



Instituto Superior de Gestão

**Gestão em Contexto de Crise nas Farmácias Portuguesas:
Reflexos dos Problemas Económico-Financeiros na
Rendibilidade dos Capitais Próprios.**

(Ana Catarina Ferreira Lopes de Silva Pereira)

Dissertação apresentada no Instituto Superior de Gestão para obtenção de Grau de
Mestre em Gestão Financeira
Orientadora: Professora Doutora Leonor Ferreira

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.” (Arthur Schopenhauer).

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”. (Madre Teresa de Calcuta).

Resumo

Introdução: Abraçar a profissão farmacêutica pode confundir-se com o propósito de um dia possuir ou gerir um negócio. Então, haverá a necessidade de compreender os conceitos básicos de análise financeira, e aplicá-los nas práticas de farmácia.

Pode acontecer, ao ingressar na profissão, de repente, estar a gerir um negócio ou ter de responder a uma gestão de alto nível, tornando-se proprietários ou sócios de farmácia, e não sabem como gerir de forma eficaz. Assim, se por um lado os profissionais de farmácia estão em condições de responder a aspetos clínicos no trabalho, por outro lado podem estar menos preparados para os desafios de acompanhar ou apoiar o funcionamento de um negócio.

Neste quadro, esta investigação enfatiza a análise financeira, mas também o impacto sobre toda a prática da farmácia, evitando a insolvência, considerando a conjuntura económica onde nos encontramos, em Portugal.

Objetivos: O tema central a que a dissertação se propõe é o estudo da importância da análise financeira em empresas do sector das farmácias, tendo como principais objetivos:

- Contribuir para o conhecimento da situação económico-financeira do sector das Farmácias portuguesas.
- Aplicar o modelo Dupont no cálculo do ROE (Return on Equity) à média agregada do sector, ao longo do quinquénio de 2009-2013.
- Identificar as causas das dificuldades económico-financeiras que potenciam a insolvência das farmácias.
- Ser um contributo para gestores farmacêuticos, ao recomendar medidas a implementar de forma a ultrapassar as dificuldades económico-financeiras diagnosticadas.

Metodologia: Este estudo aplica o modelo Dupont ao longo dos anos e analisa os fatores determinantes da alteração da rentabilidade do capital próprio das farmácias portuguesas.

Fonte de dados: Banco de Portugal, Infarmed e ANF.

Objeto: Demonstrações Financeiras das Farmácias Portuguesas-Média Agregada.

Período: 2009-2013.

Resultados: Numa perspetiva financeira, foram analisadas as alterações na rendibilidade do Capital Próprio das Farmácias Portuguesas, relativamente às decisões de investimento, financiamento e o regime fiscal. Através do modelo Dupont, foi possível conhecer as razões das variações ocorridas:

- A rendibilidade do ativo em 2009 era de 6,40%, começando a ter uma significativa tendência decrescente a partir de 2011, atingindo o valor mínimo de 2,34% em 2012, melhorando ligeiramente para 3,97% em 2013. Esta redução da rendibilidade do ativo foi essencialmente devida á diminuição da rotação do ativo, provocada pela diminuição do volume de negócios de 21% em 2013 face a 2009;
- O efeito de alavanca financeira encontrou-se ao longo do quinquénio 2009-2013 superior a um, sendo favorável, potenciando a rendibilidade do capital próprio. No entanto apesar dos gastos de financiamento terem sido ao longo dos anos em análise inferiores à rendibilidade do ativo, constatou-se uma proximidade significativa entre os valores assumidos por estas duas variáveis;
- A taxa de tributação efetiva sobre o rendimento em 2009 era de 26,83%, atingiu o seu máximo em 2012 de 91,87%, baixando em 2013 para 41,92%.

Conclusão: A metodologia utilizada permitiu confirmar a vulnerabilidade da situação financeira e económica das farmácias em Portugal, no quinquénio 2009-2013, tendo atingido quase o fundo no ano de 2012, onde muitas entidades se tornaram insolventes e encerraram. Constatou-se uma preocupação crescente com a qualidade dos serviços bem como a diversificação de oferta de serviços e produtos de cosmética que poderá permitir ultrapassar as dificuldades. Dada a crise económico-financeira ser recente, não é possível determinar com precisão esse ponto de viragem, apesar da melhoria ocorrida em 2013, uma vez que as farmácias que sofreram piores condições acabaram por sair do mercado, tendo influenciado, em termos médios, a situação do sector.

Palavras-Chave: Farmácia, Análise Financeira, Rendibilidade do Capital Próprio, Dificuldades Financeiras, Portugal.

Abstract

Introduction: To embrace the pharmaceutical profession can be confused with the purpose of one day owning or managing a business. Then there will be the need to understand the basics of financial analysis, and apply them in pharmacy practices.

It may happen to join the profession suddenly be running a business or having to respond to a high-level management, becoming owners or pharmacy partners, and do not know how to manage effectively. Thus, on the one hand the pharmacy professionals are able to answer the clinical aspects in day-to-day, on the other hand could not be prepare for the challenges to accompany or support the functioning of the business.

In this context, this research focuses in the financial analysis, but also the impact on the practice of pharmacy, avoiding insolvency, considering the economic environment in Portugal.

Objectives: The central theme of the thesis , is the study of financial analysis in the pharmacy industry, with the following aims objectives:

- To contribute to the knowledge of the Portuguese pharmacy sector;
- To apply the Dupont model in the calculation of ROE (Return on Equity) to the middle sector over the five-year period 2009-2013;
- To identify the causes of the economic and financial difficulties that may lead the insolvency of pharmacies;
- To recommend measures to implement in order to overcome the economic and financial difficulties diagnosed, being a contribution to pharmaceutical managers.

Methodology: This study applies the Dupont model and analyzes the determinants of change in return on equity of Portuguese pharmacies.

Data Source: Bank of Portugal, Infarmed and ANF.

Object: Financial Statements Portuguese-Average Aggregate Pharmacies.

Period: 2009-2013.

Results: In search of the causes of these changes, in ROE, over time, the investment decisions, the financing decisions and the income tax regime are analysed.

Through the Dupont model, it is possible to know the reasons for the variations indicated. The main results are as follows:

- The return on assets in 2009 was 6.40%, starting to move downward since 2011, reaching the minimum value of 2.34% in 2012, and improving slightly to 3.97% in 2013. This reduction in return on assets was mainly driven by the decrease of asset rotation, driven caused by the fall in turnover which amounted to 21% in 2013 compared to 2009.
- The financial leverage met over the years is above one, being favorable to the return on equity. However despite the cost of debt being over the years below return on assets, both figures are quite similar.
- The effective income tax rate in 2009 was 26.83%, reached its maximum in 2012 of 91.87%, dropping in 2013 to 41.92%.

Conclusion: This research confirms the vulnerability of the financial and economic situation of pharmacies in Portugal in the five-year period 2009-2013. In 2012, many pharmacies became insolvent and closed. The results suggest a greater concern with a quality of services and the diversification to new services and supply of cosmetic products help to overcome the difficulties faced. Given the economic and financial crisis is recent, it is not yet possible to accurately determine this turning point, of Portuguese pharmacies despite the improvement observed in 2013, because some pharmacies that have suffered worst weaknesses and threats exit from the market, and influenced the industry average.

Keywords: Pharmacy, Financial Statement Analysis, Return on Equity, Financial Difficulties, Portugal.

Agradecimentos

Agradeço especialmente á minha orientadora de tese, Professora Doutora Leonor Ferreira, por todo o apoio, disponibilidade, todo o conhecimento transmitido, e o contributo de todas as suas ideias no desenvolvimento do trabalho de investigação, onde ao mesmo tempo me dava toda a autonomia de decisão.

Agradeço a todos os professores do mestrado do ISG que permitiram que através das suas bases de conhecimento transmitidas, ao longo do ano letivo teórico, eu pudesse realizar esta tese, aplicando-as de forma particular.

A todos os meus amigos e familiares, que sempre me incentivaram a não desistir da realização desta tese por estar a trabalhar simultaneamente, e por terem compreendido a minha falta de tempo e disponibilidade para muitas coisas.

Lista de Abreviaturas

AdC- Autoridade da Concorrência

AFP- Associação de Farmácias em Portugal

AIM- Autorização de Introdução no Mercado

ANF- Associação Nacional de Farmácias

BPF- Boas Práticas de Farmácia

CEFAR- Centro de Estudos e Avaliação em Saúde

CMV- Custo de Mercadoria Vendida

DEA- Data Envelopment Analysis

DGAE- Direcção-Geral das Atividades Económicas

EFA- Efeito de Financeiro de Alavanca/ Efeito de Alavanca Financeira

FIP- International Pharmaceutical Federation

Groquifar- Associação de Grossistas de Produtos Químicos e Farmacêuticos

HMO- Health Maintenance Organization

JIT- Just in Time

MdE- Memorando de Entendimento

MNSRM- Medicamentos não sujeitos a receita médica

MSRM- Medicamentos sujeitos a receita médica

OMS- Organização Mundial da Saúde

PVP- Preço de Venda ao Público

ROA- Return on Assets

ROE- Return on Equity

SNS- Sistema Nacional da Saúde

UE- União Europeia

WACC- Weighted average cost of capital

Índice

Resumo	3
Abstract.....	5
Agradecimentos	7
Lista de Abreviaturas.....	8
1. Introdução.....	14
1.1. Relevância do Estudo.....	14
1.2. Objetivos da Dissertação.....	15
2. Enquadramento.....	16
2.1. Caracterização da Atividade de uma farmácia.....	16
2.2. Evolução do Sector das farmácias em Portugal	18
2.3. Comparticipações do Estado e outros subsistemas de saúde	23
2.4. Sistema de Remuneração	25
2.5. Os principais Agentes do Sistema de Valor do Sector das farmácias.....	26
2.5.1. Industria Farmacêutica	27
2.5.2. Cadeia Distributiva.....	30
2.5.3. Retalho de Medicamentos	31
2.5.4. Farmácias	34
3. Revisão da literatura	37
3.1. Estudos não empíricos	37
3.2. Dissertações de Mestrado	41
3.3. Estudos Institucionais	46
3.4. Livros e Outros	65
4. Metodologia.....	72
4.1. Perguntas de Investigação.....	72
4.2. Modelo DuPont.....	72

4.3. Níveis de Análise e Variáveis	77
4.4. Universo, amostra e fonte de dados	78
4.5. Análise da Estrutura Económica e Financeira das farmácias portuguesas	80
5. Discussão dos Resultados	85
5.1. PI.1.: Como evoluiu a ROE nas farmácias portuguesas?.....	85
5.2. PI.2.: Quais as causas da rentabilidade dos capitais próprios das farmácias portuguesas? Quais as razões da sua evolução?	86
5.3. PI.3.: Quais as causas da evolução do ROA (Return on Assets) nas farmácias portuguesas?.....	87
5.4. PI.4.: Em que medida a decisão de financiamento contribuiu para a rentabilidade do capital próprio? Qual a relação do WACC (Weighted Average Cost of Capital) com o ROE?.....	97
5.5. PI.5.: Em que medida a tributação sobre o rendimento afetou as farmácias portuguesas?.....	106
6. Melhorias a implementar	109
7. Conclusões e limitações.....	111
8. Bibliografia.....	114
9. ANEXOS	120

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Evolução da produção (M€).....	28
Gráfico 2. Rácio das Exportações (exportações no total das vendas).	29
Gráfico 3. Margem do sector da distribuição.	59
Gráfico 4. Evolução de Insolvências e Penhoras.....	60
Gráfico 5. Estrutura Económica das farmácias. 2009-2013	80
Gráfico 6. Estrutura Financeira das farmácias. 2009-2013.	81
Gráfico 7. Estrutura do Ativo das farmácias. 2009-2013.....	83
Gráfico 8. Evolução do ROE. 2009-2013.....	85
Gráfico 9. Evolução do ROA.2009-2013.	87
Gráfico 10. Qualidade das Vendas.2009-2013.....	89
Gráfico 11. Qualidade dos Pagamentos”. 2010-2013.....	91
Gráfico 12. Qualidade dos Cash - Flows. 2009-2013.....	96
Gráfico 13. Evolução do ROE e do ROA. 2009-2013.	97
Gráfico 14. Impacto do Efeito de Alavanca Financeira e do ROA antes de impostos na evolução do ROE. 2009-2013.	98
Gráfico 15. Impacto do ROA e do i (custo médio do passivo) no Efeito de Alavanca Financeira.	99
Gráfico 16. Relação entre o ROE e WACC.2009-2013.	105
Gráfico 17. Evolução do GAO GAF e GCA. 2009-2013.....	106
Gráfico 18. Evolução do Efeito Fiscal. 2009-2013.	107
Gráfico 19. Impacto do Efeito Fiscal e ROA antes de impostos na evolução do ROE. 2009-2013.....	108

Índice de tabelas

Tabela 1. Resenha de evolução do sector das farmácias em Portugal.....	19
Tabela 2. Importação e exportação de matérias-primas e produtos farmacêuticos.	29
Tabela 3. Quotas de mercado da Distribuição Farmacêutica.	31
Tabela 4. Número de parafarmácias em Portugal. 2009-2013.	32
Tabela 5. Distribuição do mercado de MNSRM-Embalagens.	32
Tabela 6. Distribuição do mercado MNSRM-Valor.	33

Tabela 7. Entidades que apresentam níveis de preços mais baixos.....	34
Tabela 8. Número de farmácias em Portugal. 2009-2013.	34
Tabela 9. Número de Habitantes por farmácia. 2009-2013.....	35
Tabela 10. Dissertações de Mestrado.	42
Tabela 11. Estudos realizados por instituições externas ao sistema de valor das farmácias.....	47
Tabela 12. Evolução previsível das margens das farmácias.....	51
Tabela 13. Estudos realizados por instituições internas ao sistema de valor das farmácias.....	56
Tabela 14. Situação de dívida a fornecedores das farmácias em Portugal.	57
Tabela 15. Mercado Ambulatório.....	61
Tabela 16. Encargos com o SNS.	62
Tabela 17. Preço médio anual.....	63
Tabela 18. Os pilares da atividade desenvolvida nas farmácias.....	71
Tabela 19. Caracterização dos dados.....	77
Tabela 20. Número de farmácias em Portugal.	78
Tabela 21. Natureza Jurídica das farmácias portuguesas.	79
Tabela 22. Estrutura do investimento das farmácias.2009-2013.....	79
Tabela 23. Estrutura do financiamento das farmácias.2009-2013.....	79
Tabela 24. Evolução das vendas e prestações de serviços das farmácias portuguesas. 2009-2013.	79
Tabela 25. Evolução dos Custos Variáveis.2009-2013	80
Tabela 26. Estrutura do Ativo das farmácias. 2009-2013.	82
Tabela 27. Evolução do ROE. 2009-2013.....	85
Tabela 28. Cálculo do ROE pelo método multiplicativo-Modelo Dupont.....	86
Tabela 29. Evolução do ROA.2009-2013.	87
Tabela 30. Qualidade das Vendas.2009-2013.	88
Tabela 31. Qualidade dos Pagamentos”. 2010-2013.....	90
Tabela 32. Ciclo de Caixa das farmácias portuguesas. 2009-2013.	92
Tabela 33. Qualidade dos Cash - Flows. 2009-2013.....	96
Tabela 34. Evolução do ROE e do ROA. 2009-2013.....	97
Tabela 35. Evolução do Efeito de Alavanca Financeira. 2009-2013.	97

Tabela 36. Impacto do Efeito de Alavanca Financeira e do ROA antes de impostos na evolução do ROE. 2009-2013.	98
Tabela 37. Cálculo do custo médio de passivo total.2009-2013.	101
Tabela 38. Cálculo do custo do passivo remunerado.2009-2013.....	102
Tabela 39. Cálculo do ROA. 2009-2013.	104
Tabela 40. Cálculo do WACC. 2009-2013.....	104
Tabela 41. Evolução do Efeito Fiscal. 2009-2013.....	107
Tabela 42. Impacto do Efeito Fiscal e ROA antes de impostos na evolução do ROE. 2009-2013.....	107
Tabela 43. Medidas de melhoria da situação económico-financeira a implementar....	109

Índice de Figuras

Figura 1. Formação de preço no mercado de ambulatório	25
Figura 2. Sistema de Valor das farmácias portuguesas.	26
Figura 3. Ciclo de Caixa.....	66

1. Introdução

1.1. Relevância do Estudo

No que se refere a formação de farmácia, pode acontecer centrarem-se mais nos aspetos clínicos da farmácia do nos aspetos financeiros da mesma.

Ao longo dos anos, ingressam na profissão de farmácia sujeitos com o propósito de um diagnóstico ou gerirem um negócio. Estes, já reconhecem valor em compreender conceitos de contabilidade e princípios de gestão financeira, e aceitam que estes acrescentam valor às suas práticas de farmácia. No entanto, quando se iniciam na profissão, de repente, podem ter de executar tarefas de gestão de um negócio ou responder a uma gestão de alto nível, tornando-se proprietários, sócios ou acionistas da farmácia, e não sabem como gerir de forma eficaz. Assim, enquanto os profissionais de farmácia estão preparados para os aspetos clínicos, em muitos casos, eles têm limitações para os desafios de como operar, ou apoiar, na operação de um negócio.

Este trabalho de investigação, pretende dar relevância à análise financeira, mas também ao seu impacto nas práticas de farmácia., prevenindo a insolvência.

A cada dia, os farmacêuticos avaliam e tomam decisões clínicas sobre a saúde do paciente com base no seu conhecimento e as informações disponíveis, melhorando o atendimento ao paciente. Os farmacêuticos também têm de tomar decisões financeiras, que em última análise justificam a existência de uma farmácia, permitindo a prestação mais eficaz de serviços de atendimento ao paciente por toda a equipa de saúde.

No ambiente de cuidados de saúde, existem farmacêuticos especialistas em medicamentos e médicos experientes. Porém, a farmácia é um negócio que exige também a necessidade de gestores eficazes. Para compreender plenamente o impacto de cada uma das várias operações envolvidas no dia-a-dia de uma farmácia, um farmacêutico deve compreender os pressupostos e os princípios de análise financeira

Esta investigação tem em conta a situação atual do sector farmacêutico em Portugal, em que a insolvência e fecho de farmácias se tem verificado de forma crescente. Neste contexto, este estudo pretende ser um contributo para a deteção dos fatores económico-financeiros que mais poderão afetar a prática farmacêutica.

1.2. Objetivos da Dissertação

O tema central a que a dissertação se propõe é o estudo da importância da análise financeira em empresas do sector das farmácias, tendo como principais objetivos:

- Contribuir para o conhecimento da situação económico-financeira sector das farmácias portuguesas;
- Aplicar o modelo Dupont no cálculo do ROE (Return on Equity) à média agregada do sector, ao longo do quinquénio de 2009-2013;
- Identificar as causas das dificuldades económico-financeiras que potenciam a insolvência das farmácias;
- Ser um contributo para gestores farmacêuticos, ao recomendar medidas a implementar de forma a ultrapassar as dificuldades económico-financeiras diagnosticadas.

2. Enquadramento

2.1. Caracterização da Atividade de uma farmácia

A prática farmacêutica é caracterizada pela dispensa de medicamentos, produtos de cuidados de saúde, prestação de serviços profissionais ajudando os utentes e o meio que os envolve, de forma a fazer o melhor uso de medicamentos (FIP, 2009).

Boas práticas de farmácia são práticas que se adequam às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de farmácia, proporcionando-lhes os melhores cuidados, com base evidente, sendo importante existir um conjunto de diretrizes e padrões de qualidade a nível nacional. (FIP, 2009).

A Federação Internacional Farmacêutica (FIP) – uma organização de orientação internacional com presença em praticamente todo o mundo – introduziu as normas de *boas práticas farmacêuticas* em 1993. Trata-se de um conjunto de diretrizes a utilizar como referência por organizações farmacêuticas nacionais, os governos e organizações farmacêuticas internacionais através do estabelecimento de normas internacionalmente aceites como boas práticas de farmácia. O conjunto de normas que fazem parte do documento das Boas Práticas de Farmácia (GPP/BPF) vão ao encontro do conceito geral de assistência farmacêutica, podendo ser aplicadas nesse âmbito.

Todos devem trabalhar no sentido de estabelecimento de uma visão de longo prazo na prática de uma farmácia. Os primeiros passos para tal passam pelo planeamento estratégico no tocante a definição clara das funções dos farmacêuticos a quem um paciente recorre, posições, decisões de políticas, garantias, fornecedores e outras práticas no âmbito da saúde que deverão ser estabelecidas e repartidas entre os vários responsáveis.

Em função da formação académica de um farmacêutico e do seu papel tradicional na preparação e fornecimento de medicamentos e em informar os doentes sobre a utilização dos fármacos, os farmacêuticos estão bem posicionados para assumir a responsabilidade pela gestão da terapia através de medicamentos. (Desenvolvimento da prática de farmácia, OMS-Organização Mundial da Saúde, 2006). Enquanto a terapia através de medicamentos adequada é mais segura e rentável do que outras formas de tratamento alternativas, as consequências pessoais e económicas de uma terapia inadequada de medicamentos são enormes e prejudiciais.

A responsabilidade dos profissionais de saúde é outra questão colocada na prestação de serviços farmacêuticos. Na relação tradicional entre o médico-prescritor e o farmacêutico-fornecedor, o prescritor seria responsável pelos resultados de farmacoterapia. Porém, esta situação tem vindo a mudar nos sistemas de saúde. A profissão de farmacêutico tem tido um papel ativo na construção de novos serviços profissionais para atender as necessidades dos consumidores de medicamentos.

Ao longo dos anos, as características da atividade das farmácias têm mudado. No que se refere a dispensa de medicamentos e, mais recentemente, à prestação de serviços profissionais, surgiram conceitos novos, tais como a assistência farmacêutica e a clínica de farmácia (Van Mil e Schulz, 2006).

A assistência farmacêutica é um conceito relevante na gestão de uma farmácia. Conceito criado por Mikeal et al. (1975), efetua a terapia medicamentosa com o objetivo de criar melhor qualidade de vida ao utente. (Hepler e Strand, 1990). A prática de assistência farmacêutica assume que o farmacêutico é responsável pelos pacientes e estes poderão estar sob o cuidado dos farmacêuticos, e a sociedade aceitará essa suposição e compreenderá que fará parte da profissão. (Desenvolvimento da prática de farmácia, OMS, 2006).

Hepler e Strand (1990) criticaram este novo conceito de assistência farmacêutica apontando que a atividade de um farmacêutico não poderá restringir-se aos serviços farmacêuticos sofisticados ou a novas funções técnicas, sem que se avalie o valor e a relevância para o paciente (cliente), para a sua saúde e para a sociedade, tendo por isso de ir ao encontro das respetivas necessidades. Assim, a assistência farmacêutica orienta-se simultaneamente para o cliente e a colaboração, mas também para resultado. (WHO / PSM / PAR / 2006.5).

A atividade de farmacêutico envolve um amplo processo sistemático, que comporta três funções em relação aos pacientes. Tem de identificar os problemas reais e potenciais relacionados com os medicamentos, resolver os problemas reais e evitar que problemas potenciais se transformem em problemas reais (Strand et al., 1992). O processo tem analogia com as etapas do ciclo de garantia de qualidade (Strand et al., 1992), ao lidar com a avaliação das necessidades dos pacientes e os problemas relacionados com o medicamento e ao implementar e acompanhar um plano de tratamento adequado. A assistência farmacêutica não é uma prática isolada de outros serviços de saúde (Van Mil e Schulz, 2006), mas antes deve ser fornecida em colaboração com pacientes, médicos,

enfermeiros e outros prestadores de cuidados de saúde. Os farmacêuticos, em particular, estão diretamente relacionados com o custo, a qualidade e os resultados da assistência farmacêutica.

Assim, a assistência farmacêutica tem como princípio a ideia de serviços orientados para o paciente e a melhoria contínua da qualidade no sector farmacêutico (Ivey, 1993; Hepler, 1995). Tal como os prestadores de serviços de saúde, os profissionais de farmácia devem reconhecer e identificar as necessidades e as expectativas dos clientes e de outros grupos de interesse (Schondelmeyer, 1987 Hepler e Strand, 1990, Strand et al.,1992).

2.2. Evolução do Sector das farmácias em Portugal

As farmácias portuguesas têm seguido as normas implementadas a nível internacional, tendo sofrido nos últimos anos um conjunto de reformas a nível nacional.

A tabela 1 resume os factos mais relevantes, dos últimos anos, na legislação do sector das farmácias portuguesas.

Tabela 1. Resenha de evolução do sector das farmácias em Portugal.

Data	Situação	Legislação
Anos 60	Antes da adesão de Portugal à Comunidade Europeia- Essencialmente preocupações sociais e assistenciais do Estado Novo. O legislador estruturava com pormenor a atividade de um farmacêutico e mais especificamente em farmácia de oficina.	Lei n.º 2125, de 20 de março de 1965 e Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de agosto de 1968- atualizados no Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto
Anos 80 (Após 1985)	Adesão de Portugal a União Europeia. Reforma nas normas relativas ao início da atividade das farmácias de oficina: somente através de concurso, passou a ocorrer a abertura, com base em critérios de classificação e não por iniciativa própria.	Portaria n.º 806/87, de 22 de setembro – atualizado na Portaria n.º 1430/2007 de 2 de novembro
1988	Obrigação de permanência de um diretor-técnico bem como reforço das responsabilidades dos diferentes intervenientes do sector: empresas produtoras, grossistas, importadoras e exportadoras,	O Decreto-Lei n.º 10/88 de 15 de fevereiro
1990	Regulamentação do número de farmacêuticos-adjuntos (em 2007 foi extinguida)	Decreto-Lei n.º 214/90, de 28 de junho
1999	Alterações referentes as regras de abertura e instalação de novas farmácias, transferências ou postos moveis: área total mínima de 95 m ² com espaços determinados: espaço de atendimento ao público com mínimo de 50 m ² ; laboratório com mínimo de 8 m ² ; armazém com mínimo de 25 m ² ; instalações sanitárias com mínimo de 5 m ² ; e um gabinete de atendimento personalizado com mínimo de 7 m ² .	Portaria n.º 513/92, de 22 de junho; Portaria n.º 325/97, de 13 de maio; Portaria n.º 936-A/99, de 22 de outubro
2004	Regulação da preparação de medicamentos manipulados, criando valor dentro da terapêutica medicamentosa, ao promover a segurança e qualidade.	Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho

Data	Situação	Legislação
2007	<p>Modificações no que se refere a direção técnica de farmácia e regime de propriedade, sendo possibilitado o acesso a não farmacêuticos: pessoas singulares ou coletivas (exceto unidades e subsistemas de saúde, prescritores, produtores, grossistas) passaram a ter poder de gestão e detentoras de até quatro farmácias.</p> <p>O diretor técnico passou a ser um farmacêutico diretor técnico, de forma exclusiva e permanente, com um conjunto de deveres e competências (Ordem dos Farmacêuticos (OF)).</p> <p>Quadro pessoal da farmácia- Diretor técnico e mais um farmacêutico, de forma a fazer face as possíveis ausências, no entanto, o diploma refere que os farmacêuticos devem fazer parte da maioria do quadro de pessoal da farmácia.</p> <p>Permissão de dispensa de medicamentos ao domicílio nos estabelecimentos farmacêuticos e locais de venda de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM), passando as encomendas a ser realizadas pela Internet, e-mail, telefone ou fax, sem restrição em relação a cobrança destes serviços, com obrigatoriedade de apresentação de receita médica.</p> <p>Supervisão de um farmacêutico- farmácia</p> <p>Técnico de farmácia- para farmácias</p> <p>As farmácias passaram a ser prestadoras de um conjunto alargado de serviços farmacêuticos, de acordo com o artigo nº 2 da Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro, nomeadamente: “apoio domiciliário, primeiros socorros, vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação, dispensa de medicamentos, diagnóstico e terapêutica, programas de cuidados farmacêuticos, campanhas de informação e colaboração em programas de educação para a saúde”.</p> <p>Os produtos comercializados: “(...) medicamentos, substâncias medicamentosas, medicamentos e produtos veterinários, medicamentos e produtos homeopáticos, produtos naturais, dispositivos médicos, suplementos alimentares e produtos de alimentação especial, produtos fitofarmacêuticos, produtos cosméticos e higiene corporal, artigos de puericultura e produtos de conforto(...)”. (Artigo nº 33º do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto).</p>	<p>Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto (atualizado no Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto)</p> <p>Portaria n.º 1427/2007, de 2 de novembro</p> <p>Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro</p> <p>Portaria n.º 1430/2007, de 2 de novembro (atualizado na Portaria n.º 352/2012, de 30 de outubro)</p> <p>Deliberação n.º 2473/2007, de 28 de novembro (atualizado na Deliberação n.º 1502/2014, de 3 de julho)</p>

	<p>Para o Infarmed abrir concurso público terão de se verificar certas condições tais como: “As farmácias só podem abrir ao público depois de lhes ser atribuído o respetivo alvará, emitido pelo Infarmed. (...) Podem ser proprietárias de farmácias pessoas singulares ou sociedades comerciais. (...) Nas sociedades comerciais em que o capital social é representado por ações, estas são obrigatoriamente nominativas. “. (Artigo nº 14 do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto).</p> <p>Requisitos de instalação das novas farmácias: " (...) a) A capitação mínima de 3500 hab. por farmácia aberta ao público no município, salvo quando a farmácia é instalada a mais de 2 Km da farmácia mais próxima; b) Distâncias mínima de 350 m entre farmácias, concatenados, em linha recta, dos limites exteriores das farmácias; c) Distâncias mínima de 100 m entre a farmácia (...)" e as unidades de saúde, salvo em localidades com menos de 4000 habitantes.” (Artigo nº 2 da Portaria n.º 1430/2007, de 2 de novembro).</p> <p>As transferências de localização de farmácias, bem como a transformação de postos farmacêuticos permanentes em farmácias, poderão existir no mesmo município desde que se verifique os requisitos de funcionamento. (Artigo nº 2 da Portaria n.º 1430/2007, de 2 de novembro).</p> <p>A abertura e funcionamento dos postos farmacêuticos móveis, poderá ocorrer somente a uma distância de pelo menos 2km de uma farmácia ou posto farmacêutico em linha reta, não sendo possível, mais de dois postos farmacêuticos móveis dependerem de uma farmácia. As candidaturas para a abertura dos postos farmacêuticos móveis poderão ser realizadas pelas farmácias dos mesmos municípios ou dos municípios limítrofes, sendo o candidato escolhido o que tiver um menor número de postos averbados no alvará e caso haja mais que um nestas condições proceder-se-á a um sorteio. (Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto)</p>	
--	---	--

Data	Situação	Legislação
2010	Criação do manual “boas práticas de farmácia”, onde são referidos procedimentos relativos a atividade farmacêutica desempenhadas nas diferentes entidades nomeadamente na farmácia de oficina e hospitalar e na indústria farmacêutica.	NORMAS CONJUNTAS FIP/OMS PARA AS BOAS PRÁTICAS DE FARMÁCIA: DIRETRIZES PARA A QUALIDADE DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS Versão aprovada pelo Council Meeting da FIP setembro de 2010
2011	Possibilidade de funcionamento de farmácias 24h diárias, com regime de turnos.	Decreto-Lei n.º 7/2011, de 10 de janeiro- atualização do Decreto- Lei n.º 53/2007, de 8 de março

Fonte: Autoria Própria/ Legislação

2.3. Comparticipações do Estado e outros subsistemas de saúde

Em Portugal, em 2015, encontram-se em vigor diferentes sistemas de comparticipação, nomeadamente:

- Sistema de comparticipação mais usual, que se baseia em uma parcela do preço total do medicamento, a pagar, que vai decrescendo de acordo com o escalão do respetivo medicamento: A (90%), B (69%), C (37%) e D (15%). Os regimes especiais de comparticipação, aplicam-se em pensionistas ou utentes que necessitam de medicamentos específicos com despachos, onde a comparticipação é maior. (Decreto-Lei n.º 53/2007, de 8 de março e Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio);
- Sistema de comparticipação baseado em preços de referência em conjuntos de medicamentos com características homogêneas, estipulados antecipadamente. Pode-se aplicar nos medicamentos genéricos e de marca, sendo estabelecido um preço máximo de comparticipação por conjunto, onde a percentagem da comparticipação é diretamente proporcional ao preço de venda ao público (PVP) desse produto, sendo revistos anualmente. (Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro, Decreto-Lei n.º 103/2013, de 26 de julho).
- Sistema de comparticipação aplicado em cidadãos com determinadas enfermidades, que têm uma comparticipação mais elevada em relação aos outros, desde que referido no despacho respetivo. (Despacho n.º 12 589/2006, de 16 de junho).

De acordo com o Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro, relativamente ao regime da formação do preço dos MNSRM e dos MSRM comparticipados, “o PVP máximo, do primeiro medicamento genérico a introduzir no mercado deverá ser igual ou inferior a 50 por cento do preço do produto de marca com o mesmo princípio activo, mantendo-se uma exceção a este regime para os medicamentos cujo preço de venda ao armazenista em todas as apresentações seja igual ou inferior a € 10, uma vez que se torna necessário garantir que a imposição de preços baixos em medicamentos genéricos não seja impeditiva da respetiva entrada no mercado, com o inerente prejuízo para os consumidores e para o Estado. Determina-se, assim, que nestes casos o preço máximo de venda ao público do primeiro medicamento genérico a introduzir no mercado deverá ser igual ou inferior a 75 por cento do preço do produto de marca com o mesmo princípio activo”.

No Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro, encontra-se a revisão do sistema dos preços de referência, que tem como base os preços internacionais, onde os países de referência foram modificados. O Decreto-Lei n.º 97/2015, de 1 de junho, revogou o Decreto-Lei referido no parágrafo anterior, declarando que em 2016 não se irão efetuar revisões dos preços máximos de aquisição de todos os medicamentos das farmácias, de marca e genéricos.

As comparticipações afetam de forma significativa a disponibilidade de tesouraria, uma vez que cerca de 80 por cento do volume de negócios médio das farmácias portuguesas é constituído por medicamentos comparticipados pelo Estado e, portanto, têm essa mesma percentagem do volume de negócios com recebimento tardio.

Quando um medicamento tem a AIM (Autorização de Introdução no Mercado), a DGAE (Direcção-Geral das Atividades Económicas) determina o seu preço com base no Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio, e na Portaria n.º 4/2012, de 2 de janeiro, passando o Infarmed a determinar quando a comparticipação é solicitada pelo laboratório responsável.

Os sistemas de comparticipação em vigor, preveem que o valor global das comparticipações possa ser antecipado, através da intervenção de intermediários, como é o caso da Associação Nacional de Farmácias (ANF). Neste contexto, a ANF procede ao pagamento posteriormente à conferência do receituário de cada farmácia cobrando uma “comissão”. Apesar de este método não ser utilizado por muitas farmácias, é um meio de as farmácias obterem liquidez, diminuindo o prazo de recebimento das comparticipações, que muitas vezes, poderá ser longo.

Nos últimos anos, com as reformas ocorridas no setor das farmácias, a compartição foi perdida por muitos medicamentos, o que originou a diminuição da prescrição e solicitação nas farmácias tornando o produto estagnado, consequência desse facto, bem como a diminuição do poder de compra, por parte dos consumidores por terem de pagar o preço total.

A formação do preço depende do tipo de medicamento, isto é, se são medicamentos introduzidos pela primeira vez no mercado, se são genéricos ou se têm importação paralela. (Decreto de Lei n.º 112/2011, de 28 de novembro).

Os processos responsáveis pela regulação e controlo dos preços dos medicamentos têm em vista permitir o acesso da terapêutica aos consumidores e reduzir os gastos na Saúde e dos medicamentos em particular, pelos órgãos responsáveis. O preço dos medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM), no mercado de ambulatório, é formado após a Autorização de Introdução no Mercado pelo Infarmed, solicitando ao mesmo a determinação do PVP. O preço máximo para todos os novos medicamentos, sejam eles com ou sem receita médica comparticipados, terá de ser aprovado pelo Infarmed após um período de dez dias, excetuando-se os medicamentos de uso hospitalar exclusivo. (Decreto de Lei n.º 152/2012, de 12 de julho).

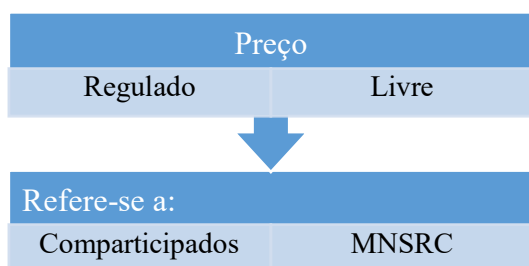


Figura 1. Formação de preço no mercado de ambulatório

Fonte: Autoria Própria

2.4. Sistema de Remuneração

Atualmente, as farmácias portuguesas são remuneradas através de uma margem linear aplicada no PVP do medicamento (20%). (Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio, e a Portaria n.º 4/2012, de 2 de janeiro). Essa margem influencia de forma significativa a rentabilidade das farmácias e tem vindo a sofrer alterações várias.

A margem linear inclui no preço os custos de aquisição dos mesmos, bem como os valores adicionais referentes aos serviços prestados pelas farmácias, nomeadamente o aconselhamento, ou outros que estejam associados.

De acordo com Simoens (2009), o atual sistema de remuneração em vigor nas farmácias portuguesas conduz a uma dispensa mais acentuada de medicamentos caros, em vez dos mais baratos, nomeadamente os genéricos, de maneira a se controlar a despesa. Simoens

(2009) considera que devem existir meios que permitam reforçar as políticas referentes à oferta e incentivem a utilização dos genéricos pelos utentes.

Segundo o programa de apoio financeiro a Portugal, prevê-se uma mudança no sistema de remuneração da distribuição, onde será implementado um sistema regressivo, nas farmácias e grossistas, através de uma taxa que poderá variar acrescida de uma *fee*, podendo ser por dispensa por prescrição ou por item dispensado, prevendo-se uma poupança de cerca de 50 milhões de euros na despesa com os medicamentos, tendo sido aprovado pelo Governo, em 29 de setembro de 2011, em Conselho de Ministros.

2.5. Os principais Agentes do Sistema de Valor do Sector das farmácias

A Figura 2 representa os agentes do sistema de valor do sector de farmácias. Estes, estendem-se desde os laboratórios, que compõem a indústria farmacêutica, até ao consumidor final. Será analisado cada um desses agentes com a perspetiva de Porter (1985), onde são as forças competitivas que decorrem da relação desses agentes.

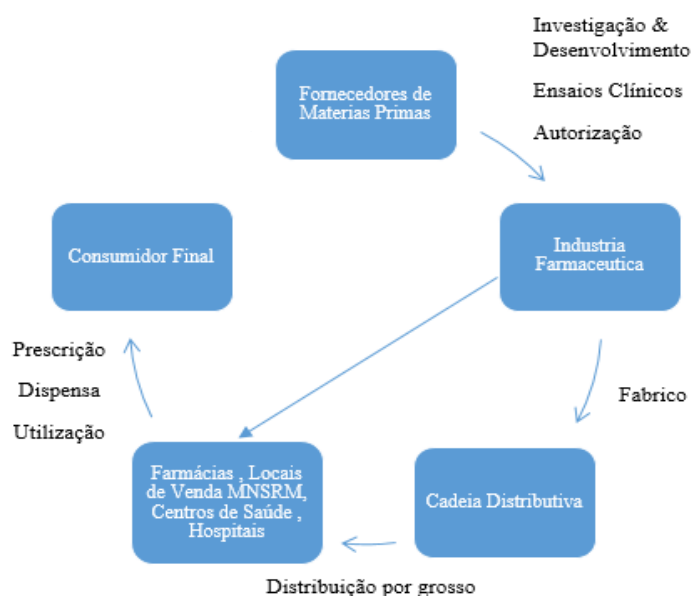


Figura 2. Sistema de Valor das farmácias portuguesas.

Fonte: Autoria Própria. Adaptado a cadeia de valor de PORTER.

Os medicamentos podem ser vendidos diretamente às redes de farmácias, ou serem comercializados indiretamente por meio de distribuidores. Estes, por sua vez, também distribuem os medicamentos para o mercado institucional, nomeadamente em hospitais públicos e privados e em centros de saúde.

Além dos medicamentos, as farmácias comercializam cada vez mais outros produtos, tais como cosméticos e produtos de higiene, que adquirem diretamente a fabricantes,...

Os agentes que representam a cadeia de valor são: Indústria farmacêutica, os distribuidores e as farmácias.

2.5.1. Indústria Farmacêutica

No território português, o Instituto da Farmácia e Medicamento (Infarmed) é a entidade que tem como responsabilidade monitorizar o circuito do medicamento, desde a fase de fabricação das matérias-primas até à fase da dispensa dos medicamentos aos consumidores.

1ª Fase: Investigação e Desenvolvimento – Desenvolvidos projetos de investigação com o fim de combater certas doenças detetadas na população, através de parcerias entre a indústria farmacêutica, faculdades da área da farmácia ou medicina e outras instituições científicas nacionais e estrangeiras. (Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho / Lei n.º 46/2004, de 19 de agosto revogada pela Lei n.º 21/2014, de 16 de abril).

2ª Fase: Ensaio clínicos – No desenvolver de ensaios clínicos nos medicamentos para uso humano, são aplicadas regras europeias de boas práticas clínicas, de forma testar a qualidade e a segurança. (Diretiva 2001/20/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 4 de abril, Lei n.º 21/2014, de 16 de abril).

3ª Fase: Autorização de introdução no mercado – Realizada pelo Infarmed, em Portugal, e pela Agência Europeia do Medicamento, na Europa. (Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto).

As entidades farmacêuticas (importadoras e /ou produtoras de medicamentos) terão de ser titulares de autorização de introdução no mercado (AIM), não podendo ser proprietárias de farmácias de forma direta ou indireta.

Posteriormente à validação da AIM, o medicamento poderá ser fabricado. Estão sujeitas à legislação que regula o licenciamento industrial, as empresas que têm instalações dedicadas ao fabrico de medicamentos, sendo coordenadas pelo Ministério da Economia. (Decreto-Lei 69/2003, de 10 de abril e Portaria n.º 464/2003, de 6 de junho.).

Em 2013, encontravam-se a operar em Portugal 378 empresas do ramo farmacêutico. No ano anterior, 2012, a produção de produtos farmacêuticos atingiu, 1.387 milhões de euros e em 2013 foi de 1.434 milhões de euros. De uma taxa de variação anual negativa de -9,5% em 2012, registou-se em 2013 um crescimento de 3,4%.

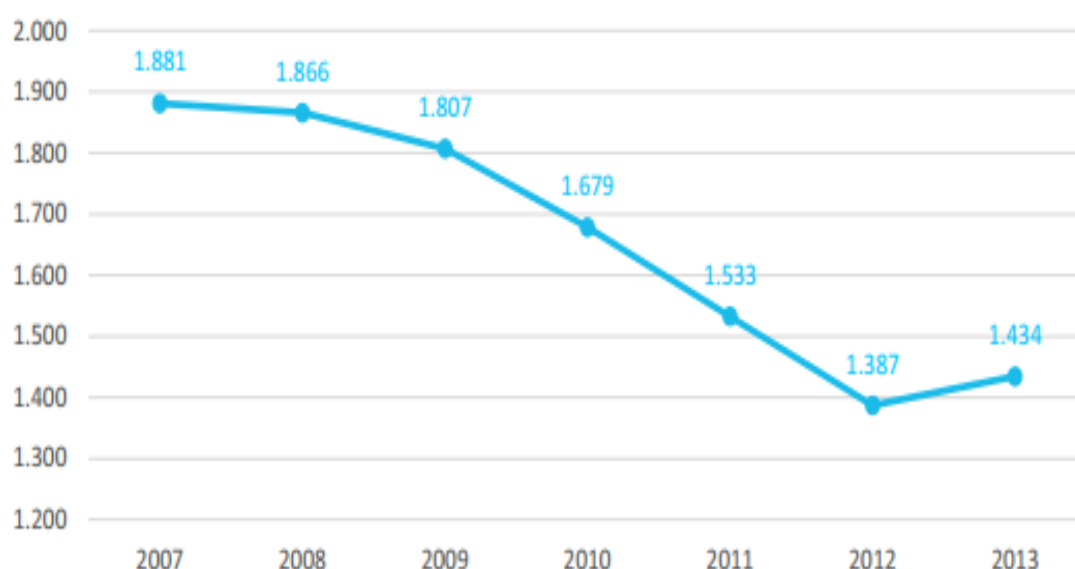


Gráfico 1. Evolução da produção (ME).

Fonte: INE, Infarmed, Apifarma.

Em 2013, as importações foram de 2.233 milhões de euros (menos 7% do que em 2012), enquanto as exportações foram de 704 milhões de euros (mais 4% que em 2012). (INE.2013).

Tabela 2. Importação e exportação de matérias-primas e produtos farmacêuticos.

Unidades: Milhões de euros; % / Units: Million euros; %				
Anos Years	Importação (M€) Import (M€)	Tx. cresc. (%) Growth rate (%)	Exportação (M€) Export (M€)	Tx. cresc. (%) Growth rate (%)
2008	2.072	5,7%	456	3,9%
2009	2.240	8,1%	503	10,5%
2010	2.275	1,5%	512	1,7%
2011	2.236	-1,7%	617	20,5%
2012	2.233	-0,1%	704	14,1%
2013	2.076	-7,0%	732	4,0%

Fonte: INE. Apifarma.

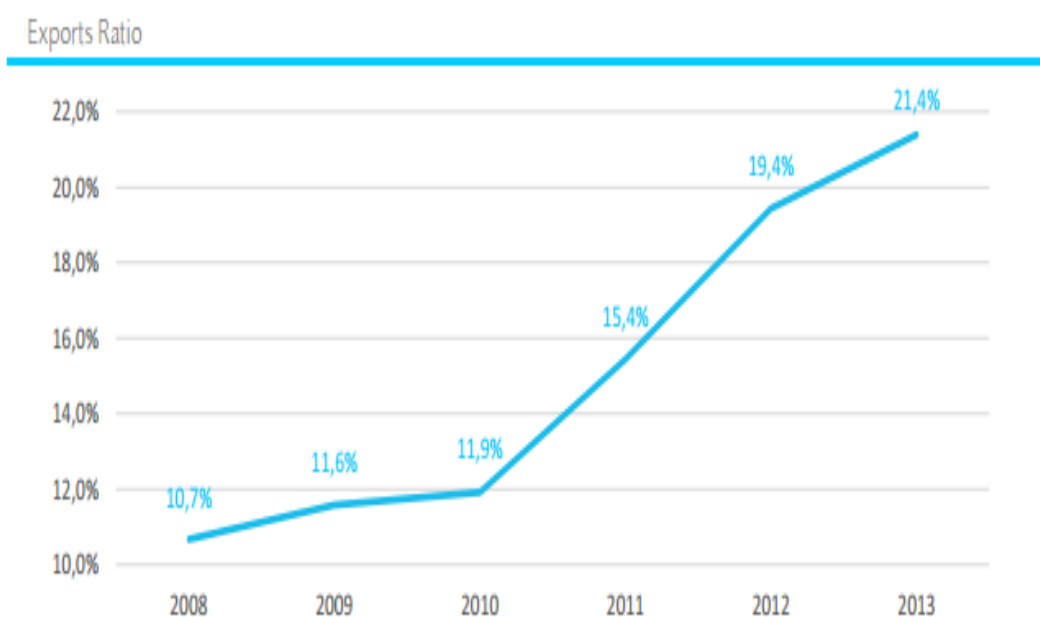


Gráfico 2. Rácio das Exportações (exportações no total das vendas).

Fonte: INE. Apifarma

Em 2013, existiam 16.484 medicamentos autorizados em Portugal, representando 8.878 marcas e 58.957 apresentações (tamanho da embalagem -30/60).

No top 100 da Estatística do Medicamento, a nível nacional encontrava-se em sétimo lugar a empresa responsável pela produção de medicamentos genéricos, a Généis e em vigésimo primeiro lugar, a empresa responsável pela produção de medicamentos de marca e inovadores, Laboratórios Bial. (Infarmed, 2013).

2.5.2. Cadeia Distributiva

Os distribuidores por grosso são responsáveis pelo armazenamento dos medicamentos, podendo beneficiar de economias de escala e garantir o abastecimento regular das farmácias. (Decreto-Lei n.º 135/95, de 9 de junho, Portaria n.º 348/98, de 15 de junho).

De acordo com a Groquifar (Associação de Grossistas de Produtos Químicos e Farmacêuticos) (2012) os agentes envolvidos na distribuição grossista podem ser pré-grossistas, grossistas *full line* e grossistas *short line*. De seguida, resume-se o que distingue estes três tipos de grossistas:

- *Pré-grossistas*, desenvolvem a logística entre produtor-grossista-retalho contribuindo para a qualidade da distribuição.

- *Grossistas full line*, têm frota de distribuição própria, reduzindo a distância e o tempo de serviço, de forma a haver o melhor acompanhamento do produto/ serviço à população. distribuem com regularidade, três entregas diárias, juntamente com entregas de urgências, em certas circunstâncias, por todo o país, de forma a garantir o melhor acesso dos utentes aos medicamentos.

- *Grossistas short line*, são entidade titulares de AIM's, com licença para distribuírem os produtos, bem como distribuidores que desenvolvem a sua atividade com determinados grupos de produtores.

Em consequência da crise do sector do medicamento: em 2005, ocorreu a aquisição da Soquifa pela OCP Portugal, em 2008 a Farbeira, Cofarbel e Farcentro fundiram-se dando origem à Plural e em 2009, fundiu-se a Codifar com a União dos Farmacêuticos, originando a Udifar. Assistiu-se, portanto, a uma concentração de actividade no sector da distribuição, que passou a contar com empresas de maior dimensão, mas em menor número.

As unidades logísticas em certas zonas do país, têm vindo a encerrar e a concentrar-se nas zonas urbanas, ou nos locais estratégicos onde desenvolvem a sua atividade de abastecimento. O encerramento tem sido uma forma de reduzir custos.

Em 2013, o mercado de distribuição grossista, em termos gerais, é constituído por sete entidades, que representam cerca de 90% do mercado de distribuição. No conjunto dessas entidades, duas são multinacionais, quatro cooperativas e uma operadora de capital

privado, nomeadamente: “Alliance Healthcare e a OCP Portugal; Udifar, Cooprofar, Cofanor e Plural; Botelho & Rodrigues” respetivamente. (Alliance Healthcare.2013).

Tabela 3. Quotas de mercado da distribuição farmacéutica.

Market share average of the year	Avg 2008	Avg 2009	Avg 2010	Avg 2011	Avg 2011	Avg 2012	Avg 2013	Variation vs 2012
Alliance Healthcare	22,8%	22,1%	21,6%	20,6%	21,6%	23,5%	27,9%	4,3%
OCP	18,1%	18,0%	18,5%	17,7%	17,7%	21,1%	25,3%	4,2%
Udifar II	18,1%	17,6%	16,5%	17,1%	17,1%	13,1%	7,6%	-5,5%
Cooprofar	9,2%	10,5%	11,1%	10,6%	10,6%	11,2%	12,1%	0,8%
Cofanor	8,3%	9,3%	9,6%	9,4%	9,4%	7,7%	1,6%	-6,1%
Plural	7,4%	8,0%	7,8%	8,2%	8,2%	7,7%	8,2%	0,5%
B&R	5,5%	6,4%	7,0%	7,3%	7,3%	7,5%	8,1%	0,6%
Others	10,6%	8,1%	7,8%	9,0%	7,9%	8,2%	9,2%	1,0%

Fonte: Alliance Healthcare.2013

Os distribuidores por grosso são remunerados através da aplicação de uma taxa fixa no preço dos medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM), fixado por lei, sendo única em todo o país. Atualmente, a taxa é de 8% sobre o PVP do medicamento. (Decreto-Lei n.º 618-A/2005, de 28/11). Por seu lado, a distribuição dos medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) é remunerada através de margens e preços livres. (Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro).

2.5.3. Retalho de Medicamentos

Com a liberalização dos MNSRM, em 2005, passou a ser permitida a venda fora das farmácias. Os locais de venda de MNSRM passaram a ter de ser registo no Infarmed e funcionar com determinados requisitos, tal como terem um responsável técnico, técnico de farmácia ou farmacêutico, registado no Infarmed, podendo ser responsável até cinco locais não podendo ultrapassar os 50 km entre eles. (Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de agosto).

Em 2013, 952 parafarmácias encontravam-se autorizadas pelo Infarmed, bem como outros espaços de saúde, podendo constatar-se a evolução nos últimos anos na tabela 4, sendo a quota dos MNSRM em Portugal de 44,7%, em unidades, (dados relativos a janeiro-dezembro de 2013) e 39%, em volume. (Infarmed.2013).

4. Número de parafarmácias em Portugal. 2009-2013.

Anos	2009	2010	2011	2012	2013
Número de parafarmácias	838	915	926	950	952

Fonte: Estatística do Medicamento 2013, Infarmed.

O mercado dos MNSRM é atualmente representado por grandes distribuidores do retalho alimentar correspondendo a 70% de quota do mercado de MNSRM. A entidade com maior nível de vendas em 2013 foi a PHARMACONTINENTE – Saúde e Higiene S.A. com um volume de 3.379.141 embalagens (46,1% do total); em valor 17.069.646 € (46,7% do total). (Infarmed 2013).

Tabela 5. Distribuição do mercado de MNSRM-Embalagens.

Entidade	Embalagens	% Embs	Taxa de Crescimento (volume)
			Jan-Dez 13 vs Jan-Dez 12
PHARMACONTINENTE - Saúde e Higiene, S.A.	3.379.141	46,1%	10,6%
Pingo Doce Distribuição Alimentar S.A	1.733.045	23,6%	9,2%
Companhia Portuguesa de Hipermercados SA	740.643	10,1%	6,3%
Continente Hipermercados S.A.	174.643	2,4%	13,0%
El Corte Inglés Grandes Armazéns, S.A.	89.406	1,2%	15,7%
Novapothke - Produtos de Saúde, Lda.	83.327	1,1%	0,8%
Modelo Continente Hipermercados SA	51.596	0,7%	179,4%
Ana Alves e Rodrigues, Lda.	43.884	0,6%	88,0%
Botelho e Cordeiro Lda.	42.892	0,6%	158759,3%
Lagosinter - Supermercados, Lda.	28.788	0,4%	2,4%
PHARMAÇOTEIAS LDA	24.258	0,3%	17,2%
Coisas da Saúde, unipessoal Lda	23.989	0,3%	-10,4%
farmacia maceta de paulo jorge sousa unipessoal lda	22.675	0,3%	-21,8%
Hibiscomed, Unipessoal Lda.	22.342	0,3%	22,8%
Ana Sofia Montes Jorge Silva, Unipessoal LDA	20.447	0,3%	13,9%
Restantes Entidades	855.242	12%	2,5%
Total	7.336.318	100%	7,9%

Unidade: N.º Embalagens

Taxa de Crescimento (volume): $(Emb_{Jan-Dez 13} - Emb_{Jan-Dez 12}) / Emb_{Jan-Dez 12}$

Fonte: Infarmed 2013

Tabela 6. Distribuição do mercado MNSRM-Valor.

Entidade	Valor PVP	% PVP	Taxa de Crescimento (valor)
			Jan-Dez 13 vs Jan-Dez 12
PHARMACONTINENTE - Saúde e Higiene, S.A.	17.069.646	46,7%	15,2%
Pingo Doce Distribuição Alimentar S.A	7.469.933	20,4%	15,8%
Companhia Portuguesa de Hipermercados SA	3.803.787	10,4%	10,3%
Continente Hipermercados S.A.	939.149	2,6%	18,6%
El Corte Inglés Grandes Armazéns, S.A.	522.657	1,4%	16,4%
Novapotheke - Produtos de Saúde, Lda.	455.286	1,2%	7,5%
Botelho e Cordeiro Lda.	281.504	0,8%	121237,8%
Modelo Continente Hipermercados SA	224.391	0,6%	201,3%
Ana Alves e Rodrigues, Lda.	209.470	0,6%	77,3%
PHARMAÇOTEIAS LDA	189.225	0,5%	27,0%
Lagosinter - Supermercados, Lda.	148.229	0,4%	5,7%
Hibiscomed, Unipessoal Lda.	141.884	0,4%	33,4%
Coisas da Saúde, unipessoal Lda	137.299	0,4%	-2,5%
farmacia maceta de paulo jorge sousa unipessoal lda	132.162	0,4%	-19,2%
Farmácia Silva de Maria de Fátima Silva Cabrita Correia, Unipessoal, Limitada	114.515	0,3%	16,9%
Restantes Entidades	4.722.101	12,9%	5,5%
Total	36.561.237	100%	12,4%

Unidade: EUR

Taxa de Crescimento (valor): $(\text{Valor PVP}_{\text{Jan-Dez 13}} - \text{Valor PVP}_{\text{Jan-Dez 12}}) / \text{Valor PVP}_{\text{Jan-Dez 12}}$

Fonte: Infarmed.2013.

Os índices de preços mais baixos dos MNSRM constaram-se nas entidades Go Healthcare, Unipessoal Lda.; António Almeida Mareco; Ana Alves e Rodrigues, Lda. E no Pingo Doce Distribuição Alimentar S.A apresentando esta o volume de vendas mais elevado no top 15 (7 469 933 €, 20,4% total). (Infarmed. 2013).

Tabela 7. Entidades que apresentam níveis de preços mais baixos.

Entidade	Valor PVP	% PVP	Taxa de Crescimento	Índice de Preços
			(valor) Jan-Dez 13 vs Jan-Dez 12	
→ Go Healthcare, Unipessoal Lda. *	137	0,0%	-	79,70
→ António Almeida Mareco	6.069	0,0%	6,4%	90,51
→ Ana Alves e Rodrigues, Lda.	209.470	0,6%	77,3%	97,97
Vila Sul Pharma, Lda *	179	0,0%	-	101,66
Pingo Doce Distribuição Alimentar S.A	7.469.933	20,4%	15,8%	102,33
Liliana Rosa Martins Gonçalves	8.479	0,0%	8,9%	102,77
SÁBIOS CONSELHOS UNIPESOAAL LDA	6.378	0,0%	21,2%	103,11
ROTA DA MAGNÓLIA - UNIPESOAAL LDA	7.848	0,0%	27,0%	103,25
M.D.J. Ribas, Lda	55	0,0%	-97,0%	103,44
F. Couto & Filhos, Lda	10.048	0,0%	58,5%	103,48
JUCAFARMA - Cosméticos e higiene Lda	2.820	0,0%	16,3%	103,68
Duo Dinâmico Lda	28.596	0,1%	-16,1%	103,69
Modelo Continente Hipermercados SA	224.391	0,6%	201,3%	104,08
Gomes Pinto e Ribeiro, Lda	3.834	0,0%	2,4%	104,31
Pharmourém, Lda	6.825	0,0%	-31,5%	104,36
Restantes Entidades	28.576.174	78,2%	13,7%	-
Total	36.561.237	100%	12,4%	

Unidade: EUR

Fonte: Infarmed 2013

2.5.4. Farmácias

Em 2013 existiam 2 766 farmácias no território nacional, menos 33 farmácias do que em 2012 (Informed, 2013). O sector das farmácias é um dos sectores mais regulados quer ao nível do desempenho da atividade quer ao nível da abertura e instalação. (Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto e Lei n.º 16/2013, de 8 de fevereiro).

Tabela 8. Número de farmácias em Portugal. 2009-2013.

Anos	2009	2010	2011	2012	2013
Número de Farmácias	2 693	2 768	2 789	2 796	2 766

Fonte: Estatística do Medicamento 2013 / Informed.

A captação por farmácia em Portugal foi das mais baixas a nível europeu, onde em 2013 existiam 3 586 habitantes por farmácia. (INE 2013, Infarmed, 2013).

Tabela 9. Número de Habitantes por farmácia. 2009-2013.

Anos	2009	2010	2011	2012	2013
N.º de Habitantes por farmácia	3 767	3 665	3 603	3568	3 586

Fonte: Infarmed 2013

2.6. Associações de farmácias em Portugal

No sector das farmácias em Portugal existem duas associações: a Associação de Farmácias em Portugal (AFP) e a Associação Nacional das Farmácias (ANF).

A AFP iniciou a sua atividade em 1990, com seis farmácias. Em 2012, contava com 153 farmácias associadas (Diário Económico, 2012). Procura oferecer um conjunto de serviços de apoio ao nível da gestão, contabilidade, jurídico, comercial, bem como ao nível da formação dos associados, defendendo os direitos e interesses dos associados. (AFP).

A ANF surgiu quinze anos antes, em 1975. Representa 2 865 farmácias, ou seja, aproximadamente 95% das farmácias em Portugal. Tem por propósito proteger os interesses dos proprietários de farmácia, prestando-lhes apoio ao nível económico, social, profissional e financeiro. A associação procura defender a filosofia de que a farmácia é um local do ramo da saúde, funcionando como um centro de prevenção e de implementação de tratamentos, onde ao prestar serviços de farmácia ao meio que a envolve, lhe permite ir além da dispensa de fármacos. (ANF, 2008).

A ANF tem contribuído ativamente e de modo inovador para a modernização dos serviços bem a introdução de melhorias nível dos recursos humanos das farmácias, nomeadamente ao possibilitar a origem do primeiro software para farmácias, atualmente conhecido por Sifarma2000. Este sistema permite apoiar a gestão ao nível dos stocks e vendas, bem como ao nível da intervenção farmacêutica, permitindo elaborar programas de

acompanhamento dos doentes e reter informações relevantes sobre os medicamentos ou somente para controlar a adesão terapêutica.

Em 2008, a ANF lançou o programa ‘Farmácias Portuguesas’, através do qual procurou associar a imagem das farmácias a uma marca confiável, de fácil identificação por parte dos portugueses.

A nível financeiro, a ANF criou a FINANFARMA- SOCIEDADE DE FACTORING, S.A., com início de atividade a 2 de janeiro de 2007, uma instituição financeira com o intuito de gerir e cobrar os créditos dos diferentes agentes no ramo da saúde, tais como fornecedores do setor público. Por outro lado, ir ao encontro das necessidades de factoring dos seus associados, permitindo às farmácias o recebimento antecipado do Estado.

A Finanfarma passou a receber as faturas do SNS, (tornando-te a “factor”) pagando às farmácias, ficando ela responsável da sua cobrança ao Estado.

O mercado-alvo da FINANFARMA são empresas no ramo da saúde, podendo efetuar negócios, em outras áreas de atividade. Esta entidade é considerada uma mais-valia para as farmácias portuguesas na medida em que procura apoiar a tesouraria das mesmas bem com contribuir para a estabilidade do setor onde estão inseridas, fazendo face a atrasos de pagamentos, colmatando eventuais gastos adicionais. (Finanfarma, 2014).

3. Revisão da literatura

Foram realizados vários estudos sobre o sector das farmácias portuguesas e a sua situação financeira.

Esta investigação debruça-se essencialmente em estudos que englobam o sistema de valor das farmácias portuguesas, com especial ênfase nas próprias farmácias.

Os estudos podem sistematizar-se em diferentes categorias:

- Estudos não empíricos
- Teses
- Estudos realizados por instituições externas ao sistema de valor das farmácias
- Estudos realizados por instituições internas ao sistema de valor das farmácias
- Livros e Outros

3.1. Estudos não empíricos

Os primeiros estudos de maior relevo, foram estudos caracterizados por análises de regulação, não tendo sido aplicadas técnicas estatísticas/empíricas. Destacaram-se três que se passam a descrever de seguida, nomeadamente, realizados por Rodrigues et al (2005), Volkerink et al (2007) e Barros (2009).

Rodrigues et al (2005) no estudo realizado à Autoridade da Concorrência, “a situação concorrencial do sector das farmácias, em Portugal” teve como objetivo identificar as barreiras legais, administrativas e das práticas anti concorrenciais com impacto no desempenho das funções de legislar, regular, fiscalizar e financiar do Estado, avaliar os custos / benefícios das normas que mais poderão ter impacto na perspetiva da Lei da Concorrência, estimar os efeitos ao nível da eficiência e de bem-estar social e recomendar medidas de eliminação das restrições mais graves detetadas.

Ao analisar as normas do funcionamento das farmácias em vários países da Europa, nomeadamente na Alemanha, Bélgica, Espanha, Holanda, Irlanda e Reino Unido, verificaram-se que diversas medidas aí adotadas, são menos restritivas da concorrência

do que as que se encontram em vigor em Portugal, não se verificando possíveis inconvenientes em termos de saúde pública.

Os autores concluem, com base em análise quantitativa do sector no território nacional, que a adoção de normas menos restritivas relativamente à abertura de novas farmácias e ocorrência de descontos seria vantajoso no que se refere a gastos dos consumidores e cobertura farmacêutica em Portugal.

Em face da avaliação efetuada, os autores procederam a um conjunto de recomendações, que passaremos a citar¹:

“Recomendação 1. Devem ser revogadas todas as referências legais à “viabilidade económica” das farmácias como critério de decisão por parte das autoridades de saúde.

Recomendação 2. A instalação de novas farmácias deve ser liberalizada, sendo eliminados os actuais concursos para atribuição de alvará e os critérios de capitação por farmácia. A autorização de abertura deve ficar condicionada apenas a registo junto das autoridades competentes e à verificação de que o estabelecimento cumpre os requisitos necessários à preservação da saúde pública.

Recomendação 2.1. Caso a instalação de novas farmácias seja liberalizada, não se justifica manter as actuais restrições ao trespasse e cessão de exploração da farmácia contidas nos artigos 70.º e 71.º do Decreto-Lei n.º 48547, de 1968.

Recomendação 3. A impossibilidade de cada proprietário de farmácia deter mais do que uma farmácia que resulta do número 3 da base II da Lei 2125, de 1965, deve ser substituída por norma menos restritiva que preserve a possibilidade de concorrência sem impedir o aproveitamento dos benefícios que a concentração de empresas pode gerar. Propomos que a nenhum proprietário seja permitido ultrapassar, através de operações de concentração, um limiar correspondente a uma determinada percentagem das farmácias existentes num determinado concelho ou que a ultrapassagem desse limiar fique sujeita a autorização por parte da Autoridade da Concorrência.

Recomendação 4. Os preços de venda ao público fixado para os medicamentos sujeitos a receita médica e outros medicamentos participados devem assumir o carácter de preços máximos. Devem ser revogadas todas as disposições legais que impedem as farmácias de praticar descontos sobre esses preços, no que ao pagamento a efectuar pelo utente respeita.

Recomendação 4.1. Caso a recomendação 4 seja adoptada, e de forma a criar condições para que possa produzir plenos efeitos na concorrência entre farmácias, recomendamos que a Autoridade da Concorrência desenvolva uma investigação específica no sentido de apurar se é possível compatibilizar as actividades de

1

http://www.concorrenca.pt/SiteCollectionDocuments/Estudos_e_Publicacoes/Outros/03_Farmacias_Final_2005.pdf

recolha e centralização de informação desenvolvidas pelas associações empresariais do sector, nomeadamente no âmbito da cobrança das participações devidas pelo Estado e da prestação de serviços informáticos, com o normal funcionamento do processo concorrencial. É nossa opinião que as recomendações anteriores, e em particular as recomendações 2 e 4, devem ser adoptadas simultaneamente. De forma a reforçar as condições para que aquelas recomendações possam atingir plenamente os seus efeitos, fazemos ainda as seguintes outras recomendações:

Recomendação 5. Deve ser eliminada a reserva da propriedade de farmácia para licenciados em Ciências Farmacêuticas e a obrigatoriedade de que a direcção técnica de farmácia seja exercida pelo seu proprietário.

Recomendação 5.1. Caso a recomendação 5 seja adoptada, entendemos que se justifica, por razões de prudência, a manutenção de algumas restrições à propriedade de farmácia em função da actividade desenvolvida pelos agentes económicos. Concretamente, recomendamos que a propriedade de farmácia permaneça vedada a quem exerça medicina ou se dedique ao fabrico de medicamentos.

Recomendação 5.2. Se a recomendação 5 for adoptada, entendemos que não se justifica manter a intransmissibilidade do alvará de farmácia.

Recomendação 5.3. Particularmente se a recomendação 5 não for adoptada, deve ser revogada a disposição que, para efeitos de abertura de novas farmácias, discrimina os farmacêuticos que tenham obtido a sua formação noutros Estados membros da União Europeia.

Recomendação 6. Devem ser eliminadas as restrições à utilização de publicidade de cariz informativo pelas farmácias que constam do Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos.

Recomendação 7. As farmácias devem ser autorizadas a vender medicamentos à distância, nomeadamente pela Internet, desde que as autoridades competentes concluíam que é possível salvaguardar níveis de protecção da saúde pública análogos aos que se verificam na venda ao balcão.

Recomendação 8. Caso a recomendação 2 seja adoptada, devem ser revogadas todas as restrições à mudança de localização das farmácias. Caso não o seja, a autorização da mudança de localização deve ficar apenas condicionada a critérios de defesa da saúde pública e satisfação dos interesses dos consumidores, em consonância com a recomendação 1.”

Volkerink et al. (2007), no “Study of regulatory restrictions in the field of pharmacies”, com o fim de analisar os efeitos da regulamentação sobre o desempenho de farmácias comunitárias, compilam a regulamentação do setor farmacêutico na União Europeia (UE). Os autores realizaram uma análise de variância, de maneira a identificar o impacto da regulação no desempenho do sector, com base em três indicadores económicos: o desempenho (produtividade), a eficiência e a qualidade /gama de produtos. Neste estudo, os autores observaram uma relação negativa entre o grau de regulamentação das farmácias e o seu desempenho. Concluíram que existe uma forte relação negativa entre

requisitos de funcionamento (nomeadamente as restrições à propriedade para (não) farmacêuticos, localização, requisitos para as farmácias e as barreiras à entrada para os farmacêuticos de outros Estados da UE) e a produtividade. Foi identificada também uma forte relação negativa entre requisitos de funcionamento e eficiência das farmácias. Relações menos fortes foram encontradas entre os requisitos educacionais e a gama de produtos, a regulação dos preços e a gama produto, e entre os requisitos de registo e a gama de produtos.

Verificaram entraves à liberdade de estabelecimento no domínio dos serviços de farmácia levando a custos sociais significativos. Em especial, uma redução de regulamento relativo a propriedade das farmácias, localização das farmácias e entrada de farmacêuticos de outros Estados-Membros da UE que segundo os pesquisadores poderá originar um aumento do bem-estar social (uma redução do chamado perda de peso morto). Os autores alegam ainda que uma redução da regulação permitiria uma liberdade de estabelecimento melhorando significativamente a produtividade na UE, impulsionando assim o crescimento económico. A redução dos requisitos de funcionamento permite que novos farmacêuticos e operadores de outros Estados-Membros desenvolvam as suas atividades e ofereçam serviços através das fronteiras.

Volkerink et al. (2007) defenderam que seria garantia de que as liberdades fundamentais previstas Tratado da Comunidade Europeia, tais como a liberdade de as farmácias se estabelecerem em outro Estado-Membro, seriam respeitadas. Os autores concluíram pela necessidade de uma política mais inclinada a eliminar os obstáculos à liberdade de estabelecimento no domínio dos serviços de farmácia. Mas ressalvam que para determinados grupos individuais, a desregulamentação pode ter consequências negativas. Por exemplo, uma redução de localização e de requisitos de propriedades pode influenciar negativamente as possibilidades de se aposentar farmacêuticos para vender a sua farmácia. Também o acesso a medicamentos pode sofrer pressão em algumas áreas.

Apesar dos benefícios de uma desregulamentação dos requisitos no exercício da atividade farmacêutica, tendo em conta uma perspetiva social, há uma clara necessidade de reformas de determinados elementos da legislação nacional em matéria de serviços de farmácia. Para uma melhoria do bem-estar, exige-se uma política acompanhada de medidas para remediar possíveis dificuldades financeiras dos farmacêuticos, por exemplo, através de esquemas compensatórios. Desta forma, os benefícios para a

sociedade são maximizados, enquanto os resultados de grupos específicos são remediados. Além disso, medidas de acompanhamento para salvaguardar o acesso a medicamentos em áreas remotas podem ser necessárias se o mercado não oferecer serviços nessas regiões. (Volkerink et al. 2007).

Barros (2009) discute as vantagens e desvantagens dos genéricos, a nível económico. Conclui que, apesar das vantagens superarem as desvantagens, não se conhece ainda a quantificação dos efeitos indiretos resultantes da implementação da terapêutica ou do modo de prescrição. No entanto, a estimativa de uma vantagem económica associada aos medicamentos genéricos depende dos primeiros efeitos, de substituição e redução de preço dos medicamentos de marca, se são ou não relevantes, do grau de adesão à terapêutica e do seu impacto. Como desvantagem, face a um possível consumo excessivo, aponta um elevado grau de dependência da comparticipação atribuída bem como do marketing associado e não apenas do preço do medicamento genérico.

3.2. Dissertações de Mestrado

Existem várias teses realizadas nos últimos anos, cujo objetivo, metodologia, amostra e período de análise se resumem na tabela abaixo

Tabela 10. Dissertações de Mestrado.

Autor(es)	Objetivo	Metodologia	Amostra	Período de Análise
Faustino (2009).	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a realidade económico-financeira das farmácias em Portugal. • Observação das condicionantes de eficiência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rácios económico-financeiros determinados, com os do INE, em 2005. • Análise estatística descritiva. • DEA (Data Envelopment Analysis) 	365 farmácias portuguesas	2005-2007
Queirós (2011).	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar os serviços das farmácias portuguesas, relativamente á qualidade. • Determinar o impacto da localização das farmácias no nível de serviços prestados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário • Análise descritiva dos dados 	Universo: farmácias membros da ANF Amostra final: 273	2005-2010
Madruço (2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Observar como as farmácias e utentes reagiram à crise, • Identificar o impacto da liberalização dos MNSRM, • Avaliar as mudanças mais significativas dos utentes relativamente aos hábitos de consumo nas farmácias e bem como a oferta dos respetivos serviços e produtos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inquérito • Análise estatística descritiva 	52 utentes de serviços de farmácia 11 farmácias	dezembro 2013 e janeiro 2014
Costa (2014)	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender o setor farmacêutico após o agravamento da situação económica de Portugal. • Compreender os fatores externos e internos responsáveis pela recente crise das farmácias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Análise qualitativa exploratória 	Farmácias portuguesas	2000-2013

Faustino (2009) estudou a eficiência económico-financeira das farmácias em Portugal, em 2007. Com base numa amostra de farmácias, o autor verificou que as farmácias portuguesas vivem períodos de incertezas que requerem uma afetação de recursos correta, face a significativa regulamentação do sector e que tem vindo a ser constantemente alterada. O autor concluiu que as farmácias são eficientes, uma vez que não existe uma distância elevada entre a unidade com mais eficiência e a com menos eficiência. Os resultados verificados nos rácios económico-financeiros estiveram acima da média, concluindo que as farmácias são mais eficientes do que a média das empresas portuguesas. Apesar dos fatores externos terem tido impacto nos resultados das farmácias, no entanto, não constatou esse fato em relação à eficiência.

Faustino (2009) alega que a eficiência necessita de mais esforços de gestão, sendo mais exigente que somente a busca pelas vendas ou margens. De acordo com o modelo utilizado, em 2007, eram eficientes a nível económico-financeiro, não indo ao encontro do fato de que as farmácias estarem a desperdiçar recursos, e que portanto, a gestão considerou-se favorável, no período em análise.

Queirós (2011) analisa a evolução entre 2005 e 2010 dos aspetos económicos do sector das farmácias. Segundo a autora, o sector das farmácias portuguesas vivenciou diversas reformas, entre 2005 e 2010, com o propósito de aumentar a liberalização e a concorrência do sector. A liberalização instalou-se, nomeadamente, ao nível da propriedade, nos preços e na venda de MNSRM, nos requisitos de instalação e transferência de farmácias, bem como outras regulações, que tornaram o sector das farmácias em Portugal um dos mais desregulados a nível europeu. Como consequência, as farmácias redirecionaram o funcionamento tendo em conta o aumento da concorrência e as exigências dos utentes. O aumento da esperança média de vida e a inovação tecnológica causou impacto ao nível das despesas de saúde, que fez com o que o governo implementasse medidas de promoção da diminuição das despesas com os medicamentos, face a pressão do controlo orçamental nos custos com a saúde.

Para Queirós (2011), as farmácias são um dos intervenientes que mais se destacam no circuito do medicamento e sofrem o impacto da política do medicamento de forma direta, através do modelo de remuneração, ou de forma indireta, que se reflete no consumo, através da diminuição dos preços, ou políticas que afetem o número de prescrições ou ao nível das participações.

Face a situação constatada, no período em análise, os MSRM, ao serem o principal meio de remuneração das farmácias, tem efeitos negativos nos rácios económico-financeiros, colocando em causa a rentabilidade do sector. No entanto, segundo a autora, a qualidade dos serviços prestados pelas farmácias tem aumentado. O número médio de horas de funcionamento semanal das farmácias foi de 62,5 hora, sendo considerado satisfatório, com muitas farmácias abertas ao sábado e ao domingo. Cerca de 83% das farmácias tem espaço para o atendimento, melhorando o serviço prestado ao possibilitar o atendimento de forma personalizada. (Queirós, 2011).

A autora conclui que as farmácias ao prestarem serviços de melhoria de bem-estar dos consumidores, poderão ir além do ato de dispensa do medicamento. Apesar da evolução favorável do sector, no tocante aos serviços prestados, existem ainda etapas a percorrer, no que concerne a uma maior execução de determinados serviços (v.g., serviços chave diabetes e adesão á terapêutica), bem como quanto ao reconhecimento, por parte do Governo e pelos utentes, do valor dos cuidados de saúde primários.

Madrugo (2013) analisa os cenários na gestão da farmácia comunitária em tempos de crise. A autora constatou que a maioria dos utentes deixou de comprar nas farmácias principalmente perfumes, medicamentos veterinários e produtos para bebé e criança. Num inquérito às farmácias observou diminuição na faturação, nas compras de mercadorias e no sortido das farmácias analisadas.

A autora concluiu ainda que o número médio de farmacêuticos a trabalhar tem aumentado, em consequência da alteração da legislação que exige um quadro mínimo de pessoal, o horário de trabalho e a capitação por farmácia, e consequente aumento dos custos.

Madrugo (2013) defende que a descida dos preços dos medicamentos genéricos, em conjunto com o aumento da respetiva quota do mercado, poderá tornar a situação insustentável para as farmácias, pois as receitas que as farmácias têm nos dias de hoje não cobrem os custos fixos, levando a perdas ou até ao encerramento permanente das mesmas.

As mudanças nos hábitos de consumo de produtos nas farmácias foram causadas essencialmente por motivos económicos. Essas mudanças foram consequência das alterações de consumo dos utentes, à redução da faturação, à diminuição de margem de lucro dos medicamentos, à redução dos preços dos medicamentos, o que provocou

consequentemente uma reorganização das farmácias como meio de fazer face a possíveis dificuldades económico-financeiras e evitar o encerramento. (Madruço, 2013).

Costa (2014), numa monografia que compila os estudos sobre a reorganização da farmácia concluiu que o rendimento das farmácias depende praticamente da margem dos preços dos medicamentos, cuja diminuição significativa tem como consequência margens negativas, ou seja, as vendas não conseguem cobrir os custos fixos das farmácias. O autor alega que as atuais dificuldades financeiras sentidas no setor têm provocado elevados valores a pagar aos fornecedores, levando muitas farmácias a encerrar. Esta realidade não só afeta as farmácias, como também o utente, pois cria dificuldades de acesso aos medicamentos.

Segundo Costa (2014), a prioridade na atividade de uma farmácia, terá de ser, ir ao encontro das necessidades dos utentes com a determinação da sua importância, como o resultado de saúde conseguido com base nos seus gastos, não considerando os cortes na despesa a solução para a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde. É necessária a implementação de medidas estruturais não só a curto prazo, para um funcionamento mais racional e eficaz do setor onde os intervenientes possam contribuir da melhor forma com suas competências, não colocando em causa a evolução do setor no futuro.

O autor afirma que as farmácias só sobreviverão se forem independentes do preço dos medicamentos. Observa que, a nível europeu, a remuneração das farmácias tem baixado significativamente, o que indicia que os medicamentos vêm sendo cada vez mais baratos. Por outro lado, o número de dispensas não tem diminuído, ou seja, os farmacêuticos dispensam com um valor inferior um maior número de medicamentos, surgindo um agravamento e insustentabilidade.

Costa (2014) defende que a farmácia se tornaria independente dos preços dos medicamentos através da aplicação de uma percentagem ao volume de medicamentos dispensados. Quanto aos farmacêuticos, considera que devem otimizar a sua atividade como profissionais de saúde, de forma a defender os seus interesses face a situação recorrente, procurando ir ao encontro dos problemas do meio envolvente e contribuindo para a promoção do bem-estar da sociedade.

3.3. Estudos Institucionais

Ao longo dos últimos anos foram realizados diversos estudos institucionais, os quais se encontram divididos, mais abaixo nas tabelas 11 e 12, por estudos realizados por instituições externas e internas ao sistema de valor das farmácias.

Ao nível externo encontraram-se estudos realizados pelos autores: Gouveia & Machado (2008), Antão, Grenha, Cravo & Rosa (2011 e 2012), Barros, Martins & Moura (2012) e Deloitte (2013).

Ao nível interno encontraram-se estudos realizados por : ANF , Cefar e Infarmed.

Tabela 11. Estudos realizados por instituições externas ao sistema de valor das farmácias.

Estudos Empíricos - Económicos- Institucionais				
Autor(es)	Objetivos	Metodologias	Amostra	Período de Análise
Realizados por instituições externas ao sistema de valor das farmácias				
Gouveia & Machado (2008)	<ul style="list-style-type: none"> Determinar o valor dos serviços prestados pelas farmácias para os utentes além do fator monetário 	<ul style="list-style-type: none"> Inquérito às farmácias Inquérito aos utentes das farmácias 	730 farmácias portuguesas. 1 200 utentes.	2008
Deloitte (2011)	<ul style="list-style-type: none"> Caracterizar o sector da saúde em Portugal. Identificar os principais problemas do sector da saúde Identificar os principais desafios futuros do sector 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Desk research</i> Entrevistas a <i>stakeholders</i> 	68 representantes do SNS, conforme Lei n.º 56/79 de 15 de setembro.	2000-2008
Antão, Grenha, Cravo & Rosa (2011)	<ul style="list-style-type: none"> Caracterizar a realidade económica e financeira, em Portugal, dos agentes, do circuito do medicamento. 	<ul style="list-style-type: none"> Análise de rácios económicos e financeiros, de maior importância. Análise comparativa dos dados da OCDE, Federação Europeia da Indústria Farmacêutica e Parlamento Europeu. 	Média agregada: farmácias portuguesas e europeias de referência (e.g. Espanha, França e Itália).	2006-2009

Estudos Empíricos - Económicos- Institucionais (Continuação)				
Autor(es)	Objetivos	Metodologias	Amostra	Período de Análise
Realizados por instituições externas ao sistema de valor das farmácias				
Antão & Grenha (2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar o contexto das farmácias portuguesas; • Caracterizar das farmácias por escalões com base no seu respetivo volume de negócios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Análise financeira baseada em rácios históricos /previsionais. 	2669 Farmácias (Universo das farmácias portuguesas).	2010-2012
Barros, Martins & Moura (2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender o funcionamento em termos económicos do sector farmacêutico; • Determinar os efeitos do novo sistema de margens; • Entender a perceção dos utentes e farmacêuticos; • Discutir ajustamentos a efetuar de acordo com a realidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do modelo apresentado pela AdC em 2005 e sua atualização. • Inquéritos. • Análise da viabilidade económica, excluindo o efeito dos custos financeiros provenientes de trespasses, investimentos e instalações. 	352 farmácias (Amostra aleatória estratificada e representativa). 33 milhões de transações.	2005-2012 janeiro - maio 2012 versus 2011
Deloitte (2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar e valorizar o (des)abastecimento no mercado nacional; • Relacionar o (des)abastecimento com a exportação paralela de medicamentos; • Identificar medidas de resolução do (des)abastecimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inquéritos a stakeholders. • Análise estatística descritiva. 	121 farmácias 671 utentes 81 médicos	maio - julho 2012
Deloitte (2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar os cortes de abastecimento de medicamentos no mercado farmacêutico português. • Calcular a duração média das falhas e tempos de reposição nas farmácias. • Analisar procedimentos dos <i>stakeholders</i>. • Comparar a evolução do presente estudo com o de 2012. 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionários por telefone. • Análise estatística descritiva. 	122 farmácias. 649 utentes. 82 médicos.	março - abril 2013

Gouveia e Machado (2008), no estudo “Valorização dos atos farmacêuticos em farmácias comunitárias”, concluíram que nas farmácias, existem, em média, 38,8 milhões de serviços não remunerados anuais, relativos a atos de aconselhamento e de avaliação. Estão associadas 2,8 milhões de horas de trabalho, equivalente a 13% do tempo dos quadros das farmácias, sendo o seu custo cerca de 20% dos resultados brutos das farmácias, ou seja, 54 milhões de euros. As previsões das valorizações dos principais tipos de atos apresentam custos acima dos 51 milhões de euros, tornando-se assim, uma medida monetária da criação de bem-estar social. Os dois autores consideram assim, que as farmácias são remuneradas de forma indireta pela margem que resulta de outras atividades além da dispensa de medicamento prevendo que no futuro possa ocorrer um aumento dos serviços prestados nas farmácias.

Antão, Grenha, Cravo & Rosa (2011), no estudo “Situação económico-financeira dos principais intervenientes no circuito do medicamento em Portugal”, concluíram que as farmácias portuguesas tinham as mais reduzidas margens a nível europeu.

Em relação aos intervenientes da cadeia do medicamento, no período em análise: A Indústria foi o agente com a maior rentabilidade líquida das vendas, de 5,62%, onde teve a maior evolução ao nível do resultado operacional, de 30,37% bem como ao nível da faturação de 10,98%. Os Grossistas tiveram a rentabilidade líquida das vendas mais reduzida, de 0,87%, com o maior volume de negócios.

As farmácias tiveram um crescimento bastante reduzido, comparativamente com os outros intervenientes, ao nível da rentabilidade líquida das vendas, com um decréscimo de 13,49%.

Os autores referem que a rentabilidade operacional e dos capitais próprios nas farmácias portuguesas, quando comparadas com outros cinco países, assumem valores reduzidos. Existiam 450 farmácias, em dezembro de 2010 com 46 milhões de euros em processos judiciais e registos de suspensão de fornecimentos nos seus fornecedores.

Antão, Grenha, Cravo & Rosa (2011) estimaram que as rentabilidades das farmácias iriam reduzir ainda mais, uma vez que cerca de 67% das farmácias (1 850) faturavam abaixo da média portuguesa e cerca de 38% das farmácias (1 056), encontravam-se com significativas dificuldades financeiras, principalmente em meios rurais.

Antão et al. (2012), num trabalho dirigido pela Universidade de Aveiro, procederam à avaliação económica e financeira do setor das farmácias, com o objetivo de dar a conhecer

o contexto atual das farmácias em Portugal. Concluíram que a realidade económico-financeira das farmácias reflete uma queda da rentabilidade média das vendas, de 3,1%, em 2010, para -3,7%, na perspectiva de 2012. Os resultados operacionais sofreram uma redução, de 5,3% em 2010 para -2,3% em 2012. Os custos fixos, embora se tenham mantido estáveis em valor, observou-se o crescimento do seu peso em relação às vendas anuais, de 21,6% em 2010 para 26,6% em 2012. No entanto, entre 2010 e 2012 os gastos das farmácias reduziram 14%, ou seja, 44,3 milhões de euros, com uma maior redução de 19,5 milhões de euros, nos gastos com o pessoal.

Consequência da queda dos resultados líquidos, o imposto sobre o rendimento tem vindo a diminuir face as vendas, refletindo uma diminuição do valor a pagar ao Estado.

Os autores estimaram que o ano de 2012 seria marcado pelas mudanças ao nível do modelo de remuneração do medicamento, influenciando negativamente a margem bruta das vendas das farmácias. Desta forma, previram o fecho de farmácias, reduzindo cobertura das farmácias em Portugal, pondo em causa o acesso ao medicamento por parte dos consumidores.

Segundo a Primopraxis ocorreu um acréscimo de 190,2% de insolvências, onde passaram de 61 para 177, e um aumento de 88,1% de penhoras, as quais passaram de 180 para 335, no período de dezembro de 2012 a abril de 2015.²

Barros et al. (2012), no estudo “A economia da farmácia e o acesso ao medicamento”, procuraram analisar o estudo “A situação concorrencial no sector das farmácias de 2005”, com o fim de atualizar a metodologia aplicada pela Autoridade da Concorrência (AdC).

A atualização da análise já realizada para 2010, baseada em amostra de farmácias maior, teve resultados diferentes da análise de 2005, abrangida até ao ano de 2002. Cerca de 20%, foi a diminuição do preço médio de cada receita médica, contrastando com a realidade da análise anterior que considerava ainda pacífico para as farmácias, onde a diminuição foi de 5%. Ocorreu uma descida de 38,81€ para 30,78€ entre 2002 e 2012, respetivamente do preço médio de cada receita médica, sendo o custo marginal de 33,21€, não tendo rendimentos suficientes que cobrissem os custos fixos das farmácias.

² <https://www.primopraxis.pt/Farmacia-Portuguesa/quase-um-quinto-das-farmacias-estao-em-insolvencia-ou-penhoradas>

Não foi possível cobrir os custos fixos previstos em cada farmácia, de 44.438€, tendo-se concluído ser necessário mais 2,43€ de receita de forma a cobrir somente os custos marginais.

Estimaram que 15,80€ seria o preço médio de cada caixa de medicamentos correspondente ao ponto morto (RO=0€). E a margem líquida mínima necessária, teria de ser 4,5% e a bruta de 22,9%, concluindo que as farmácias defrontam uma situação económica onde os custos fixos das farmácias não são cobertos pela sua atividade normal.

Tabela 12. Evolução previsível das margens das farmácias.

	2002 AdC (70 farmácias)	2012 Nova SBE (1346 farmácias)
Preço/ Receita	38,81 €	30,79 €
Custos Marginais/ Receita	35,66 €	33,21 €
Resultado/ Receita	3,15 €	- 2,42 €
Custos Fixos	22.091 €	44.438 €
Custos Financeiros	Não incluídos	Não incluídos

Fonte: Estudo realizado pela autoridade da concorrência em 2002 e pelo Prof. Pita Barros.

Através de uma amostra aleatória de 352 farmácias, realizaram uma análise dos efeitos do novo sistema de margens, baseada nas transações reais nos cinco meses iniciais dos anos 2011 e 2012, referindo que a previsão de diminuição das margens da distribuição em 2012 foi de 75 M€ (54 M€ nas farmácias e 21 milhões de euros na distribuição grossista), com uma poupança prevista, em 2012, foi 49,6 M€ para o Sistema Nacional de Saúde (SNS) e de 23,9 M€ para os utentes (em participações do SNS) estando subavaliada face à redução de preços, e a diminuição da despesa pública, não só relativamente ao SNS mas também subsistemas públicos de saúde.

Excluindo as reduções de preços que não foram consequência da alteração das regras de cálculo das margens, a margem das farmácias reduziu 14%, podendo essas perdas terem sido mais de 20%.

Constataram que as dificuldades financeiras das farmácias são um problema geral e não particular de uma localização geográfica.

Segundo os autores, a perda de margem correspondeu a uma diminuição de cerca de 30% a 51% do quadro de pessoal a trabalhar nas farmácias, reduzindo cerca de 4 117, ou de 36% a 62% do número de ajudantes, reduzindo cerca de 8 005, como compensação do impacto das perdas nas margens, representando uma perda mensal de cerca 1 800€ a 3 100€.

Das análises que realizaram ao inquérito aplicado aos utentes de uma amostra de 18% das farmácias, cerca de 23% dos participantes deixaram de adquirir medicamentos, dos quais 60% por dificuldades financeiras; e apesar da situação de crise económica e social em Portugal não constaram elevadas dificuldades de acesso ao medicamento, sem restrições a nível de localização geográfica. Concluíram que não é possível contrariar a diminuições de margem recorrendo-se á venda de outros produtos, dado não se terem demonstrado alterações ao nível da compra de produtos farmacêuticos.

Os autores através da análise ao inquérito realizado aos proprietários de uma amostra de 20% das farmácias, concluíram que, entre 2010 e 2012: o número médio de horas semanais de funcionamento das farmácias sofreu um aumento, os prazos de pagamentos aos fornecedores de mais de 90 dias, uma redução das compras médias diárias realizadas aos grossistas preferenciais, essencialmente em 2012. Aproximadamente 88% dos proprietários participantes no inquérito referem que reduziram o stock mínimo da maioria dos medicamentos, 86,5% diminuíram o número médio diário de aquisições ao grossista e 92% dos farmacêuticos tiveram constrangimentos diários na aquisição de medicamentos.

Através do inquérito efetuado a uma amostra de 14% das farmácias em censo de cinco dias para estimar os serviços prestados além da venda de medicamentos, divididos em 10 categorias, constataram que o custo ponderado, por hora, destes serviços é de 20,69 euros.

Citando essas categorias:

“medição de parâmetros e avaliação do risco; ensino da técnica de utilização de dispositivos; consulta prestada por profissional de diagnóstico e terapêutica; administração de medicamento ou vacina; consulta em programa de cuidados farmacêuticos; colheita para análises clínicas; administração de primeiros socorros; apoio domiciliário (exclui entrega de medicamentos); recolha de seringa usada e entrega de kit Troca de Seringas”.

Comparando com o estudo de Gouveia e Machado (2008), ao utilizarem as preferências de valorização dos atos farmacêuticos enumeradas, estimaram um custo anual destes serviços para as farmácias de 10,5 milhões de euros, valorizado pelos utentes em 23,5 milhões de euros, sendo a diferença de 12,9 milhões de euros, concluindo que utentes têm uma maior perceção do bem-estar social associado a estes serviços.

O inquérito, em média, considerou 8,6 serviços prestados fora da dispensa diária de medicamentos (com 8/9 minutos de período médio de tempo), tendo sido realizado cerca de 7,8 milhões de atos anuais. No estudo anterior, em comparação, foram considerados tanto os serviços fora como os de dentro da dispensa diária de medicamentos com cerca de 4 minutos de período médio de tempo,

O relatório “Caracterização das falhas de abastecimento no mercado farmacêutico nacional”, realizado pela Deloitte à Apifarma em 05/2013, caracterizou e quantificou as falhas de abastecimento de medicamentos no mercado farmacêutico português, e os respetivos impactos. Com base em informação reportada por diferentes *stakeholders* das farmácias – utentes de farmácias; farmacêuticos; médicos (clínicos gerais, pneumologistas e psiquiatras – analisou-se a duração média das falhas e os tempos de reposição dos produtos em falta nas farmácias e também as ações tomadas pelos diferentes *stakeholders* face a esta situação. O estudo avaliou ainda a evolução das falhas de abastecimento por comparação com as falhas reportadas em estudo desenvolvido anteriormente acerca da “Caracterização e valorização do (des)abastecimento do mercado farmacêutico nacional em 2012”. (Deloitte, 2013).

No âmbito do estudo realizado em 2012 sobre o (des) abastecimento do mercado farmacêutico nacional, e com base na opinião de diferentes *stakeholders* (indústria, armazenistas, farmácias), foram identificadas cinco causas principais para este fenómeno:

- Exportação Paralela;
- Redução preço e margens dos medicamentos;
- Dificuldades das farmácias no acesso ao crédito;
- Dificuldades no processo fabril/produtivo;
- Planeamento comercial laboratórios.

O Infarmed identifica como principais causas para o (des)abastecimento do mercado farmacêutico as dificuldades económico-financeiras das farmácias, as dificuldades no processo produtivo e a exportação paralela.

- Dificuldades económico-financeiras das farmácias – as farmácias atravessam um período de ajustamento aos novos preços do medicamento e às receitas geradas, que nalguns casos conduziu a dificuldades na obtenção de crédito e de cumprimento dos compromissos, o que motivou a limitação do abastecimento por parte dos armazenistas.
- Dificuldades no processo produtivo, ainda que pontuais – são do conhecimento público alguns dos problemas derivados do processo produtivo dos medicamentos, embora essa não seja a causa principal.
- Exportação paralela – a redução do preço dos medicamentos motivou o aumento da exportação paralela de medicamentos para o mercado europeu. A exportação de medicamentos é legal e contribui de forma positiva para a balança comercial portuguesa, mas tem que ser limitada para não colocar em causa o abastecimento do mercado nacional.

No estudo de 2013, foram recolhidos dados sobre as falhas de abastecimento na perspetiva dos três grupos de *stakeholders*, através de questionários realizados por telefone. A análise de dados permitiu caracterizar essas falhas e analisar o seu crescimento por comparação com o estudo de 2012. Através de análise de medidas de mitigação, foi possível determinar a posição do Infarmed relativamente às falhas de abastecimento e analisar as medidas implementadas e outras opções sugeridas pelos *stakeholders*. As principais conclusões do estudo foram:

Quantificação das falhas de medicamentos

- O nível de falhas de abastecimento de medicamentos no mercado nacional manteve-se relativamente a 2012: As falhas afetam 100% das farmácias e 87% dos médicos e 46% dos utentes inquiridos. Mais de 90% dos *stakeholders* tem a perceção de que as falhas de abastecimento se mantiveram constantes ou aumentaram desde 2012.
- Quanto à caracterização das falhas de abastecimento, os medicamentos do sistema nervoso continuam a ser os mais afetados pelas falhas de abastecimento (50%), seguidos pelos medicamentos do aparelho respiratório, que representam atualmente 23% do total

das falhas reportadas pelas farmácias, Tal como em 2012, continuam a ser reportadas falhas em medicamentos *life saving*. Mais de metade das falhas de abastecimento à farmácia têm uma duração superior a 48h. A taxa de reposição de medicamentos nas farmácias agravou-se de 2012 para 2013.

Motivos e ações face a falhas de abastecimento

A falta de medicamentos no armazenista é indicada como sendo a principal razão para as falhas de abastecimento (de acordo com 80% das farmácias inquiridas), enquanto a exportação paralela é referida como motivo da falha de abastecimento por aproximadamente uma em cada 4 farmácias (23% das farmácias inquiridas). Quando expostas a falhas de abastecimento, as farmácias recorrem preferencialmente ao laboratório (74%) para tentar obter os medicamentos diretamente. Por sua vez, os laboratórios identificam um aumento dos pedidos diretos das farmácias. E a maioria dos utentes (70%) volta à mesma farmácia para tentar obter o medicamento mais tarde, quando confrontados com uma falha.

- O Infarmed reconhece a exportação paralela como uma das causas do (des) abastecimento do mercado, e tem em curso ações de vigilância e inspeção das farmácias suportadas no reporte das falhas. Perspetiva ainda alterações legislativas que desincentivem a exportação de medicamentos essenciais em falta no mercado nacional, como o aumento das coimas e o controlo das exportações destes medicamentos.

Impactos das falhas de abastecimento

- 33% das farmácias sugerem a substituição do medicamento por outro equivalente, sendo que 9% dos utentes optam por esta solução.
- O nível de impacto da adesão à terapêutica reportada pelos *stakeholders* não se alterou em relação a 2012, farmácias e médicos continuam a reportar um impacto elevado.
- 32% dos médicos referem que as falhas de abastecimento levaram a abandono da terapêutica, tendo 41% dos médicos referido atrasos no início da terapêutica.

Segundo este estudo, existem diversos fatores que contribuem para a existência de falhas de abastecimento de medicamentos a nível nacional. Este é um fenómeno que não existe apenas em Portugal, sendo também frequente em outros países do Sul da Europa como a Espanha e a Grécia.

Tabela 13. Estudos realizados por instituições internas ao sistema de valor das farmácias.

Estudos Empíricos - Económicos- Institucionais				
Autor(es)	Objetivos	Metodologia	Amostra	Período de Análise
Realizados por instituições internas ao sistema de valor das farmácias				
ANF (2012)	<ul style="list-style-type: none"> Dar a conhecer o relacionamento financeiro das farmácias com os grossistas. 	<ul style="list-style-type: none"> Estudo quantitativo. 	90% do mercado das Farmácias.	2009-2012
Infarmed (2013)	<ul style="list-style-type: none"> Analisar a dispensa dos medicamentos, em regime ambulatorio nas farmácias portuguesas (por locais de venda, tipos de regime (MSRM MNSRM, com ou sem participações). 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação económica. Análise de mercado dos medicamentos em regime ambulatorio. Análise de mercado dos genéricos. Análise da despesa do SNS com medicamentos. 	Medicamentos dispensados em Portugal Continental em regime ambulatorio em farmácias e/ou locais de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (informação disponibilizada pelo Centro de Conferência de Faturas no dia 13/01/2014).	2006-2013
Cefar (2014)	<ul style="list-style-type: none"> Analisar a evolução de indicadores do medicamento, em Portugal. 	<ul style="list-style-type: none"> Análise descritiva de dados e gráficos. 	Mercado farmacêutico	2010-2013
Infarmed (2014)	<ul style="list-style-type: none"> Investigar os medicamentos dispensados em Portugal apenas em locais de venda de MNSRM. 	<ul style="list-style-type: none"> Estudo estatístico descritivo. Índice de Preços de Paasche. 	1 014 locais de venda registados no Infarmed, (conforme Portaria n.º 827/2005 de 14 de setembro).	jan-dez 2013
Infarmed (2014).	<ul style="list-style-type: none"> Determinar as causas das faltas de medicamentos nas farmácias e resultados das medidas implementadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Inquéritos realizados durante 6 meses, via e-mail, telefone e website. 	757 utentes das farmácias portuguesas.	2014

No estudo “Relacionamento financeiro das farmácias com os grossistas” realizado em 2012 pela Associação Nacional de Farmácias, entre março e junho, as farmácias com fornecimentos a crédito suspensos tiveram uma tendência crescente de 34% o número de processos judiciais para regularização de dívidas evoluiu 19% e 10% o crescimento montante global.

Tabela 14. Situação de dívida a fornecedores das farmácias em Portugal.

	Mar-12	Jun-12	Varição Mar-Jun/12
N.º de Farmácias com fornecimentos suspensos	844	1.131	34%
N.º de processos judiciais em curso para regularização de dívidas	385	457	19%
N.º de Farmácias com acordos de regularização de dívidas	596	614	3%
Montante global da dívida (processos judiciais e acordos de regularização)	214.799.177 €	235.303.993 €	10%

Fonte: Infarmed

Segundo a ANF, esta situação é alarmante devido à privação de acessibilidade aos medicamentos, por parte da população dado que as farmácias não conseguem satisfazer a procura de medicamentos.

Por outro lado, o nível de endividamento das farmácias perante os fornecedores de medicamentos continua a crescer, confirmando o cenário de rutura económico-financeira. O valor global da dívida ascendia a 214,8 milhões de euros, um aumento de 9% no primeiro trimestre de 2012. Existiam também 596 farmácias com acordos de regularização de dívidas a empresas grossistas e estavam em curso 385 processos judiciais para cobrança de dívidas a farmácias. Em fevereiro de 2014 as dívidas a fornecedores chegaram aos 306 M€ (Infarmed, 2012).

De acordo com as conclusões da ação nacional de sensibilização sobre a crise das farmácias em 2012, na campanha *Farmácia de Luto*, promovida pela Associação Nacional de Farmácias, o prazo médio de pagamento deveria ser de pagamento a 90 dias.

Segundo a ANF, o ano de 2012 registou a maior diminuição do volume de negócios das farmácias portuguesas, 48,3 milhões de euros, o que representa 18% de redução face a 2011, sendo no global -11% (343,6 Milhões euros). Entre 2011 e 2012, a redução da despesa pública com medicamentos dispensados nas farmácias estimou-se em mais de 600 milhões de euros.

Em dezembro de 2012, existiam 1 600 farmácias com fornecimentos suspensos pelo menos num grossista, o que representava cerca de 55% do mercado total. Apenas no último trimestre de 2012, 313 farmácias tinham os fornecimentos suspensos, equivalente a 2011.

Nos primeiros três meses de 2013, 279 das farmácias portuguesas encontravam-se insolventes e penhoradas (10%), 78 farmácias encontravam-se em processos de insolvência, um acréscimo de 21,9% (mais 14 farmácias) face ao ano homólogo, e encontravam-se em processos de penhora, 201 farmácias, acréscimo de 14,2% face ao ano homólogo (mais 25 farmácias), levando a significativas dificuldades na aquisição aos medicamentos. (ANF, 2013).

De acordo com a ANF, em 2013, havia distritos em que um quinto das farmácias encontravam-se em situações de insolvência/penhora: 18,6 % do total das farmácias, em Faro e cerca de mais de 10% das farmácias em oito distritos do país: “14,4 % em Viseu; 14,3 % em Santarém; 13,9 % em Setúbal; 12,7 % em Lisboa; 10,9 % em Beja; 10,8 % na Madeira e 10,2% na Guarda”.³

Segundo o CEFAR – Centro de Estudos e Avaliação em Saúde, na revista Farmácia em Observatório Bimestral, em agosto de 2014, no período de 2009 a 2011, ainda antes da aplicação do Memorando de Entendimento (MdE), o preço médio dos medicamentos no mercado SNS diminuiu de forma significativa, essencialmente em consequência de reduções de preços, novas regras de comparticipação e atualização do Preço de Referência, adotadas em 2010.

Ainda no ano 2011, antes da alteração do sistema de remuneração das farmácias e dos grossistas, a remuneração do setor tinha sofrido uma contração de 97,5M€, em consequência das reduções de preços e outras medidas, em particular do pacote de

3

http://www.arquivo.farmacia.netfarma.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=12134&Itemid=49

outubro de 2010 (Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de outubro). Em 2012, a alteração do sistema de remuneração, que na prática se traduziu numa redução das margens, teve um enorme impacto na economia da farmácia com redução, na distribuição, de mais 187,6M€ em 2012 e 28,8M€ em 2013. Em três anos, a remuneração das farmácias e dos grossistas reduziu mais de 300 milhões de euros, seis vezes mais do que o objetivo de 50 milhões de euros do MdE.

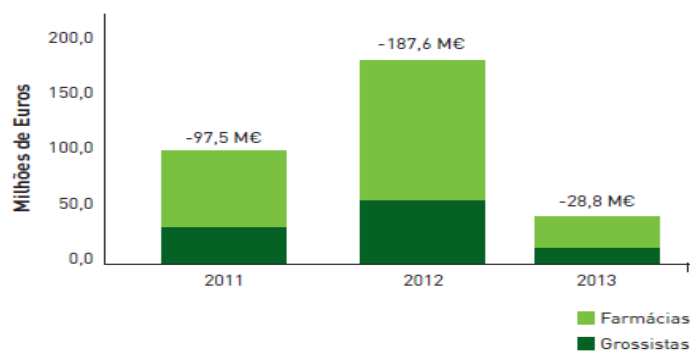


Gráfico 3. Margem do sector da distribuição.

Fonte: Análise CEFAR.2014

Segundo o estudo, de dezembro de 2012 a julho de 2014, registou-se um aumento de 142,6% do número de insolvências (mais 87 farmácias) e um aumento de 64,4% do número de penhoras (mais 116 farmácias), abrangendo 444 farmácias, ou seja, 15,2% da totalidade das farmácias em Portugal, em 19 meses.

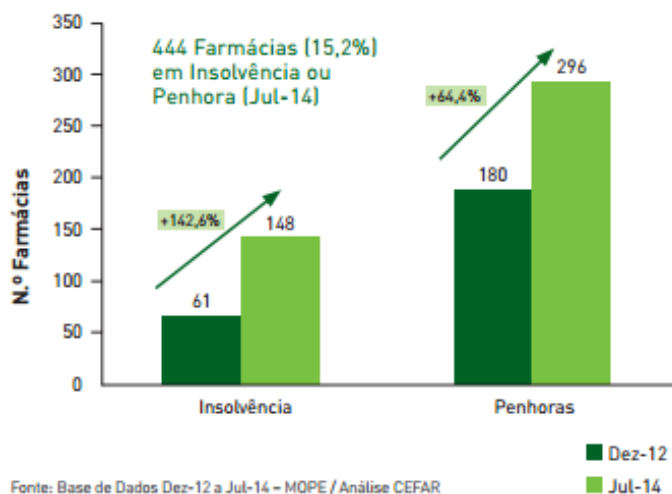


Gráfico 4. Evolução de Insolvências e Penhoras.

Fonte: Análise CEFAR.2014

Constataram que de agosto 2013 a julho de 2014, registou-se um total de 57.148.195 faltas, i.e., mais de 57,1 milhões de embalagens de medicamentos em falta reportadas por 2 277 farmácias (mais de 78% das farmácias em Portugal). O Top 20 dos medicamentos em falta neste período representa cerca de 16,4% do total de faltas reportadas e inclui vários medicamentos essenciais destinados a doentes crónicos.

Os resultados do Censo Nacional sobre Falhas de Acesso aos Medicamentos, realizado em junho de 2014 pelo CEFAR em mais de 2 000 farmácias, sobre todos os seus atos de venda de medicamentos prescritos em receita médica, referentes a mais de 250 mil utentes, durante dois dias consecutivos, confirmam a existência de problemas de acesso.

Citando o relatório do Infarmed, Monitorização do Mercado de Medicamentos em Ambulatório dezembro 2013, comparativamente ao período homólogo no mercado ambulatório nas farmácias houve uma tendência positiva de 0,3%, ou seja, acréscimo de 739 mil embalagens, e em valor uma tendência negativa de 4,3%, ou seja, decréscimo de 111,0 M€.

Nos locais de venda de MNSRM: ocorreu uma tendência positiva de 7,2% (correspondente a mais 491 mil embalagens) e em valor um acréscimo de 11,6% (correspondente a mais 3,8 M€). Os dados provisórios relativamente aos encargos do SNS no período de janeiro e dezembro de 2013 reduziram 1,0% (menos 11,1 M€). Os encargos

do SNS, em abril de 2013, passaram a contemplar as participações especiais, nomeadamente da GNR e PSP bem como a ADSE. (Infarmed, 2013).

Os dados verificados relativamente aos encargos do SNS até dezembro reduziram 4,3%, ou seja, menos 49,9 M€. Ao serem incluídos os subsistemas, a redução foi de 1,1% (-12,9 M€). Em relação aos encargos dos utentes até dezembro, estes reduziram 2,4% (-15,5M€), com um crescimento de 6,5% de embalagens vendidas (+ 9,0M embalagens dispensadas). (Infarmed, 2013).

Tabela 15. Mercado Ambulatório.

	Mercado Ambulatório							
	Farmácias				Locais de Venda de MNSRM			
	Embalagens	Taxa de Crescimento	Valor a PVP	Taxa de Crescimento	Embalagens	Taxa de Crescimento	Valor a PVP	Taxa de Crescimento
2007	252.699.564	-	3.287.570.234	-	2.923.629	-	12.751.228	-
2008	251.116.678	-0,6%	3.353.040.217	2,0%	4.389.775	50,1%	19.155.939	50,2%
2009	254.508.442	1,4%	3.321.438.272	-0,9%	5.428.059	23,7%	24.604.065	28,4%
2010	245.369.842	-3,6%	3.237.850.618	-2,5%	6.146.526	13,2%	28.640.353	16,4%
2011	236.951.748	-3,4%	2.942.598.470	-9,1%	6.451.258	5,0%	30.701.074	7,2%
2012	242.772.743	2,5%	2.599.778.750	-11,7%	6.796.485	5,4%	32.426.229	5,6%
Jan-Nov 2012	223.675.097	-	2.398.758.160	-	6.140.107	-	29.406.943	-
Jan-Nov 2013	224.683.105	0,5%	2.299.737.994	-4,1%	6.538.099	6,5%	32.524.068	10,6%
Jan-Dez 2012	242.772.743	-	2.599.778.750	-	6.815.866	-	32.597.829	-
Jan-Dez 2013	243.512.547	0,3%	2.488.500.256	-4,3%	7.307.246	7,2%	36.391.122	11,6%
	Unidade: Nº Embalagens		Unidade: EUR		Unidade: Nº Embalagens		Unidade: EUR	

Fonte: Infarmed.2013.

O elevado agravamento do poder de compra (diminuição de 5,1% em 2012) dado o ambiente de austeridade económica, teve um impacto significativo ao nível de faturação das farmácias. Um estudo de 2012, determinou que o maior nível de poder de compra encontrava-se nas grandes zonas urbanas, sendo líder a cidade Lisboa e em segundo lugar a cidade do Porto. O poder de compra mais baixo, foi registado no Algarve e Alentejo (zonas rurais). (IAPMEI 2013).

Segundo dados do Infarmed, no relatório Monitorização do Mercado de Medicamentos em Ambulatório dezembro 2013, mesmo com a inclusão de subsistemas, continuaram a registar uma diminuição de 1,1% face ao período entre janeiro e dezembro de 2012.

Tabela 16. Encargos com o SNS.

Ano 2013			
Mês	Encargos SNS	Var. relativamente ao mês anterior	Var. relativamente ao período homólogo
janeiro	93.934.318	0,4%	-11,7%
fevereiro	85.599.566	-8,9%	-15,4%
março	90.146.008	5,3%	-17,8%
abril	100.491.791	11,5%	5,5%
maio	104.155.019	3,6%	0,2%
junho	92.348.787	-11,3%	-0,3%
julho	103.456.500	12,0%	10,0%
agosto	91.807.958	-11,3%	-0,5%
setembro	94.298.333	2,7%	4,6%
outubro	104.374.036	10,7%	3,9%
novembro	99.878.845	-4,3%	6,5%
dezembro	99.728.210	-0,2%	6,6%
jan-dez	1.160.219.373	-	-1,1%

Nota: Os valores constantes na tabela incluem subsistemas Unidade: EUR

Fonte: Infarmed.2014


Segundo o mesmo relatório do Infarmed, a atual política de preços dos medicamentos pode levar ao encerramento de farmácias, devido à diminuição do preço dos medicamentos que tem vindo a ser implementada pelo Governo.

Em janeiro de 2012, os medicamentos ficaram mais baratos para os utentes, resultando em uma redução das margens tanto das farmácias como dos distribuidores.

No mercado em ambulatório, o preço médio global, com base nos medicamentos de marca e medicamentos genéricos, reduziu 5,6% no ano de 2013 face ao ano homólogo, sendo o valor de PVP médio anual de 10,11€.

Tabela 17. Preço médio anual.

Ano	Preço médio anual
2007	13,01
2008	13,35
2009	13,05
2010	13,20
2011	12,42
2012	10,71
2013	10,11
Jan 2014	9,77



Fonte: Infarmed 2014/IMS Health.

Conforme o relatório do Infarmed (2014),” Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das farmácias (MNSRM) janeiro – dezembro 2013”, ao analisarem os medicamentos vendidos apenas em locais de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica, entre janeiro e dezembro de 2013, em relação ao ano homólogo: as vendas foram cerca de 7M de embalagens, com uma evolução de cerca de 7,9%, representando cerca de 18% da globalidade do mercado dos MNSRM. Em termos globais venderam-se cerca de 36M €, mais 4M€.

Os distritos identificados, com faturação mais elevada foram: “Lisboa, Porto e Setúbal” sendo os analgésicos e os antipiréticos os fármacos com maior volume de negócios.

Em 2014, no relatório realizado pelo Infarmed “Falta de Medicamentos nas farmácias: Medidas e Resultados dos últimos seis meses”, tendo em conta o contexto de que a falta de medicamentos poderá ser consequência de rutura de abastecimento na produção dos medicamentos, em regra relacionada com problemas técnicos dos fabricantes; abastecimento de medicamentos abaixo das necessidades do mercado; decisão dos titulares de AIM (autorização para introdução no mercado) para não comercialização de medicamentos; fornecimentos suspensos na farmácia por incumprimentos contratuais e exportação ou distribuição para Países da União Europeia, foram tomadas medidas:

Notificação prévia de exportação O Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro, que alterou o Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, possibilitou que o Infarmed definisse um conjunto de medicamentos para os quais o grossista para exportar ou distribuir a nível

européu, bem como as suas quantidades, terá de notificar ao Infarmed, entidade que poderá, até três dias úteis, proibir total ou parcialmente a exportação ou a distribuição notificada, de forma a proteger a saúde pública e garantir o acesso ao medicamento por parte dos consumidores.

Implementação de um sistema de monitorização das faltas (falhas no abastecimento) de medicamentos – O Infarmed implementou um sistema que consiste na disponibilização aos utentes de uma linha telefónica, de um endereço de correio eletrónico e de um formulário eletrónico e na disponibilização às farmácias de um portal para reporte de dificuldades na obtenção de medicamentos.

Sistema de informação “Mapa de Farmácias – Falta de Medicamentos” – O Infarmed implementou e mantém um sistema de informação no seu sítio eletrónico onde se poderá identificar no mapa de farmácias, a disponibilidade, de determinadas substâncias ativas, as quais, segundo normas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde, são consideradas essenciais.

Alteração da regulamentação referente à abertura de postos farmacêuticos móveis – A publicação da Deliberação n.º 1857/2013, de 26 de setembro prevê a possibilidade de abertura de um procedimento urgente de exclusiva iniciativa do Infarmed para instalação de postos farmacêuticos móveis, justificada com base na proteção da saúde pública e de necessidade urgente de assistência farmacêutica às populações, decorrente do encerramento da farmácia de oficina que sirva essa população.

Reforço da atividade inspetiva – Foram reforçadas as ações inspetivas junto das farmácias e dos distribuidores por grosso de medicamentos que obtiveram a AIM de medicamentos, para averiguação de situações de falta de medicamentos, da conformidade do circuito do medicamento e do cumprimento do Estatuto do Medicamento por parte de todas as entidades. Com efeito, desde o dia 1 de agosto de 2013, foram realizadas 147 ações inspetivas temáticas, tendo sido instaurados 18 processos de contraordenação social. Como resultado constataram que as falhas de medicamentos apresentavam uma tendência de diminuição significativa nos últimos seis meses de 2013, tendo em conta a comparação do número de notificações espontâneas de faltas reportadas pelos utentes através dos diversos canais disponíveis.

3.4. Livros e Outros

Na última década, foram publicados, pelo menos três livros que tratam de temáticas de contabilidade e finanças adaptada ao setor das farmácias, cujos autores são Herist et al. (2011), Carrol (2007) e Aguiar (2012). Estes três livros focam-se em aspetos de interesse para todos os que têm, ou possam vir a ter de assumir responsabilidades de decisão e análise financeira em farmácias.

Herist et al. (2011), no livro “Financial Analysis in Pharmacy Practice”, definem os conceitos de análise financeira relevantes para o sector das farmácias e ilustra a sua aplicação à prática de farmácia. Segundo os autores, a obra destina-se a estudantes de pós-graduação em administração de farmácia, mas também a farmacêuticos, nos sectores público e privado, que desejam estar bem informados quando tomam decisões financeiras.

O índice de matérias permite conhecer, em traços gerais, os assuntos sob análise. Inclui:

- Princípios orientadores da contabilidade;
- Explicação das demonstrações financeiras, partindo de transações e outros eventos individuais;
- Conceitos básicos de finanças e análise financeira;
- Orçamentação e gestão de inventários;
- Bens e serviços de farmácia;
- Gestão financeira pessoal.

Foram realizados estudos de caso, com base em exemplos reais que mostram como os princípios de análise financeira se aplicam às práticas de farmácia. Para o que interessa a esta investigação, é de particular interesse o estudo do ciclo de conversão de caixa.

Segundo os autores, o *ciclo de caixa* (*cash conversion cycle*) é vital para as farmácias. As mesmas devem procurar maximizar os recebimentos e minimizar os pagamentos aumentando a eficiência operacional em geral e, conseqüentemente, a rentabilidade. O tempo decorrido entre as compras de inventários e as cobranças resultante das vendas é conhecido por *ciclo de caixa*.

Ciclo de caixa= Prazo médio de Inventário + Prazo médio de recebimentos de clientes - Prazo Médio de pagamentos a fornecedores

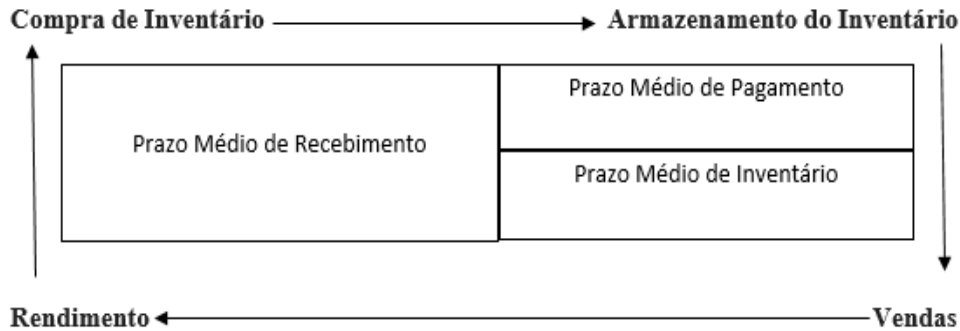


Figura 3. Ciclo de Caixa.

Fonte: *Financial Analysis in Pharmacy Practice*" (Herist, Keith N; Rollins, Brent; Perri, Matthew.2011.).

Pagamentos a fornecedores:

No momento da decisão de compra de mercadorias, é necessário fundo de maneio. Quando a mercadoria é rececionada, é colocada nas prateleiras até ser chamada a satisfazer ordens de prescrição. Entretanto, representa um investimento, uma aplicação de fundos (uso da caixa).

Recebimentos de clientes:

Quando os medicamentos e outras mercadorias ou produtos são vendidos, são faturados, criando-se uma conta de clientes, representada no balanço. De referir, as contas a receber têm uma maior liquidez do que as mercadorias, dado haver uma expressa promessa datada de pagamento para a mercadoria entregue. Todas as contas a receber devem ter as descrições das condições de pagamento (em geral, expressas em dias). As contas a receber, devem ser geridas de forma rigorosa, uma vez que atrasos no recebimento de clientes podem indicar dificuldades, que podem vir a resultar em não cobrança.

O ciclo de caixa é concluído quando a cobrança em dinheiro for recebida pela farmácia. Na análise do ciclo de caixa há que considerar a correspondência ou entre os recebimentos e os pagamentos operacionais. A adequação entre as entradas e as saídas no que diz respeito às contas a pagar e a receber é vital para as farmácias, porque as necessidades de

caixa de uma farmácia em atividade resultam da diferença entre esses dois processos e devem ser financiadas por outras fontes. Pode acontecer a farmácia necessitar de um empréstimo adicional e, nesse caso, os custos de financiamento associados irão reduzir a rentabilidade da farmácia.

Além disso, se os pagamentos aos fornecedores estão atrasados podem surgir problemas na compra de inventários seguintes. Os fornecedores podem recusar-se a oferecer tipo descontos e a perda dos descontos poderá reduzir o lucro bruto e a rentabilidade global do negócio. E os fornecedores podem exigir pronto pagamento, isto é, o pagamento em dinheiro no ato da entrega das mercadorias (medicamentos e outras).

Por outro lado, o inventário físico de medicamentos e outras mercadorias mantido na farmácia representa um importante investimento, bem como a aplicação de fundos ou fluxos de caixa da farmácia. É essencial que os gerentes entendam o impacto de uma gestão adequada de inventário numa farmácia.

Um outro livro, intitulado "Financial Management for Pharmacists" (Carrol, 2007), explica os conceitos básicos de gestão financeira, apresenta exemplos de cenários de práticas diversas, incluindo HMO (Health Maintenance Organization), hospital, farmácias e cuidados de longa duração, mostrando como a análise de decisão pode assistir e informar a tomada de decisões.

Referindo-se também ao ciclo de conversão de caixa, Carrol (2007) alerta para fatores e situações em que o ciclo de conversão de caixa pode complicar-se devido a tais como:

- a farmácia compra mercadorias a crédito, o que cria um desfasamento temporal entre a receção das mercadorias e o pagamento aos fornecedores;
- a farmácia vende mercadorias a crédito, logo cria um desfasamento entre o momento da venda e o momento da cobrança dos clientes;
- os recursos financeiros circulam, saindo da farmácia para cobrir despesas, tais como os salários e fornecimentos diversos.

Os meios para melhorar a tesouraria de uma farmácia, ou seja, reduzir o ciclo de conversão em caixa (medido em dias) consistem em diminuir o montante de recursos financeiros investidos na farmácia, reduzindo e atrasando os pagamentos da farmácia, e aumentando a quantidade e velocidade de circulação dos fluxos monetários (dinheiro).

Segundo o autor, analisando o ciclo de conversão de caixa, pode recomendar-se seis modos de encurtar esse ciclo ou reduzir os montantes investidos, atuando nas variáveis que nele se incluem: inventários, dívidas a receber de clientes, dívidas a pagar a fornecedores e saldos de tesouraria.

- Controlar adequado os inventários de medicamentos e outras mercadorias;
- Controlar adequadamente as contas a receber de clientes;
- Calendarizar as compras e os pagamentos a fornecedores;
- Minimizar as despesas operacionais da farmácia;
- Manter a margem bruta das vendas;
- Investir saldos de tesouraria excessivos.

Um terceiro livro com interesse é a obra de Aguiar (2012), intitulado “Boas Práticas de Gestão na Farmácia”. O autor aborda aspectos importantes da atividade econômica e profissional de uma farmácia, com o intuito de ser um guia de consulta para o funcionamento geral de uma farmácia. O autor defende que, ao nível dos fornecedores é crucial negociar com os mesmos no que se refere aos inventários uma vez que se conseguem importantes ganhos provenientes do atual ímpeto comercial que muitas empresas revelam ao competirem no mercado farmacêutico. Contudo, quando se enceta uma negociação na procura de ganhar mais do que a parte contrária, o sucesso dessa mesma operação pode ser ilusório já que uma farmácia pode deparar-se do “outro lado” com um interlocutor mais bem preparado do que ela. Aguiar (2012) afirma ser importante monitorizar os inventários que realizam entre 50% e 75% da faturação, controlar os níveis dos demais inventários e atualizar regularmente (pelo menos, com uma periodicidade mensal) os níveis máximos e mínimos. Aguiar (2012) concluiu que somente 10% dos artigos existentes são fundamentais na dinâmica comercial de uma farmácia e, portanto, no resultado operacional alcançado, o que consubstancia a necessidade de os determinar e priorizar relativamente aos demais. É importante, não desprezar os restantes artigos, uma vez que estes podem diferenciar comercialmente uma farmácia, bem com também, porque estes têm, pelo seu volume, maiores custos de armazenagem associados.

Tendo em conta que 75% dos artigos caracterizam uma “fatia” muito pequena da faturação, importa adequar o sortido, a oferecer ao cliente, uma vez que grande parte desses inventários geram um investimento significativo. O sortido deverá compreender dois tipos de artigos:

- Os artigos indispensáveis que respondem aos pedidos de “base” dos utentes e que representam a maior percentagem das vendas;
- Os artigos específicos, que correspondem a produtos complementares adaptados a necessidades e hábitos de consumo locais, produtos sazonais, produtos exclusivos ou “marginais” para atrair um tipo de utentes mais específicos (por exemplo interessados em aromaterapia). Estes artigos representam uma reduzida parte percentual das vendas, mas podem formar maiores margens.

Aguiar (2012), referindo-se à importância de atualizar mensalmente os níveis de máximo e mínimo de cada inventário, exemplifica com a seguinte situação: em muitas circunstâncias, dispomos de mais de 10 000 referências, e destas mais de 8.000 não têm uma rotação significativa, e o preço médio dos artigos existentes numa farmácia ronda os 12€, facilmente se compreende ser possível obter uma poupança da ordem das dezenas de milhares de euros, ao diminuir, em apenas uma unidade, muitas das referências que estão em armazém, e que não são solicitadas.

De acordo com Cunha (2012), no seu artigo “A Gestão de stocks em Farmácia Comunitária”, a gestão de *stocks* é essencial nas farmácias, dado ser uma atividade de retalho onde não ocorre a produção medicamentos, a não ser os medicamentos manipulados. Considera que são dispensáveis quantidades elevadas de inventários de mercadorias numa farmácia, mas deve existir um equilíbrio entre o *inventário* necessário de maneira a não ocorrer a não venda de medicamentos por rutura de stock e o nível de inventário compatível com a obtenção de descontos de quantidade é um fator crítico. A título de exemplo, refere que todos os meses, na sua farmácia, exportam do Sifarma 2000 para o Excel os dados referentes as vendas e inventários, elaborando a encomenda dos medicamentos mais procurados, com base nos movimentos observados nos últimos seis meses (média ponderada).

Cunha (2012), defende que as farmácias apliquem regularmente o conceito JIT (*just in time*) em vez da ideia de que se encontra tudo na farmácia, consequência do estabelecimento de um preço determinado, em medicamentos que tenham um PVA que ultrapasse os 50€, ou PVP que ultrapasse os 73,62€, de 10,35€, não sendo favorável o armazenamento desmedido.

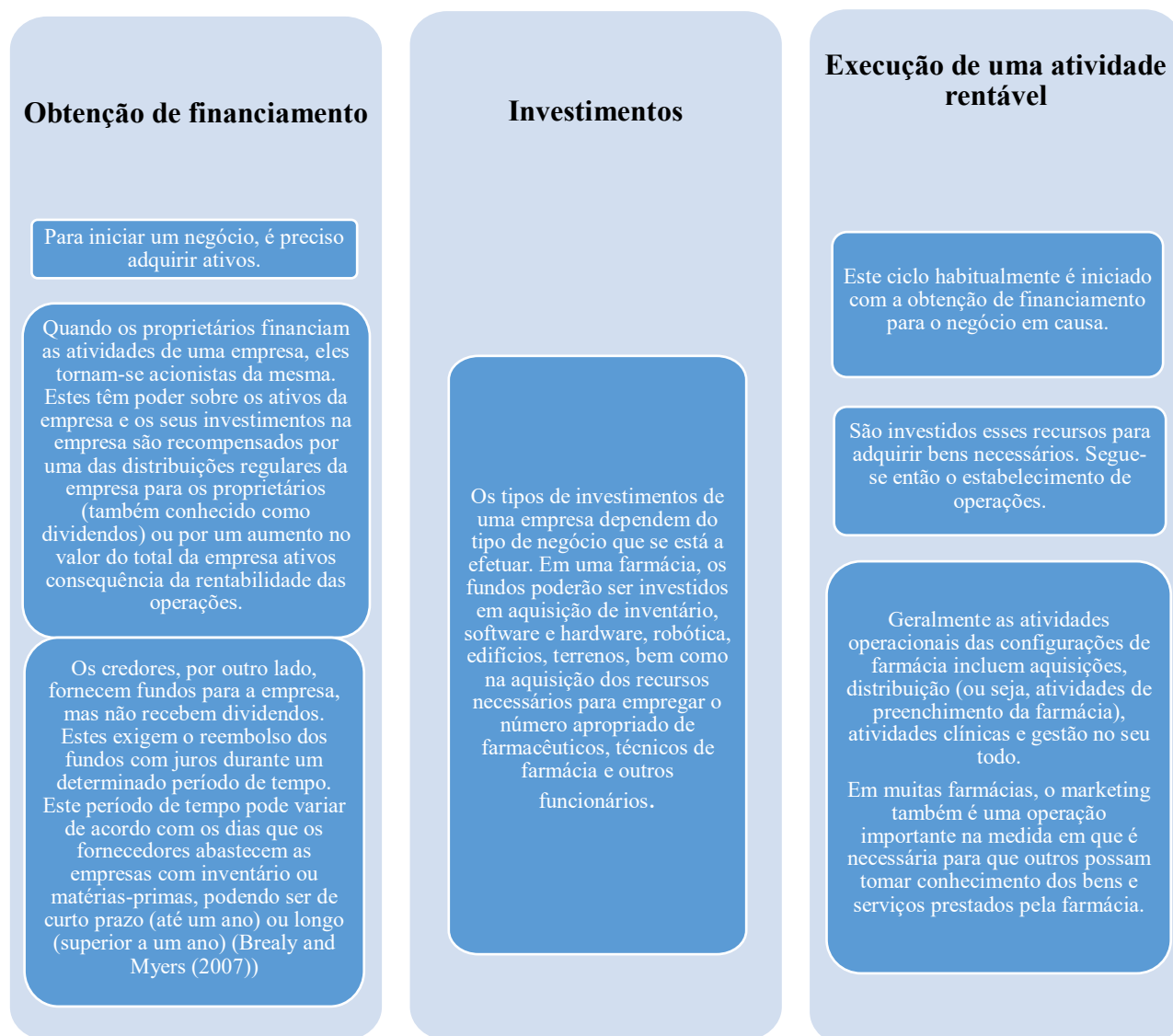
De acordo com a literatura consultada, constata-se que os responsáveis das farmácias são chamados a acompanhar de modo regular a atividade desempenhada e a tomar decisões de gestão de forma a contrariar as dificuldades que situação económico-financeira evidencia, nomeadamente as políticas penalizadoras aplicadas nas farmácias ao longo dos anos em Portugal

Encontram-se disponíveis para consulta diferentes estudos/ informações acerca do sector das farmácias portuguesas de forma muito geral e conjuntural, e em termos de funcionamento no que respeita à qualidade de serviço, verificando-se um “gap” no que respeita a gestão financeira propriamente dita que faz toda a diferença no bom desempenho de uma farmácia no ambiente socioeconómico onde estão inseridas, de insolvências e penhoras.

Antes de fechar e perder tudo na vida, um empresário de farmácia dispõe de alternativas como: conseguir recursos e investir, beneficiar de apoio de grupos ou associações do sector de que seja membro, encontrar um sócio capitalizado ou mesmo vender a farmácia. As dificuldades dos empresários ‘farmacêuticos’ são comuns: não controlam despesas que normalmente são altas, vendem a preços “errados”, não sabem o custo da mercadoria vendida (CMV), investimentos “errados”, impostos e taxas pagos em excesso, política de compras e stocks inadequados, descontos desnecessários e perdas exageradas, entre outras. O “ciclo vicioso” é: a farmácia perde o ativo, depois deixa de pagar impostos, a seguir sacrifica funcionários e por último, deixa de pagar os fornecedores.

Numa perspetiva financeira, uma farmácia, tal como qualquer outro tipo de organização, tem de tomar dois tipos de decisões sobre os recursos financeiros: a decisão de financiamento e a decisão de investimento. As duas decisões são os pilares da atividade desenvolvida, de acordo com a tabela 18.

Tabela 18. Os pilares da atividade desenvolvida nas farmácias.



Fonte: Autoria Própria.

É neste ponto que este trabalho de investigação se centra: detetar ao nível das decisões financeiras o que está a correr mal nas farmácias portuguesas, e de que maneira poderá ser ultrapassado, de acordo com as peculiaridades da atividade, nomeadamente partindo do cálculo do ROE (Return of Equity) e analisando quais as variáveis que mais contribuíram para a situação atual, ao longo dos últimos cinco anos e que recomendações podem fazer-se para ultrapassar a situação diagnosticada.

4. Metodologia

4.1. Perguntas de Investigação

Face a realidade constatada no enquadramento do sector das farmácias portuguesas e tendo em conta os objetivos propostos, procurou-se responder a perguntas de investigação ligadas a três fatores determinantes do funcionamento de uma farmácia, nomeadamente em relação ao investimento, ao financiamento e à tributação sobre o rendimento:

PI.1.: *Como evoluiu a ROE nas farmácias portuguesas?*

PI.2.: *Quais as causas da rendibilidade dos capitais próprios das farmácias portuguesas? Quais as razões da sua evolução?*

PI.3.: *Quais as causas da evolução do ROA (Return on Assets) nas farmácias portuguesas?*

PI.4.: *Em que medida a decisão de financiamento contribuiu para a rendibilidade do capital próprio? Qual a relação do WACC (Weighted Average Cost of Capital) com o ROE?*

PI.5.: *Em que medida a tributação sobre o rendimento afetou as farmácias portuguesas?*

Para responder às perguntas, aplicou-se o modelo Dupont – estendido, para analisar a rendibilidade do capital próprio à farmácia-tipo portuguesa entre 2009 e 2013.

4.2. Modelo DuPont

Em 1903, foi criada uma empresa de explosivos DuPont Powder Company cuja atividade cobria várias empresas integradas na produção de produtos químicos, nomeadamente a pólvora, tendo sido marcada pelo uso da contabilidade em uma indústria de várias atividades. Alfred, Coleman e Pierre (três primos), passaram a gerir a DuPont Powder Company, após uma crise na família. (Johnson e Kaplan.1993).

Todas as fábricas independentes, escritórios de vendas e distribuição, que eram controladas de forma particular, passaram a ser geridas por um departamento central, através de um sistema de contabilidade nuclear que criava uma ligação e conduzia a estrutura departamental espalhada pelo território norte-americano, onde eram recolhidos os dados diariamente e semanalmente em relação as vendas, a folha de pagamento e os

gastos de produção. Este método permitia que os gestores planeassem de forma coerente a evolução equilibrada dos vários departamentos da empresa. Os administradores constataram, assim que, o lucro varia de acordo com a taxa de retorno do investimento na atividade.

A criação da fórmula de rentabilidade dos ativos (ROA), teve um impacto significativo, ajudando na implementação das decisões mais acertadas, de investimento (Atkinson et al., 1999).

A análise DuPont é considerada um raio-x aos fatores que influenciam a rentabilidade do ativo de uma empresa (Casa Nova et al., 2005, p.183), possibilitando a análise da sua evolução ao longo do tempo, bem como, as causas e consequências associadas.

A redução do ROA, poderá ser reflexo de uma diminuição da margem ou do ativo. Caso seja o primeiro caso significa que o resultado líquido do período em causa sofreu uma alteração em relação ao volume de negócios, ou seja, as vendas decresceram ou os gastos cresceram ou as duas variáveis em simultâneo.

A rentabilidade dos Ativos encontra-se relacionada com a rentabilidade das capitais próprios, bem como alheios aplicados na entidade. Através do ROA é possível determinar o impacto na rentabilidade a equação [1]:

$$ROA \quad [1]$$
$$= \frac{\textit{Resultado Líquido}}{\textit{Ativo Total}}$$

Este rácio pode-se decompor na margem operacional e na rotação do ativo, onde a primeira permite medir o lucro ou prejuízo em relação ao volume de negócios, e a segunda determinar o valor das vendas por cada unidade monetária investida no ativo, como se constata na equação [2]:

$$ROA \left(\frac{EBIT}{\textit{Ativo Total}} \right) = \textit{Margem Oeracional} \left(\frac{EBIT}{\textit{Vendas}} \right) \times \textit{Rotação do Ativo} \left(\frac{\textit{Vendas}}{\textit{Ativo Total}} \right) \quad [2]$$

Ao desmembrar-se a Margem Operacional, obtém-se os custos das mercadorias vendidas e consumidas, custos operacionais e financeiros, o que poderá demonstrar possibilidades de melhoria deste rácio bem como determinar as causas que estão a afetar negativamente esse rácio.

A Rotação do ativo total reflete a produtividade de uma empresa, possibilitando a redução da margem operacional, quando maior for este rácio, permitindo uma redução nos preços. (Angotti, 2007).

Sabendo que o ROA altera-se de acordo com o ativo bem como o produto da Margem Operacional pela Rotação do ativo total, poderá surgir a dúvida de qual a forma mais eficaz, se deverá depender mais da Margem Operacional ou da Rotação do Ativo. Casa Nova et al (2005) consideram indiferente, uma vez que o que é realmente importante é o equilíbrio entre os dois rácios que contribuirão para o melhor resultado.

A Rotatividade do Ativo ao sofrer alterações reflete o impacto na produtividade dos ativos da empresa demonstrando a evolução do volume de negócios face à evolução do investimento operacional.

A maximização da rentabilidade dos acionistas deve ser um dos principais objetivos de uma empresa, podendo ser medida através da taxa de rentabilidade do capital próprio, o ROE, calculada com base na equação [3].

$$ROE = \frac{\text{Resultado Líquido}}{\text{Capital Próprio}} \quad [3]$$

O ROE, é um dos indicadores de rentabilidade que mais influencia as decisões de uma empresa tanto a nível dos acionistas como ao nível dos credores. O retorno obtido pelos acionistas é afetado diretamente pela estrutura de capitais de uma empresa. (Pinho, C.; Tavares, S.V. 2012). Segue-se a equação da Rendibilidade dos Capitais Próprios, desdobrada:

$$RCP = \frac{RB}{V} \times \frac{RO}{RB} \times \frac{V}{A} \times \frac{RAI}{RO} \times \frac{A}{CP} \times \frac{RL}{RAI} \quad [4]$$

(A) (B) (C) (D) (E) (F)

Onde:

(A) = Rendibilidade bruta das vendas

(B) = Efeitos dos custos fixos

(C) = Rotação do Investimento Total/Ativo

(D) = Efeito dos gastos de financiamento líquidos

(E) = Estrutura de financiamento

(F) = Efeito Fiscal

A equação comporta três partes:

- *A primeira parte* do indicador respeita à decisão de investimento. E inclui os produtos de três rácios: $(A) \times (B) \times (C)$, trata-se da Rendibilidade do Ativo/Área Operacional.
- *A segunda parte* do indicador, $(D) \times (E)$ respeita à decisão de financiamento. Corresponde ao Efeito de Alavanca Financeira, ou seja, em que medida o fato de a empresa estar financiada por capitais alheios, incrementa, ou não, a rendibilidade dos capitais investidos face à rendibilidade do ativo, representando a área financeira da empresa. Um EAF superior a 1 potencia a rendibilidade do ativo, ao passo que um EAF inferior a 1, reduz essa rendibilidade.
- *A terceira parte*, (F) ou $(1-t)$, mede o impacto da tributação sobre o rendimento na rendibilidade do capital próprio, ou seja, sendo t a taxa efetiva de tributação média de imposto, isto é, representa a área fiscal.

O efeito de alavanca financeira é favorável aos sócios (neste caso superior a um), se a rendibilidade do ativo (ROA) for superior à taxa média de remuneração do passivo (i). Ou seja, a rendibilidade dos sócios só é potenciada pelo endividamento, caso a taxa desse endividamento seja inferior à rendibilidade retirada com o investimento desses capitais no negócio. Caso esse diferencial seja positivo então, o efeito de alavanca financeira é tanto maior quanto maior for o endividamento, traduzido pelo rácio (passivo/capitais próprios).

Portanto, o efeito de alavanca financeira só é possível de assumir dentro de certos patamares de endividamento, a partir dos quais a taxa de juro de remuneração dos capitais alheios sobe ao ponto de inverter tal efeito. O EFA traduz-se pela equação:

$$EAF = (ROA - i) \times \frac{P}{CP} \quad [5]$$

Onde,

$$i = \frac{\textit{Gastos de Financiamento}}{\textit{Passivo}} \quad [6]$$

$$t = \frac{\textit{Imposto Sobre o Rendimento}}{\textit{Resultado Antes Impostos}} \quad [7]$$

Em que:

i = Custo Médio do Passivo

P = Passivo Total

CP = Capital Próprio

t = Taxa de imposto sobre o rendimento

4.3. Níveis de Análise e Variáveis

Tabela 19. Caracterização dos dados.

Níveis de análise	Dados	Variáveis
Investimento	<ul style="list-style-type: none"> • Vendas • Custos variáveis • Resultado bruto das vendas • Resultado operacional • Ativo total 	<ul style="list-style-type: none"> • Rendibilidade bruta das vendas • Efeito dos custos fixos • Rotação do ativo
Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> • Resultado operacional • Resultado financeiro • Resultado antes de impostos • Encargos financeiros • Rendimentos financeiros • Ativo Total • Capital próprio 	<ul style="list-style-type: none"> • Efeito dos custos de financiamento • Grau de alavanca financeira
Fiscalidade	<ul style="list-style-type: none"> • Resultado líquido • Resultado antes de impostos • Taxa de tributação efetiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Efeito fiscal

Fonte: Autoria Própria.

4.4. Universo, amostra e fonte de dados

O universo das farmácias em atividade em Portugal, incluem sociedades por quotas, sociedades anónimas e de outra natureza e “empresas em nome individual” sendo as sociedades por quotas as mais predominantes no sector. Verifica-se que o número de farmácias tem vindo a aumentar ao longo dos anos, no entanto, nos últimos três anos o número decresceu, uma vez terem cessado atividade, mais acentuadamente em 2013. De referir, os dados presentes na base de dados do Infarmed representam o universo e diferem dos dados do Banco de Portugal que respeitam à amostra de farmácias que foram incluídas nos estudos sectoriais desenvolvidos, A tabela 20 apresenta essa informação. Nesta investigação, utiliza-se a amostra da Central de Balanços do Banco de Portugal.

Tabela 20. Número de farmácias em Portugal.

Ano	Número de farmácias	
	Universo Infarmed	Amostra Banco de Portugal
2009	2 693	1 907
2010	2 768	2 093
2011	2 789	2 222
2012	2 796	2 288
2013	2 766	2 353

Fonte: Infarmed 2013 e Banco de Portugal.2009-2013

As farmácias desenvolvem a atividade sob diferentes formas jurídicas, em parte tendo em conta a sua dimensão. Privilegiam a forma de sociedade por quotas, o que desde serem mais vezes sociedades de pessoas do que sociedades de capitais logo denota a característica de pessoalidade no negócio e a pequena dimensão.

Tabela 21. Natureza Jurídica das farmácias portuguesas.

	2009	2010	2011	2012	2013
Sociedade por Quotas	95%	92%	92%	92%	93%
Sociedade Anónima	4%	6%	5%	5%	4%
Outra Naturezas Jurídicas	1%	2%	3%	3%	3%

Fonte: Banco de Portugal

Os dados históricos económicos e financeiros utilizados nesta investigação foram retirados da base de dados constante no Banco de Portugal e incluem os anos de 2009 a 2013. Nesta base, apenas foram consideradas as sociedades, no entanto o sector é formado por empresas em nome individual (cerca de dois terços) e sociedades (cerca de um terço).

Tabela 22. Estrutura do investimento das farmácias.2009-2013.

	2009	2010	2011	2012	2013
Ativo não corrente	49,0%	51,1%	52,4%	55,0%	52,8%
Ativo corrente	51,0%	48,9%	47,6%	45,0%	42,3%
Ativo total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Banco de Portugal

Tabela 23. Estrutura do financiamento das farmácias.2009-2013.

	2009	2010	2011	2012	2013
Passivo corrente	38,8%	36,8%	36,4%	40,4%	35,4%
Passivo não corrente	24,7%	26,3%	26,9%	22,6%	22,7%
	63,5%	63,1%	63,2%	63,1%	58,1%
Capital próprio	36,5%	36,9%	36,8%	36,9%	36,9%
Total do capital próprio e do passivo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Banco de Portugal

Tabela 24. Evolução das vendas e prestações de serviços das farmácias portuguesas. 2009-2013.

	2009	2010	2011	2012	2013
Vendas e prestações de serviços	1.204.963	1.208.954	1.075.493	971.640	952.219
Taxa de variação anual		0,33%	-11,04%	-9,66%	-2,00%

Fonte: Banco de Portugal

Unidades: Milhares de euros

Tabela 25. Evolução dos Custos Variáveis. 2009-2013

	2009	2010	2011	2012	2013
Gastos variáveis (cmv)	-888.132	-883.783	-780.648	-724.915	-702.896
Taxa de variação anual		-0,49%	-11,67%	-7,14%	-3,04%

Fonte: Banco de Portugal

Unidades: Milhares de euros

4.5. Análise da Estrutura Económica e Financeira das farmácias portuguesas

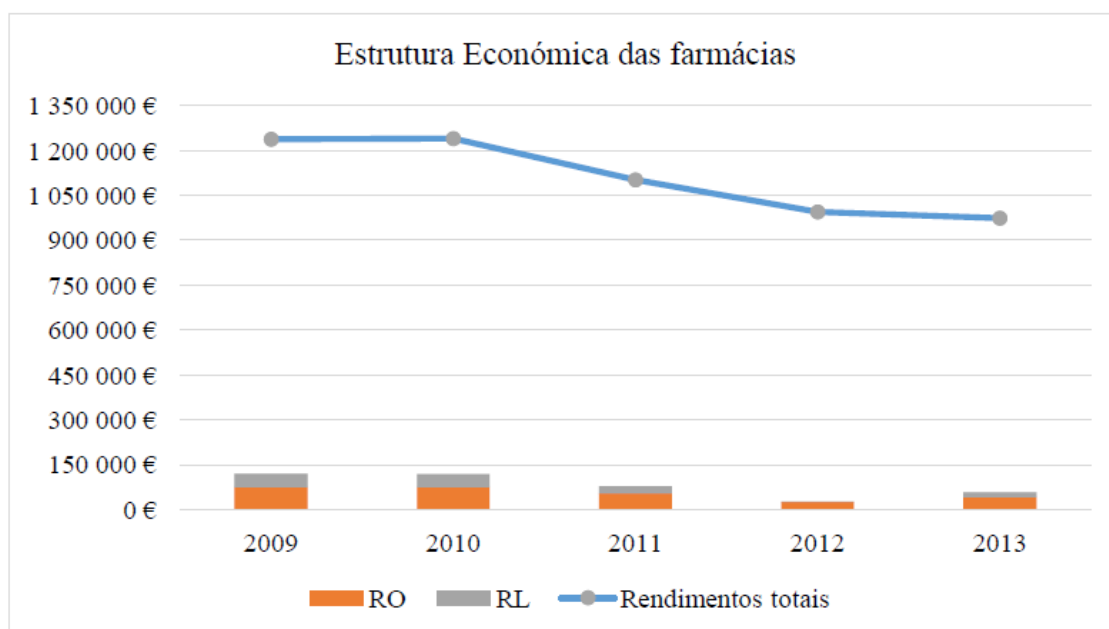


Gráfico 5. Estrutura Económica das farmácias. 2009-2013

Fonte: Aatoria Própria/Banco de Portugal

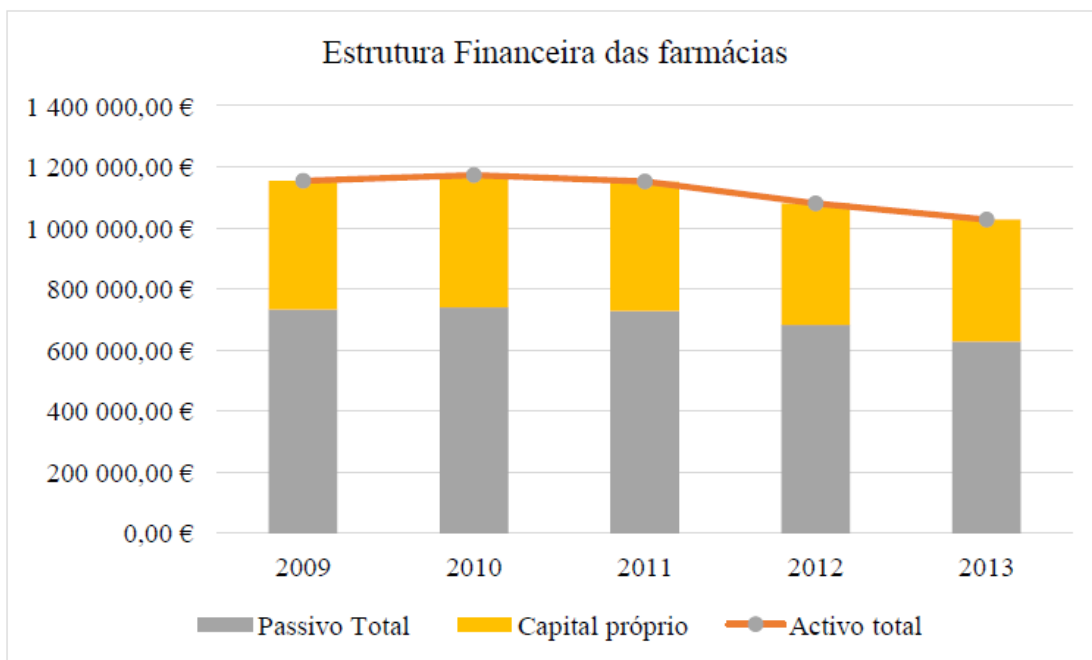


Gráfico 6. Estrutura Financeira das farmácias. 2009-2013.

Fonte: Autoria Própria/Banco de Portugal

Através dos dados em bruto, constata-se que em termos económicos as vendas vieram a decrescer desde 2009, refletindo uma possível pesada estrutura de custos uma vez que os resultados sofreram um declínio em uma proporção bastante superior, assumindo-se que muitas das farmácias tenham obtido resultados negativos, uma vez os resultados serem tão reduzidos, embora positivos, referentes a um valor médio das farmácias em Portugal.

Em termos financeiros, as farmácias portuguesas têm vindo a diminuir o seu ativo caracterizado por um passivo consideravelmente superior ao capital próprio, embora tenha vindo a decrescer ao longo do período de 2012 e 2013, o que poderá refletir problemas ao nível de autonomia financeira e solvabilidade das farmácias.

4.6. Análise da Estrutura Patrimonial das farmácias portuguesas

Analisando a estrutura patrimonial a partir do ativo das farmácias portuguesas verifica-se que o ativo das mesmas é dividido em diferentes categorias, onde são analisadas as rubricas de maior peso na tabela 26.

Tabela 26. Estrutura do Ativo das farmácias. 2009-2013.

	2009	2010	2011	2012	2013
Investimento	48,98%	51,11%	52,43%	55,01%	55,51%
<i>Ativos fixos</i>	13,17%	13,56%	13,65%	13,60%	13,04%
<i>Ativos intangíveis</i>	28,96%	29,96%	31,06%	33,61%	34,78%
<i>Outros</i>	6,84%	7,58%	7,72%	7,80%	7,69%
Ativo Operacional	37,63%	35,42%	33,27%	31,19%	30,49%
<i>Inventários e ativos biológicos</i>	12,09%	10,72%	10,10%	9,30%	8,99%
<i>Clientes</i>	8,00%	7,68%	7,14%	6,68%	6,64%
<i>Acionistas/sócios</i>	2,39%	2,37%	2,21%	2,45%	2,10%
<i>Estado e outros entes públicos</i>	1,03%	0,95%	1,00%	0,88%	0,75%
<i>Caixa e depósitos bancários</i>	13,73%	13,31%	12,46%	11,50%	11,60%
<i>Outros</i>	0,39%	0,39%	0,36%	0,39%	0,42%
Ativo Financeiro	13,40%	13,47%	14,30%	13,80%	14,00%
<i>Outros ativos financeiros</i>	13,40%	13,47%	14,30%	13,80%	14,00%

Fonte: Autoria Própria/Banco de Portugal

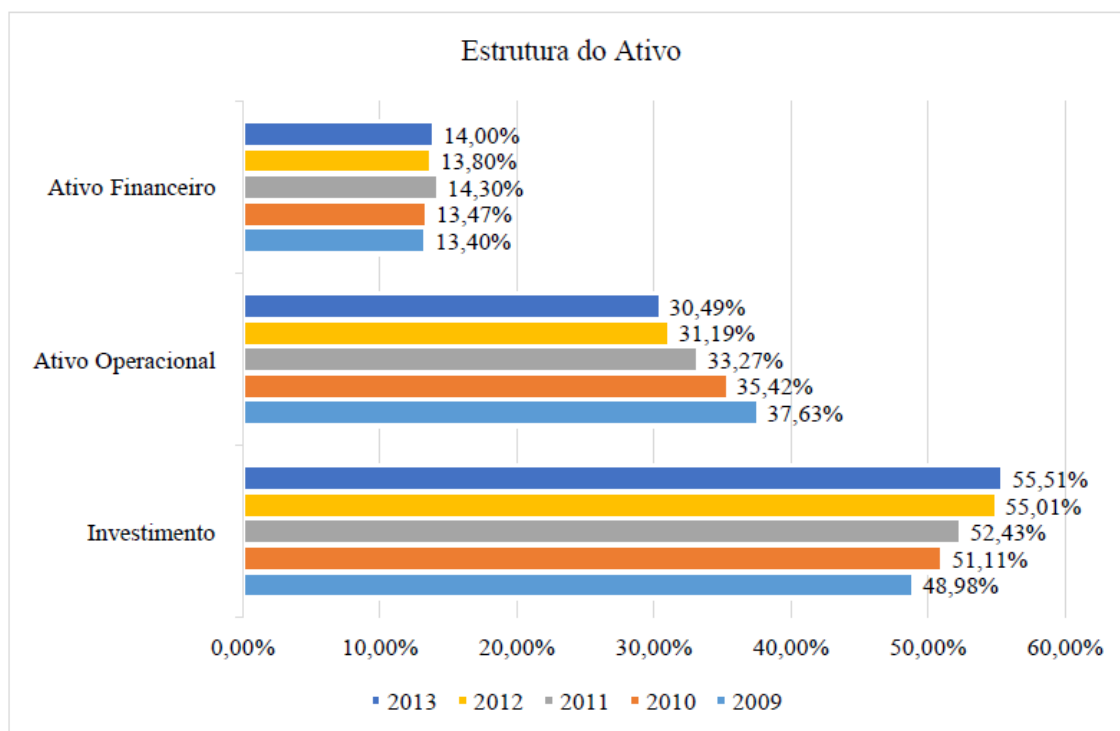


Gráfico 7. Estrutura do Ativo das farmácias. 2009-2013.

Fonte: Autoria Própria/Banco de Portugal

Constata-se que a rubrica que tem um maior peso no valor do Ativo médio total das farmácias são os ativos intangíveis, percentagem essa que tem vindo a evoluir cada vez mais ao longo dos anos em análise. Como consequência das difíceis circunstâncias financeiras deparados pelas farmácias portuguesas, ocorreu um aumento do investimento em ativos intangíveis.

Como ativos intangíveis encontram-se o alvará que constitui as normas de funcionamento de toda a farmácia, os *softwares*, equipamento industrial, relações com os diversos *stakeholders*/capacidades dos recursos humanos, as marcas, logotipos., Investigação e Desenvolvimento etc.

De acordo com a bibliografia consultada, as farmácias portuguesas têm procurado apostar mais na qualidade e nos serviços, tais como realização de terapêuticas ou consultas, baseando-se mais em desempenhos do que nos objetos que possam ser experimentados.

Os ativos intangíveis são um importante fator de diferenciação tornando-se em vantagem competitiva, dada a singularidade de serem únicos e de propriedade de uma única empresa.

Em relação às restantes rubricas conclui-se que, em média, os inventários estão a decrescer justificado pelo facto das farmácias se abastecerem somente dos medicamentos mais procurados, como consequência o peso dos valores a receber por parte dos clientes são reduzidos, na ordem do 7% do Ativo Total, tendo vindo a decrescer gradualmente, face a diminuição das margens e do aumento do mercado dos medicamentos genéricos.

Observa-se também que os saldos médios de caixa e depósitos bancários têm diminuído.

5. Discussão dos Resultados

5.1. PI.1.: Como evoluiu a ROE nas farmácias portuguesas?

Tabela 27. Evolução do ROE. 2009-2013.

	2009	2010	2011	2012	2013
ROE	10,80%	10,49%	5,79%	0,21%	4,08%

Fonte: Autoria Própria

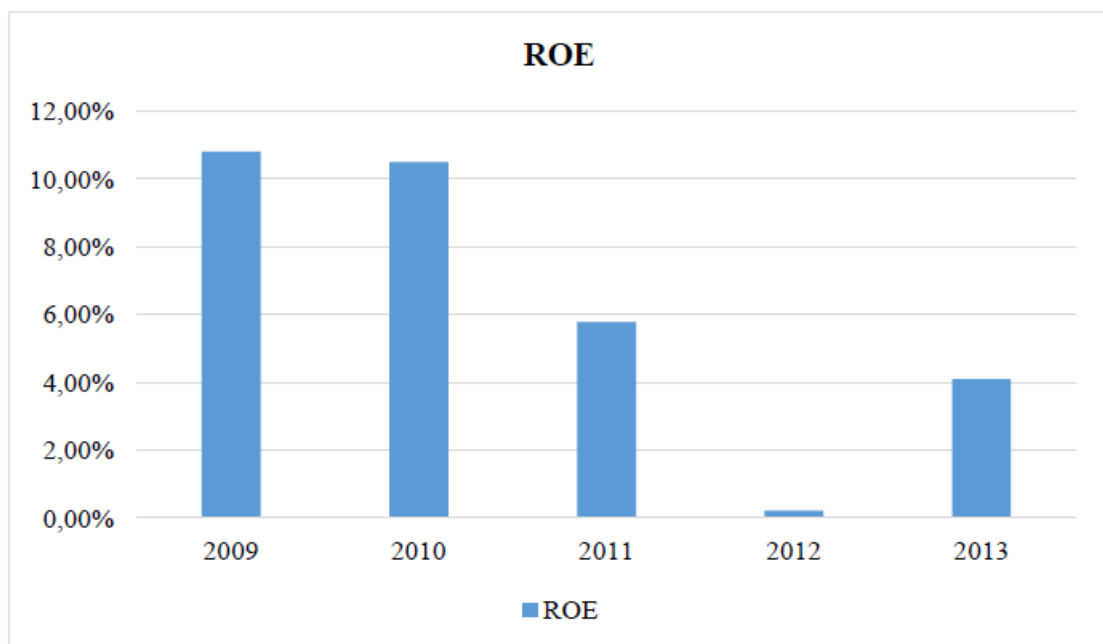


Gráfico 8. Evolução do ROE. 2009-2013.

Fonte: Autoria Própria.

O ROE diminuiu ao longo do quinquénio 2009-2013, tendo atingido 10,80% em 2009, sofreu uma descida acentuada no ano de 2012 para 0,21%, e melhorou em 2013 para 4,08%.

Rácios: Margem Bruta das Vendas e Rotação do Ativo

$$\frac{\text{Res.Brutos}}{\text{Vendas}} \text{ [9]} \text{ e } \frac{\text{Vendas}}{\text{Ativo}} \text{ [10]}$$

Variáveis implícitas: Clientes, Fornecedores, Inventários, Preços- Correlação com o que aconteceu no sector durante o período analisado

Clientes:

De acordo com as demonstrações de Fluxo de Caixa nos anos análise, verificou-se que, a nível operacional, o valor dos recebimentos foi sempre maior ao valor dos pagamentos o que é um fator positivo, dado que gera cash- flow operacional positivo. No entanto, além do valor dos recebimentos diminuïram ao longo do quinquênio, aumentaram face as vendas o que a longo prazo poderá não ser favorável uma vez as vendas não conseguirem fazer face aos gastos da estrutura operacional, como se verificou em 2012, onde as farmácias bateram no fundo, o que embora em termos médios os Resultados sejam positivos, a nível particular indica-nos que existiram muitas farmácias em situações limitadas.

O rácio da qualidade das vendas indica-nos o quanto os recebimentos estão dispersos das vendas, isto é, a percentagem das vendas convertidas em unidades monetárias no ano em causa, pelas cobranças de clientes e respetivos pagamentos. Por exemplo em 2010, para cada 1 € de vendas a empresa recebeu em termos operacionais 1,18 €. O valor acima de 1 que se observa será certamente por efeitos de IVA.

Tabela 30. Qualidade das Vendas.2009-2013.

	2010	2011	2012	2013
Vendas [1] (Milhares de euros)	1 208 954	1 075 493	971 640	952 219
Recebimentos [2] (Milhares de euros)	1 427 445	1 246 920	1 123 182	1 108 530
[3]=[2]-[1]	218 491	171 427	151 542	156 311
Qualidade das Vendas [2]/[1]	1,18	1,16	1,16	1,16

Fonte: Autoria Própria.

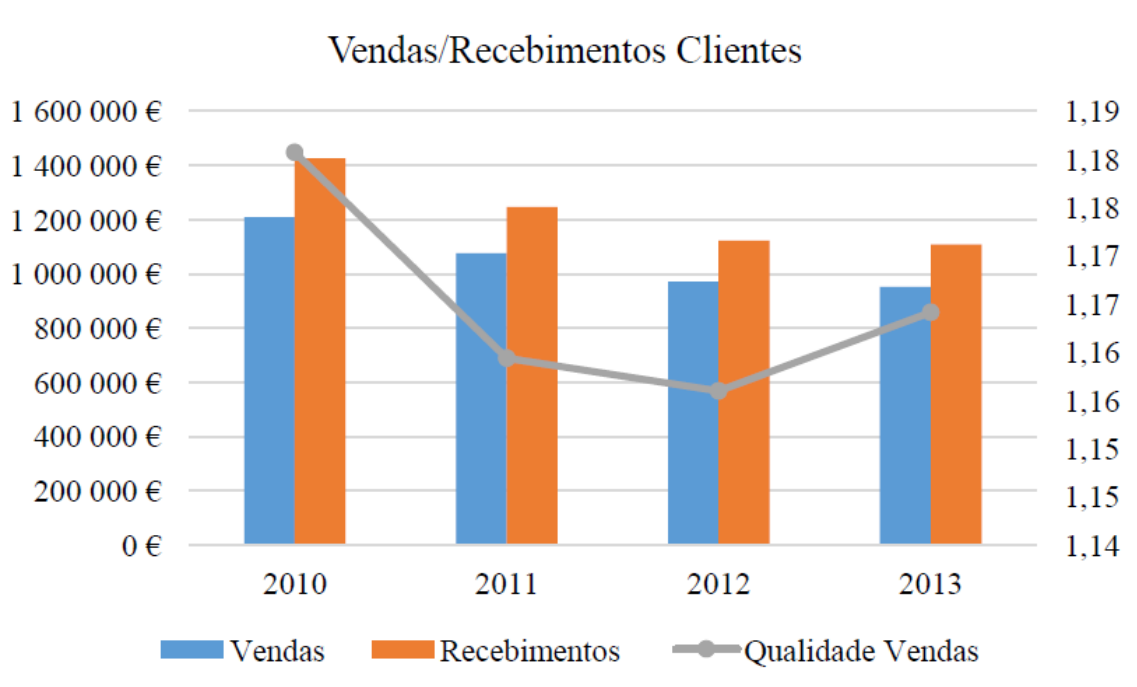


Gráfico 10. Qualidade das Vendas. 2009-2013.

Fonte: Autoria Própria

O Estado é considerado o principal cliente das farmácias portuguesas, cerca de 80% do mercado farmacêutico, sendo um fator de atrito significativo, dado ser o órgão responsável pela regulação do setor e do respetivo consumo.

No que se refere à oferta em 2013, existiam em 2013, 2 766 farmácias no território nacional, com uma oferta de produtos idêntica com possibilidade de concorrência ao nível dos serviços prestados bem como o horário estabelecido.

A procura é pouco influenciada pelas farmácias bem como no seu volume de negócios, uma vez que os seus proprietários não têm como função prescrever os medicamentos, havendo só alguma influencia quando existe a autorização por parte do prescritor, para substituir os medicamentos prescritos por alguns com equivalências terapêuticas e MNSRM.

É de relevância, os prazos de recebimento no que se refere aos créditos concedidos a clientes, bem como em relação ao recebimento das participações pelo Estado ou outras entidades de saúde. O Decreto-lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, possibilitou às farmácias aplicarem descontos aos seus clientes, com o intuito de aumentar a

concorrência, que fez com que as farmácias da mesma zona geográfica ajustassem os seus preços, originando uma significativa redução da margem, beneficiando os utentes.

No entanto com as reformas ocorridas no setor, a partilha foi perdida por muitos medicamentos, levou a uma diminuição do poder de compra, por parte dos consumidores por terem de pagar o preço total, tal como já referido no enquadramento da investigação.

Fornecedores e Inventários:

No que se refere aos fornecedores, com base na demonstração de fluxos de caixa, constata-se que os pagamentos aos fornecedores têm vindo a diminuir, bem como as dívidas a fornecedores justificando a situação vulnerável em que as farmácias se encontravam com os seus respetivos fornecedores, analisando mais a frente os respetivos prazos médios de pagamento das farmácias.

Com menos proveitos, menor capacidade para aceder ao crédito e o aumento das taxas de juro, a maioria das farmácias teve que optar por ter stocks menores, sobretudo os de PVP mais alto. Algumas compras passaram a ser por encomenda, de maneira a que as dívidas a fornecedores fossem menores, e muitas farmácias não lhes foi mesmo permitido abastecer dado não existirem garantias.

Tabela 31. Qualidade dos Pagamentos”. 2010-2013.

	2010	2011	2012	2013
Fornecedores [1] (Milhares de euros)	206 652	198 568	186 151	166 586
Pagamentos [2] (Milhares de euros)	1 139 519	995 398	905 377	903 756
[3] = [2] - [1]	932 867	796 830	719 226	737 170
“Qualidade Pagamentos” = [2] / [1]	5,51	5,01	4,86	5,43

é atingido um certo volume de negócios durante um tempo definido, por exemplo, mensal ou anual, por parte de um cliente ou grupo.

O abastecimento das farmácias sofreu efeitos significativos resultado da diminuição gradual dos preços dos medicamentos, nomeadamente ao serem criadas complicações em torno do pagamento de fornecedores, levando a cortar abastecimentos de alguns medicamentos.

Ciclo de Caixa das farmácias

Tabela 32. Ciclo de Caixa das farmácias portuguesas. 2009-2013.

	2009	2010	2011	2012	2013
Prazo Médio de Recebimento (dias)	27,98	27,20	27,92	27,12	26,13
Prazo Médio de Pagamento (dias)	109,25	114,80	133,27	127,12	116,29
Prazo Médio de Stock (dias)	57,33	51,92	54,41	50,62	47,94
Ciclo de Caixa	-23,95	-35,68	-50,94	-49,37	-42,21

Fonte: Autoria Própria.

Analisando o Ciclo de Caixa das farmácias ao longo dos anos em análise, este tem assumido valores negativos o que a nível de tesouraria é favorável, uma vez que o prazo médio de pagamento é maior que o prazo médio de recebimento. No entanto, constata-se que entre os anos de 2009 e 2012 o prazo médio de pagamento aumentou consideravelmente refletindo mais uma vez as dificuldades de pagamento com fornecedores, tendo melhorado novamente em 2013.

Quanto ao prazo médio de stocks este manteve-se sem significativas alterações ao longo dos anos, embora tenha apresentado uma tendência decrescente, o que indica que as farmácias começaram a ter uma preocupação com as políticas de stock. É importante analisar o prazo médio de stock. O prazo médio de stock corresponde ao número de dias que um certo produto ou conjunto de produtos se encontra armazenado na farmácia sendo que quanto maior for esse prazo menor será a otimização do produto.

Preços

Em relação à oferta, de acordo com a literatura consultada, as medidas determinadas encontraram-se relacionadas com o controlo de preço, preço de referência internacional e nacional, comparticipação de medicamentos, e avaliação económica do medicamento (de forma superficial). Relativamente à procura, através de margens fixadas ligadas à distribuição do medicamento e campanhas com o intuito de promover os medicamentos genéricos aos prescritores e utentes, tem-se procurado controlar a forma como os distribuidores são remunerados.

De acordo com os dados calculados a faturação entre 2009 e 2012 das farmácias portuguesas, com base nos dados do BdP, têm vindo a decrescer continuamente tendo apresentado o seu maior decréscimo, de 11%, de 2010 para 2011.

Esta situação foi consequência do aumento da quota de mercado dos medicamentos genéricos, onde era obrigatório prescrever o princípio ativo ou DCI (Denominação Comum Internacional), provocando uma significativa diminuição dos preços, conduzindo as farmácias para circunstâncias de dificuldades acrescidas.

Apesar dos medicamentos genéricos serem uma forma de trazer poupanças para o SNS, os resultados obtidos por parte das farmácias por parte das vendas desses medicamentos não são capazes de fazer face ao normal funcionamento das farmácias.

O preço médio global de mercado em ambulatório representado pelos medicamentos de marca e genéricos, desceu 5,6% em 2013 face ao ano homólogo, sendo de 10,11€.

Com o aumento dos genéricos, bem como a redução dos seus preços, as farmácias sofreram um aumento das suas dificuldades económico financeiras obrigando-as a se adaptar e a se reorganizar internamente.

$$\text{Rácio Efeito dos Custos Fixos} \quad \frac{\text{Res. Operacional}}{\text{Res. Bruto}} \quad [11]$$

Variáveis Implícitas: Custos Fixos nomeadamente Gastos com pessoal e Amortizações e associados as instalações.

Considera-se como custos fixos: salários dos trabalhadores, a renda de aluguer ou de hipoteca bancária das instalações, pagamento à Segurança Social, fornecimento de serviços externos / outsourcing.

Quanto mais elevado o número de trabalhadores com vínculo na empresa, nomeadamente os farmacêuticos, maior o valor dos custos fixos, uma vez que a remuneração destes se encontra acima da dos outros trabalhadores. Por outro lado, é de ter em conta os custos variáveis: energia, combustíveis, água, entre outros.

Constataram-se resultados reduzidos, em contrapartida os custos fixos mantiveram-se ou então aumentaram uma vez que passou a ser obrigatório um determinado número de pessoal com qualificações vinculado a cada farmácia.

O Decreto-Lei nº 53/2007, de 8 de março foi criado com o intuito de promover acesso ao medicamento, fixando um largo período de funcionamento nas farmácias, nomeadamente o horário mínimo de funcionamento de 55 horas semanais

Posteriormente, o Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de agosto, em que entre outras alterações, veio obrigar as farmácias a terem pelo menos dois farmacêuticos no seu quadro de pessoal, fazendo com que o diretor técnico esteja de forma permanente na farmácia, com alguém para o substituir nas suas ausências.

Estas leis embora tenho procurado melhorar o acesso ao medicamento consumidores, no entanto, em uma situação de crise económica do sector veio obrigar a determinados custos fixos das farmácias, como se constatou no estudo referido na revisão de literatura de Pita Barros (2012).

As farmácias de menor dimensão e situadas em locais de menor capitação, sofreram com estas medidas, uma vez que os rendimentos disponíveis não conseguem fazer face a estes custos.

Outro aspeto que tem vindo a influenciar os custos fixos é o quadro legal que regula o sector no que refere as instalações em relação a segurança, armazenamento, acessibilidade, comodidade e privacidade ao longo da prestação de serviços aos utentes bem como a promoção de saúde e bem-estar de modo a garantir o cumprimento das *Boas Práticas de Farmácia*, através do Decreto-lei n.º 307/2007 de 31 de agosto, Portaria n.º 352/2012, de 30 de outubro, e regulamento aprovado pelo Conselho Directivo do Infarmed (Deliberação n.º 207/CD/2011, de 22 de dezembro).

No entanto, constata-se que nos anos em análise os custos fixos, em termos médios, entre 2009 e 2013, reduziram 16,49%, com uma redução mais acentuada entre 2011 e 2012, de 9,22%, consequência da saída do mercado de algumas farmácias em falência.

Os Gastos com Pessoal diminuíram cerca de 16% entre 2009 e 2013, de acordo com os dados do BdP.

O Decreto-Lei n.º 53/2007, de 8 de março veio definir um número de horas de funcionamento mínimo semanal das farmácias e um horário padrão, podendo as farmácias de oficina deter um período de funcionamento que lhes possibilite estar abertas vinte e quatro horas diárias, semanalmente. Desta forma, os horários longos de funcionamento, em conjunto com obrigação da presença de um farmacêutico poderão levar a uma diminuição do acesso a serviços farmacêuticos em áreas que não sejam urbanas /centrais.

As amortizações de acordo com os dados financeiros das farmácias mantiveram sempre um valor sem significativas alterações, apresentando uma variação entre os anos em análise de -28,7%. As amortizações podem ter diminuído uma vez que muitas farmácias entraram em falência e fecharam.

O Risco Operacional das farmácias portuguesas

De acordo com a análise do grau de alavanca operacional constata-se que o risco de variabilidade dos resultados operacionais face as variações percentuais unitárias do volume de negócios tiveram um valor superior a 1%, na ordem dos 5% atingindo o seu máximo em 2012 de 10,62%, apresentando um maior risco nesse ano na medida em que face a variações percentuais idênticas do volume de negócios (1%), mantendo constantes os gastos fixos, os resultados operacionais variam 10,62%, isto derivado a densa estrutura de custos operacionais.

Ao analisar o rácio da qualidade do Cash Flow Operacional, verifica-se que o mesmo ao longo dos anos tem apresentado valores abaixo de 1 o que é favorável, no entanto, desde 2012 começou a subir para valores acima de 1, que poderá indicar possíveis dificuldades no que se refere a capacidade da farmácia em saldar suas obrigações de curto prazo.

Tabela 33. Qualidade dos Cash - Flows. 2009-2013.

	2010	2011	2012	2013
Cash-Flow Operacional [1] (Milhares de euros)	122 521	65 203	47 700	50 930
EBITDA [2] (Milhares de euros)	97 325	96 568	74 358	43 639
Qualidade Cash-Flow [1]/[2]	1,26	0,68	0,64	1,17

Fonte: Autoria Própria.

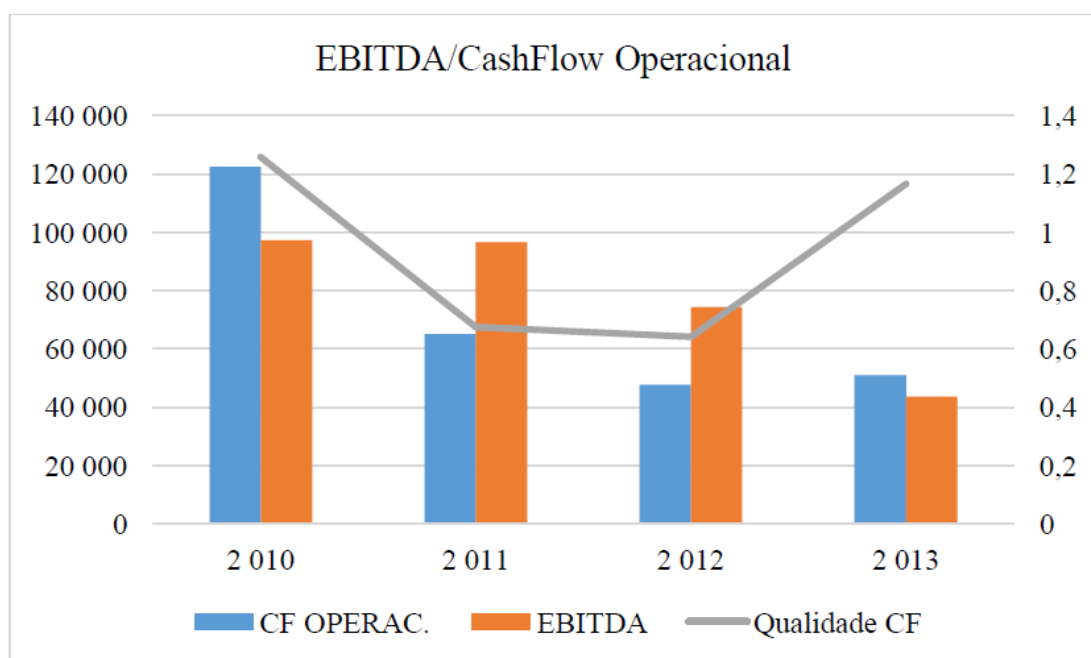


Gráfico 12. Qualidade dos Cash - Flows. 2009-2013.

Fonte: Autoria Própria.

Analisando os fluxos de caixa e seus equivalentes, a variação manteve-se sempre positiva constatando-se valores negativos em 2011 e 2012, o que indica que embora a empresa tenha tido lucro não gerou dinheiro no período, observando-se com mais clareza a real situação das farmácias.

A principal fonte de dinheiro para as farmácias (vendas/clientes) foi suficiente, em termos médios, para pagar o pessoal, os fornecedores, mas não suficiente para fazer face a outros custos referentes a atividade operacional.

A existência de capital próprio afeto a atividade da farmácia tem um maior valor, comparada com a realidade de necessidade de capitais alheios que a obrigará a recorrer à banca, uma vez que existe um agravamento da situação reflexo dos custos de financiamento, nomeadamente juros e amortizações, resultado das comissões cobradas nos créditos, a subscrição obrigatória de certos seguros com o fim de proteger o crédito, bem como os impostos associados. Tendo em conta a situação atual, uma nova empresa no sector terá de ter sólidos capitais próprios de forma a sobreviver, o que não consta na maioria das farmácias.

Um dos fatores que poderá por em causa o rácio em análise e conseqüentemente a rentabilidade das farmácias e permanência no mercado é o condicionamento no acesso ao crédito bancário, o que tem sido posto em causa face aos reduzidos resultados e preços dos medicamentos e as taxas de juros das instituições bancárias.

Ao analisar o efeito financeiro de alavanca verifica-se que ao longo dos anos manteve-se superior a zero, uma vez que a rentabilidade do ativo se manteve superior à taxa média de remuneração do passivo, justificado essencialmente pelo valor favorável da estrutura de financiamento (Ativo/ Capital Próprio) beneficiando a situação financeira das farmácias, em termos médios como se pode verificar no gráfico 19.

Verifica-se que o custo médio do passivo (i) (pós impostos) reduziu significativamente em 2012, conseqüência possivelmente das reduzidas taxas de juro que passaram a ser aplicadas bem como a saída de muitas farmácias do mercado.

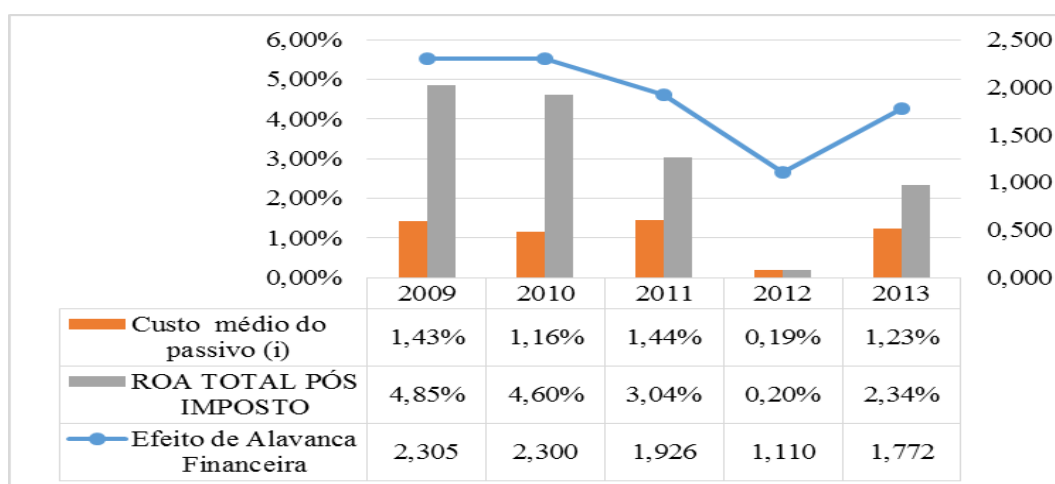


Gráfico 15. Impacto do ROA e do i (custo médio do passivo) no Efeito de Alavanca Financeira.

Fonte: Autoria Própria.

Ao verificar-se um endividamento elevado e ao não se efetuarem investimentos de forma a aumentar a rendibilidade do ativo, conclui-se que os empréstimos realizados têm servido para fazer face a défices de exploração.

Relacionando o ROA Total (pós impostos) e custo médio do passivo (i) nos anos em análise, este apresentava um valor superior a (i) entre 2009 e 2011, considerando-se o efeito financeiro de alavanca (EFA) favorável o que apelava ao endividamento. Em 2012, o ROA Total (pós-impostos) apresentou valores muito próximos de (i), refletindo em termos médios, que algumas farmácias tinham um EFA inferior a 1 e que o endividamento não seria favorável a situação económico-financeira das entidades. A Rendibilidade do Capital Próprio tornou-se inferior ao ROA Total (pós impostos) uma vez que não houve benefícios resultantes do endividamento, verificando-se que as entidades recorreram a capital alheio de forma a fazer face as necessidades de exploração, melhorando ligeiramente, esta realidade em 2013.

A partir da demonstração de fluxos de caixa, no que respeita às atividades de investimento e de financiamento, houve um aumento dos reembolsos e diminuição dos investimentos, constatando-se uma situação de contração, provocado pela diminuição do volume de negócios em termos médios, o que também poderá explicar a saída de muitas farmácias do mercado, por motivos de insolvência/falência.

Custo médio do passivo real

Aplicando a fórmula do custo do passivo, $\frac{\text{Encargos Financeiros}}{\text{Passivo Total}}$ [13]

Considerou-se que o todo o passivo gera encargos financeiros, no entanto, a realidade não é essa, uma vez que, por exemplo, a rubrica de provisões ou fornecedores não geram custos de natureza financeira.

Desta forma, considerou-se posteriormente, que os encargos financeiros só eram gerados por certas rubricas do passivo, que são denominadas por dívida financeira/divida remunerada.

Tabela 38. Cálculo do custo do passivo remunerado.2009-2013.

Peso dos enc fin em cada Rubrica do Passivo Total	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Financiamentos obtidos- Corrente</i>	5%	4%	6%	7%	6%
<i>Financiamentos obtidos- Não Corrente</i>	13%	10%	14%	11%	12%
<i>Outros passivos financeiros</i>	15%	14%	20%	18%	15%
<i>Financiamentos obtidos- Corrente</i>	55,63%	59,13%	58,42%	49,23%	53,33%
<i>Financiamentos obtidos- Não Corrente</i>	23,63%	23,86%	24,19%	31,32%	25,74%
<i>Outros passivos financeiros</i>	20,74%	17,01%	17,39%	19,45%	20,93%
	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Gastos.Fin/PT	0,03	0,02	0,03	0,03	0,03
Taxa média ponderada	3,01%	2,41%	3,40%	3,42%	3,18%
Taxa média ponderada pós impostos	2,20%	1,75%	2,19%	0,28%	1,85%

Fonte: Autoria Própria.

Verifica-se que a verdadeira taxa de juro bancária é maior que a inicialmente calculada. Não sofreu alterações significativas ao longo dos anos, atingindo o seu máximo em 2012, de 3,42%, com uma tendência decrescente a partir desse ano.

Custo de capital depois de impostos WACC (Weighted Average Cost of Capital)

Segundo Modigliani e Miller, num mercado perfeito não há impostos, o custo de capital não varia com a estrutura financeira. Ou seja, a rentabilidade esperada para os investidores em dívida e capitais próprios (credores e acionista) é independente do nível de endividamento. Podendo ter a seguinte formula:

$$RA = \frac{P}{P + CP} \times Rp + \frac{CP}{P + CP} \times Rcp \quad [13]$$

No entanto, esta fórmula omite um aspeto fundamental, que é uma diferença essencial entre passivo e capital próprio; os pagamentos de juros são dedutíveis nos impostos, e essa diferença deve ser refletida no custo do capital. Surge então o conceito de custo de capital depois de impostos WACC (Weighted Average Cost of Capital), confirmando-se o mesmo nas tabelas abaixo.

$$WACC = \frac{CP}{P + CP} \times Rcp + \frac{P}{P + CP} \times Rp \times (1 - t) \quad [14]$$

Onde:

CP = Capital Próprio

P = Passivo Total

Rcp =Custo do Capital Próprio

Rp = Custo do Passivo

t = taxa de imposto

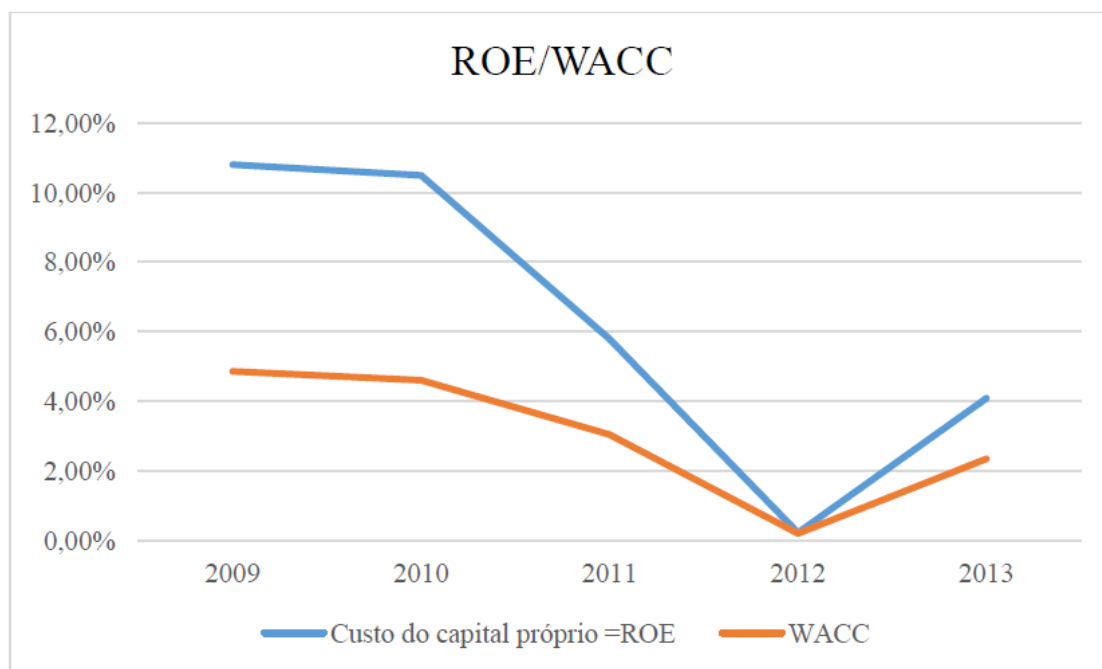


Gráfico 16. Relação entre o ROE e WACC.2009-2013.

Fonte: Autoria Própria.

Analisando a evolução do ROE e o WACC ao longo dos anos em análise, o ROE manteve-se sempre superior ao WACC, no entanto, em termos médios, o ROE teve uma tendência decrescente significativa entre 2010 e 2012, atingindo o seu mínimo em 2012, de 0,21%, com um valor muito próximo do WACC, 0,21%, o que reflete mais uma vez a situação difícil vivida pelas farmácias portuguesas, uma vez que algumas não eram capazes de gerar rentabilidade de capital próprio suficiente para fazer face aos custos totais de capital.

Risco financeiro das farmácias portuguesas

Complementando a análise com o indicador de grau de alavanca financeira, o risco de variabilidade dos resultados antes de impostos apresentou um valor de 1%, face a possível variação de 1% nos gastos operacionais, mantendo-se, por definição, os gastos fixos e de financiamento constantes, ao longo dos primeiros anos da análise, aumentando o risco em 2012 com um valor de 2,44% em 2012, melhorando em 2013 para 1,45%.

Globalmente, tendo em conta o Grau combinado de alavanca, as farmácias apresentaram um maior risco em 2012, na medida em que, face a variações percentuais idênticas no volume de negócios, os seus resultados variaram mais (+18%) que nos restantes anos, como se pode observar no gráfico 17.

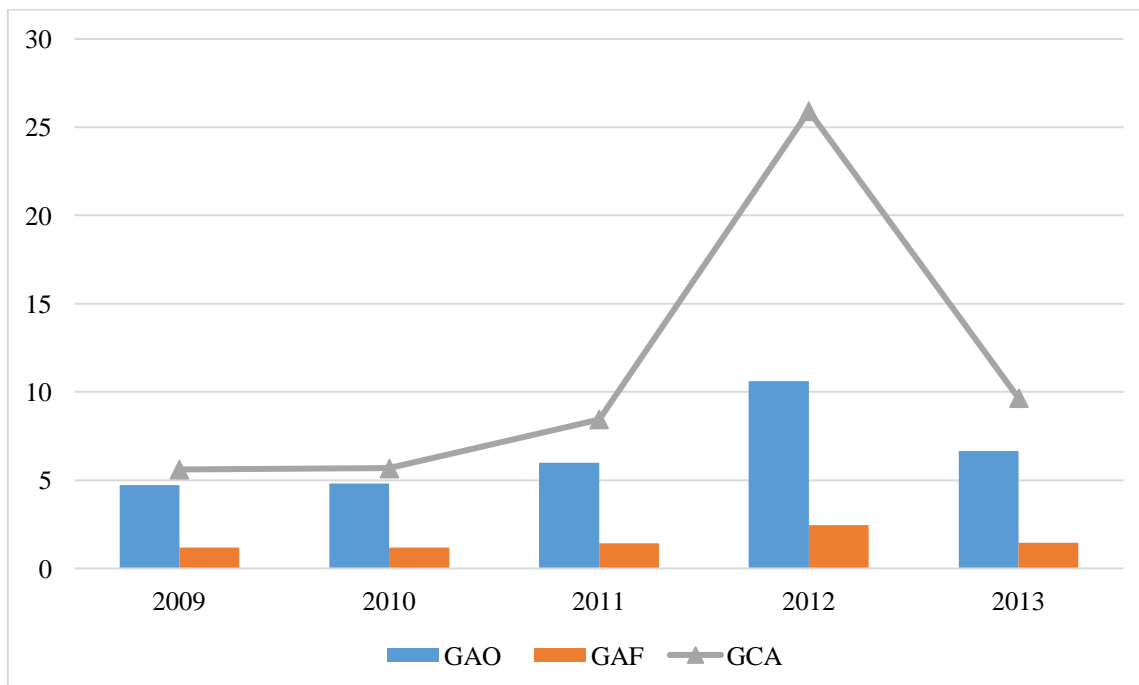


Gráfico 17. Evolução do GAO, GAF e GCA. 2009-2013.

Fonte: Autoria Própria.

5.5. PI.5.: Em que medida a tributação sobre o rendimento afetou as farmácias portuguesas?

Rácio Efeito Fiscal

No quinquénio analisado, a tributação sobre o rendimento afetou negativamente a rentabilidade das farmácias, tendo esse efeito variado de modo significativo nos anos considerados. O Quadro 4 mostra a evolução das taxas de tributação efetiva. Apesar de a taxa de IRC em vigor ser no período em análise constante (25%), as farmácias apresentam uma tributação efetiva superior.

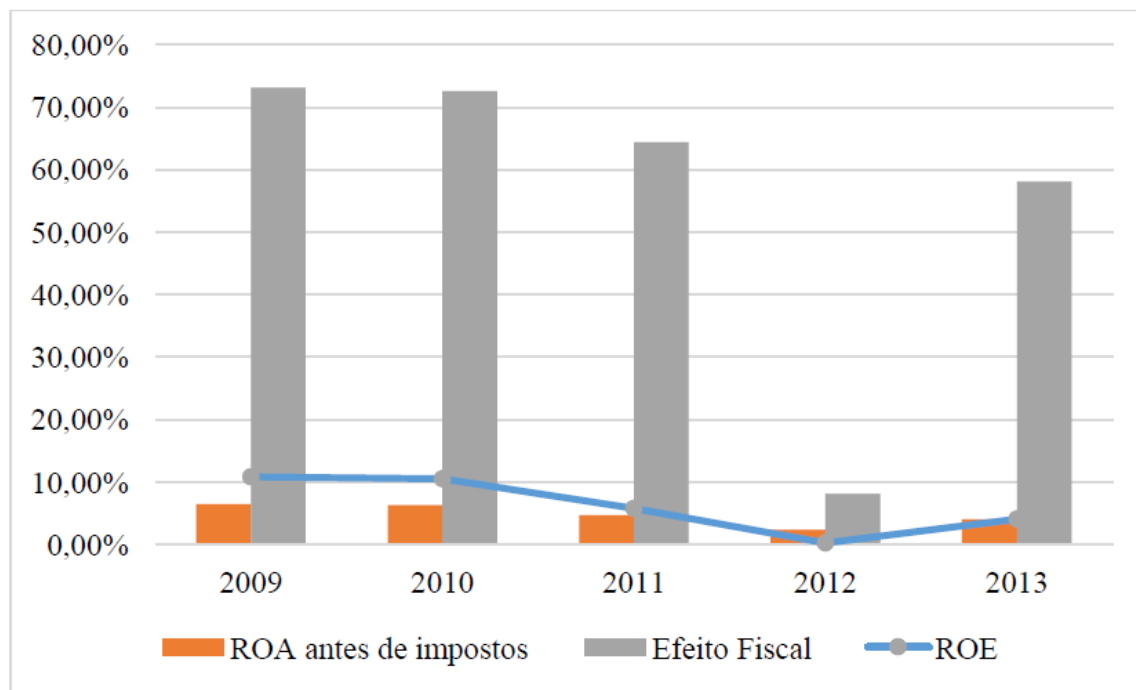


Gráfico 19. Impacto do Efeito Fiscal e ROA antes de impostos na evolução do ROE. 2009-2013.

Fonte: Autoria Própria

Foi determinada uma taxa de IRC com base no cálculo face aos resultados antes de impostos. A taxa que se obteve foi de 26,83%, em 2009, tendo um valor anormal de 91% em 2012, voltando a reduzir-se em 2013.

Esta situação poderá ser justificada por possíveis tributações autónomas, de imposto a pagar aplicado sobre despesas ligadas à utilização de veículos, ajudas de custos, despesas não documentadas, despesas de representação, bem como, derivado ao facto do IRC ser determinado por escalões e muitas farmácias poderem estar no escalão de taxa mais baixa. Outra causa prende-se também com o facto de face aos prejuízos fiscais, nos anos a seguir, as farmácias puderam aproveitar do reporte fiscal dos mesmos.

Em 2012, verificou-se um Resultado Líquido bastante baixo justificado possivelmente pela saída de farmácias do mercado e onde cerca de 83% farmácias se encontravam em atividade (quatro em cinco farmácias encontravam-se em situação de insolvência) e 15% apresentavam penhoras (cerca de 300 farmácias). Os distritos de Setúbal, Guarda e Faro eram os mais afetados. (Universidade de Aveiro, 2012).

6. Melhorias a implementar

Tabela 43. Medidas de melhoria da situação económico-financeira a implementar.

Problema Risco Operacional	Medidas a implementar a nível Operacional
<p>Rotação do ativo reduzida</p> <p>Margens reduzidas</p> <p>Efeito dos custos fixos reduzido</p> <p>Entidades a laborar no ponto morto das vendas (RL = 0€)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Otimização das Vendas e prestações de serviços: Ir ao encontro da procura. Oferta de serviços farmacêuticos aliado a qualidade dos mesmos. Implementação na farmácia de outras atividades profissionais, tais como a nutrição ou ortopedia, que lhes permite obter outras fontes de rendimentos. • Otimização dos stocks: Armazenamento dos medicamentos mais vendidos, de forma a não haver stock empitado. • Escolha de armazenistas perto das instalações da farmácia. • Negociação de prazos de pagamento, compra direta aos armazéns/ laboratórios com descontos ou bonificações. • Estabelecimento de parcerias com outras entidades, tais como SAMS dos bancários, sindicatos ou outras instituições de forma a beneficiar os seus utentes, tornando-se também uma vantagem para a farmácia. • Otimização da estrutura de custos fixos e variáveis: Desenvolvimento de parcerias com outras farmácias de forma a obter vantagens nomeadamente nas compras, e otimização de custos ou até mesmo ao nível do financiamento. Redes com elevado número de farmácias elevado, permitem criar economias de escala, obtêm-se recursos, atividades mais centralizadas que fornecem ferramentas de maior valor, que para um número reduzido de farmácias não seria possível. • Formação profissional para que os recursos humanos sejam uma mais-valia para a farmácia e que compense os custos dos mesmos. • Otimização do ciclo de caixa: Prazos de pagamentos > Prazo de recebimento. • Diminuição do Grau de Alavanca Operacional uma vez que os resultados das farmácias são sensíveis a pequenas descidas do volume de vendas dada a densa estrutura de custos.

Fonte: Autoria Própria

Em relação ao risco fiscal, este está relacionado com riscos sistémicos no qual as farmácias não têm poder de decisão, dependendo essencialmente das medidas do Estado, nomeadamente na determinação das taxas de imposto bem como em relação aos benefícios fiscais.

7. Conclusões e limitações

No trabalho de investigação realizado de forma resumida, e em conclusão, contactou-se que:

O ROE diminuir ao longo do quinquénio 2009-2013: tendo atingido 10,80% em 2009, sofreu uma descida acentuada no ano de 2012 para 0,21%, melhorando em 2013 para 4,08%.

Recorrendo ao *Modelo Dupont* para a decomposição do ROE nas suas componentes a análise permitiu verificar que a variação do ROE entre 2009 e 2013 foi provocada por alterações a nível *operacional*, a nível *financeiro* e a nível *fiscal*, nomeadamente pela diminuição do ROA em 2,44%, pela redução do Efeito de Alavanca Financeira 0,533 e a redução do Efeito Fiscal em 15,09, tendo o último atingido o seu mínimo em 2012 com uma redução de 65,04%.

A *alteração do ROA* foi essencialmente consequência da diminuição da rotação do ativo e do efeito dos custos fixos.

Com as reformas ocorridas no setor, a comparticipação foi perdida por muitos medicamentos, levou a uma diminuição do poder de compra, por parte dos consumidores por terem de pagar o *preço total*.

Os pagamentos aos *fornecedores* sofreram reduções, bem como as dívidas a fornecedores justificando a situação difícil em que as farmácias se encontram perante os fornecedores, com dificuldades de pagamento. Com menos proveitos, menor capacidade para aceder ao crédito e o aumento das taxas de juro, a maioria das farmácias teve que optar por ter reduzir os níveis médios de *inventários*, sobretudo os de PVP mais elevado.

O abastecimento das farmácias sofreu efeitos significativos em resultado da diminuição gradual dos preços dos medicamentos, nomeadamente ao serem criadas complicações em torno do pagamento de fornecedores, levando a cortar o abastecimento de alguns medicamentos.

Com o aumento dos *genéricos*, bem como a redução dos seus preços, as farmácias sofreram um aumento das suas dificuldades económico-financeira e foram obrigadas a se

adaptar às novas condições envolvente e de funcionamento do sector e a reorganizar-se internamente.

Em relação aos *custos fixos*, em termos médios, entre 2009 e 2013, eles reduziram 16,36%, com uma redução mais acentuada de 2011 para 2012, de 8,99%, consequência da saída do mercado de algumas farmácias insolventes. Embora as reformas efetuadas tenham procurado melhorar o acesso dos consumidores ao medicamento, no entanto, a situação de crise económica do sector das farmácias obrigaria ao corte de determinados custos fixos das farmácias. Constataram-se resultados reduzidos, em contrapartida os custos fixos mantiveram-se ou então aumentaram uma vez que em virtude das alterações legislativas passou a ser obrigatório para as farmácias contarem com determinado número de pessoal com qualificações vinculado a cada farmácia.

A nível do *endividamento* não houve alterações significativas. Um dos fatores que poderá por em causa o rácio em análise, e consequentemente a rendibilidade das farmácias e permanência no mercado, é o aumento dos *custos financeiros*, por via do aumento dos juros cobrados pelas instituições bancárias e o próprio condicionamento no acesso ao *crédito bancário*. Isso tem sido posto em causa face aos reduzidos resultados das farmácias, preços dos medicamentos e as taxas de juros da banca. O EFA manteve-se superior a um, uma vez que a rendibilidade do ativo se situou acima da taxa média de remuneração do passivo, beneficiando a situação financeira das farmácias, tendo sido posta em causa em 2012. Ao verificar-se um *endividamento* elevado e ao não se efetuarem investimentos de forma a aumentar a rendibilidade do ativo, conclui-se que os empréstimos realizados têm servido para fazer face a défices de exploração.

Ao nível fiscal, *taxa de tributação efetiva* que se obteve foi de 26,83%, em 2009, tendo observado um valor anormalmente elevado de 91% em 2012, voltando a reduzir em 2013.

Esta situação poderá ser justificada por possíveis tributações autónomas, de imposto a pagar aplicado sobre despesas ligadas à utilização de viaturas ligeiras, ajudas de custos, despesas de representação e despesas que não são documentadas, mas também do facto do IRC ser determinado por escalões e muitas farmácias poderem estar no escalão de taxa mais baixa. Outra causa prende-se também com o facto de em face aos prejuízos fiscais apurados em determinado ano, as farmácias poderem, nos anos seguintes, aproveitar do reporte fiscal dos mesmos.

Ao complementar a análise do ROE com a análise do WACC, o ROE manteve-se sempre superior ao WACC, ao longo do quinquénio. No entanto, o ROE teve uma tendência decrescente significativa entre 2010 e 2012, atingindo o mínimo em 2012, de 0,21%, com um valor muito próximo do WACC, 0,21%, o que reflete mais uma vez a situação difícil vivida pelas farmácias portuguesas, uma vez que algumas não foram capazes de gerar rentabilidade de capital próprio suficiente para fazer face aos custos totais de capital.

De acordo com a metodologia utilizada – o Modelo Dupont, na versão expandida – a versão estendida pode-se mais uma vez confirmar a vulnerabilidade da situação económico-financeira das farmácias em Portugal, tendo atingido quase o fundo no ano de 2012, onde muitas entidades se tornaram insolventes e acabaram por encerrar. Constatase, portanto, uma maior preocupação com a qualidade dos serviços bem como a oferta de produtos de cosmética que poderá ser, sem dúvida, o que permitirá ultrapassar os problemas de fundo. Dado crise económico-financeira das farmácias ser recente, ainda não é possível determinar com precisão o ponto de viragem, apesar da melhoria ocorrida no geral, em 2013, uma vez que se pressupõe a saída das piores farmácias do mercado, e portanto, esse facto terá influenciado os rácios, indicadores em termos médios,

Uma limitação desta investigação foi o facto de a amostra do Banco de Portugal das farmácias portuguesas essencialmente sociedades e não empresas em nome individual o que poderia ter alterado os resultados obtidos. Assim, teria interesse conhecer também a evolução do ROE e do ROA nas farmácias portuguesas em nome individual.

Não foi possível determinar a realidade das farmácias em Portugal por áreas geográficas o que não possibilitou identificar as zonas onde o sector se encontra em condições económico-financeiras mais desfavoráveis, aspeto que poderá ser desenvolvido em futura investigação.

Uma vez que os dados usados foram dados médios do sector, embora tenha permitido compreender a situação económico-financeira das farmácias em Portugal, não possibilitou dissecar as situações mais críticas uma vez que a verdadeira realidade de cada farmácia possa apresentar desvios relativamente à realidade constatada no estudo, aspeto que poderia justificar, no futuro, considerar casos de estudo ou estudos de caso de alguma ou algumas farmácias, em especial. No entanto procurou-se ver mais além e pressupor determinadas situações particulares que vieram impactar os resultados no seu todo.

8. Bibliografia

Fontes Legislativas:

- Lei n.º 2125, de 20 de março de 1965, Diário da República, Série I – n.º 67/1965
- Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de agosto de 1968, Diário da República, Série I – n.º 202/1968
- Portaria n.º 806/87, de 22 de setembro, Diário da República, Série I, n.º 218/1987
- Decreto-Lei n.º 10/88 de 15 de fevereiro, Diário da República, Série I, n.º 12/1988
- Decreto-Lei n.º 214/90, de 28 de junho, Diário da República, Série I, n.º 147/1990
- Portaria n.º 513/92, de 22 de junho; Diário da República, Série I-B, n.º 141/1992
- Decreto-Lei n.º 135/95, de 9 de junho, Diário da República, Série I-1, n.º 134/1995
- Portaria n.º 325/97, de 13 de maio, Diário da República, Série I-B, n.º 110/1997
- Portaria n.º 348/98, de 15 de junho, Diário da República, Série I-B, n.º 135/1998
- Portaria n.º 936-A/99, de 22 de outubro, Diário da República, Série I-B, n.º 247/1999
- Diretiva n.º 2001/20/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 4 de abril
- Decreto-Lei n.º 288/2001, de 10 de novembro, Diário da República, Série I – A, n.º 256/2001
- Decreto-Lei n.º 69/2003, de 10 de abril, Diário da República, Série I – A, n.º 85/2003
- Portaria n.º 464/2003, de 6 de junho, Diário da República, Série I – B, n.º 131/2003
- Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho, Diário da República, Série I – B, n.º 129/2004
- Lei n.º 46/2004, de 19 de agosto, Diário da República, Série I – A, n.º 195/2004
- Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de agosto, Diário da República Série I, n.º 156/2005
- Decreto-Lei n.º 618-A/2005, de 28 de novembro, Diário da República, Série I, n.º 143/2005
- Despacho n.º 12 589/2006, de 16 de junho, Diário da República, Série II, n.º 92/2006
- Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, Diário da República, Série I, n.º 167/2006
- Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, Diário da República, Série I, n.º 168/2007
- Deliberação n.º 2473/2007, de 24 de dezembro, Diário da República, Série I, n.º 247/2007.
- Decreto-Lei n.º 53/2007, de 8 de março, Diário da República, Série I, n.º 48/2007
- Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, Diário da República, Série I, n.º 168/2007
- Portaria n.º 1427/2007, de 2 de novembro, Diário da República, Série I, n.º 211/2007
- Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro, Diário da República, Série I, n.º 211/2007

Portaria n.º 1430/2007, de 2 de novembro, Diário da República, Série I, n.º 211/2007
 Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho, Diário da República, Série I, n.º 115/2009
 Deliberação n.º 513/2010, de 12 de março, Diário da República, Série II, n.º 50/2010.
 Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio, Diário da República, Série I, n.º 93/2010
 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Normas conjuntas FIP/OMS para as boas práticas de farmácia: Diretrizes para a qualidade dos serviços farmacêuticos. Geneva: WHO, 2010. Versão aprovada pelo Council Meeting da FIP.
 Decreto-Lei n.º 7/2011, de 10 de janeiro, Diário da República, I Série, n.º 6/2011
 Deliberação n.º 207/CD/2011, de 22 de dezembro, Infarmed.
 Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro, Diário da República, Série I, n.º 229/2011
 Portaria n.º 4/2012, de 2 de janeiro, Diário da República, Série I, n.º 1/2012
 Lei n.º 11/2012, de 8 de março, Diário da República, Série I, n.º 49/2012
 Decreto-Lei n.º 152/2012, de 12 de julho, Diário da República, Série I, n.º 134/2012
 Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto, Diário da República, Série I, n.º 148/2012
 Decreto-Lei n.º 172/2012, de 1 de agosto, Diário da República, Série I, n.º 148/2012
 Portaria n.º 352/2012, de 30 de outubro, Diário da República, Série I, n.º 210/2012
 Lei n.º 16/2013, de 8 de fevereiro, Diário da República, Série I, n.º 28/2013
 Decreto-Lei n.º 103/2013, de 26 de julho, Infarmed
 Deliberação n.º 1857/2013, de 26 de setembro, Infarmed.
 Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, Diário da República, Série I, n.º 75/2014
 Deliberação n.º 1502/2014, de 3 de julho, Diário da República, Série II, n.º 145/2014
 Decreto-Lei n.º 97/2015, de 1 junho, Diário da Republica n.º 105/2015
 Portaria n.º 418-B/2015, de 30 dezembro, Diário da Republica n.º 254/2015

Estudos:

Alliance Healthcare. (2013). Relatório de Contas Consolidadas 2013. Publicação anual.
 Obtido em: http://www.alliance-healthcare.pt/en/c/document_library/get_file?uuid=cec3e092-6670-4be0-b4e2-4efa614476c4&groupId=111699 [consultado em 17/10/2015]
 Aguiar, H. (2012). Boas Práticas de gestão na farmácia. 1ª Edição. Lisboa. Hollyfar
 ANF. (2012). Relacionamento financeiro das farmácias com os grossistas. Obtido em <http://www.anf.pt/images/stories/temp2011/newsletter/Rffarmaciasgrossistas.pdf> [consultado em 10/12/2014]

Angotti, M. (2007). Proposta de um modelo de apoio à gestão para a análise “DuPont” em empresas: aplicação no segmento de carnes e derivados da Bovespa . (Monografia - Graduação em Ciências Contábeis. Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte).

Antão, A.A. & Grenha, C.M. (2012). Avaliação Económica e Financeira do Setor das Farmácias. Universidade de Aveiro; Ernst & Young e Oliveira Reis & Associados.

Antão, A.A.; Grenha, C.M.; Cravo, D.J.S. & Rosa, J.G. (2011). Situação económico-financeira dos principais intervenientes no circuito do medicamento em Portugal. Universidade de Aveiro; Ernst & Young e Oliveira Reis & Associados.

Apifarma. (2012). A Indústria Farmacêutica em Números 2013, Publicação anual da Apifarma.

Atkinson, A.A. et al. (1999). Contabilidade gerencial. São Paulo: Atlas.

Banco de Portugal (2013). Quadros do Sector, Central de Balanços.

Barros, P.P. (2009). Vantagens económicas dos genéricos. Infarmed vol. nº5. Obtido em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/GENERICOS/ARTIGOS_OPINIAO/AF_TESTEMUNHO_NET_1.pdf. [consultado em 10/10/2015]

Barros, P.P.; Martins, B. & Moura, A. (2012). A economia da farmácia e o acesso ao medicamento. Nova School of Business & Economics. Obtido em: https://momentoseconomicos.files.wordpress.com/2011/06/a-economia-da-farmc3a1cia-e-o-acesso-ao-medicamento_ppb.pdf [consultado em 20/04/2015]

Barros, P.P.; Martins, B. & Moura, A. (2012). Evolução do sector das farmácias – revisitar o estudo “A situação concorrencial no sector das farmácias” de 2005. Nova School of Business & Economics. Obtido em: <https://momentoseconomicos.files.wordpress.com/2012/07/margensfarmc3a1cias2012.pdf> [consultado em 20/04/2015]

Casa Nova, S. P. C. et al. (2005). Retorno de investimento: abordagem matemática e contábil do lucro empresarial: cálculos financeiros, contabilidade. 3.ed. São Paulo: Atlas.

Carroll, N.V. (2007). Financial Management for Pharmacists: A Decision-making Approach. 3rd Edition. Lippincott Williams & Wilkins.

Carvalho, M. (2013). “A Gestão em Farmácia Comunitária: Metodologias para otimizar a rentabilidade da Farmácia”. (Monografia apresentada para a obtenção do Grau de

Mestre em Ciências Farmacêuticas. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde).

Cefar. (2012). Estudo de revisão analítica do relato da auditoria do tribunal de contas ao Infarmed e ao mercado do medicamento. Obtido em http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2011/2s/audit-dgtc-rel020-2011-2s-v1.pdf [consultado em 20/04/2015]

Cefar. (2014). Farmácia Observatório. Análise de Mercado YTDjul14. agosto 2014.

Costa, J.M.F.R. (2014). A reorganização da farmácia comunitária face à nova realidade económica (Monografia para a obtenção do grau de mestre em Ciências Farmacêuticas. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde.).

Cunha, L. (2012). A Gestão de stocks em Farmácia Comunitária. Obtido em http://www.arquivo.farmacia.netfarma.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=8436&Itemid=50 [consultado em 10/12/2014]

Deloitte. (2011). “Saúde em análise: uma visão para o Futuro”, Deloitte, Lisboa. Obtido em [http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pt/Documents/life-sciences-health-care/pt\(pt\)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf](http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pt/Documents/life-sciences-health-care/pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf) [consultado em 10/12/2014]

Deloitte. (2012). Caracterização e valorização do (des)abastecimento do mercado farmacêutico nacional”. Obtido em [https://www.apifarma.pt/salaimprensa/noticias/Documents/Apifarma_Desabastecimento_Relat%C3%B3rio_09102012%20\(2\).pdf](https://www.apifarma.pt/salaimprensa/noticias/Documents/Apifarma_Desabastecimento_Relat%C3%B3rio_09102012%20(2).pdf) [consultado em 10/12/2014]

Deloitte. (2013). Caracterização das falhas de abastecimento no mercado farmacêutico nacional – Actualização 2013 (Relatório). Obtido em https://www.apifarma.pt/publicacoes/siteestudos/Documents/Relat%C3%B3rio_Desabastecimento_2013_20052013_versao_publicacao.pdf [consultado em 10/12/2014]

Desselle,S., & Zgarrick,D. (2009). Pharmacy Management. The McGraw-Hill Companies.2nd Edition.

Faustino, N. (2009). Avaliação da eficiência económico-financieira das farmácias: uma aplicação a Portugal. (Tese de Mestrado em Gestão e Serviços de Saúde. ISCTE). pág.132.

FIP/ WHO. (2011). Good Pharmacy Practices.

Gouveia, M., & Machado, F. (2008). Valorização dos actos farmacêuticos em farmácias comunitárias. Centro de Estudos Aplicados - CEA, FCEE, Universidade Católica Portuguesa, em colaboração com o Centro de Estudos e Avaliação em Saúde – CEFAR

da Associação Nacional das Farmácias, Comunicação no 9º Congresso Nacional das Farmácias, Lisboa.

Hepler, C.D. & Grainger-Rousseau, T. J. (1995). Pharmaceutical care versus traditional drug treatment. Is there a difference? *Drugs*. v. 49, n. 1, p. 1-10.

Hepler, C.D. (1987). The third wave in pharmaceutical education: the clinical movement. *Am. J. Pharm. Educ.*, v.51, n.4, p.369.

Hepler, C.D. & Strand, L.M. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am. J. Hosp. Pharm.*, v.47, n.3, p.533-543.

Herist, K.N; ROLIINS, B. & PERRI, M. (2011). *Financial Analysis in Pharmacy Practice*. 1st Edition. Pharmaceutical Press.

Infarmed. (2012). *Estatística do medicamento 2012 (publicação anual do Infarmed)*.

Infarmed. (2013). *Monitorização do Mercado de Medicamentos em Ambulatório*

Infarmed. 2013). *Gabinete de Estudos e Projetos do INFARMED I.P.*

Infarmed. (2014). *Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica Fora das Farmácias*. Gabinete de Estudos e Projetos do INFARMED I.P.

Infarmed. (2014). *Falta de Medicamentos nas farmácias: Medidas e Resultados dos últimos seis meses (Relatório)*.

Ivey, M. F. (1993). Shifting pharmacy's paradigm. *American Journal of Hospital Pharmacy* 50, p.1869-1874.

Johnson, H. T. & Kaplan, R. S. (1993). *Contabilidade gerencial: a restauração da relevância da contabilidade nas empresas*. Rio de Janeiro: Campus.

Madruço, I.I.A. (2013). *Gestão da farmácia comunitária em tempos de crise-Que cenários equacionar*. (Tese Mestrado de Ciências Farmacêuticas. Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologia. Faculdade de Ciências e Tecnologia da Saúde).

Mikeal, R.L. ; Brown, T.R.; Lazarus, H.L. & Vinson, M.C. (1975). Quality of Pharmaceutical Care in Hospitals. *Am. J. Hosp. Pharm.*, v.32, n.6, p.567-574.

Netfarma. (2013). ANF: 10% do total das farmácias com ações de insolvência e penhora. *Noticias*.

Obtido em http://www.arquivo.farmacia.netfarma.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=12134&Itemid=49 [consultado em 25/03/2014]

Pinho, C. ; Tavares, S.V. (2012). *Análise Financeira e Mercados*, 2ª edição. Áreas Editora.

- Pita, J. R. (2010). A farmácia e o medicamento em Portugal nos últimos 25 anos. Obtido em <http://www.europedirectaveiro.aeva.eu/debatereuropa/images/n2-3/jrp.pdf> . [consultado em 15/12/2014]
- Porter, M. E. (1985). *The Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*. NY: Free Press.
- Queirós, S. (2011). Aspectos económicos do sector das farmácias: uma análise da evolução dos últimos 5 anos. (Tese Mestrado em Economia e Política da Saúde, Universidade do Minho).
- Rodrigues, V. et al. (2005). A situação concorrencial no sector das farmácias (Relatório final). CEGEA- Centro de Estudos de Gestão e Economia Aplicada, Universidade Católica Portuguesa, Autoridade da Concorrência.
- Schondelmeyer, S. W. (1987). Evolving health care system: economic and organizational patterns. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 51 (4), 389-395.
- Simoens, S. (2009), The Portuguese generic medicines market: A policy analysis. *Pharmacy Practice*, vol. 7, nº 2, pág. 74-80.
- Strand. L.M. (1992). *Pharmaceutical care : an introduction*. Kalamazoo, Mich: Upjohn.
- Volkerink, B. ; Bas, P., & Gorp, N. (2007). “Study of regulatory restrictions in the field of pharmacies”. ECORYS.Roterdão.
- Mil, J.W. & Schulz, M. (2006). *A Review of Pharmaceutical Care in Community Pharmacy in Europe*. Vol7, no.1. Harvard Health Policy Review.

9. ANEXOS

Demonstrações de Resultados por Natureza (2009-2013) Unidades: Milhares de euros

Fonte: Banco de Portugal

RENDIMENTOS E GASTOS	ANOS				
	2009	2010	2011	2012	2013
Vendas e serviços prestados	1 204 963	1 208 954	1 075 493	971 640	952 219
Subsídios a exploração	277	334	482	746	1 357
Variação nos inventários da produção	24	2	20	9	-24
Trabalhos para a própria entidade	335	39	129	8	70
Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas	-888 132	-883 783	-780 648	-724 915	-702 896
Fornecimentos e serviços externos	-68 120	-70 771	-65 523	-60 107	-57 220
Gastos com o pessoal	-158 856	-162 267	-155 814	-142 963	-133 004
Ajustamentos de inventários (perdas/reversões)		-230	-8	-51	
Imparidade de dívidas a receber (perdas/reversões)		-133	-876	-316	
Provisões (aumentos/reduções)	-291	-51	-67	-12	-33
Imparidade de ativos não depreciáveis/amortizáveis (perdas/reversões)		-638	-949	-65	
Aumentos/reduções de justo valor	-932	-48	-670	-4	-2164
Outros rendimentos e ganhos	31 220	29 889	25 793	21 315	19 790
Outros gastos e perdas	-23 163	-24 729	-23 004	-21 646	-20 695
Resultado antes de depreciações, financiamento e impostos	97 325	96 568	74 358	43 639	57 400
Gastos/reversões de depreciação e de amortização	-23 406	-22 808	-20 628	-18335	-16 671
Imparidade de ativos depreciáveis/amortizáveis (perdas/reversões)					
Resultado operacional (antes de financiamento e impostos)	73 919	73 760	53 730	25 304	40 729
Juros e rendimentos similares obtidos	2 635	579	588	701	601
Juros e gastos similares suportados	-14 372	-11 815	-16269	-15 633	-13 284
Resultado antes de impostos	62 182	62 524	38 049	10 372	28 046
Imposto sobre o rendimento do período	-16 684	-17 141	-13 541	-9 529	-11 757
Resultado líquido do período	45 498	45 383	24 508	843	16 289

Demonstrações de Fluxos de Caixa (2009 – 2013)

Fonte: Banco de Portugal

Unidades: Milhares de euros	2010	2011	2012	2013
FLUXOS DE CAIXA DAS ATIVIDADES OPERACIONAIS	122 521	65 203	47 700	50 930
Recebimentos de clientes	1 427 445	1 246 920	1 123 182	1 108 530
Pagamentos a fornecedores	-1 139 519	-995 398	-905 377	-903 756
Outros recebimentos líquidos de pagamentos operacionais	-165 405	-186 319	-170 106	-153 844
FLUXOS DE CAIXA DAS ATIVIDADES DE INVESTIMENTO	-97 995	-31 646	-31 257	-8 055
FLUXOS DE CAIXA DAS ATIVIDADES DE FINANCIAMENTO	-18 139	-39 669	-29 478	-39 345
VARIAÇÃO DE CAIXA E SEUS EQUIVALENTES	6 387	-6 112	-13 035	3 530
Efeito das diferenças de câmbio	0	0	0	0
Caixa e seus equivalentes no início do período	158 302	156 113	146 247	122 595
Caixa e seus equivalentes no fim do período	164 690	149 993	133 212	126 126

Balanços (2009-2013)

Fonte: Banco de Portugal

Unidades: Milhares de euros	2009	2010	2011	2012	2013
ACTIVO					
Ativo não corrente					
Ativos fixos tangíveis	152 030	159 122	157 280	146 986	133 942
Ativos intangíveis	334 244	351 535	357 841	363 226	357 222
Acionistas/sócios	9 834	12 301	10 920	12 075	11 013
Investimentos Financeiros	69 050	76 481	77 795	71 885	67 552
Ativos por impostos diferidos	115	151	236	345	412
	565 273	599590	604072	594517	570141
Ativo corrente					
Inventários e Ativos Biológicos	139 486	125 718	116 367	100 540	92318
Ativos biológicos					
Clientes	92 359	90 101	82 276	72 200	68 181
Estado e outros entes públicos	11 874	11 176	11 511	9 528	7677
Acionistas/sócios	27 563	27 815	25 426	26 433	21552
Diferimentos	4 533	4 559	4 173	4 186	4269
Ativos financeiros detidos para negociação	-13	90	96	119	55
Outros ativos correntes (inclui ativos correntes)	154 648	157 948	164 710	149 029	143 742
Caixa e depósitos bancários	158 476	156 184	143 534	124 273	119 158
	588 926	573591	548093	486308	456952
Total do ativo	1 154 199	1173181	1152165	1080825	1027093

CAPITAL PRÓPRIO E PASSIVO		1,6%	-1,8%	-6,2%	-5,0%
Capital próprio					
Capital realizado	103 472	103 440	105 805	106 890	108 311
Prestações suplementares e outros instrumentos de capital próprio	22 672	27 559	21 827	24 744	25060
Excedentes de revalorização	93 994	93 089	85 247	83 756	82 173
Ajustamentos em ativos financeiros	-3 206	-2 949	-180	2 582	3 201,00
Outras variações no capital próprio	2 784	1588	2 735	577	-1128
Resultados transitados e Reservas	156 190	164 507	183 757	179 888	165 233
Resultado líquido do período	45 498	45 383	24 508	843	16289
Interesses minoritários/ Dividendos Antecipados	-136	-192	-172	-37	
Total do capital próprio	421 268	432 425	423 527	399 243	399 139
Passivo					
Passivo não corrente					
Provisões	1 183	987	809	662	656
Financiamentos obtidos	265 830	290 128	279 929	225 004	222 880
Responsabilidades por benefícios pós-emprego	35	225	11	21	11
Passivos por impostos diferidos	6	2 934	3 351	3 158	3 228
Outras contas a pagar	17 812	14 747	25 584	15 882	18 138
	284 866	309 021	309 684	244 727	244 913
Passivo corrente					

Fornecedores	209 699	206 652	198 568	186 151	166 586
Estado e outros entes públicos	22 438	22 810	19 807	16 924	19 997
Financiamentos obtidos	112 919	117 060	115 912	143 174	107 564
Outros passivos correntes	99 095	83 480	83 355	88 890	87 468
Diferimentos	3 914	1 749	1 312	1 716	1 426
	448 065	431 751	418 954	436 855	383 041
Total do passivo	732 931	740 772	728 638	681 582	627 954
Total do capital próprio e do passivo	1 154 199	1 173 197	1 152 165	1 080 825	1 027 093