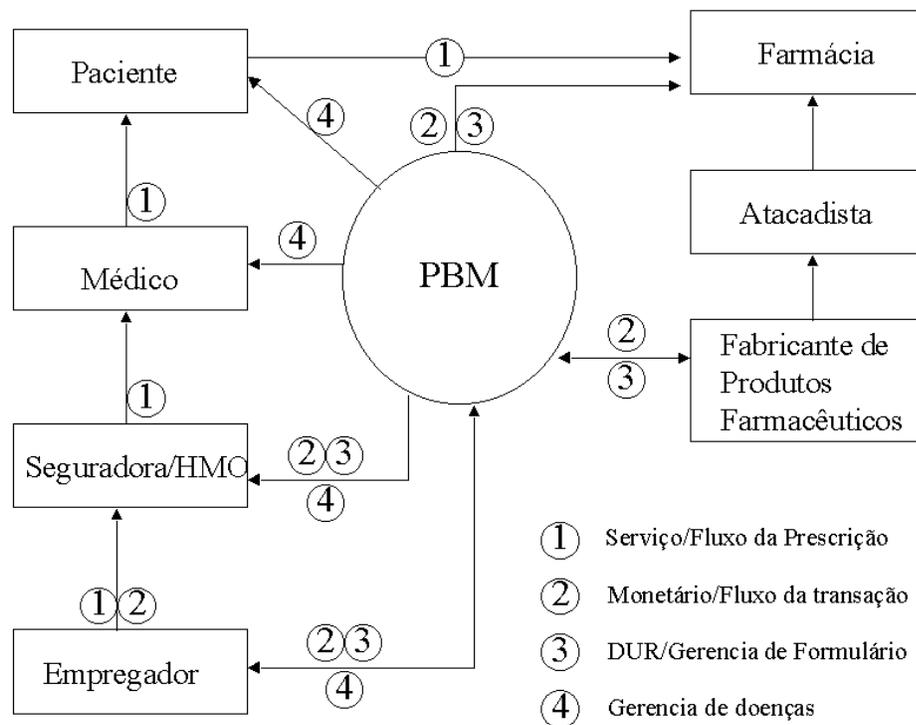
Para uma farmácia, a computação on-line da PBM para verificar as solicitações de reembolso e processar pagamentos era muito importante. Uma PBM fornecia ao seu cliente um cartão com código magnético, que o farmacêutico usava para confirmar a sua filiação ao plano de saúde e acessar a PBM na tela do terminal de computador da farmácia. A tela da PBM produzia uma mensagem relativa à situação do medicamento solicitado no formulário, potenciais interações do medicamento, exigências para co-pagamentos, capacitação para o farmacêutico submeter eletronicamente solicitações e ser reembolsado pelas PBMs, um método muito superior e de melhor custo benefício que os métodos tradicionais que se apoiavam em solicitações feitas pelo correio.

A segunda principal influência da PBM era a sua posição como um repositório central e distribuidor de informações. Como parte do processamento de solicitações de varejo e serviços de aviação de receitas pelo correio, as PBMs tiveram disponíveis e agregados, durante um certo tempo, dados identificáveis de não pacientes em relação a prescrição, utilização e gastos. Estes dados eram uma melhoria marcante em relação ao que estava disponível para as companhias farmacêuticas, que tradicionalmente somente tinham acesso a informações baseadas em receitas médicas e com que frequência elas eram prescritas. Dados longitudinais sobre prescrição, utilização, e despesas em grandes contingentes de pacientes proporcionaram às PBMs uma oportunidade para melhorar o uso apropriado de medicamentos com receita para ajudar a melhorar a saúde dos pacientes e reduzir os custos de cuidados médicos globais. Adicionalmente, as PBMs podiam fornecer aos seus clientes relatórios que caracterizavam a adesão. Como resultado, as PBMs foram uma conexão central crescente na indústria de cuidados médicos: entre as farmácias e os pacientes, entre as PBMs e médicos com informações relativas à administração de doença e intercâmbio terapêutico, e entre as PBMs e clientes pagadores. A **Figura B** resume estes vínculos.

Como previamente observado, a presença das PBMs não alterou *como* os medicamentos eram distribuídos. Porém, foi crescentemente responsável por determinar *quais* medicamentos seriam prescritos e como eles seriam usados. Um executivo de PBM observou,

Quando nós éramos uma intermediária passiva, a indústria farmacêutica não nos prestou basicamente nenhuma atenção; porque o médico escrevia a receita e o farmacêutico a aviava, não havia nenhuma influência... Com este papel mais pró-ativo, uma importante nova dimensão foi aberta. Nós podemos ir até o ponto de influenciar os médicos, que prescrevem padrões e assim podemos influenciar a participação de medicamentos no mercado, temos a possibilidade de negociar com os fabricantes de produtos farmacêuticos de formas que não eram possíveis de serem feitas no passado.¹⁴

FIGURA B – O papel da PBM no Fluxo de Produtos Farmacêuticos.



Como isto afeta os clientes

O impacto de uma PBM no paciente usuário final variava. Quando um empregado se registrava em um programa de benefícios de farmácia, ele recebia um cartão da farmácia codificado, pelo qual os farmacêuticos conectavam à PBM on-line. Quando o farmacêutico lia eletronicamente o cartão de um paciente e entrava com informações sobre uma prescrição recebida, o computador central da PBM conferia isso com todo o histórico disponível do paciente, como por exemplo, outras prescrições aviadas independentemente da farmácia que tenha efetuado essa transação. O sistema on-line fornecia a elegibilidade e dados de co-pagamento além de *Edit*. *Edit* era um termo do setor, usado para descrever uma mensagem para o farmacêutico da PBM com um alerta a respeito das interações

do medicamento, informações de reposição, produtos preferidos, aprovações anteriores, etc. *Edits*, porém, não revelavam a doença de um paciente ou o histórico do medicamento. Essas informações permaneciam seguras no banco de informações centrais da PBM.

As experiências dos pacientes variavam consideravelmente, dependendo de vários fatores. Veja os seguintes exemplos,

John Brown, uma pessoa geralmente saudável de 20 anos de idade, tem uma forte dor de garganta. Como membro de uma PPO, ele vai ao médico que identifica a condição como uma infecção bacteriana e prescreve um medicamento específico de marca. Chegando a uma farmácia local, ele apresenta o seu cartão de farmácia e espera fazer um co-pagamento normal de US\$ 5,00 pela medicação. Porém, depois que o John passou o cartão de farmácia, o farmacêutico o informou que ele poderia ter que fazer um co-pagamento mais alto para receber o medicamento prescrito. Alternativamente, ele poderia receber um medicamento genérico equivalente pelos US\$ 5,00 de co-pagamento. O farmacêutico explica que esta é a forma como o empregador dele estruturou o plano de benefícios de farmácia.

Cynthia Gray é uma senhora de 60 anos de idade, que sofre de artrite crônica e requer uma dosagem contínua de um medicamento antiinflamatório não-esteróide. Sua companhia tem benefícios de farmácia que oferecem serviços de correio e preços vantajosos. A medicação da Cynthia, assim como dois outros medicamentos equivalentes, está no formulário. Na revisão do seu material de benefício ela vê que pode reduzir os seus co-pagamentos recebendo o seu medicamento pelo correio. Depois de remeter a prescrição pelo correio, o consultório de seu médico recebe um telefonema de um farmacêutico da farmácia de serviços pelo correio informando-o que outro medicamento equivalente é preferido pelo plano e necessita de sua autorização para esta troca. O farmacêutico da PBM que faz a ligação reconhece que a PBM é propriedade da companhia farmacêutica X, e que o medicamento preferido é realmente um produto da companhia X. Depois de obter aprovação, uma carta é enviada ao paciente e ao médico.

Feitas Uma Para a Outra?

Quando a Merck anunciou a compra da Medco Containment Services Inc., uma empresa que se especializou em prover planos integrados de benefícios de medicamentos e serviços de farmácia para mercados de administração de serviços de saúde, pegou muitos observadores do setor de surpresa. De acordo com um deles,

Historicamente, nenhuma companhia tinha exemplificado melhor a resistência da indústria de medicamentos à política de administração de serviços de saúde do que a Merck. Com sua política de preços e uma linha de produtos a qual nem sequer a organização de administração de serviços de saúde mais agressiva conseguia fazer substituições, a Merck parecia ter uma utilidade tão pequena para administradores de benefícios de farmácia tanto quanto a Merck tinha para eles. Durante os últimos anos, a Merck fez várias tentativas para acomodar organizações de administração de serviços de saúde e as PBMs que a servia... mas a companhia ficou muito atrás de seus competidores.¹⁵

Apesar do ceticismo, a Merck acreditava que a compra da Medco criaria um novo paradigma para a indústria farmacêutica, chamado de “cuidados farmacêuticos coordenados”. A Merck acreditava que o casamento da pesquisa e desenvolvimento farmacêutico com uma companhia capaz de melhorar o uso apropriado de produtos farmacêuticos eliminaria a lacuna de informações

fundamentais do sistema de entrega de medicamentos. A Merck reforçou seu apoio a cuidados farmacêuticos coordenados no seu relatório anual de 1993 declarando:

Nosso lance mais audacioso foi a aquisição da Medco Containment Services, uma ação que desafia a sabedoria convencional a respeito do que deve ser uma indústria farmacêutica, quem são seus clientes, e como devem ser atendidos. Nossa visão é da criação da primeira companhia de cuidados farmacêuticos coordenados do mundo, que otimizará a descoberta, o desenvolvimento, a seleção, a entrega, a utilização e o valor dos medicamentos prescritos.

Em 1992, a Merck obteve vendas no valor de US\$ 9,6 bilhões (Veja **Quadros 8 e 9**, que detalham vendas em dólares e vendas por área terapêutica). Consistentemente reconhecida como uma das primeiras companhias do mundo, em 1992 a Merck foi saudada como “A mais admirada companhia da América” pela sétima vez consecutiva, um recorde na revista *Fortune*. Seus 2200 vendedores, 300 gerentes de venda e diretores de contas a nível nacional venderam medicamentos a hospitais, clínicas, médicos e outros grupos. Em 1993, a força de vendas da Merck foi novamente vencedora do prêmio “Melhor Força de Vendas da Indústria” outorgado pela revista “Sales and Marketing Management”, obtendo a mais alta pontuação em oito categorias incluindo-se “Recrutamento de melhores vendedores”, “Qualidade de treinamento”, “Abertura de novos clientes”, “Manutenção de clientes” e “Reputação entre clientes”.

Por outro lado, em 1992, a Medco teve vendas de US\$ 1,8 bilhões, com renda operacional ao redor de US\$ 140 milhões, e “estava crescendo a um ritmo de 35% ao ano, aproveitando a exata tendência que ameaçava derrubar a Merck”¹⁶. (O **Quadro 10** esboça o desempenho da Medco de 1988 a 1992). A Medco era liderada por Marty Wygod, anteriormente um banqueiro de investimentos, sem prévia experiência em saúde até 1983. Depois de observar a dificuldade com que as empresas lidavam com os custos de seus funcionários e benefícios de aposentados, vislumbrou uma oportunidade de revolucionar o sistema por meio da distribuição via correio, o que reduziria o custo acrescido pelos intermediários. Baseado nesta estratégia, Wygod adquiriu uma pequena farmácia de vendas por remessa postal em 1993, e pouco depois comprou a PAID, uma empresa que além de processar solicitações de reembolso, atendia uma rede de aproximadamente 50 mil farmácias varejistas, onde seus associados poderiam ter suas receitas aviadas.¹⁷ Esta estratégia deu origem ao desenvolvimento de cinco farmácias automatizadas em 1987. Com mais de US\$ 300 milhões de renda em 1987, a Medco desafiou novamente a indústria ao oferecer a seus clientes planos de benefícios com economia de custos (como por exemplo, co-pagamentos mais baixos para receitas aviadas através do correio, do que para aquelas aviadas nas farmácias varejistas) e descontos negociados com fabricantes.

No início da década de 90, a Medco já se tornara uma PBM, com serviços completos que oferecia a clientes “serviços farmacêuticos integrados”, com capacidade de verificar o histórico de medicamentos receitados de um paciente, não importando onde fossem aviadas as receitas, com o objetivo de oferecer qualidade nos cuidados, relatórios e economia de custos para seus clientes patrocinadores. A força competitiva da Medco estava no serviço por correio, que oferecia uma entrega eficiente e econômica de receituários de longo prazo por intermédio de suas 13 farmácias (Veja **Quadro 11** para uma descrição da operação de serviços pelo correio da Medco). Além do seu negócio de serviços pelo correio, a Medco continuou oferecendo seu programa de cartão de varejo para receitas aviadas por farmácias varejistas participantes (por exemplo, a rede PAID). Ao se enfronhar mais em programas de cunho clínico, tais como a elaboração de perfis de pacientes e pesquisa de resultados, entretanto, percebeu a necessidade de maior conhecimento clínico. Em conseqüência, começou a procurar por parceiros para “joint ventures”, entre as indústrias farmacêuticas, para fornecer um nível adicional de conhecimento e ligações com pesquisa e desenvolvimento.

Motivação

Durante o verão de 1992, o então CEO, Roy Vagelos, designou uma equipe de executivos para examinar criteriosamente a estratégia de negócios da Merck. Esta equipe, denominada de Projeto Paradigma, pesquisou o ambiente setorial em mutação e concluiu que as empresas farmacêuticas precisavam compreender melhor o papel dos produtos farmacêuticos num contexto mais amplo de assistência à saúde. A equipe recomendou que as empresas farmacêuticas redefinisse seu papel, não somente como fornecedoras de pílulas, mas como fornecedoras de soluções para assistência médica. Baseados em suas análises, eles acreditavam que a escolha de terapias deveria ser decidida em função da eficácia dos resultados obtidos, em comparação com outras alternativas de tratamento. Um executivo da Merck resumiu este ponto de vista:

Os produtos farmacêuticos parecem estar caminhando para um posicionamento como *commodity*, empurrados por genéricos, formulários e outras pressões de custo. Independentemente da queda de preços, há um ponto positivo para medicamentos. Uma indústria farmacêutica pode se livrar da camisa de força representada pela relação *commodity/preço* ao se configurar como administradora de saúde. Pode-se creditar com parte dos 93% de gastos de saúde não incorridos com produtos farmacêuticos e ao mesmo tempo economizar dinheiro para provedores, baseado na eficiência de custos, representada por produtos farmacêuticos e a sua contribuição para uma administração eficiente de doenças.¹⁸

Levando-se em consideração o interesse declarado de uma indústria farmacêutica em vender medicamentos, os membros da equipe do Projeto Paradigma acreditavam que os tomadores de decisão no ramo de assistência médica desconsiderariam seus pontos de vista sobre a eficiência da terapia medicamentosa. Conseqüentemente, a equipe estava cada vez mais atraída por realizar uma aliança ou mesmo a aquisição de uma PBM que tivesse relacionamentos intrínsecos com pessoas-chaves no ramo de assistência médica tais como médicos, farmacêuticos, responsáveis por pagamentos e pacientes. De fato, em 1993, muitos na indústria começaram a vislumbrar a PBM como elo central na administração de doenças. O acesso eletrônico das PBMs às farmácias não só controlava o custo dos produtos farmacêuticos, mas também fornecia dados sobre o padrão de uso dos pacientes. Os hábitos de prescrição de médicos também estavam ligados às PBMs por intermédio do rastreamento de suas receitas. O relacionamento da PBM com seus patrocinadores, tanto HMOs como pagadores, tornou-a uma interface fundamental com aqueles que pagavam de fato, não somente pelos produtos farmacêuticos, mas também pela assistência à saúde.

Além disso, a Merck acreditava que o papel da PBM como fonte de informações poderia ser um elemento importante no direcionamento da pesquisa e do desenvolvimento. Acreditava-se que uma PBM sofisticada teria um banco de dados de utilização de medicamentos agregado, que poderia ser combinado eficazmente com a experiência na análise de dados médicos da indústria farmacêutica, para conduzir análises apuradas de resultados em larga escala, que demonstrariam como determinados medicamentos ou abordagens de tratamentos poderiam beneficiar planos e grupos de pacientes específicos. Com as despesas de pesquisa e desenvolvimento representando 8% das vendas, qualquer processo que diminuísse os riscos de desenvolvimento poderia ter um grande impacto sobre os lucros.

Em meados de 1993, o Projeto Paradigma estava considerando as vantagens de adquirir uma PBM. Independentemente, outro grupo dentro da Merck estava negociando com a Medco um contrato para dar aos pacientes da Medco descontos nos produtos da Merck, semelhantes àqueles que a Medco tinha com outras empresas farmacêuticas, tais como SmithKline Beecham. A busca da Merck de ser incluída no formulário da Medco era importante, porque demonstrava a disposição da Merck de ingressar no universo da assistência farmacêutica.

Além disso, a Merck descobriu que a base de clientes da Medco era complementar à de medicamentos de terapia crônica. Os clientes da Medco eram predominantemente companhias que integravam o índice das 500 Maiores Empresas da revista *Fortune*, planos de saúde como Blue Cross/Blue Shield, seguradoras, governo federal, estadual e municipal, e planos de sindicatos que davam cobertura vitalícia aos seus associados. Esses clientes estariam mais interessados em terapias que envolvessem cuidados de doenças crônicas que, embora mais caras a curto prazo, provavelmente seriam mais econômicas ao longo da vida dos pacientes.

Justamente quando a Merck estava começando a aumentar seu interesse pelas PBMs e pela Medco em particular, a Bristol Myers Squibb assinou um contrato para o Pravachol, seu produto redutor de colesterol, que lhe deu uma posição preferencial em vários formulários da Medco. Terceiro colocado, naquela época atrás do Zocor e do Mevacor da Merck, o Pravachol da Bristol e seus inibidores de ECA, Capoten e Monopril, competiam duramente com o Zocor, Mevacor, Vasotec e Prinvil – todos da Merck – que no total representavam mais de 50% das vendas de medicamentos da Merck nos E.U.A., na primeira metade de 1993. Além da vitória do seu formulário baseado em preços, circulavam rumores de que “a Bristol aumentaria seus ganhos com a Medco, ao adquirir a empresa, deixando de fora a Merck”. De fato, enquanto as vendas de medicamentos para redução de colesterol da Merck só cresciam 2% da primeira metade de 1992 à primeira metade de 1993, a Bristol aumentou suas vendas em 205%, de US\$ 30 milhões para US\$ 105 milhões¹⁹ (realmente a Merck parecia estar aturdida com o sucesso do Pravachol). Ed Scolnick, cientista-chefe, observou “O grau de participação de mercado que a Medco conseguiu tirar do Mevacor alcançou níveis inconcebíveis”, enquanto Robert Hills, o diretor de estratégia de marketing comentava “Um dia tudo estava quieto no ‘front’, e no outro era guerra”. Concluimos que precisávamos mudar nossa filosofia fundamental de conduzir o negócio.”²⁰

Convencida do valor das PBMs, e da Medco em particular, a Merck adquiriu a Medco no mesmo ano. O líder do Projeto Paradigma observou,

Agora Ed Scolnick (presidente da Merck Research Labs) tem um instrumento excelente para compreender o que ele precisa fazer com resultados de estudos de aplicação; um veículo para comunicar os resultados ao mercado e uma maneira de vislumbrar o retorno econômico desses estudos. Resumindo, ele agora pode ter um rápido *feedback* para ajudá-lo a justificar a alocação de recursos em estudos de ensaios médicos e no desenvolvimento de produtos específicos, para indicações específicas”.

As Reações da Indústria

Enquanto analistas do setor discutiam sobre o valor da compra da Medco, farmacêuticos varejistas condenavam veementemente a associação da Merck com a Medco. As farmácias de varejo, especialmente as farmácias varejistas independentes, batalharam duramente para sobreviver na década de 90. O número de farmácias independentes diminuiu de aproximadamente 33 mil em meados da década de 80 para aproximadamente 25 mil em meados da década de 90, com as independentes equilibrando seus resultados financeiros a duras penas, enquanto perdiam participação para PBMs e HMOs que lidavam primordialmente com as cadeias de farmácias e outros pontos de vendas varejistas, tais como hipermercados e outros estabelecimentos, que comercializavam alimentos e que passaram a oferecer serviços de farmácia. Mais notadamente, sua participação nas vendas de medicamentos receitados tinha caído de 60% em 1990 para aproximadamente 40% em 1995 e esperava-se uma queda para menos de 20% até o ano 2000. Do seu lado, as lojas pertencentes às cadeias, que tinham 40% de seu movimento com produtos farmacêuticos, enfrentavam margens reduzidas das PBMs e concorrência crescente das farmácias de serviços pelo correio. Mas para contrabalançar as margens reduzidas, sua participação no volume de

receitas no varejo tinha crescido de 60% na década de 1980 para mais ou menos 70% até 1995. A National Association of Retail Druggists emitiu um comunicado à imprensa dizendo que “parece que um dos principais fabricantes nacionais... selou um acordo diabólico com ... um protótipo não controlado de farmácia de serviços pelo correio e de baixo nível”.²¹ Furiosos, os farmacêuticos varejistas juraram substituir medicamentos da Merck no valor de US\$ 400 a US\$ 500 milhões, incluindo não somente produtos facilmente substituíveis como o Moduretic e Climoril, mas também produtos potencialmente substituíveis tais como Mevacor, Vasotec, Prinivil e Pepcid. Apesar desta veemente reação dos farmacêuticos, muitos desconsideravam o potencial de sua ameaça à Merck-Medco. Um observador da indústria comentou:

A Merck apresenta muitos alvos nos quais farmacêuticos furiosos poderiam atirar. Quanto mais esses farmacêuticos substituem receituários de pacientes de produtos da Merck por produtos de concorrentes, por causa de sua nova subsidiária de serviços pelo correio, mais fraco será o retorno financeiro da aquisição... Apesar de tal oposição, muitos farmacêuticos não terão outra escolha senão cooperar. Embora muito grupos organizados de farmácias possam não gostar da Medco, farmacêuticos individuais não podem se dar ao luxo de ignorar a força da Medco.²²

Como indicado anteriormente, logo após a aquisição da Medco, dois dos principais concorrentes da Merck, Eli Lilly e SmithKline Beecham, também compraram PBMs (Veja **Tabela A**). No final de 1994, estes três fabricantes farmacêuticos tinham acumulado gastos de cerca de US\$ 13 bilhões na compra de empresas de administração de benefícios farmacêuticos para aumentar sua presença dentro do setor de administração de serviços de saúde, que estava crescendo rapidamente. A intensa atividade chamou a atenção dos legisladores interessados nos efeitos potenciais da fusão sobre a competição. Até a primavera de 1995, o FTC começou uma revisão da fusão da Lilly/PCS e determinou que proteções eram necessárias para garantir que a Lilly e o PCS manteriam um processo competitivo, para determinar quais medicamentos estariam no formulário da PCS. Um acordo subsequente entre a Lilly e o FTC exigiu que a PCS mantivesse um formulário aberto; que designasse um comitê de farmácia e terapêutica independente, composto de profissionais que não fossem da Lilly e nem da PCS, para supervisionar o formulário; que a Lilly e a PCS estabelecessem proteções para assegurar que as empresas não compartilhasse informações não públicas referentes a outros fabricantes de medicamentos e ofertas de outras PBMs, etc, e que aquele PCS aceitasse todos os descontos ou outras concessões oferecidas por fabricantes e os refletisse na determinação das posições nos seus formulários abertos.

Essas diretrizes do acordo tiveram pequeno impacto na entidade Merck-Medco pois já estava operando voluntariamente sob condições semelhantes, antes do acordo de consentimento da Lilly. Per Lofberg, Presidente de Merck-Medco, comentou,

Na hora da aquisição nós precisávamos provar a nossos clientes e outros fabricantes que a Medco ia permanecer independente da Merck. Nossos clientes quiseram assegurar-se de que a Medco ia permanecer agressiva e manteria seus custos baixos. Como resultado, nós instituímos procedimentos que salvaguardassem os pagadores, tendo um comitê de farmácia e terapêutica independente. Nós tivemos uma situação semelhante no lado do fornecedor. Nenhuma companhia farmacêutica, seja ela a Merck ou qualquer outra companhia, tem uma linha de produtos suficientemente ampla para satisfazer as necessidades de nossos clientes. Precisamos demonstrar nossa independência, para ter acesso aos produtos de outras companhias farmacêuticas.

Deixando de lado considerações do setor, a Merck e a Medco estavam destinadas a serem independentes, sob a direção do novo CEO, Ray Gilmartin, apesar dos planos iniciais de integrar as duas organizações. De acordo com Gilmartin:

Nós decidimos desde o começo por preservar o melhor de ambas as culturas, em lugar de integrar e perder a individualidade de ambas as organizações. Éramos muito fortes na parte médica, clínica, e em ciências na Merck. Na Medco, nós tínhamos elos fortes com empregadores, patrocinadores de plano, e administramos organizações de administração de serviços de saúde. Portanto, na Merck e na Medco nós tínhamos habilidades críticas e complementares para construir nossa estratégia olhando adiante. Nós quisemos proporcionar um clima para as duas organizações sobreviverem e prosperar. Entretanto, independentemente nós começamos a atender as necessidades de cada organização. Por exemplo, nós trouxemos para a Medco várias pessoas da Merck, com especialização clínica.

Apesar da estrutura independente, a operação da Merck-Medco continuou encontrando desafios legais. Em uma reclamação, vários estados alegaram que a Medco não explicou adequadamente suas relações com a Merck e com outros fabricantes, quando conduziu programas de administração de formulário para seus clientes. Em novembro de 1995, a Merck obteve um acordo de US\$ 1,9 milhões com 17 estados, requerendo que os farmacêuticos da Medco informassem aos médicos sobre a sua conexão com a Merck ao contatá-los para sugerir alternativa de troca de prescrição. Apesar destas dificuldades, a Merck permaneceu satisfeita com o progresso da Medco, com o novo CEO, Ray Gilmartin indicando aos analistas que a “Merck Medco está atuando de acordo com a medida de desempenho interna fixada para isto”.²³

Até 1996, alguns analistas questionaram o valor das PBMs para as companhias farmacêuticas, com alguém comentando, “não há nenhuma evidência que elas estejam melhor agora com as PBMs do que estariam sem elas”.²⁴ Michael Iafolla, o vice-presidente da Customer Operations da Bristol Myers Squibb, uma empresa farmacêutica líder, que optou por não comprar uma PBM observou,

Todo mundo quer saber por que a Bristol Myers não comprou uma PBM. A resposta é que a administração de serviços de saúde ainda está evoluindo, e acreditamos que estará muito diferente em cinco anos. Nós pensamos que as PBMs sempre poderão ter um lugar, mas que os grandes planos de saúde se consolidarão e potencialmente negociarão diretamente com as companhias farmacêuticas. Nós também acreditamos que os dados da pesquisa cada vez mais mostrem o valor dos produtos farmacêuticos, haverá uma ênfase decrescente no setor, em reduzir gastos com produtos farmacêuticos, que é o papel que as PBMs vêm fazendo, e mais ênfase em controlar os custos totais dos serviços médicos. Desta forma, pensamos que faz sentido trabalhar contratualmente com diversas PBMs ao contrário de nos trancarmos completamente em uma participação.²⁵

Evolução da Merck-Medco

Até 1997, a Merck-Medco acreditava que estava a caminho de alcançar suas metas. Em 1996, a companhia tinha aumentado o número de vidas cobertas em 6% e tinha percebido um aumento estimado de 40% em despesas com medicamentos, com um aumento semelhante ao número de prescrições aviadas. A participação da Merck nos US\$ 9 bilhões de despesas com medicamentos da Medco tinha subido para 15% (21% em vendas por correio e 11% de vendas a varejo), acima de aproximadamente 10% antes da fusão (13% em vendas por correio e 6% de vendas a varejo).

À medida que Per Lofberg revia os desafios que estavam à sua frente, ele viu a oportunidade de crescimento proveniente da administração de saúde como algo muito promissor. Lofberg descreveu sua evolução como segue:

A partir de agora, a administração de saúde é somente uma pequena porção de nosso negócio, menos de 5%. Mas tem potencial para margens de lucro muito maiores que as outras duas – administração de solicitações e serviços pelo correio, que são praticamente iguais no

montante de faturamento. Pegue por exemplo, administração de reembolsos. Por causa da concorrência acirrada, em que o negócio evoluiu, levou a uma margem baixa, baseada no volume de transações. Não há dinheiro algum para quem quer que seja. Os serviços pelo correio são bons, mas os benefícios positivos da administração de saúde são enormes. Eles não só nos poderiam dar uma boa margem, mas poderiam reduzir tremendamente os custos de nosso patrocinador com cuidados com a saúde e até mesmo aumentar a qualidade de vida dos associados do plano. É uma situação ganha-ganha para todos.

Dados os objetivos de crescimento da Merck de 15% a 20%, a força motriz em gerenciamento de saúde da Medco era crítica, não somente para sustentar sua taxa de crescimento, mas também para impulsionar sua rentabilidade. A análise do setor tinha provado que havia um número significativo de doenças crônicas, com gastos totais em cuidados médicos excedendo mais de US\$ 40 bilhões para cada doença onde terapia apropriada de medicamentos pudesse notadamente melhorar a saúde do paciente e pudesse reduzir significativamente os custos totais de cuidados com a saúde. (Veja **Quadro 12** para uma lista de doenças crônicas e participação de produtos farmacêuticos nos gastos totais.)

Desde a aquisição, a Merck-Medco tinha investido substancialmente na área de administração de saúde e tinha evoluído dos dois programas de administração de doença da Medco iniciados em 1993, a mais de 21 programas a serem desenvolvidos até 1998. Realmente, um dos primeiros programas de administração de doença da Merck-Medco para diabete demonstrou uma economia total com cuidados com a saúde de US\$ 440 ao ano, por paciente, com economias que provieram da redução com hospitalização, mais do que compensando os custos ligeiramente altos com produtos farmacêuticos, pacientes de ambulatório, e custos com visitas a médicos. Veja **Quadro 13**. Baseado no sucesso deste programa, a Merck - Medco também tinha desenvolvido e utilizado programas de administração de saúde que focalizavam problemas de saúde tais como colesterol alto, hipertensão e artrite. No total, os programas de administração de saúde da Merck-Medco visavam uma população de pacientes em potencial de cerca de 50 milhões. Um executivo da Merck-Medco salientou a importância da administração de saúde de sua empresa,

No momento, a maior parte de nossa renda vem de serviços fora de administração de saúde. Porém, porque estes serviços estão cada vez mais reduzindo o valor agregado para os nossos clientes, as margens estão ficando cada vez menores. A administração de saúde é onde a Merck-Medco pode somar real valor e onde as oportunidades de margem existem. Estes programas são muito complexos e logisticamente intensos. Nossos 21 programas incluem mais de 300.000 médicos, 2.000 planos de benefício, e 50 milhões de pacientes, representando economias potenciais de aproximadamente US\$ 1,6 bilhões em custos de cuidados com a saúde. O desafio é desenvolver o programa, entregá-lo com precisão, e com zero de defeitos.

Adicionalmente, a Merck-Medco tinha investido pesadamente em suas capacidades de sistemas de informação. Durante dois anos, de 1995 a 1996, a Merck-Medco gastou mais de US\$ 50 milhões com seus sistemas de atendimento ao consumidor e US\$ 120 milhões em informações, tecnologia, e área de administração. Reconhecendo a importância de dados em administração de saúde e usando tecnologia na entrega de seus programas, a Merck-Medco tinha construído um centro independente e de última geração com quase cinco terabytes de armazenamento. O sistema armazenava dados de 27 meses de histórico de pacientes e era composto de mais de 500 milhões de séries de dados de solicitações de prescrição e mais de 76 milhões de séries de dados de pacientes e informações de associados. Adicionalmente, a Merck-Medco teve três centros dedicados a chamadas e pequenos centros regionais que controlavam mais de 30 milhões de contatos telefônicos por ano com seus pacientes, médicos, e farmacêuticos. Mais importante, o centro de dados da Merck-Medco estava integralmente unido às suas atividades empresariais fundamentais de administração de saúde,

administração de formulário, e atendimento ao consumidor. (O **Quadro 14** esboça o elo entre informações de produtos / prestação de serviços.)

A Merck-Medco acreditava que estava conduzindo a evolução da indústria para a administração de saúde baseada em sua habilidade para gerar ótimos resultados em saúde através de sua capacidade integrada de PBM, administração de utilização, conhecimento clínico e de resultados, comunicações e programas de intervenção e serviços, e infra-estrutura de informações e de tecnologia. Um executivo da Merck-Medco comentou sobre a rapidez das mudanças no setor,

Nosso ambiente empresarial está constantemente mudando. Em meados de 1980, nós estávamos focalizados em redução de custos, prestando serviços administrativos e serviços de vendas por correio. Até 1990, nós estávamos administrando custos através de varejo on-line e integração de serviços de vendas por correspondência. Em meados de 1990 o foco mudou para administração de utilização, usando-se comunicação do paciente e do fornecedor para influenciar a seleção e o uso de medicamentos. O que está emergindo agora é administração de saúde, usando comunicação e intervenção para melhorar os resultados de saúde e reduzir o custo total. Ontem, nós éramos somente distribuidores de medicamentos, contudo hoje nós estamos evoluindo para um provedor com tremenda capacidade. Nós gostamos de pensar em nós mesmos como um canal das necessidades do cliente. Até mesmo nosso nome reflete a mudança, nós éramos Medco “Serviços de Contenção”, agora somos Merck-Medco “Administração de Saúde”.

Anexo A Resumo de Fusões e Alianças²⁶**Merck/Medco**

No dia 18 de novembro de 1993, a Merck & Cia. comprou a Medco Containment Services Inc. por US\$ 6,6 bilhões. Imediatamente após a fusão, a Medco operou como uma subsidiária da Merck sob a alta administração existente da Medco. Em janeiro de 1994, a Merck e a Medco formaram a Merck-Medco US Managed Care Division, que incluía uma unidade que comercializava os produtos da Merck com organizações de administração de serviços de saúde, assim como a Medco que comercializava serviços de PBM para patrocinadores de planos de saúde. A unidade da Merck de administração de serviços de saúde foi transferida de volta para a Human Health Division da Merck em outubro de 1994. No início de 1995, a Merck adotou formalmente uma política sob a qual a Medco operava independentemente da Merck.

SmithKline Beecham/DPS

No dia 3 de maio de 1994, a SmithKline Beecham, com base no Reino Unido, anunciou sua compra dos Serviços Farmacêuticos Diversificados (Diversified Pharmaceutical Services - DPS) por US\$ 2,3 bilhões. Fundados em 1976, os DPS eram uma subsidiária da United HealthCare Corporation, uma operadora de HMOs, PPOs e outras organizações de cuidados com a saúde. Seguindo a sua aquisição, os DPS continuaram operando como uma companhia independente sob sua alta administração existente. Além desta aquisição, por um período de seis anos a SmithKline ganhou direitos exclusivos aos registros médicos de 1,6 milhões de membros do United Healthcare. Posteriormente o United Healthcare planejou usar os DPS como sua PBM e não competir mais na indústria de PBM. A SmithKline acreditava que o acesso aos registros médicos da United Healthcare era uma significativa vantagem competitiva no desenvolvimento de programas de administração de doença.

Lilly/PCS

Em novembro de 1994, a Eli Lilly and Company comprou a PCS Health Systems Inc. (PCS) da McKesson Corporation por US\$ 4 bilhões. Fundada em 1968, a PCS era uma subsidiária da McKesson Corporation, a maior distribuidora de produtos farmacêuticos do mundo. Originada como um processador de solicitações de medicamentos, a PCS foi firmemente se classificando como a maior PBM. Nos termos do acordo a McKesson, continuou tendo acesso a certas competências de PCS e serviços tais como seus serviços de informações.

Em 1995, a PCS adquiriu o Integrated Medical Systems. A rede de comunicações médicas do IMS conecta 35.000 médicos e mais de 100 instituições médicas. As informações são entregues diretamente na escrivaninha do médico. De acordo com um perito do setor, "Com estas redes, os médicos têm acesso, e podem trocar uma ampla variedade de informações clínicas, administrativas e financeiras que variam desde, laboratório e registros radiológicos a registros médicos de prescrição e autorizações de novo fornecimento de medicamentos... com o passar do tempo o PCS ampliará as tecnologias de IMS para dotar os médicos e outras pessoas que tomam decisões, com todos os dados pertinentes com que possam tomar boas decisões de prescrição, enquanto os pacientes ainda estão no consultório, antes que uma receita seja aviada".

Pfizer/Value Health

No dia 3 de maio de 1994, a Pfizer Inc., anunciou uma relação estratégica com a Value Health, Inc., uma prestadora de administração de programas de benefícios especiais e serviços de informações de cuidados com a saúde. A Value Health era composta de seis companhias incluindo a Value Rx, na ocasião a sexta maior PBM. Os componentes fundamentais da aliança incluíam: participação da Pfizer nos formulários da Value Rx. em troca de abatimentos, desenvolvimento de programas como protocolos clínicos, materiais educacionais e análise de resultados para aumentar o uso de produtos da Pfizer, e a contribuição de US\$ 50 milhões por sócio para o desenvolvimento de programas de administração de doença. Como parte da relação contratual a Value Health permanecia uma companhia operacional independente da Pfizer.

Pfizer, Bristol Myers Squibb, Eli Lilly, e Rhone-Poulenc Rorer com Caremark

Em abril de 1994, quatro empresas farmacêuticas principais desenvolveram relações com a Caremark, a quarta maior PBM. Como parte do Drug Alliance Program da Caremark, por uma quantia oculta, cada fabricante tinha acesso a ambos os formulários; formulários da Caremark e estatísticas de utilização de medicamento de suas vidas cobertas. Associando-se com quatro fabricantes a Caremark recebeu abatimentos de produtos em mais de 85% das classes terapêuticas de seus formulários.

Anexo B Principais Planos de Saúde

Companhias de Seguro Saúde (MCOs)

Apesar de uma perda de participação, o tradicional seguro saúde com um prêmio dando direito a serviços permaneceu o produto de seguro saúde mais comum para o consumidor. Em planos auto financiados pelo empregador, o empregador e não a seguradora, assume os riscos, embora a seguradora ou um administrador terceirizado execute o plano. Na maioria dos planos, a seguradora assumia os riscos. Nestes planos, os associados buscam assistência médica dos provedores de sua escolha; médicos, especialistas, ou hospitais.

A maioria das políticas médicas, se específicas para indivíduos ou para planos de grupo, estavam sujeitas a alguma forma de pagamento dedutível e co-seguro por parte da pessoa segurada. Muitos planos de indenização pagavam 80% do que se diz ser "uma costumeira e razoável" taxa de honorários profissionais. O associado era responsável pelos 20% remanescentes destes honorários como também por um prêmio anual dedutível. Uma taxa razoável era determinada pela seguradora e freqüentemente estava baseada nos custos médios de serviços naquela área. À medida que os custos com cuidados médicos subiram, os empregadores começaram a transformar grande parte dos custos com cuidados médicos para seus empregados, inicialmente através de pagamento de co-seguro em níveis mais altos e pagamentos dedutíveis. Tendo que enfrentar estes custos mais altos, os empregados freqüentemente preferiam se registrar em uma organização de administração de serviços de saúde.

Organizações de Manutenção de Saúde (HMOs)

HMOs eram organizações que forneciam serviços de saúde e seguros e recebiam o pagamentos fixos periódicos para prover amplos serviços de assistência médica a cada associado independentemente da extensão dos serviços necessários. Resumidamente, a HMO assumia todo o risco. A lei da HMO de 1973 foi aprovada em resposta ao aumento de custos com cuidados médicos, e estabeleceu um programa de assistência financeira para o desenvolvimento de HMOs.

As HMOs tornaram-se mais atrativas à medida que as seguradoras tradicionais elevavam seus prêmios de 20 a 40% em âmbito nacional no início dos anos 90. Havia quatro tipos básicos de HMOs: associações de prática independentes (Independent Practice Associations - IPAs), modelos de grupo, modelos de rede e modelos de equipe. Especificamente,

- As IPAs eram o modelo com crescimento rápido nos quais a IPA contratava individualmente médicos da comunidade, que eram capazes de trabalhar a partir de suas instalações atuais.
- Os modelos de rede consistiam essencialmente de IPAs de grupos de médicos mais do que médicos individuais.
- Modelos de grupo, consistia em grupos de médicos contratados para cobertura de um plano de saúde que trabalhavam unicamente para a HMO e geralmente não tinham outras atividades externas com honorários.
- Os modelos de equipe tinham uma equipe dedicada de enfermagem e medicina em uma clínica de propriedade da HMO.

Organizações de Provedores Preferidos. (Preferred Provider Organizations - PPOs)

As PPOs eram redes de médicos que eram contratados para prover cuidados médicos, a taxas com desconto, ou que aceitassem honorários abaixo das taxas “razoáveis e usuais”. Os provedores desses serviços aceitavam estes honorários mais baixos por antecipação a um maior volume de pacientes e concordavam com os princípios básicos de cuidados administrados, inclusive revisão de utilização e diretrizes para admissões hospitalares. Uma PPO abrangia um território mais amplo que qualquer HMO, principalmente por causa da rede mais ampla de médicos e clínicas. Da perspectiva do paciente, a vantagem principal de uma PPO relativa a um HMO era o fato de ter livre escolha de seu médico.

Ponto De Serviço (Point Of Service - POS)

Planos de POS eram um híbrido de uma HMO e PPO e era às vezes chamada “HMOs de final aberto”. Esta opção utilizava uma rede de prestadores selecionados. Os empregados selecionavam um médico generalista, que controlava encaminhamentos para especialistas. Se o empregado recebia algum cuidado dos prestadores de plano ele não registrava o pedido de ressarcimento e incorria em custos limitados, ou não, fora de suas possibilidades. Visitas a médicos fora do plano levavam a pagamentos mais altos, mas nenhuma penalidade financeira. Embora oferecesse o melhor de ambas as opções de HMO e de PPO, esta opção fazia isso por um preço mais alto.

Quadro 1 - Número de Medicamentos de Sucesso por Fabricante

	1992	1993	1994	1995
Merck & Co. Inc.	9	9	8	8
Pfizer	7	8	8	8
Glaxo Wellcome Inc.	8	7	7	6
Bristol Myers Squibb Co.	7	6	7	6
Eli Lilly e Company	6	6	6	6
SmithKline Beecham	5	6	6	6
Ciba ^a	6	5	4	9
Zeneca Pharmaceuticals	3	5	5	5
Hoechst-Roussel Pharmaceuticals	na	4	4	
Hofmann-LaRoche Inc.	4	4	6	5
Schering-Plough Corp.		3	5	5
Upjohn Co.	3	4		
Wyeth-Ayerst Laboratórios	5	5		
andoz Pharmaceuticals		2	4	

Em 1994 a Wyeth-Ayerst foi comprada pela American Home Products.

^a Em 1995 a Ciba e a Sandoz se fundiram para formar a Novartis

Quadro 2 Medicamentos Líderes por Categoria Terapêutica (Vendas a varejo nos EUA em 1995, US\$ milhões)

Categoria: Medicamentos Cardiovasculares			\$16.171,4
Inibidores de ECA	Vasotec/Renitec	Merck & Co.	\$2.395,0
	Capoten	Bristol-Myers Squibb	1.525,0
	Zestril	Zeneca	850,8
	Prinivil	Meck & Co.	3775,0
	Accupril	Warner-Lambert	312,0
	Lotensil	Novartis	287,5
Bloqueadores de canal de cálcio	Norvasc	Pfizer	\$1.265,3
	Linha Adalat	Bayer	1.259,0
	Linha Procardia	Pfizer	1.134,0
	Cardizem	Hoechst Marion Roussel	961,0
	Linha Calan	G.D. Searl & Co.	259,0
Beta Bloqueadores	Tenormin	Zeneca	\$494,1
	Cardura	Pfizer	\$413,0
Alfa Bloqueadores	Zocor	Merck & Co.	\$1.955,0
	Mevacor	Merck & Co.	1.260,0
	Pravachol	Bristol-Myers Squibb	770,0
Redutores de colesterol	Transderm-Nitro	Novartis	\$381,7
	Lasix	Hoechst Marion Roussel	\$274,0
Preparações para angina Diuréticos			
Contra Infecção			\$11.443,0
Inibidores Beta-lactamase			
<i>Quinolones</i>	Augmentin	SmithKline Beechman	\$1.319,3
	Primaxin	Merck & Co.	560,0
Macrolídeos	Cipro/Ciproxin	Bayer	\$1.259,0
	Biaxin/Klacid	Abbott Laboratórios	\$935,0
Cefalosporinas	Zithromax	Pfizer	399,5
	Rocephin	Hoffmann-La Roche	\$1.190,0
	Ceclor linha	Eli Lilly e Co.	722,1
	Ceftin/Zinnat	Glaxo Wellcome	620,9
	Fortaz/Fortum	Glaxo Wellcome	620,9
	Claforan	Hoechst Marion Roussel	370,0
	Duricef	Bristol-Myers Squibb	295,0
Penicilinas	Amoxil	SmithKline Beecham	\$428,2
	Anti-bacterianos gerais	Unasyn	\$331,7
Medicação anti-fungos	Cleocin/Dalacin	Pharmacia & Upjohn	288,4
	Vancocin	Eli Lilly e Co.	278,5
	Difulcan	Pfizer	\$878,6
	Sporanox	Johnson & Johnson	445,0
	Nizoral	Johnson & Johnson	335,0
Lamisil	Novartis	303,3	
Medicamentos Gastrointestinais			\$9.856,6
Histamina H ₂ antagonistas de receptores	Zantac	Glaxo Wellcome	\$3.562,9
	Pepcid	Merck & Co.	900,0
	Axid	Eli Lilly e Co.	548,3
	Tagamet	SmithKline Beecham	451,9
Inibidores da bomba de Proton	Prilosec/Losec	Astra Merck/Astra AB	\$3.008,6
	Terapia de refluxo gastroesofágico	Propulsid/Prepulsid	Johnson & Johnson
Tratamentos anti-heméticos	Zofran	Glaxo Wellcome	\$609,9

Medicamentos para o Sistema Nervoso Central			\$7.416,7
Anti-Depressivos	Prozac	Eli Lilly e Co.	\$2.015,0
	Zoloft	Pfizer	1.039,8
Terapias para epilepsia	Paxil/Seroxat	SmithKline Beecham	782,1
	Tegretol	<i>Novartis</i>	\$392,5
	Klonopin	Hoffmann-LaRoche	340,0
	Depakote	Abbott Laboratórios	300,0
Ansiolíticos	Xanax/Alprazolam	Pharmacia & Upjohn	\$319,8
	BuSpar	Britol-Myers Squibb	310,0
Anti-psicóticos	Ativan linha	American Home Products	288,3
	Risperdal	Johnson & Johnson	\$420,0
	Clozaril	Novartis	366,7
Tratamentos / enxaqueca	Imitrex/Imigran	Glaxo Wellcome	\$578,3
Medicamentos para Parkinson	Parlodel	Novartis	\$264,2
Terapias Respiratórias			\$4.444,6
Medicamentos para asma	Ventolin	Glaxo / Wellcome	\$831,1
	Beclovent/Becotide	Glaxo / Wellcome	627,3
	Serevent	Glaxo / Wellcome	428,2
	Proventil	Schering-Plough	422,0
	Vanceril/Vancenase	Schering-Plough	334,0
	Intal	Rhone-Poulanc Rorer	289,0
Mitigadores de Alergia	Claritin linha	Schering-Plough	\$789,0
	Seldane linha	Hoechst Marion Roussel	724,0

Quadro 2 (Continuação)

Medicamentos			\$4.148,2
Anticâncer			
Hormônios	Linha Lupron	TAP Pharmaceuticals	\$650,0
	Zodalex	Zeneca	344,1
	Eulexin	Schering-Plough	290,0
Antiestrógenos	Nolvadex	Zeneca	\$595,1
Taxoides	Taxol	Bristol-Myers Squibb	\$580,0
Agentes Citotóxicos	Paraplatin	Bristol-Myers Squibb	\$320,0
Modificadores/adjuntos de resposta biológica	Neupogen	Amgen	\$936,0
	Intron A	Schering-Plough	433,0
Anti-inflamatórios			\$2.713,0
Artrite não esteróides	Voltarem	Novartis	\$1.282,5
	Relafen/Relifex	SmithKline Beecham	410,8
	Feldene	Pfizer	305,3
	Lodine	American Home Products	274,4
Analgésicos não esteróides	Toradol	Hofmann-LaRoche	\$440,0
Hormônios			\$2.126,8
Estrógeno / reposição	Linha Premarin	American Home Products	\$912,8
	Linha Provera	Pharmacia & Upjohn	367,3
	Estraderm	Novartis	346,7
Contraceptivos orais	Linha Ortho-Novum	Johnson & Johnson	\$500,0
Ativadores da Eritropoiese	/		\$1.677,6
	Epogen	Amgen	\$882,6
	Procrit	Johnson & Johnson	795,0
Anti-Virais			\$1.670,1
Terapias para Herpes	Zovirax	Glaxo Wellcome	\$1.352,5
Terapias para AIDS	Retrovir	Glaxo Wellcome	\$317,6
Imuno Supressores			\$1.183,3
	Sandimmune	Novartis	\$1.183,3

Quadro 3 Valores de Medicamentos Sem Proteção da Patente

Marca	Categoria	Fabricante	Vendas Mundiais 1994
1994	Anti-hipertensivo	Marion Merrel Dow	\$933,0
Cardizem			
Tagamet	Anti úlcera	SmithKline Beecham	740,5
Seldane	Anti-alérgico	Marion Merrell Dow	698,0
Ativan injetável	Ansiolítico	Wyeth Ayerst	323,0
Clozaril	Anti-esquisofrênico	Sandoz Farmacêutica	305,8
1995			
Capoten	Anti-hipertensivo	Bristol-Meyers Squibb	1.500,0
Sandimmune	Imuno-supressor	Sandoz Farmacêutica	1.038,3
Lupron	Anti-câncer	TAP Farmacêutica	393,3
Diprivan	Anestésico injetável	Zeneca Farmacêutica	382,0
Claforan	Anti-infeccioso	Roechst - Roussel	363,2
1997			
Zovirax	Agente anti-viral	Burroughs Wellcome	1.728,9

	Paxil	Anti-depressivo	SmithKline Beecham	511,0
	Timoptic	Trat. de Glaucoma	Merck&Co.	395,0
	Trental	Aumento fluxo sangue	Hoechst-Roussel	360,8
	Taxol	Anti-câncer	Bristol-Myers Squibb	340,0
1998				
	Cartin	Anti-histamínico	Schering-Plough Corp	505,0
	Lovenox	Anti-trombótico	Rhone-Poulenc Rorer	214,0
1999				
	Pravachol	Redutor de colesterol	Bristol-Myers Squibb	645,0
	Beclivent	Anti-histamínico	Glaxo	472,5
	Fortaz	Anti-infeccioso	Glaxo	472,5
	Versed	Anestésico	Hofman-LaRoche	380,0
2000				
	Vasotec	Anti-hipertensivo	Merck&Co.	2.185,0
	Augmentin	Anti-infeccioso	SmithKline Beechman	1.126,1
	Rocephin	Anti-infeccioso	Hoffman-LaRoche	930,0
	Pepcid	Anti-úlceras	Merck-Co	820,0
	Humulin	Anti-diabete	Eli Lilly	665,0
2001				
	Prozac	Anti-depressivo	Eli Lilly	1.664,8
	Mevacor	Redutor de colesterol	Merck&Co	1.345,0
	Zestril	Anti-hipertensivo	Zeneca Farmacêutica	765,0
	Prinivil	Anti-hipertensivo	Merck&Co	340,0
	Eulexin	Anti-câncer	Schering-Plough	231,0
2005				
	Zocor	Redutor de colesterol	Merck&Co	1.255,0

Fonte: MedAd News, Maio, 1995. Observe os dados nesta tabela são baseados em vendas mundiais de 1994 e, portanto não correspondem aos dados no **quadro 2** que são baseados em vendas nos Estados Unidos em 1995.

Quadro 4 Vendas da Indústria Farmacêutica por Segmento de Clientes / Canal

	1986	1992
Consultórios médicos e não administrados	60%	43%
Organizações provedoras preferidas (PPO)	5	15
Hospitais	20	11
Pedidos por correspondência	2	10
Medicaid	6	9
Organizações de assistência à saúde	2	7
Governo Federal	3	3
Asilos	2	2

Quadro 5 As 12 maiores PBMs

	Vidas Cobertas (milhões) 1996	Vidas Cobertas (milhões) 1995	Raio X por ano (milhões)	Farmácias sob Contrato 1996 (milhares)	Estabelecidas
PCS Health Systems Inc.	56	56	320	54	1969
Merck-Medco Managed Care	50	47	235	52	1965
Argus Health System Inc.	30		150		
Value Rx	27	16	56	42	1985
Diversified Pharmaceutical Services	26	14	100	43	1976
Caremark Prescriptions Service	15	14		53,8	1985
Pharmacy Gold Inc.	15	18	83	35	1986
TDI Managed Care Services Inc.	11	11,5	30	40	1982
Integrated Pharmaceutical Services	10,5		18		
Alta-Tx First Health	10		80		
First Health Services Corp.	10		76,3		
Wellpoint Pharmacy Management	10		58		

Fonte: Adaptado do Managed Health Care (maio de 1995, 1996) e Abril de 1995, Business Insurance

Quadro 6 As Cinco Maiores Farmácias de Serviços de Entrega pelo Correio por Participação no Total de US\$ 8 Bilhões (1997)

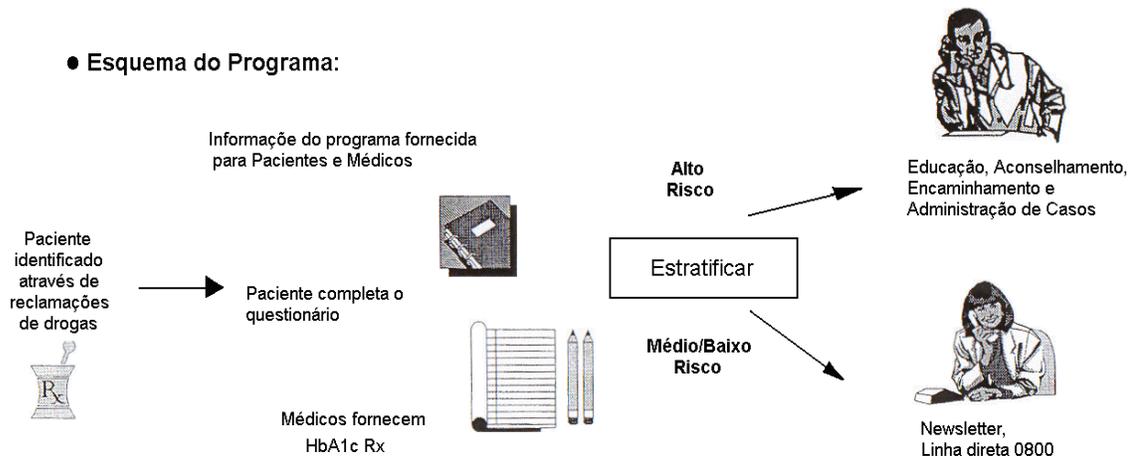
Merck-Medco	55%
Baxter Prescriptions	11
JC Penny	9
Diagnostek	7,5
Walgreens	2

Quadro 7 – Programa de Administração de Saúde de Diabéticos.

● Fundamentos:

Melhorando a auto gestão do paciente / aderência do provedor aos padrões de cuidados resulta em melhor controle da glicose e pode reduzir as complicações em até 60%

● Esquema do Programa:



Quadro 8 Merck & Co., Inc. e Subsidiárias (US\$ em milhões exceto por quantidade de ações)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Vendas	8.602,70	9.662,50	10.498,20	14.969,80	16.681,10	19.282,70
R & D Despesas	987,8	1.111,60	1.172,80	1.230,60	1.331,40	1.487,30
Renda Líquida	2.121,70	2.446,60	2.166,20	2.997,00	3.335,20	3.881,30
Renda por ações ordinárias	\$1,83	\$2,12	\$1,87	\$2,38	\$2,70	\$3,20
Renda líquida como % de ativos	24,20%	24,10%	14,00%	14,30%	14,60%	16,1%

Depois de 1992, os números incluem o impacto da Medco desde a data da aquisição em 18 de Novembro de 1993.

Quadro 9 Porcentagem de Vendas da Merck por Categoria Terapêutica

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Cardiovasculares	47,5	49,5	45,9	35,8	37,5	38,2
Anti-ulcerantes	10,2	11,5	12,6	10,5	6,2	5,7
Antibióticos	11,4	10,4	8,3	5,1	5	4,2
Oftalmológicos	5,3	5	4,3	3,2	3,4	3,5
Vacinas biológicas	4,7	5,4	5	2,2	3,2	2,9
Anti inflamatórios/ analgésicos	6,2	4,7				
Hipertrofia prostática benigna			1,8	2,2	2,4	2,3
Hosteoporose						1,4
Outros saúde humana Merck			5,7	2,5	1,6	0,4
Outros saúde humana	4,8	4,1	2,8	27,4	34,3	36,1
Saúde animal /defensivo agrícola	9,9	9,4	8,7	6,9	6,2	5,3
Especialidades Químicas			4,9	2,8	0,2	

Outros produtos da Merck para a saúde humana:

Para 1995: Fosamax, tratamento para osteoporose em mulheres menopausadas, antiinflamatórios/analgésicos, psicoterápicos e relaxantes musculares. Também estão incluídas bonificações e descontos nos produtos farmacêuticos da Merck.

Para 1996: Crixivan, inibidor de protease de HIV, liberado para comercialização nos EUA. Em março de 1996, antiinflamatórios e analgésicos, psicoterápicos, e um relaxante muscular. Também estão incluídas bonificações e descontos nos produtos farmacêuticos da Merck. Nota: Fosamax, previamente incluído nesta categoria agora está numa linha de item separada.

Outros produtos para a saúde humana incluem primariamente:

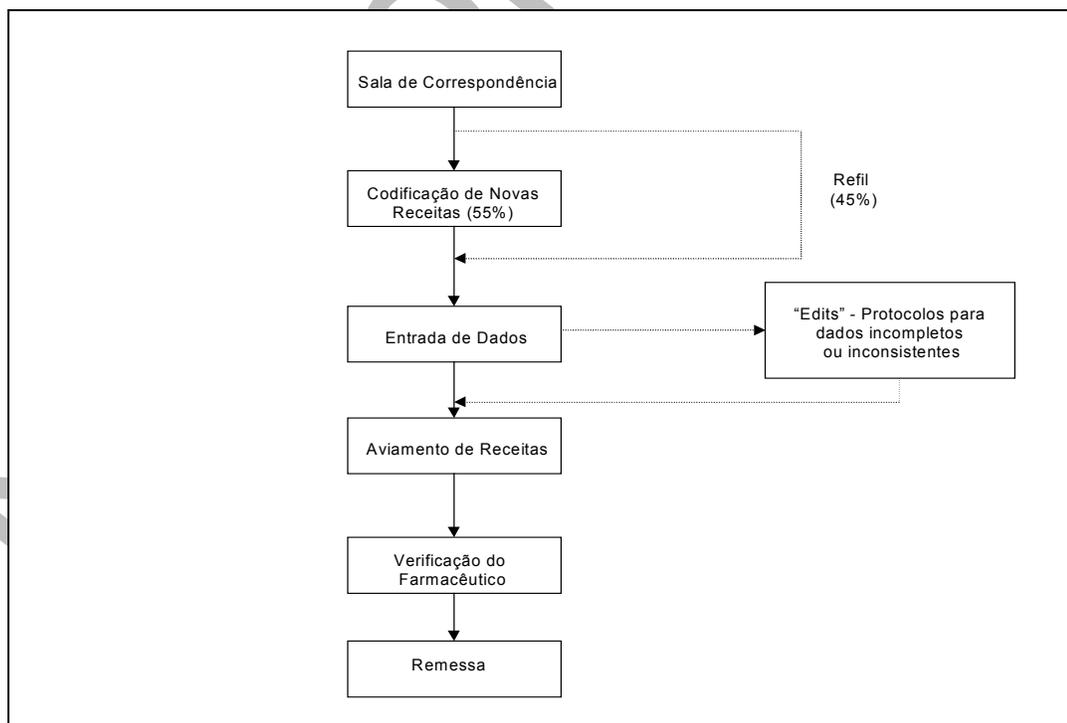
Vendas de administração de serviços de saúde de produtos que não são da Merck e serviços de saúde humana, principalmente programas de administração de prescrições de medicamentos.

Quadro 10 Conteúdo de Serviços da Medco – Estatística Básica (milhões US\$)

	1998	1989	1990	1991	1992
Vendas	\$502,6	\$728,2	\$1.003,8	\$1.342,7	\$1.813,2
Renda Operacional	29,6	37,3	53,4	83,9	137,2
Participantes Aptos	17,0	20,0	23,0	25,0	29,0

Quadro 11 – Liberação de um medicamento em uma Farmácia com Serviço pelo correio (Processo ilustrativo em uma farmácia da Medco)

Cerca de 80% das prescrições chegavam à farmácia pelo correio, com 20% recebidas como resultados de pedidos telefônicos, geralmente manutenção. O correio era aberto na sala de correio, com 55% representando prescrições novas e 45% manutenção. Os pedidos de manutenção eram remetidos diretamente para a entrada de dados e as novas prescrições eram codificadas antes de serem remetidas para a entrada de dados. Codificar consistia em verificar a dosagem, forma de administração e qualquer informação faltante, incluindo endereços dos médicos, números de telefones, etc. Na entrada de dados a prescrição era introduzida no sistema Medco e verificada por uma série de protocolos focalizando potencial preocupações: Doses de manutenção recebidas muito freqüentemente, interação de medicamentos, dados incompletos ou produtos não preferenciais. Prescrições verificadas pelos protocolos eram seguidas por um farmacêutico (em casos mais graves) ou por um técnico (no caso de dados incompletos) Uma vez completa, a receita era remetida para ser aviada. O processo real de aviamento foi organizado muito mais no espírito de operação de uma linha de montagem, com a informação da prescrição, rótulos apropriados e codificados gerados por computador, caminhando juntos. Por exemplo, cada solicitação recebe um único identificador em código de barras. O aviamento real da prescrição era inteiramente automatizado, com baixa possibilidade de erro humano. Mesmo assim no final do processo cada prescrição era verificada por um farmacêutico habilitado antes de ser enviada.

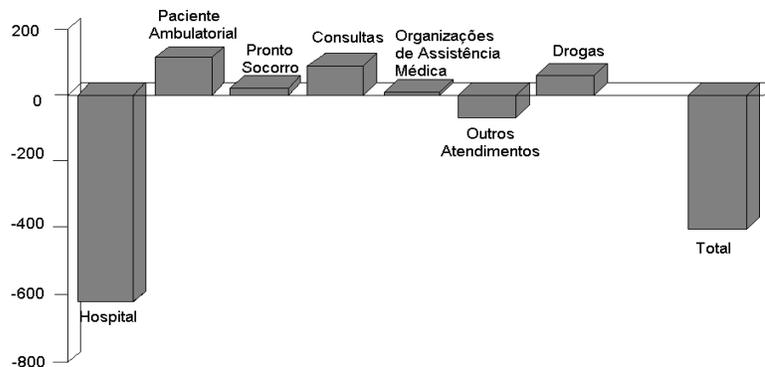


Quadro 12 Gastos com Doenças Crônicas e Participação Farmacêutica

Doença Crônica	Custo total (US\$ bil.)	Custo do medicamento (US\$ bil.)	% do medicamento	Impacto do medicamento no custo total
Cardiovascular	80	10	13	Significante
Neoplasma	49	1	2	Moderado
Respiratória	38	4	11	Significante
Digestivas	36	2	6	Moderado
Músculo esqueléticas	28	3	11	Moderado
Saúde mental	19	1,5	8	Significante

Quadro 13 – Programa de Apoio a Pacientes Diabéticos**Resultados da Economia de Cuidados com Saúde**

- ◆ Economia total de cuidados com saúde de \$440,00 (por membro ao ano)
- ◆ Pacientes que aumentaram o uso de insulina tiveram diminuição nos custos médicos de 2 a 3 vezes



* Aproximadamente 1600 pacientes, antes e após o programa de reivindicações médicas

Notas e Referências Bibliográficas

- 1 *The Journal de Wall Street*, 24 de junho de 1997.
- 2 O termo grande sucesso foi vagamente definido para incluir esses medicamentos com vendas de mais de US\$ 500 milhões nos EUA .
- 3 *MedAdNews*, Maio de 1994, p.5
- 4 Isto representa um “custo completamente carregado” e inclui o custo daqueles projetos que fracassaram em chegar ao mercado, como também os que ganharam aprovação do FDA. *Pharmaceutical R&D: Cost, Risks & Reward*, Office of Tecnology Assessment, 1993.
- 5 *HealthCare: Pharmaceutical, Standard & Poor’s Industry Survey*, August 29, 1996, p, 17.
- 6 *HealthCare: Pharmaceutical, Standard & Poor’s Industry Survey*, August 29, 1996, p.9.
- 7 Substituição terapêutica normalmente refere-se a mudar uma prescrição sem buscar deliberação do médico. Intercâmbio terapêutico refere-se a uma mudança em uma prescrição com o consentimento do médico.
- 8 Tirado de caso de HBS N°. 594-045 “Astra/Merck Group” por Frank Cespedes e Marie Bell.
- 9 David Cassak, " From Mail Service to Managed Care", *In vivo*, Janeiro de 1993.
- 10 CAO, “*Pharmacy Benefit Managers, early Results on Ventures with Drug Manufacturers*”, Novembro de 1995
- 11 *Ibid.*
- 12 Um formulário é freqüentemente uma lista de medicamentos preferidos por classe terapêutica com designações de custos.
- 13 Para substituir um medicamento de marca por um genérico, o farmacêutico não necessitava de aprovação do médico a menos que o médico tivesse escrito na prescrição “*aviar como está escrito*”. Para a substituição de um medicamento de marca prescrito como “*aviar como está escrito*” por um genérico, ou um medicamento de marca por outra, o farmacêutico tinha que primeiro conseguir a aprovação do médico. Porém, algumas leis estaduais requerem que o genérico seja aviado quando ele estiver disponível.
- 14 David Cassak, “From Mail Service to Managad Care”, *In vivo*, janeiro de 1993.
- 15 “*Merck-Medco Defining a New Pharmaceutical Company*”, por Roger Longman, Windhover Inc.
- 16 Brian O’Reilly “Por que a Merck Casou com o Inimigo” – *Fortune* – 20 de setembro de 1993.
- 17 Myron Magnet “Conheça os Novos Revolucionários” – *Fortune* – 29 de fevereiro de 1992.
- 18 William C. Castagnoli “A administração de moléstias é uma boa terapia para uma indústria afligida?”
- 19 Dados no parágrafo retirados de “Merck-Medco definindo uma nova empresa farmacêutica”-apresentação ao vivo.

- 20 Brian O'Reilly "Por que a Merck comprou o Inimigo" – *Fortune* – 20 de setembro de 1993.
- 21 "Merck a Respeito da Medco: Será Bom Para a Farmácia" – *Drugtopics* – 22 de novembro de 1993. – pg 73-77.
- 22 Ibid
- 23 *The Wall Street Journal*, 13 de Dezembro de 1995.
- 24 "Industry Focus: Value of Some Drug Firms' Acquisitions is Questioned", *The Wall Street Journal*, 19 de novembro de 1996
- 25 Ibid.
- 26 Resumo tirado do GAO, "Pharmacy Benefit Managers: Early Results on Ventures with Drug Manufacturers" Novembro de 1995, e *Company Annual Reports*.