



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

**A RENTABILIDADE DO SETOR DAS FARMÁCIAS EM
PORTUGAL**

Trabalho submetido por
Carolina Alves Casimiro
para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

Trabalho orientado por
Mestre João Mendonça

outubro de 2014

Dedicatória

Aos meus avós maternos, avô Qiqui e avó Lena, que tanto contribuíram para a pessoa que sou hoje. Espero que se orgulhem de mim, em particular a avó Lena que ainda acompanhou o início desta minha jornada.

Agradecimentos

À minha mãe Isabel, por proporcionar a concretização deste sonho e também por todo o amor, apoio e orgulho;

Ao meu irmão João, por ouvir os meus disparates e desabafos;

Ao Diogo Medeiros, por ter acompanhado todo este percurso, partilhando comigo todos os bons e maus momentos, dando-me sempre força para lutar por este objetivo de que tanto se orgulha;

À Teresa Lança e à Catarina Duarte pelo companheirismo ao longo do curso e pelas amigas que se tornaram. Desejo-lhes toda a sorte e sucesso nesta nova etapa que se avizinha;

A todos com quem partilhei estes anos e se tornaram amigos, nomeadamente Ana Castelão, David Baptista e Melvin Gracias;

Em particular, um grande obrigado à Raquel Canhões, que se mostrou incansável no apoio que demonstrou ao longo deste meu percurso e se tornou uma grande amiga;

À turma 1, com quem partilhei tanto e da qual levo bons amigos, que por serem muitos, não podem constar todos aqui;

Por último, um agradecimento ao Dr. João Mendonça pela disponibilidade e orientação deste trabalho.

Resumo

As farmácias comunitárias foram durante muito tempo um setor de estabilidade económica, possuindo uma rentabilidade positiva. O mesmo não ocorre nos dias de hoje onde são colocados inúmeros desafios aos proprietários de farmácia no que diz respeito à sua gestão.

Nos últimos anos têm surgido diversas alterações, o esforço do Estado em reduzir a despesa e a alteração da conjuntura económica do país, que provocaram uma profunda mudança no setor. Estas afetaram diretamente a rentabilidade das farmácias causando uma redução acentuada dos seus resultados. Atualmente, o volume de negócios encontra-se seriamente diminuído, dando origem a resultados de exercício extremamente baixos. Mantendo-se esta tendência as farmácias poderão vir a obter resultados negativos.

O setor das farmácias em Portugal encontra-se numa situação delicada, observando-se um aumento do número de situações de insolvência e penhora e, conseqüentemente uma diminuição do número de farmácias existentes.

Palavras-chave: Rentabilidade, Portugal, Despesa com medicamentos

Abstract

In recent years there have been several changes, such as the government's goal to reduce the expenditure and the change in the economic climate of the country, which caused a profound change in the industry. These changes directly affected the profitability of pharmacies causing a sharp reduction on the outcome. Currently, the turnover is seriously diminished, resulting in reduced fiscal year results. In case this trend continues, pharmacies are likely to present negative results.

The pharmacies' industry in Portugal is in a delicate situation, experiencing an increase in the number of insolvency and seizure cases and, consequently, a decrease in the number of existing pharmacies

Keywords: Profitability; Portugal; Pharmaceutical expenditure

Índice Geral

Dedicatória.....	3
Agradecimentos.....	5
Resumo.....	7
Abstract.....	8
Índice de Figuras.....	11
Índice de Tabelas.....	12
Lista de Abreviaturas.....	13
1. Introdução.....	15
2. Caracterização da estrutura do setor das farmácias em Portugal.....	17
2.1. Enquadramento legal.....	17
2.2. Número de Farmácias em Portugal.....	19
2.3. Quadro de pessoal da Farmácia Comunitária.....	21
2.4. Horário de Funcionamento das Farmácias Comunitárias.....	23
3. A economia da farmácia comunitária.....	25
3.1. A farmácia comunitária antes da <i>Troika</i>	27
3.1.1. Liberalização do mercado de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e a sua evolução.....	28
3.1.2. A Liberalização da Propriedade de Farmácia e o aumento da concorrência	33
3.2. O impacto do Memorando de Entendimento nas Farmácias Comunitárias.....	34
3.3. Análise da evolução das margens de comercialização e impacto na rendibilidade da farmácia.....	41
4. A farmácia e o medicamento.....	49
4.1. Evolução das margens de participação de medicamentos ao longo dos anos	52
4.2. O mercado total dos medicamentos dispensados em ambulatório.....	55
4.3. Medicamentos genéricos.....	56
4.3.1. Evolução do mercado de medicamentos genéricos em Portugal.....	56
4.3.2. A criação do sistema de preços de referência e a sua influência no preço dos medicamentos.....	60
5. Rentabilidade efetiva do setor.....	63
6. Conclusão.....	67
Bibliografia.....	69

Índice de Figuras

Figura 1: Evolução do número de farmácias.....	20
Figura 2: Evolução do número de farmacêuticos.....	21
Figura 3: Evolução do quadro de pessoal na farmácia comunitária.....	22
Figura 4: Índice de preços de medicamentos - mercado SNS.....	26
Figura 5: Evolução do número de locais de venda de MNSRM.....	29
Figura 6: Evolução do mercado de MNSRM.....	30
Figura 7: Quota de mercado em volume dos locais de venda de MNSRM.	31
Figura 8: Redução das margens de comercialização entre 2011 e 2013.....	38
Figura 9: Variação do mercado em volume e valor entre 2011 e 2012.	39
Figura 10: Evolução do mercado em volume e valor.....	39
Figura 11: Número de insolvências e penhoras entre dezembro 2012 e dezembro de 2013.	40
Figura 12: Despesa com medicamentos em % do PIB em 2011.....	50
Figura 13: Encargos do SNS com medicamentos.	51
Figura 14: Evolução das quotas de mercado dos medicamentos genéricos.....	58
Figura 15: Evolução dos preços dos medicamentos genéricos.	59
Figura 16: Evolução dos resultados operacionais e resultados líquidos das farmácias.	64

Índice de Tabelas

Tabela 1: Número de farmácias por região.	20
Tabela 2: Principais medidas da contenção de custos com medicamentos	25
Tabela 3: Evolução do mercado de MNSRM fora das farmácias (em volume).....	30
Tabela 4: Distribuição geográfica dos locais de venda de MNSRM.	32
Tabela 5: Alterações ao MdE.	36
Tabela 6: Alterações das margens de comercialização com medicamentos das farmácias.....	37
Tabela 7: Sinvastatina 20 mg, embalagem 60 comprimidos.....	42
Tabela 8: Metformina 850 mg, embalagem de 60 comprimidos.....	43
Tabela 9: Alprazolam 0,5 mg, embalagem 60 comprimidos.....	44
Tabela 10: Omeprazol 40mg, embalagem 56 comprimidos.....	44
Tabela 11: Clopidogrel 75mg, embalagem 28 comprimidos.	46
Tabela 12: Risperidona 50mg/2ml, pó e veículo para suspensão de libertação prolongada	47
Tabela 13: Ácido Zoledrónico 5mg/100ml solução para perfusão	47
Tabela 14: Evolução dos escalões de comparticipação.	54
Tabela 15: Despesas com medicamento no total de despesas de saúde.	55
Tabela 16: Evolução da legislação dos medicamentos genéricos.	57
Tabela 17: Países de referência de Portugal em 2007.	61
Tabela 18: Países de referência Portugal 2011.....	62
Tabela 19: Evolução da atividade económico-financeira do setor das farmácias.....	64
Tabela 20: Variação anual do volume de negócios.....	65

Lista de Abreviaturas

AIM – Autorização de introdução no mercado

ANF – Associação Nacional de Farmácias

APIFARMA – Associação Portuguesa de Indústria Farmacêutica

BCE – Banco Central Europeu

BdP – Banco de Portugal

CE – Comissão Europeia

CEGEA – Centro de Estudos de Gestão e Economia Aplicada

DCI – Denominação Comum Internacional

FMI – Fundo Monetário Internacional

INE – Instituto Nacional de Estatística

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.

IVA – Imposto de valor acrescentado

MdE – Memorando de Entendimento

MNSRM – Medicamento não sujeito a receita médica

MSRM – Medicamento Sujeito a Receita Médica

OCDE – Organização para a Cooperação de Desenvolvimento Económico

OF – Ordem dos Farmacêuticos

OPSS – Observatório português dos sistemas de saúde

PIB – Produto interno bruto

PVA – preço de venda ao armazenista

PVP – Preço de venda ao público

S.A. – Sociedade Anónima

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UE – União Europeia

1. Introdução

A farmácia comunitária é um espaço de saúde onde ocorre a dispensa de medicamentos prescritos em regime de ambulatório, Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica, produtos de saúde e prestação de serviços diferenciados. Em 2013 existiam em Portugal 2867 farmácias e 180 postos farmacêuticos abertos ao público, garantindo assim uma boa acessibilidade da população aos medicamentos. Atualmente existe uma farmácia por cada 3.675 habitantes (INE, 2014).

Por forma a garantir o correto aconselhamento sobre o medicamento o quadro de pessoal da farmácia comunitária deve ser devidamente habilitado. Este pode ser constituído por farmacêuticos, técnicos de farmácia e praticantes.

O enquadramento legal das farmácias comunitárias tem sofrido grandes alterações ao longo do tempo. No entanto, estas ainda são consideradas estabelecimentos de saúde de interesse público que têm como principal missão assegurar a continuidade dos cuidados prestados aos seus utentes. As principais alterações legislativas são: a liberalização do mercado dos MNSRM e da propriedade de farmácia, o número mínimo de farmacêuticos por farmácia e o horário mínimo de abertura ao público (OF, 2009).

O setor das farmácias em Portugal foi durante muito tempo um setor de elevada estabilidade económica no entanto, os últimos 12 anos têm sido marcados por um conjunto de medidas de contenção de custos com saúde, principalmente associados à despesa com medicamentos, o que veio alterar significativamente o setor das farmácias (OPSS, 2012).

O aparecimento da crise económica foi um fator determinante para a atual situação das farmácias em Portugal. O pedido de ajuda externa, realizado pelo XVIII Governo Constitucional de Portugal, deu origem ao Memorando de Entendimento (MdE). Este, constituído por objetivos primários de racionalização e contenção de custos, determinou que a redução da despesa do Estado com saúde deveria rondar os 670 milhões de euros, incluindo a despesa com medicamentos. No final do ano 2013 esta deveria representar cerca de 1% do Produto Interno Bruto (PIB) de Portugal. As medidas a implementar no setor das farmácias visaram, essencialmente, reduções dos preços dos medicamentos e alteração do sistema de remuneração das farmácias (Karaniolos et al., 2013; Memorando de Entendimento, 2011; OPSS, 2012).

As medidas implementadas pelo Estado consignadas no MdE assinado com a *Troika*, resultaram, só no primeiro ano, numa diminuição de 9,6%, em valor, do mercado total das farmácias comunitárias, tendo o valor médio por atendimento diminuído 11,8% (CEFAR, 2013).

Por outro lado, o mercado emergente dos medicamentos genéricos em Portugal tem também o seu contributo para a atual situação do setor. O preço deste tipo de medicamentos é tendencialmente mais baixo, pois não necessitam de estudos de desenvolvimento morosos, ao contrário do que ocorre com os medicamentos originais. Atualmente, os medicamentos genéricos custam, em média, 7,10€ valor muito inferior ao preço médio de 2007 (19,38€) (Gomes e Ramos, 2013).

A introdução do sistema de preços de referência foi outro contributo para a prática de preços mais reduzidos. Deste fazem parte MSRM para os quais existem medicamentos genéricos introduzidos no mercado. Os preços de referência são calculados com base em grupos homogêneos, sendo o preço de referência a média dos cinco medicamentos com preços mais baixos de cada grupo homogêneo (Infarmed, 2014f).

As farmácias comunitárias em Portugal estão a atravessar uma grave crise, observando-se cada vez mais situações de insolvência e penhora por falta de resultados que permitam a manutenção do seu normal funcionamento. O objetivo deste trabalho é analisar os dados existentes sobre a atual situação das farmácias em Portugal.

2. Caracterização da estrutura do setor das farmácias em Portugal

O setor farmacêutico é composto por diversos intervenientes que participam em toda a cadeia do medicamento. As farmácias comunitárias são consideradas o fim da cadeia, pois são estas que fazem a dispensa dos medicamentos ao consumidor final.

A dispensa de medicamentos aos utentes, a par do aconselhamento inerente, pode ser considerada o centro do exercício da atividade farmacêutica. No entanto, esta integra também outras temáticas como a revisão da terapêutica, seguimento farmacoterapêutico e a educação para a saúde. Assim, torna-se essencial garantir o acesso das populações às farmácias (OF, 2009).

Segundo as Boas Práticas de Farmácia (2009):

A farmácia comunitária, dada a sua acessibilidade à população, é uma das portas de entrada no Sistema de Saúde. É um espaço que se caracteriza pela prestação de cuidados de saúde de elevada diferenciação técnico-científica, que tenta servir a comunidade sempre com a maior qualidade. Na farmácia comunitária realizam-se atividades dirigidas para o medicamento e atividades dirigidas para o doente (OF, 2009)

Os farmacêuticos são especialistas do medicamento, desempenhando também um papel fundamental como agentes promotores da saúde. A formação académica dos farmacêuticos, Licenciatura com Mestrado Integrado, tem uma duração de cinco anos, da qual faz parte um estágio curricular. Este incide sobre duas áreas da profissão farmacêutica (farmácia comunitária e farmácia hospitalar) que abrangem o conhecimento técnico-científico sobre os medicamentos. Desta forma, os farmacêuticos são idóneos para prestar o devido aconselhamento sobre medicamentos (ANF, 2008; Mota Faria, 2014).

O enquadramento legal das farmácias comunitárias tem sofrido grandes alterações ao longo do tempo. No entanto, estas ainda são consideradas estabelecimentos de saúde com interesse público que têm como principal missão assegurar a continuidade dos cuidados prestados aos seus utentes (OF, 2009).

2.1. Enquadramento legal

O setor das farmácias foi durante muitos anos, um setor altamente regulado pelo Estado, visto tratar-se de uma área com relevância na prestação de diversos cuidados de

saúde aos cidadãos. No entanto, ao longo dos últimos anos têm-se observado alterações no que concerne à sua legislação, sendo neste momento alvo de alguma desregulação.

Na década de 60, a Lei das Bases de Propriedade de Farmácia (1965), estipulava que a propriedade de farmácia era exclusivamente da responsabilidade de farmacêuticos devidamente habilitados. Durante muitos anos foi por esta Lei que as farmácias se regeram, sendo introduzidas, ao longo do tempo, as modificações necessárias, para que fosse possível fazer adaptações que refletissem as novas realidades que foram aparecendo ao longo do tempo (Pita, 2010).

Posteriormente, em 2007, foi publicado o Regime Jurídico das Farmácias de Oficina, que veio revogar a Lei das Bases de Propriedade de Farmácia. Este novo diploma veio alterar profundamente o setor visto que, o direito de propriedade de farmácia deixou de ser da exclusividade do farmacêutico, passando a ser possível a sua aquisição por parte de não farmacêuticos. No entanto, é obrigatório a existência de um Diretor Técnico devidamente habilitado, ou seja, um farmacêutico com Licenciatura ou Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (Regime jurídico das farmácias de oficina, 2007).

Apesar da liberalização da propriedade de farmácia, continuam a existir restrições ao seu acesso. As principais restrições vigentes prendem-se com o limite máximo de farmácias por proprietário e a restrição de acesso a algumas entidades. No que diz respeito ao número máximo de farmácias, este encontra-se estipulado em quatro farmácias por proprietário, não podendo este ser representante do setor farmacêutico ou médico. De igual forma empresas detentoras de Autorização de Introdução no Mercado (AIM), prestadoras de cuidados de saúde ou distribuidores de medicamentos por grosso, também não podem deter a propriedade de farmácia (Regime jurídico das farmácias de oficina, 2007).

O Regime Jurídico das Farmácias de Oficina (2007) estipulou também a existência de pelo menos mais um farmacêutico, designado como farmacêutico adjunto, de modo a substituir o Diretor Técnico quando necessário. No entanto, atualmente a obrigatoriedade da existência de um farmacêutico adjunto nos quadros de pessoal da farmácia encontra-se estipulado de acordo com a sua faturação anual, existindo casos onde não é obrigatório, ao abrigo de um “estatuto de exceção” requerido às entidades competentes. Esta medida surgiu, pois algumas farmácias não possuíam viabilidade económica para contratar mais farmacêuticos ou tinham o seu quadro de pessoal completo (OPSS, 2013).

A par da liberalização de propriedade de farmácia, foram também feitas alterações no que diz respeito ao regime de transferência das farmácias comunitárias. Os processos de transferência foram simplificados sendo que, as farmácias podem mudar a sua localização desde que o façam dentro do mesmo concelho e daí não resulte uma alteração no padrão de dispensa de medicamentos aos utentes da localidade em questão (Regime jurídico das farmácias de oficina, 2007).

Não menos importante de referir é o Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de Agosto que decreta a venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) fora das farmácias, possibilitando assim uma maior concorrência no setor. Para além deste facto, foi ainda introduzida a liberalização do PVP dos MNSRM, bem como das margens de comercialização destes mesmos medicamentos, medida que teve por objetivo aumentar a concorrência (Barros e Nunes, 2011; Decreto-Lei n.º 134/2005 de 16 de agosto do Ministério da Saúde, 2005).

Os locais de venda de MNSRM possuem também alguns requisitos legais obrigatórios, contudo menos exigentes quando comparados aos de farmácia comunitária. Para proceder à abertura destes locais de venda é necessário efetuar registo junto da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. (Infarmed, I.P.) e atribuir um responsável técnico ao mesmo, podendo este ser farmacêutico ou técnico de farmácia devidamente habilitado, desde que não apresente qualquer relação laboral com outro ramo do setor (Barros e Nunes, 2011).

2.2. Número de Farmácias em Portugal

As farmácias em Portugal, ainda dependem da atribuição de alvará por parte do Infarmed, I.P., apesar da liberalização da propriedade.

Em 2013 encontravam-se abertas 2867 farmácias em Portugal, observando-se uma diminuição do número de farmácias em relação ao ano anterior – menos 43 farmácias. Apesar da necessidade de obediência a determinados critérios, observou-se um aumento do número de farmácias até ao ano 2004, ano a partir do qual se verificou uma estagnação deste número. Esta tendência manteve-se até 2010 onde se verifica um ligeiro aumento, voltando a manter-se constante até 2012 (Figura 1). Atualmente, a capitação por farmácia encontra-se nos 3675 habitantes por farmácia, considerando-se assim que existe uma boa cobertura farmacêutica em Portugal (PORDATA, 2014a).

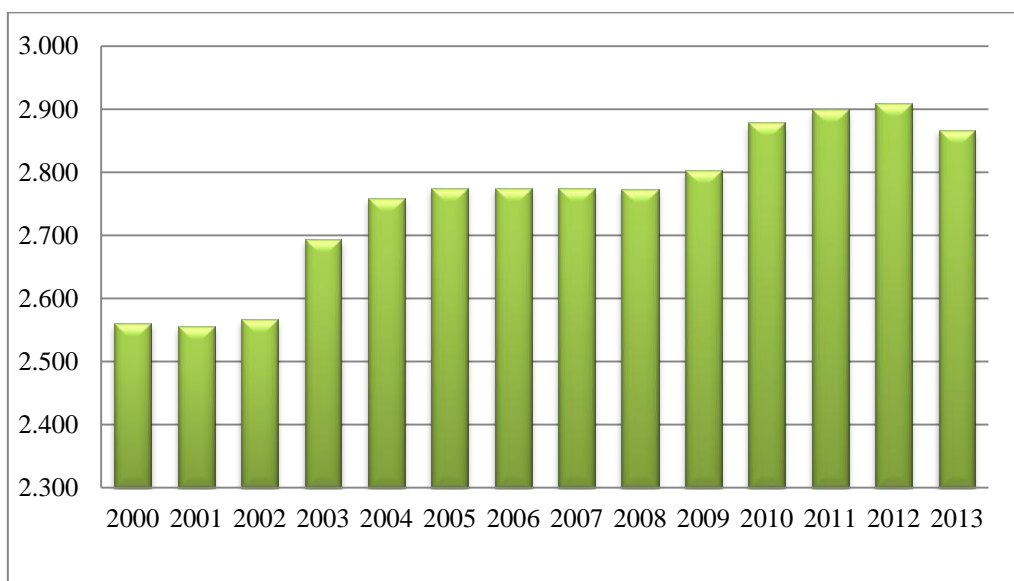


Figura 1: Evolução do número de farmácias. Fonte: INE; PORDATA (2014, 2014a)

Desde o início do milénio que o número de farmácias em Portugal aumentou consideravelmente, apesar da diminuição observada em 2013(INE, 2014; PORDATA, 2014b).

Importa referir a distribuição geográfica das farmácias em Portugal, pois um dos princípios da atividade farmacêutica é garantir a acessibilidade ao medicamento (Tabela 1).

Tabela 1: Número de farmácias por região. Fonte: INE (2014)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Norte	874	875	875	879	890	898	901	896
Centro	669	667	668	681	724	731	733	715
Lisboa e Vale do Tejo	770	768	769	773	778	780	780	763
Alentejo	248	247	245	250	262	265	267	264
Algarve	109	109	108	110	114	115	115	114
Região Autónoma Açores	46	47	47	47	48	48	49	50
Região Autónoma Madeira	59	62	62	63	63	63	65	65

Pode observar-se na Tabela 1 uma boa distribuição geográfica das farmácias, sendo que a maior concentração se encontra nas regiões dos grandes centros urbanos, o que seria expectável, uma vez que é onde se concentram grandes aglomerados de população. No entanto, verifica-se que existe uma diminuição no número de farmácias em todas as regiões do país, exceto nas regiões autónomas (INE, 2014).

Nos casos em que se identificam populações com dificuldades de acesso ao medicamento existe a possibilidade de abertura de postos farmacêuticos, de modo a colmatar falhas de acesso a medicamentos em locais desprovidos de farmácias comunitárias. Os postos de medicamentos são locais destinados à dispensa de MSRM, dirigidos por um farmacêutico. Estes estabelecimentos não são unidades independentes, tendo obrigatoriamente de estar agregados a uma farmácia com um alvará atribuído no mesmo concelho ou concelhos limítrofes. A sua abertura está dependente da distância da população ao local de dispensa de medicamentos mais próximo, não podendo essa distância ser inferior a dois quilómetros em linha reta. Em 2013, existiam em Portugal 180 postos farmacêuticos que asseguravam o acesso ao medicamento às populações desprovidas de farmácias comunitárias (INE, 2014).

2.3. Quadro de pessoal da Farmácia Comunitária

O setor farmacêutico é um setor que requer pessoal qualificado no exercício das suas funções, tendo-se observado ao longo dos últimos anos um aumento crescente e gradual do número de farmacêuticos. Em 2013, encontravam-se 14321 farmacêuticos ativos inscritos na Ordem dos Farmacêuticos (OF) (Figura 2) (OF, 2014a).

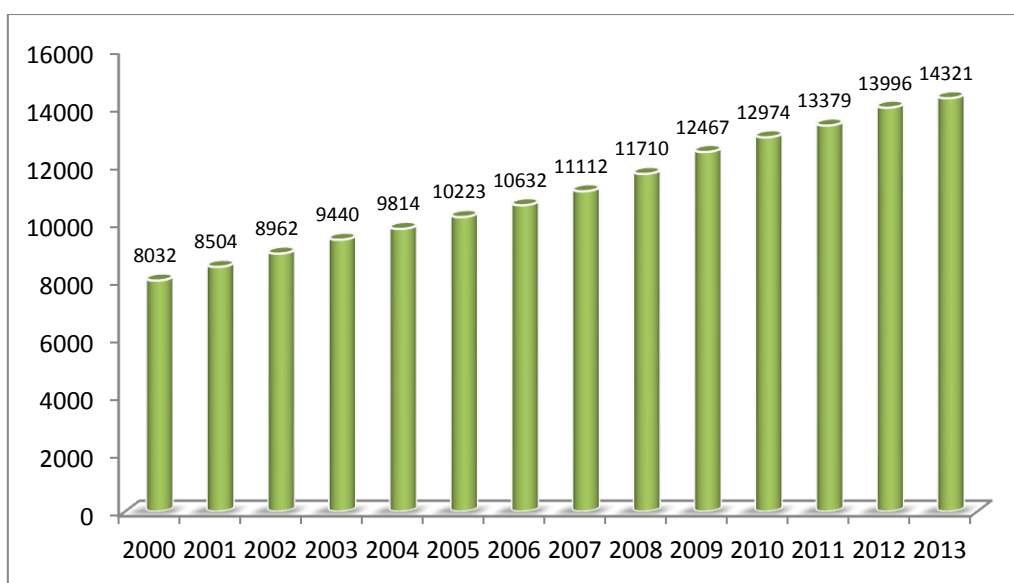


Figura 2: Evolução do número de farmacêuticos. Adaptado de Ordem dos Farmacêuticos (2014a)

O número de farmacêuticos representado na figura supra corresponde ao número total de farmacêuticos ativos inscritos na OF, sendo que à data dos últimos dados disponíveis o número de farmacêuticos a exercer em farmácia comunitária era cerca de 8306. Tendo em conta o número de farmácias existentes em 2013, a média situava-se nos três farmacêuticos por farmácia.

Com o aumento notório do número de farmacêuticos ao longo dos últimos anos, a idade média da classe farmacêutica diminuiu, ou seja, a classe farmacêutica tornou-se mais jovem, sendo a média de idades atual 35 anos – 42% da totalidade de profissionais (OF, 2014b).

No entanto, não é só de farmacêuticos que é constituído o quadro de pessoal das farmácias comunitárias, muito embora a tendência dos últimos anos seja cada vez mais farmácias trabalhem exclusivamente com farmacêuticos, não incluindo outro tipo de pessoal nos seus quadros. O quadro não farmacêutico existente nas farmácias é essencialmente constituído por ajudantes técnicos e auxiliares de ação farmacêutica (Figura 3) (Infarmed, 2014a).

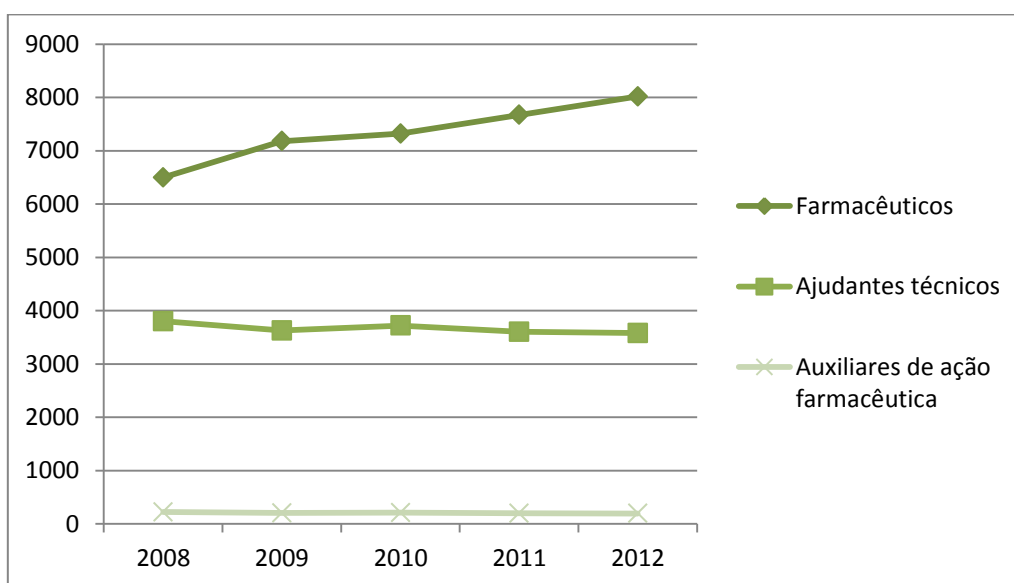


Figura 3: Evolução do quadro de pessoal na farmácia comunitária. Fonte: (Infarmed, 2014b)

Como se pode observar na Figura 3, desde 2008 que as farmácias tendem a contratar mais farmacêuticos do que ajudantes técnicos ou mesmo praticantes. O aumento do número de farmacêuticos pode dever-se às imposições legais do número mínimo obrigatório por farmácia nos quadros de pessoal, para além da figura do Diretor

Técnico. No entanto, atualmente já não se verifica esta imposição legal a todas as farmácias. As farmácias que possuam um valor de faturação ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) igual ou inferior a 60% da faturação total correspondente a um ano ficam isentas da obrigatoriedade de integração de um segundo farmacêutico – farmacêutico adjunto – para além do Diretor Técnico no quadro farmacêutico. Ao abrigo do Decreto-Lei nº 171/2012, de 1 de agosto, as farmácias que se enquadrem na situação anteriormente referido, podem integrar no regime de exceção desde que solicitado às entidades competentes (OPSS, 2013).

2.4. Horário de Funcionamento das Farmácias Comunitárias

O horário de funcionamento das farmácias, a par de todo o setor, também tem sofrido algumas alterações nos últimos anos.

Em 2007 foi imposto às farmácias um horário mínimo de funcionamento de 55 horas semanais, fazendo assim com que as farmácias vissem o seu horário de funcionamento alargado. Estas passaram então a estar abertas durante mais tempo o que conduziu a um aumento dos custos inerentes à extensão de horário (OPSS, 2012)

Atualmente, o horário mínimo de abertura das farmácias encontra-se fixado nas 44 horas semanais, sendo por isso a carga horária mais baixa observada nos últimos anos. No entanto, verificou-se que o período de abertura se manteve nas 55 horas por semana (OPSS, 2012, 2013).

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), no âmbito do Relatório da Primavera, realizou em 2012 um estudo no âmbito da evolução da atividade farmacêutica entre 2008 e 2011. Este estudo foi realizado apenas nas farmácias do distrito de Lisboa registadas no Infarmed, I.P. (OPSS, 2012).

Os resultados obtidos demonstram um número médio de 55 horas de abertura das farmácias no ano 2008, tendo sofrido um aumento de quatro horas a partir de 2010 (59 horas) ou seja, as farmácias encontram-se a trabalhar, em média, mais 15 horas do que o horário mínimo legislado. Estes dados são suportados e reforçados pelos dados revelados no Relatório de Primavera de 2013 que afirma que entre 2011 e 2012, o horário de funcionamento das farmácias não sofreu grandes alterações, estando a trabalhar, em média, 60 horas semanais. Apesar da tendência de manutenção do horário

de funcionamento alargado, verificou-se que algumas farmácias optaram por reduzir o mesmo (OPSS, 2012, 2013).

Este fenómeno reflete que apesar do aumento de custos inerentes ao maior número de horas de abertura, as farmácias preferem trabalhar mais horas na expectativa de aumentar o número de vendas neste período. Contudo, 80% das farmácias diminuiu o volume de vendas no período de estudo (OPSS, 2012).

3. A economia da farmácia comunitária

Atualmente são inúmeros os desafios colocados aos proprietários de farmácia, no que à gestão das farmácias diz respeito. As constantes alterações do PVP e das margens de comercialização dos medicamentos são os principais fatores de instabilidade do setor. Também a falta de algumas moléculas no mercado, a venda de MNSRM fora das farmácias e a atual crise económica são fatores que contribuem para a sua instabilidade.

Nos dias de hoje, o farmacêutico tem um papel ativo como agente promotor da saúde e também um papel fundamental como gestor, de forma a manter a farmácia o mais rentável possível, atendendo à situação atual.

Os últimos 12 anos têm sido marcados por um conjunto de medidas de contenção de custos com saúde, principalmente associados a despesa com medicamentos, o que veio alterar profundamente o setor das farmácias (Tabela 2). A primeira grande medida foi a implementação do sistema de preços de referência, que conduziu ao crescimento do mercado dos medicamentos genéricos (OPSS, 2012).

Através da Tabela 2 verifica-se que, entre os anos 2005 e 2010 houve uma redução significativa do preço dos medicamentos (6% – 35%).

Tabela 2: Principais medidas da contenção de custos com medicamentos. Fonte: Queirós; APIFARMA (2011;2014a)

2002	Introdução do sistema de preços de referência
2005	Redução de 6% no preço dos medicamentos
2007	Redução de 6% no preço dos medicamentos
2008	Redução de 30% no preço máximo dos medicamentos genéricos Redução de aproximadamente 7% no PVP dos medicamentos
2010	Redução de 6% no preço dos medicamentos Redução de 20-35% no preço de medicamentos genéricos selecionados

Outro fator não menos importante é o facto de, em 2007, o PVP dos medicamentos deixarem de ser fixos, sendo assim possível a prática de descontos em toda a cadeia do medicamento. Esta medida fez com que os preços dos medicamentos fossem reduzidos, como forma de concorrência, para além das descidas administrativas de preços, sendo o PVP final

dos medicamentos inferior ao PVP máximo (Barros, Machado e Simões, 2011; Queirós, 2011).

Nos anos anteriores ao Memorando de Entendimento (MdE), o mercado do medicamento viu os seus preços reduzirem consideravelmente. Apesar de todas as medidas até então, o ano de 2010 ficou marcado como o ano de maiores esforços para a redução da despesa com saúde, nomeadamente a despesa com medicamentos (Figura 4). Foram então tomadas medidas de contenção de custos, nomeadamente redução administrativa de preços, alteração das taxas de comparticipação pelo SNS e atualização de preços de referência e a alteração do seu método de cálculo. As reduções administrativas de preços não contemplam a revisão anual de preços que se encontrava em vigor nesta altura (CEFAR, 2014; Queirós, 2011).

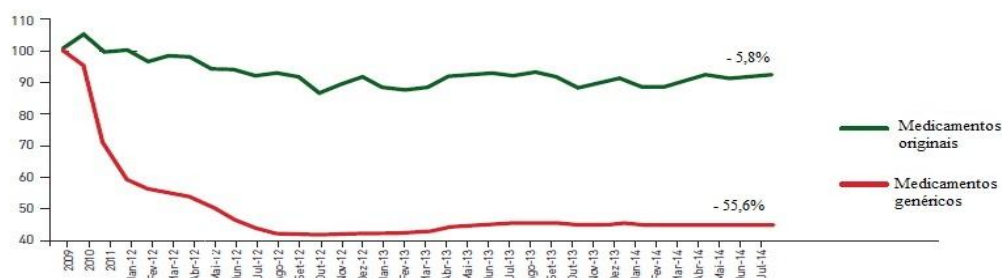


Figura 4: Índice de preços de medicamentos - mercado SNS. Adaptado de (CEFAR, 2014)

A evolução da despesa com medicamentos em Portugal diminuiu consideravelmente entre 2009 e 2011, face à média dos países da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE) – cerca de 6 pontos percentuais e um ponto percentual *per capita* respetivamente. Já entre 2010 e 2013 a redução da despesa com medicamentos do SNS foi na ordem dos 571 milhões de euros, correspondendo mais de 90% a uma redução em ambulatório, ou seja, nas farmácias comunitárias (OPSS, 2014).

Em Portugal, todas estas medidas reduziram a despesa com medicamentos, no entanto também colocaram as farmácias comunitárias num cenário de instabilidade, visto que, todas as medidas incidiram sobre a redução de preços, refletindo-se na sua rentabilidade. No entanto, não é só nas farmácias que se verifica este impacto, sendo todo o circuito do medicamento afetado, uma vez que se observam falhas no

abastecimento de medicamentos o que, conseqüentemente agrava a crise económica que se faz sentir no setor (OPSS, 2014).

3.1. A farmácia comunitária antes da *Troika*

A farmácia em Portugal foi, ao longo de muitos anos, um setor de elevada estabilidade económica. No entanto, com a elevada despesa do Estado com medicamentos, o aparecimento da crise económica e as mudanças ocorridas no setor como forma de aumentar a concorrência, nomeadamente a venda de MNSRM fora das farmácias e a liberalização da propriedade de farmácia, têm-se vindo a observar alterações nas farmácias comunitárias (Barros e Nunes, 2011).

De entre as medidas que pretendem uma redução dos custos com saúde encontram-se modificações nas margens de comercialização das farmácias. Anteriormente à implementação de fortes medidas de contenção da despesa com medicamentos, as margens de comercialização de MSRM, encontravam-se nos 18,25% sobre o PVP em 2006 e 20% em 2007, deduzido o Imposto de Valor Acrescentado (IVA) e outras que irão ser abordadas posteriormente, encontramos as modificações nas margens de comercialização das farmácias (Antão e Grenha, 2012).

Pode afirmar-se que antes da crise económica se fazer sentir em Portugal, as farmácias comunitárias possuíam uma boa margem de comercialização, sendo esta uma margem bruta uma vez que ao valor ganho por embalagem se tem de retirar uma parte deste lucro para cobrir as despesas. Esta margem só se pode considerar larga, na medida em que o PVP dos medicamentos eram elevados, não sendo competência da farmácia comunitária fixá-los. Como foi referido anteriormente, até 2007, as farmácias não detinham qualquer poder sobre o PVP dos medicamentos, sendo estes fixados pelas entidades competentes.

Segundo Antão e Grenha (2012), em 2010 as farmácias com volumes de negócio mais baixos apresentavam resultados líquidos negativos e as restantes apresentavam níveis de rentabilidade muito baixos, no entanto positivos, refletindo assim o impacto das medidas adotadas até então.

3.1.1. Liberalização do mercado de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e a sua evolução

A venda de MNSRM passou a ser possível fora das farmácias a partir do ano 2005, tendo por objetivo aumentar o acesso a esta classe de medicamentos, bem como possibilitar a entrada de outros operadores de mercado no setor, aumentando assim a concorrência (Barros e Nunes, 2011).

Atualmente, Portugal é um dos 18 países da União Europeia (UE), num total de 28, onde é permitida a venda de todos os MNSRM fora das farmácias. Nos restantes países são as farmácias que continuam responsáveis pela dispensa da maioria destes medicamentos, sendo apenas possível vender fora das farmácias um número limitado de MNSRM, ou seja, só podem ser vendidos medicamentos que constem numa lista elaborada pelas entidades competentes de cada país, onde constam MNSRM não participados (OCDE, 2014a).

Segundo dados do Infarmed, I.P., apenas no período compreendido entre outubro de 2005 e novembro de 2006, abriram 221 estabelecimentos de venda de MNSRM, nos quais foram vendidas 652.113 embalagens de MNSRM, correspondendo a um valor de 2.894.837€, só no primeiro ano, após a entrada da legislação em vigor (Infarmed, 2006).

O número de locais de venda de MNSRM aumentou gradualmente até 2010. Posteriormente verifica-se uma estagnação que decorreu até 2013. O último relatório publicado pelo Infarmed, I.P. revela que até julho de 2014 se encontram registados 1001 locais de venda de MNSRM, sendo assim possível verificar um ligeiro aumento face aos anos anteriores, contrariando a tendência observada nos últimos anos (Figura 5) (Infarmed, 2014h).

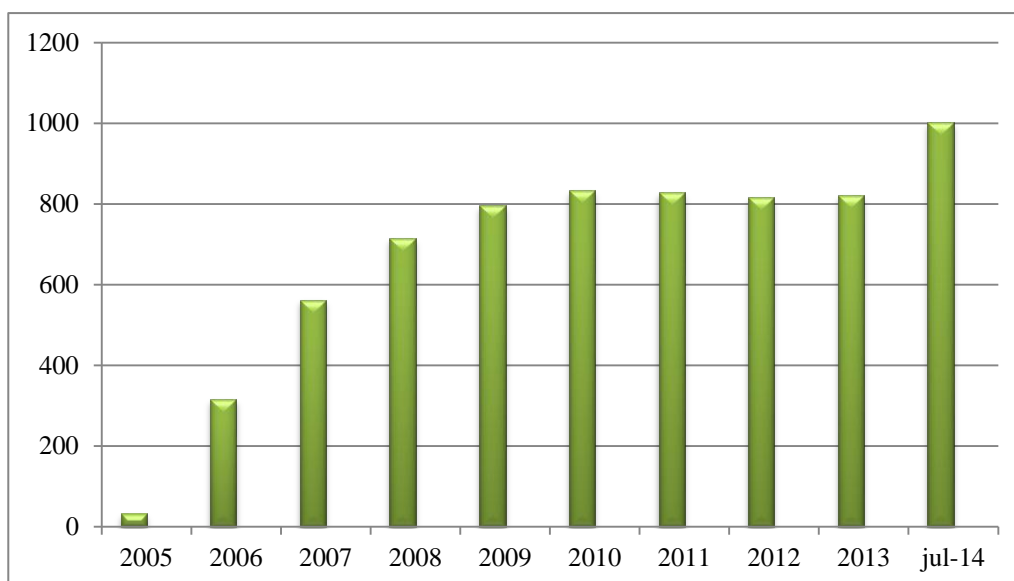


Figura 5: Evolução do número de locais de venda de MNSRM. Fonte: Infarmed, I.P. (2012, 2014g)

A liberalização do mercado permitiu a entrada no mercado de grandes empresas de distribuição, o que permite um aumento da concorrência, tal como seria expectável com a liberalização do mercado, não esquecendo que estas grandes entidades se encontram a competir com pequenas empresas – farmácias (Barros e Nunes, 2011).

Atualmente, o mercado dos MNSRM fora das farmácias representa 20% do total do mercado dos MNSRM tendo crescido no primeiro semestre de 2014 seis pontos percentuais, em volume de embalagens. Deste modo, é possível constatar que este é um mercado emergente que ao longo dos últimos nove anos se tem tornado de grande peso, fazendo grande concorrência às farmácias comunitárias (Tabela 2)(Infarmed, 2014h).

O último relatório publicado sobre vendas de MNSRM fora das farmácias demonstra que no primeiro semestre de 2014, o volume de MNSRM vendidos fora das farmácias aumentou 2%, mantendo assim a tendência que se tem observado nos últimos anos. Como seria de esperar, as farmácias apresentam quebras, tanto em volume como em valor dos MNSRM, na ordem dos 6% e 0,2% respetivamente (CEFAR, 2014; Infarmed, 2014h).

Tabela 3: Evolução do mercado de MNSRM fora das farmácias (em volume). Fonte: Infarmed (2008, 2009, 2010, 2011c, 2012, 2013b, 2014j)

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
7%	11%	12%	16%	16%	16%	18%	20%

Pelos dados já apresentados, é possível admitir que esta medida teve grande impacto nas farmácias comunitárias, uma vez que se tem observado o crescimento do mercado de MNSRM fora das farmácias, o que se traduz em perda de mercado das farmácias comunitárias.

Com a liberalização do mercado dos MNSRM pretendia-se aumentar a concorrência de preços entre as farmácias comunitárias e locais de venda de MNSRM. No entanto, desde a liberalização do mercado tem-se observado um aumento gradual dos preços dos MNSRM vendidos fora das farmácias (Figura 6) (Infarmed, 2014h).

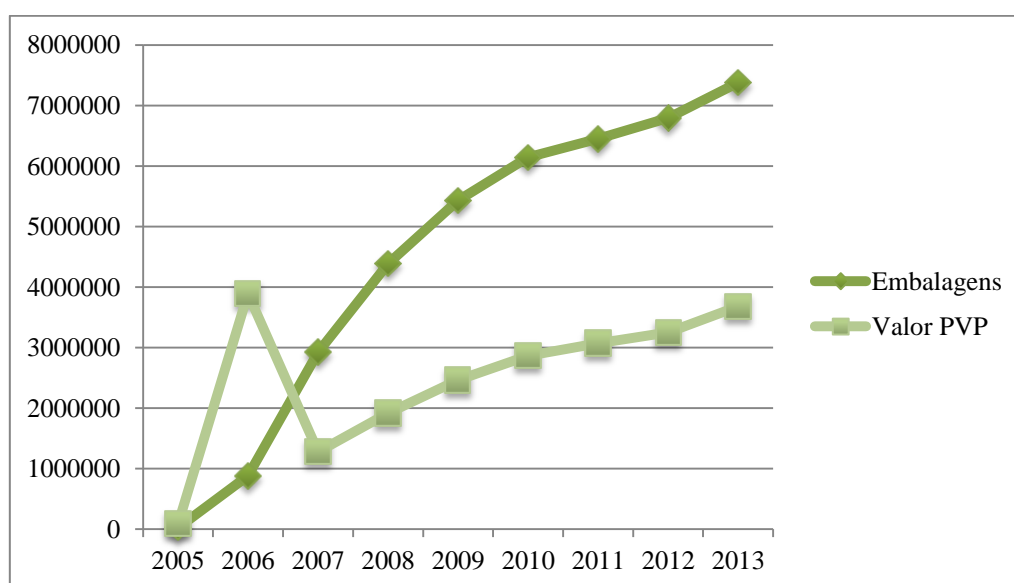


Figura 6: Evolução do mercado de MNSRM. Adaptado de Infarmed (2014j)

De acordo com os estudos periódicos publicados pelo Infarmed, I.P., entre janeiro e março de 2014, os preços dos MNSRM aumentaram 0,4% relativamente ao período homólogo de 2013. A atualização destes dados analisando o primeiro semestre de 2014, demonstra que o valor duplicou, ou seja, os preços aumentaram 0,8% (Infarmed, 2014g, 2014h).

O crescimento do mercado é notório, uma vez que no primeiro semestre de 2014, a par do aumento de PVP observado, se venderam mais 216 mil embalagens refletindo um aumento de 6,2% face a 2013 (Infarmed, 2014h).

Analisando a distribuição do mercado, representada na Figura 7, onde se encontram as cinco empresas distribuidoras do retalho alimentar, com maior volume de vendas de MNSRM, observa-se que a PHARMACONTINENTE – Saúde e Higiene, S.A. representa aproximadamente 50% do mercado, tendo revelado um crescimento de 37,4% nos últimos cinco anos. Só no primeiro semestre de 2014 a PHARMACONTINENTE – Saúde e Higiene, S.A. apresenta um volume de faturação na ordem dos 900 mil euros (Infarmed, 2014h).

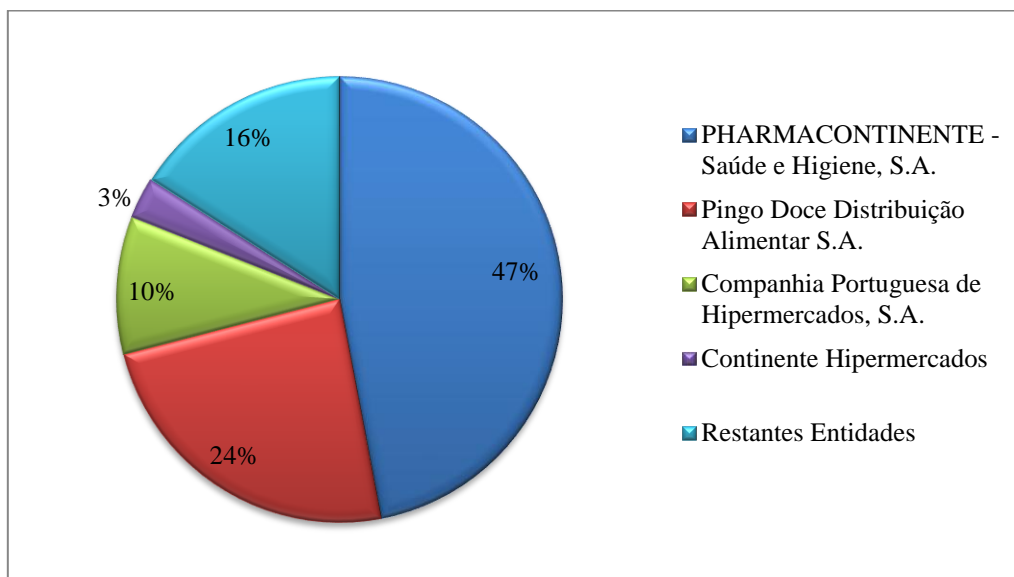


Figura 7: Quota de mercado em volume dos locais de venda de MNSRM. Adaptado de Infarmed (2014g)

Apesar da empresa PHARMACONTINENTE, Saúde e Higiene, S.A. apresentar uma quota de mercado, em volume, muito próxima dos 50 pontos percentuais, não é at, a empresa que detém o maior número de locais de venda de MNSRM (115 locais). A empresa Pingo Doce, Distribuição Alimentar, S.A. possui um total de 231 locais de venda de MNSRM (Tabela 4) (Infarmed, 2014b).

Tabela 4: Distribuição geográfica dos locais de venda de MNSRM. Fonte: Infarmed (2014b)

	PHARMACONTINENTE, Saúde e Higiene, S.A.	Pingo Doce, Distribuição Alimentar S.A.	Companhia Portuguesa de Hipermercados, S.A.
Norte	32	70	6
Centro	29	56	6
Lisboa e Vale do Tejo	39	87	9
Alentejo	5	6	0
Algarve	10	12	3
Total	115	231	24

No que diz respeito à distribuição geográfica verifica-se que os locais de venda de MNSRM tendem a instalar-se nos grandes centros urbanos. A região de Lisboa e Vale do Tejo é a região que possui maior concentração destes estabelecimentos, uma vez que, qualquer uma das três empresas apresentadas possui o maior número de locais de venda de MNSRM nesta região. Não são apresentados os dados respeitantes às Regiões Autónomas, visto que essa informação não se encontra disponível no sítio do Infarmed, I.P. (Infarmed, 2014b).

Este segmento do mercado contribuiu para um declínio de vendas de MNSRM nas farmácias, nomeadamente as que se encontram situadas próximas de um elevado número de locais de venda deste tipo de medicamentos, levando a que exista concorrência direta. Tal facto sucede, porque são muito reduzidas as restrições respeitantes à instalação e à abertura dos locais de venda de MNSRM. Assim sendo, e uma vez que a grande maioria dos locais de venda de MNSRM são detidos por grandes cadeias de hiper e supermercados, estes, na sua grande maioria, beneficiam de localização privilegiada, pois encontram-se inseridos em centros comerciais e hipermercados. Outro fator não menos importante é o facto das condições comerciais conseguidas por estes operadores de mercado serem superiores às das farmácias comunitárias, dado que têm a possibilidade de adquirir maiores quantidades de mercadoria, o que pode conduzir a preços mais baixos, os quais as farmácias não conseguem combater nos dias de hoje, dado a atual situação em que se encontram (Queirós, 2011).

3.1.2. A Liberalização da Propriedade de Farmácia e o aumento da concorrência

A propriedade de farmácia foi durante muitos anos uma área altamente regulada, tendo algumas particularidades como a propriedade vedada a não farmacêuticos e a impossibilidade de deter mais do que uma farmácia (Lei das bases da propriedade de farmácia, 1965).

A liberalização da propriedade de farmácia, ao contrário dos locais de venda de MNSRM é um processo mais regulado. Tal como já foi anteriormente referido, a instalação de novas farmácias tem de cumprir requisitos mínimos para que seja permitida a sua abertura (Regime jurídico das farmácias de oficina, 2007).

A principal intenção da liberalização de propriedade não era o aumento da concorrência entre farmácias, uma vez que, o maior volume de negócio das farmácias comunitárias era, e continua a ser o segmento dos MSRM. Aquando da liberalização da propriedade os preços continuavam a ser regulados, não podendo existir qualquer alteração no preço por parte da farmácia. No entanto, atualmente, é atribuído aos MSRM um PVP máximo, sendo o único fator de concorrência a possibilidade da prática de descontos pelas farmácias, aplicados à parcela não participada pelo Estado, ou seja, suportada pelo utente (Gomes e Ramos, 2013).

Por outro lado, a liberalização da propriedade de farmácia tinha como objetivo aumentar a acessibilidade ao medicamento no entanto, não é possível abrir farmácias sem que se verifiquem os requisitos contantes no Regime Jurídico das Farmácias de Oficina (2007).

As duas principais barreiras para a abertura de novas farmácias continuam a ser a distância mínima entre farmácias (350 metros) e o número mínimo de habitantes por farmácia (3.500 habitantes por farmácia). À semelhança do que ocorre em Portugal, também em Espanha o setor farmacêutico não foi totalmente liberalizado. Atualmente, neste país, a distância mínima entre farmácias encontra-se fixado nos 250 metros e o número de habitantes por farmácia nos 2.800 habitantes. Ao contrário do que ocorre em Portugal, as regiões autónomas de Espanha têm a possibilidade de adaptar a legislação à sua realidade. O cenário da liberalização da propriedade, em contexto europeu, é diversificado sendo que na Holanda, Islândia, Irlanda, Noruega, entre outros, a abertura de novas farmácias comunitárias não têm obrigatoriamente de obedecer a regras estipuladas (Vogler, Habimana e Arts, 2014).

A liberalização da propriedade de farmácia que permitiu a aquisição de farmácias por parte de não farmacêuticos possibilitou que o farmacêutico se centrasse no exercício da sua profissão e não tivesse preocupações relativamente à gestão da farmácia. Esta medida é discutível. Por um lado, permite ao farmacêutico, que possui um papel fundamental na promoção da saúde, melhorar a prestação de cuidados de saúde e, por outro lado, o desconhecimento do funcionamento do setor pode conduzir a políticas de gestão erradas por parte de entidades externas ao setor (Lluch, 2010).

O Centro de Estudos de Gestão e Economia Aplicada (CEGEA) (2005) publicou um relatório onde se descreve o setor farmacêutico com uma rentabilidade acima da média, com espaço para alterações no setor, sugerindo que este deveria ser menos regulado, propondo a liberalização total da propriedade de farmácia. Embora esta medida tenha sido adotada posteriormente, não a foi na totalidade uma vez que o relatório propunha que a abertura de novas farmácias fosse desprovida de concursos de atribuição de alvarás ou capitações por farmácia, o que não se veio a verificar (CEGEA, 2005).

Considera-se que o setor farmacêutico foi altamente desregulado nos últimos anos, mas não se encontra totalmente desregulado, tendo ainda de obedecer a rigorosas normas de funcionamento (Queirós, 2011).

Com a liberalização da propriedade de farmácia esperava-se um aumento da acessibilidade ao medicamento, pois o objetivo era o aumento do número de farmácias, no caso da liberalização total. No entanto, as novas farmácias tendem a estabelecer-se em zonas urbanas, zonas estas já com um bom acesso ao medicamento, em detrimento das zonas rurais (Vogler et al., 2014).

3.2. O impacto do Memorando de Entendimento nas Farmácias Comunitárias

No ano de 2011, o XVIII Governo Constitucional de Portugal procedeu a um pedido de ajuda externa, para fazer face à crise económica que se fazia sentir no país. Deste resultou a assinatura do Memorando de Entendimento (MdE) entre o Governo Português e a *Troika* – constituída pela Comissão Europeia (CE), Banco Central Europeu (BCE) e Fundo Monetário Internacional (FMI).

O MdE, constituído por um forte programa de austeridade, objetivou grandes reduções da despesa do Estado, sendo um dos objetivos primários a contenção e racionalização dos gastos com saúde (cerca de 670 milhões de euros), particularmente na despesa com medicamentos. Esta devia representar 1,25% do Produto Interno Bruto (PIB) no final do ano 2012 e aproximadamente 1% em 2013 (Karanikolos et al., 2013; Memorando de Entendimento, 2011; OPSS, 2012).

Para que fosse possível atingir os objetivos propostos, foi elaborado um conjunto de medidas a implementar, sendo elas:

- Definição de um PVP máximo para os novos genéricos introduzidos no mercado, sendo este 60% do preço do medicamento de marca, ou caso não exista, do preço de medicamento semelhante;
- Revisão do sistema de preços de referência, passando a ser considerados como referência os três países da UE com preços mais baixos ou com PIB *per capita* idêntico ao de Portugal;
- Alteração do método de cálculo das margens de comercialização, tendo sido instituído um regime de margens regressivas, acrescidas de um valor fixo, como incentivo à dispensa de medicamentos menos dispendiosos, a fim de reduzir a despesa com estes;
- Instauração de medidas, na eventualidade de o novo método de cálculo das margens não produzir resultados positivos na redução da despesa. Estas consistem num reembolso por parte das farmácias, que será calculado tendo por base a sua margem de lucro, não afetando as de menor volume de faturação.

Durante todo o processo interventivo da *Troika* em Portugal, foram realizadas diversas avaliações para analisar o cumprimento do programa de austeridade. Destas resultaram algumas alterações ao MdE de forma a cumprir os objetivos impostos. As principais alterações introduzidas na área relacionada com a saúde focaram-se, essencialmente, na redução do preço dos medicamentos (Tabela 5).

Tabela 5: Alterações ao MdE. Fonte: 1ª atualização do Memorando de Entendimento; 2ª atualização do Memorando de Entendimento; 6ª atualização do Memorando de Entendimento (2011; 2012)

1ª Revisão do MdE (setembro 2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Novos genéricos introduzidos no mercado têm um preço máximo, sendo este 50% do preço do medicamento de marca ou caso não exista do preço do medicamento terapêuticamente semelhante; • Redução automática do PVP dos medicamentos que perdem a sua patente.
3ª Revisão do Mde (março 2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de legislação que contemple a redução automática do PVP, após expirada a sua patente, em 50%.
6ª Revisão do MdE (junho 2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Redução automática em 50% do PVP dos medicamentos de marca, sem genérico comercializado, que se encontrem no mercado há mais de 15 anos; • Redução administrativa dos preços, caso se verifique que os objetivos de redução da despesa com medicamentos não foram atingidos – esta redução não contempla a atualização anual dos preços de acordo com os países de referência.

Na tabela supra observam-se alterações muito significativas para o setor das farmácias que não tiveram em conta as medidas implementadas anteriormente (OPSS, 2012).

As margens de comercialização foram também alvo de alterações desde a entrada da *Troika* em Portugal, tendo sido introduzido o sistema de margens regressivas que alterou profundamente o sistema de remuneração das farmácias (Tabela 6). As margens são divididas por escalões de acordo com o Preço de Venda ao Armazenista (PVA), sendo estes inversamente proporcionais. Até à intervenção da *Troika* em Portugal, as margens de comercialização, tanto dos grossistas como das farmácias, eram calculadas em função do PVP, deduzido o IVA. A par da introdução do sistema de margens regressivas, estas deixaram de ser calculadas em função do PVP, passando a ter por base o PVA (Antão e Grenha, 2012).

Tabela 6: Alterações das margens de comercialização com medicamentos das farmácias. Fonte: (Decreto-Lei nº19/2014 de 5 de fevereiro do Ministério da Saúde, 2014; Decreto-Lei nº 112/2011 de 29 de setembro do Ministério da Economia e do Emprego, 2011)

	2009	2010	2012		2014	
	Farmácias	Farmácias	Grossistas	Farmácias	Grossistas	Farmácias
Até 5 €	20%	18,25%	11,2% PVA	27,9% PVA	2,24% PVA + 0,25€	5,58% PVA + 0,63€
5,01 – 7 €			10,85% PVA	25,7% PVA	2,17% PVA + 0,52€	5,51% PVA + 1,31€
7,01 - 10€			10,6% PVA	24,4% PVA	2,12% PVA + 0,71€	5,36% PVA + 1,79€
10,01 – 20€			10% PVA	21,9% PVA + 0,45€	2,00% PVA + 1,12€	5,05% PVA + 2,80€
20,01 – 50€			9,2% PVA	18,4% PVA + 1,15€	1,84% PVA + 2,20€	4,49% PVA + 5,32€
> 50€			4,60€	10,35€	1,18% PVA + 3,68€	2,66% PVA + 8,28€

Através da Tabela 6 observam-se as duas alterações realizadas desde a entrada da *Troika* em Portugal. A última alteração reduziu abruptamente a margem, no entanto todos os escalões passaram a integrar um montante fixo.

Ao comparar as margens de comercialização estabelecidas em 2012 e as recentemente aplicadas, verifica-se que apesar do aumento da componente fixa, a componente variável desceu consideravelmente.

As margens de comercialização das farmácias que constam na tabela supra, não correspondem à margem de lucro real da farmácia por medicamento, dentro dos respetivos escalões. Estas margens podem considerar-se margens brutas, uma vez que ao valor obtido por embalagem de medicamento dispensado é necessário retirar parte para as despesas correntes da farmácia. Ou seja, com as margens praticadas hoje em dia, embora o objetivo fosse incentivar a venda de medicamentos genéricos mais baratos, as farmácias apresentam receitas negativas sobre os medicamentos, pois estes não cobrem as suas despesas correntes (Barros, Martins e Moura, 2012).

Segundo um estudo efetuado pela Associação Nacional de Farmácias (ANF) citado por Antão e Grenha (2012), com a introdução do sistema de margens regressivas, as margens de comercialização das farmácias, respeitante aos MSRM participados, iria descer cerca de 3,4%, em 2012.

A introdução das alterações no sistema de remuneração das farmácias levou a perdas na ordem dos 330 milhões de euros nos últimos três anos. Este resultado é muito superior ao que se encontra estabelecido no MdE (cerca de 50 milhões de euros), ou seja, mais de 284 milhões de euros do que o previsto (Figura 8) (OPSS, 2014).

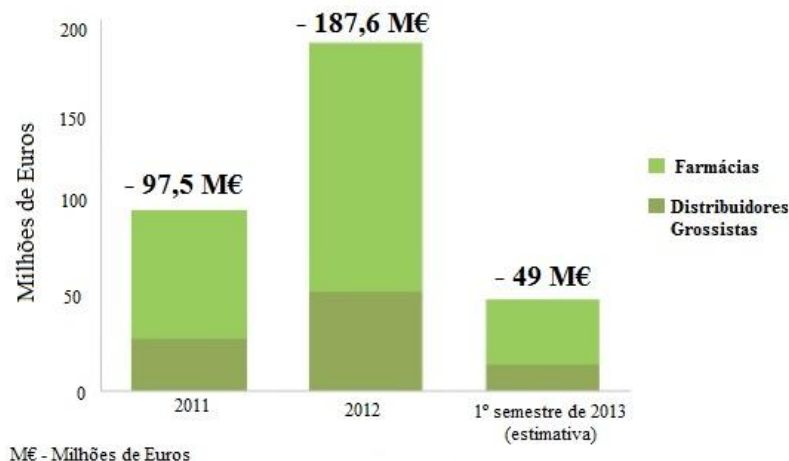


Figura 8: Redução das margens de comercialização entre 2011 e 2013. Adaptado de OPSS (2014)

É notória a evolução das perdas do setor farmacêutico nos últimos anos, particularmente das farmácias comunitárias, instigada quer pela introdução do novo sistema de remuneração das farmácias, quer pelas sucessivas descidas do PVP de um elevado número de medicamentos. Esta nova realidade do setor conduziu a uma quebra do volume anual de negócio considerável; ou seja, este conjunto de medidas levou a que muitas farmácias vissem o seu estado financeiro agravar-se (Figura 8). Por outro lado, os custos fixos das farmácias sofreram também um agravamento, sendo cada vez mais elevados. Segundo Barros, Martins e Moura (2012) os custos fixos das farmácias aumentaram cerca de 92% entre 2002 e 2010, o que revela o enorme peso dos custos fixos nos resultados operacionais das farmácias.

As medidas implementadas pelo Estado consignadas no MdE assinado com a *Troika*, resultaram, só no primeiro ano, numa diminuição do segmento dos MSRM de 12 pontos percentuais em valor, contribuindo para a quebra de 9,6% do mercado total – constituído por MSRM, MNSRM e produtos de saúde. Neste período, o valor médio por atendimento diminuiu 11,8% correspondendo a menos 2,5 euros, face ao ano anterior, embora o número de embalagens dispensado tenha sido superior (Figura 9) (CEFAR, 2013).

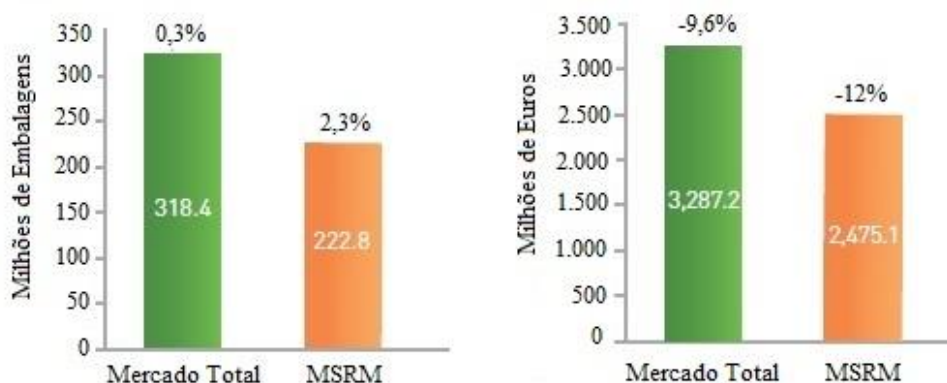


Figura 9: Variação do mercado em volume e valor entre 2011 e 2012. Adaptado de CEFAR (2013)

O primeiro semestre de 2014, ao que foi apresentado anteriormente, fica marcado por um crescimento negativo do mercado, tanto em volume como em valor.

Através da análise da Figura 10 observa-se uma quebra do mercado total em volume de 1,4% correspondendo a menos 0,8 pontos percentuais em valor. Apesar da diminuição destes valores, o valor médio por atendimento registou um aumento 14 cêntimos.

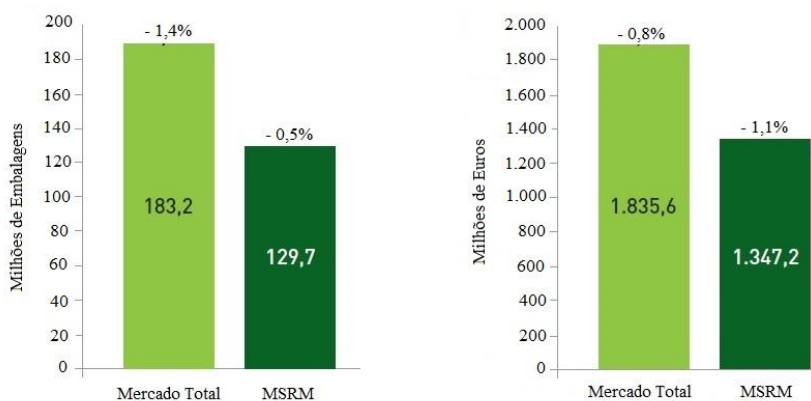


Figura 10: Evolução do mercado em volume e valor. Adaptado de CEFAR (2014)

O Relatório da Primavera elaborado pelo OPSS (2012) divulga os dados de um estudo sobre os atrasos de pagamento das farmácias aos seus fornecedores. Este foi realizado no distrito de Lisboa em 661 farmácias com registo no Infarmed. Os dados obtidos revelaram que a maioria das farmácias (56,4%) conseguiu manter os prazos de pagamento aos fornecedores, sendo que as restantes (43,6%) tiveram de alargar os seus prazos de pagamento, ou mesmo entrar em incumprimento de pagamento por falta de

liquidez. Embora a maioria das farmácias consiga manter os seus prazos de pagamento aos fornecedores não deixa de ser preocupante o número de farmácias que afirma ter de alargar os prazos de pagamento ou entrar em incumprimento, só no distrito de Lisboa. Nas farmácias em situação mais delicada a falta de pagamento aos fornecedores leva à suspensão do fornecimento de medicamentos. Apesar da reduzida amostra obtida neste estudo, considera-se que esta é representativa do estado do setor, visto que reflete a situação das farmácias estabelecidas no do maior centro urbano de Portugal.

A confirmar e reforçar a situação das farmácias em Portugal, o OPSS no seu Relatório de Primavera (2013) apresentou os resultados do estudo efetuado sobre o número de insolvências e penhoras das farmácias entre dezembro de 2012 e dezembro de 2013 (Figura 11). O número de insolvências no período de estudo aumentou aproximadamente 105%, tendo assim duplicado o número de farmácias em situação de insolvência relativamente ao ano anterior. Por outro lado, o número de farmácias penhoradas também aumentou, muito embora o seu valor seja bastante inferior – aproximadamente 50%. No total das farmácias existentes em Portugal, estes números correspondem a 8,3% do universo de todas as farmácias existentes e 13,4% em 2012. Tal como se pode constatar, esta situação coloca o setor farmacêutico, particularmente as farmácias comunitárias numa situação delicada, podendo mesmo comprometer o acesso da população ao medicamento (OPSS, 2014).

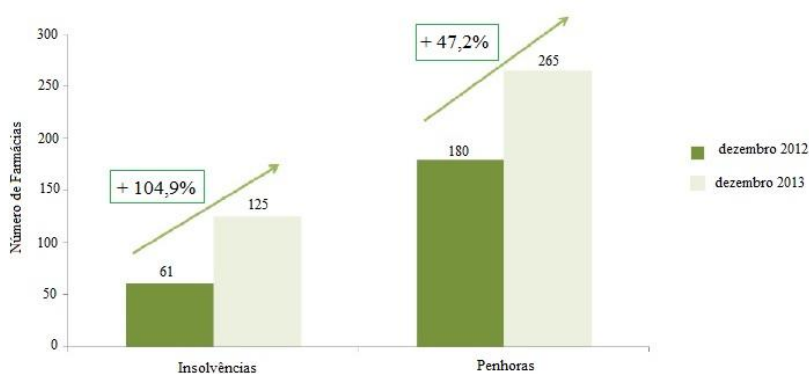


Figura 11: Número de insolvências e penhoras entre dezembro 2012 e dezembro de 2013. Adaptado de OPSS (2014)

A situação económico-financeira das farmácias apresenta-se assim em significativa degradação, vendo os seus resultados e a sua rentabilidade seriamente diminuídos.

3.3. Análise da evolução das margens de comercialização e impacto na rendibilidade da farmácia

De forma a tentar compreender o real impacto das alterações efetivadas nas margens de comercialização dos medicamentos ao longo dos últimos anos, procedeu-se a uma análise das margens das farmácias das quatro substâncias ativas, sujeitas a receita médica, mais vendidas nas farmácias em Portugal – Sinvastatina, Metformina, Alprazolam e Omeprazol. A análise vai ter em conta quer, o medicamento original quer, o genérico. O genérico incluído na análise correspondem ao medicamento genérico com PVP mais baixo na altura da recolha dos dados. Foram selecionadas as embalagens de maiores dimensões disponíveis no mercado (Infarmed, 2013b).

A análise realizada incide nas margens das farmácias comunitárias entre 2009 e 2014.

Os últimos anos ficaram marcados pelas alterações impostas sobre as margens de comercialização tanto dos grossistas, como das farmácias. Desde o ano 2012 que se encontra em vigor um regime de margens regressivas, tendo ocorrido uma alteração no início do ano 2014.

A margem de comercialização antes do programa de austeridade instituído em Portugal era calculada sobre o PVP do medicamento, sendo uma percentagem deste a margem. Contudo, com a intervenção da *Troika* em Portugal, estas deixaram de incidir sobre o PVP do medicamento passando a incidir sobre o PVA e aplicado um *fee* adicional a partir de determinado escalão de preço. A última alteração aplicada a esta temática veio introduzir um valor *fee* a todos os escalões e diminuir a percentagem ganha sobre o PVA. O valor *fee* corresponde a um valor fixo a receber, para além do montante variável correspondente à percentagem do PVA (OPSS, 2012; Queirós, 2011)

Não são apresentados os valores de PVA dos anos 2009 e 2010, uma vez que neste período as margens de comercialização das farmácias e grossistas eram calculadas sobre o PVP. As margens praticadas eram 18,25% e 20% respetivamente (Queirós, 2011).

Deve referir-se que não são apenas as alterações das margens de comercialização que contribuem para a atual situação do setor. Tal como se pode ver na análise efetuada, também as descidas do PVP – administrativas e voluntárias por parte da indústria – têm o seu impacto nas margens ganhas tanto pelos grossistas como pelas farmácias.

A seleção dos preços dos medicamentos apresentados teve como base a sua data de entrada em vigor, sendo considerado o preço em vigor à data da aplicação das novas margens de comercialização. Esta análise teve como fonte principal de informação o programa informático *Winphar*, onde foi possível aceder ao histórico de PVP das substâncias ativas selecionadas.

A Sinvastatina é a substância ativa sujeita a receita médica mais vendida nas farmácias em Portugal e, paralelamente, das que sofreu maiores alterações no seu PVP, motivo pelo qual foi a primeira substância a ser analisada (Tabela 7).

Tabela 7: Sinvastatina 20 mg, embalagem 60 comprimidos. Fonte: Simphar (2014)

	Original				Genérico			
	2009	2010	2012	2014	2009	2010	2012	2014
PVA	n.d.	n.d.	5,99€	5,99€	n.d.	n.d.	3,38€	1,49€
PVP	47,39€	21,35€	8,82€	8,81€	29,44€	29,72€	5,00€	2,65€
Margem farmácia	8,22€	4,01€	1,54€	1,64€	5,10€	5,95€	0,94€	0,71€

n.d. – não definido

Através da observação da Tabela 7 é possível atentar que desde 2009 ocorreram grandes alterações no PVP da Sinvastatina aqui apresentada facto que influencia de maneira direta a margem de comercialização até 2012. No período entre 2009 e 2010, o PVP do medicamento original diminui cerca de 26€, correspondendo à maior descida observada no período em análise. Apesar da parcela sobre o PVP ter aumentado 1,75 pontos percentuais, este aumento não implicou um aumento da margem da farmácia, no caso do medicamento original, devido à grande redução do seu PVP.

Por outro lado, também o genérico da Sinvastatina sofreu um corte no seu PVP custando atualmente menos 27 euros do que em 2009. Relativamente à margem de comercialização, esta sofreu uma redução na ordem dos 86% entre 2009 e 2014 estando a farmácia a ganhar atualmente setenta e um cêntimos por embalagem de Sinvastatina (medicamento genérico) dispensada. Apesar de ambas apresentarem valores consideravelmente inferiores quando comparados com os do ano 2009, as alterações de PVP decorreram em alturas diferentes. Enquanto o valor da margem do medicamento original foi descendo progressivamente, o valor do medicamento genérico reduziu visivelmente entre 2010 e 2012. Nos dias de hoje, a farmácia ganha menos 6,60€ por

embalagem de medicamento original dispensada e menos 4,40€ no caso do genérico selecionado.

Na Tabela 8 estão representados os dados disponíveis para a Metformina 850 mg, embalagem de 60 comprimidos.

Tabela 8: Metformina 850 mg, embalagem de 60 comprimidos. Fonte: Simphar (2014)

	Original				Genérico			
	2009	2010	2012	2014	2009	2010	2012	2014
PVA	n.d.	n.d.	3,28 €	3,29 €	n.d.	n.d.	1,64 €	1,64 €
PVP	4,81€	4,86 €	4,86 €	4,71 €	2,41€	2,43 €	2,43 €	2,82 €
Margem farmácia	0,83 €	0,90 €	0,92 €	0,81 €	0,42 €	0,46 €	0,46 €	0,72 €

n.d. – não definido

Observando os dados disponíveis para a Metformina, é possível concluir que, embora tenham sido aplicadas novas margens de comercialização, a descida da margem da farmácia por embalagem de medicamento original não é muito significativa – menos dois cêntimos face a 2009. Esta diferença de valor deve-se sobretudo à baixa redução do PVP (menos dez cêntimos). No caso do medicamento genérico, atualmente, a farmácia ganha mais 0,30 cêntimos por embalagem face ao ano 2009. Tal não se deve ao contributo da margem, mas sim, ao aumento do PVP do medicamento genérico como se pode observar na Tabela 8.

À semelhança do que se observa na Metformina, também o Alprazolam não apresenta perdas tão avultadas, quando comparado com a Sinvastatina.

Na Tabela 9 encontram-se descritos os dados correspondentes ao Alprazolam 0,5 mg, embalagem com 60 comprimidos.

Tabela 9: Alprazolam 0,5 mg, embalagem 60 comprimidos. Fonte: Simphar (2014)

	Original				Genérico			
	2009	2010	2012	2014	2009	2010	2012	2014
PVA	n.d.	n.d.	3,38€	3,38€	n.d.	n.d.	1,48€	1,48€
PVP	7,43€	6,53€	5,00€	4,82€	4,79€	4,84€	2,19€	2,64€
Margem farmácia	1,29€	1,23€	0,94€	0,82€	0,83€	0,91€	0,41€	0,71€

n.d. – não definido

Contrariamente ao que ocorre no caso da Metformina, que na venda do seu genérico, a margem ganha por embalagem aumentou face a 2009, o valor ganho por embalagem de Alprazolam diminuiu quer no seu original, quer no seu genérico (Tabela 9).

Neste caso, as alterações das margens de comercialização não surtiram grande impacto tendo em conta que a diferença de valor tanto do original, como do genérico, não é muito significativa quando comparada com os restantes exemplos – 0,47€ e 0,12€ respetivamente.

A par das alterações das margens, observa-se também uma redução do PVP das duas apresentações, sendo esta redução na ordem dos dois euros em ambos os casos.

No caso desta substância ativa o valor ganho por embalagem dispensada não é muito significativo, sendo o valor mais baixo dentro das quatro substâncias ativas mais dispensadas em Portugal.

Tabela 10: Omeprazol 40mg, embalagem 56 comprimidos. Fonte: (Simphar, 2014)

	Original				Genérico			
	2009	2010	2012	2014	2009	2010	2012	2014
PVA	n.d.	n.d.	17,71€	17,71€	n.d.	n.d.	9,63€	9,28€
PVP	49,64€	50,11€	25,34€	24,35€	30,93€	31,22€	14,05€	13,28€
Margem farmácia	8,60€	9,42€	4,33€	3,69€	5,36€	5,87€	2,55€	2,29€

n.d. – não definido

O Omeprazol (Tabela 10), assim como a Sinvastatina, é a substância ativa que apresenta maiores variações das margens durante o período em análise. No caso do

medicamento original, a par da descida de preços observada – cerca de 50% – também o valor ganho por embalagem dispensada diminuiu. A redução do valor da margem (57%) é superior à descida de preço, sendo que a farmácia perdeu, entre 2009 e 2014 quatro euros e noventa e um cêntimos por embalagem.

Relativamente ao seu genérico, também este apresenta variações negativas quer no preço, quer na margem, embora a redução de preço tenha sido menos abrupta que a do respetivo original. Atualmente, o Omeprazol (medicamento genérico) custa menos 17,65€ do que em 2009, correspondendo a margem da farmácia a menos três euros.

No geral, observa-se que a maior descida tanto das margens como dos preços ocorre entre 2010 e 2012, período coincidente com a entrada da *Troika* em Portugal e, consequente, a implementação das medidas propostas no MdE.

Embora as substâncias ativas Metformina e o Alprazolam apresentem valores de margem pouco díspares comparativamente ao ano 2009, a diferença não compensa as perdas dos outros dois exemplos apresentados (Sinvastatina e Omeprazol) entre muitos outros que não se encontram mencionados. No caso da Metformina e do Alprazolam, o facto de os valores obtidos serem pouco díspares dos observados em 2009, não cobrem os custos fixos das farmácias, que têm aumentado nos últimos anos.

Após a análise das substâncias ativas apresentadas, verifica-se que os medicamentos selecionados, não ultrapassam o escalão de PVA dos 20€, não sendo assim possível observar o impacto nos diversos escalões das margens de comercialização. Para que fosse possível abranger a maioria dos escalões incluíram-se mais três substâncias ativas que se enquadram nos escalões de PVA superiores aos apresentados.

A primeira substância ativa a ser apresentada nestes moldes é o Clopidogrel, visto que o seu PVA diminuiu substancialmente e as alterações do seu PVP foram consideráveis (Tabela 11).

Tabela 11: Clopidogrel 75mg, embalagem 28 comprimidos. Fonte: Simphar (2014)

	Original				Genérico				
	2009	2010	2012		2014	2009	2010	2012	2014
PVA	n.d.	n.d.	34,78€	12,86€	5,99€	n.d.	n.d.	3,99€	3,38€
PVP	51,00€	51,49€	48,46€	18,53€	8,81€	31,18€	29,72€	5,90€	4,82€
Margem farmácia	8,84€	9,68€	7,55€	3,27€	1,64€	5,41€	5,92€	1,11€	0,82€

n.d. – não definido

Pela análise da tabela supra é possível constatar que o PVP do medicamento original do Clopidogrel sofreu uma redução na ordem dos 42 euros. No entanto, o PVP só se encontra diretamente relacionado com a margem de comercialização da farmácia até 2012. Observando o valor de PVA em 2012 e 2014 verifica-se que também este valor sofreu uma redução bastante considerável, sendo atualmente a margem da farmácia cerca de menos seis euros relativamente a 2012. No período compreendido entre 2009 e 2014 a margem da farmácia desceu aproximadamente 81%.

Por outro lado, o respetivo genérico também foi alvo de reduções acentuadas de PVP custando atualmente menos 26,36€ do que em 2009. A maior quebra ocorreu em 2012 (cerca de 24 euros) à semelhança do medicamento original. No que diz respeito à margem de comercialização sobre o medicamento genérico, esta desceu cerca de 85% desde 2009.

O Clopidogrel (medicamento original) já se enquadrou em três escalões de PVA, o que significa que ao longo do tempo a margem da farmácia tem sido cada vez menor, visto que o seu preço tem diminuído.

Atualmente, por cada embalagem de medicamento original de Clopidogrel a farmácia recebe menos 7,20€ e menos 4,59€, na dispensa do respetivo genérico.

De seguida apresenta-se uma substância ativa que não possui medicamento genérico introduzido no mercado, ao contrário das outras substâncias ativas anteriormente apresentadas. Esta é aqui apresentada, pois enquadra-se no escalão de PVA dos 50€ (Tabela 12).

Tabela 12: Risperidona 50mg/2ml, pó e veículo para suspensão de libertação prolongada para injeção intramuscular. Fonte: Simphar (2014)

	Original			
	2009	2010	2012	2014
PVA	n.d.	n.d.	131,15€	133,19€
PVP	195,28€	197,14€	157,67€	159,92€
Margem farmácia	33,86€	37,06€	10,35€	11,82€

n.d. – não definido

No caso da Risperidona, à semelhança do que acontece com a Sinvastatina, o Omeprazol e o Clopidogrel, a margem de comercialização foi reduzida para mais de metade do valor em relação a 2009. É neste último exemplo que se observam as maiores reduções da margem em termos de valor (menos 22 euros) quando comparado com os exemplos anteriores.

O aumento da margem da farmácia (entre 2012 e 2014), neste caso em particular, não se deve só ao facto de ocorrer uma subida do PVA desta substância ativa. A última alteração das margens de comercialização introduziu a mesma regra aplicada aos restantes escalões de margens para os medicamentos do escalão de PVA acima de 50€. Assim, os medicamentos inseridos neste escalão deixaram de ter apenas uma margem fixa (10,35€), passando a integrar também uma componente variável (2,66% PVA + 8,28€).

Na Tabela 13 encontram-se descritos os dados correspondentes ao Ácido Zoledrónico 5mg/100ml solução para perfusão.

Tabela 13: Ácido Zoledrónico 5mg/100ml solução para perfusão. Fonte: Simphar (2014)

	Original			
	2009	2010	2012	2014
PVA	n.d.	n.d.	308,48€	302,69€
PVP	452,22€	456,53€	344,21€	347,24€
Margem farmácia	78,40€	85,83€	10,35€	16,33€

n.d. – não definido

Como se pode constatar o PVP desta substância ativa desceu cerca de 105€ no período considerado. A introdução do novo sistema de remuneração das farmácias fez com que a margem desta substância ativa reduzisse significativamente (75,48€) entre 2010 e 2012, correspondendo a uma diminuição de 88% da margem.

A amostra aqui apresentada não representa todo o mercado dos MSRM comercializados em Portugal no entanto, serve como representação de uma pequena amostra da realidade atual. De entre todos os exemplos apresentados a farmácia perdeu, nos últimos cinco anos, cerca de 115 euros. Não é possível extrapolar para a totalidade do mercado dos medicamentos visto que, este é um mercado muito vasto e com variações constantes.

Recentemente um estudo publicado por Antão e Grenha (2014) revelou que em 2012 o setor apresentou resultados líquidos negativos – menos aproximadamente 4000€. A projeção efetuada pelos autores aponta para que, em 2013, estes resultados continuem negativos atingindo o dobro do valor de 2012, ou seja, cerca de 8000€. Sabe-se que as nem todas as farmácias do país possuem os mesmos resultados líquidos no entanto, este é um cenário preocupante no setor, uma vez que com estes valores é expectável que aumentem o número de insolvências e penhoras, principalmente das farmácias com menores volumes de faturação.

4. A farmácia e o medicamento

A farmácia comunitária, segundo o Manual de Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária é um “*estabelecimento de saúde e de interesse público que deve assegurar a continuidade dos cuidados prestados aos doentes*”, sendo a sua principal missão a dispensa de medicamentos acompanhada do correto aconselhamento de modo a assegurar a segurança, adesão e eficácia da terapêutica.

Os gastos com saúde definem-se como a despesa com bens e serviços de saúde, bem como investimentos em infra-estruturas de saúde, nos quais se incluem a despesa pública e privada – parte onde se incluem os cidadãos – com tratamentos, cuidados de saúde, programas de promoção para a saúde e medicamentos. Este indicador pode ser apresentado como total e/ou por agente financeiro, podendo ser medido em percentagem do Produto Interno Bruto (PIB) e em dólares americanos *per capita* (OCDE, 2014b).

Dentro dos gastos com saúde, entre outros, encontra-se a despesa com medicamentos. Esta engloba não só os gastos associados à comparticipação do medicamento, mas também o valor fixo da margem de comercialização ganho por embalagem dispensada (OCDE, 2013).

A despesa com medicamentos ocupa uma grande fração da despesa pública, o que levou à implementação de medidas de contenção da despesa. Nos últimos anos, a comparticipação de medicamentos tem sofrido várias alterações que permitiram a redução da despesa do Estado com medicamentos, aumentando assim os encargos para os utentes (OPSS, 2012).

Segundo a Organização para a Cooperação de Desenvolvimento Económico (OCDE), em 2012, era expectável que a despesa com saúde representasse 9,5% do PIB de Portugal. Este valor encontra-se muito próximo do valor médio da OCDE – 9,3%. No que diz respeito à despesa com medicamentos, Portugal também se encontrava ligeiramente acima da média da OCDE em 2011. Esta representava 1,8% do PIB, enquanto a média da OCDE se encontrava nos 1,5% do PIB (Figura 13). A redução da despesa com medicamentos contribuiu para uma redução da despesa em saúde nos últimos anos, tendo-se verificado em 2011, uma redução de aproximadamente 9% (OCDE, 2013, 2014c).

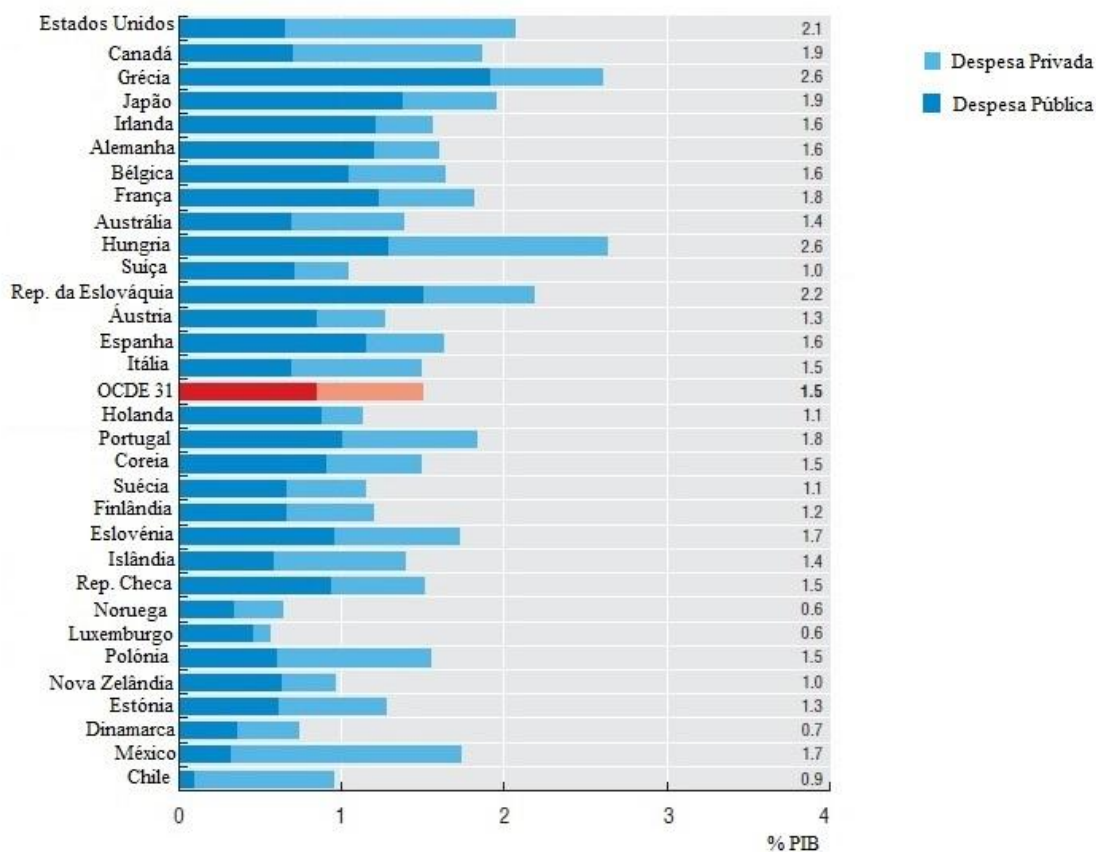


Figura 12: Despesa com medicamentos em % do PIB em 2011. Adaptado de OCDE (2013)

De facto, a despesa com medicamentos é relativamente elevada, quando comparada com outros países da OCDE, uma vez que Portugal é o sétimo país com maior despesa com medicamentos em percentagem do PIB (OCDE, 2013).

O Estado português é o maior “cliente” das farmácias, visto que o SNS é o principal organismo de comparticipação de medicamentos, sem ter em conta os subsistemas de comparticipação complementares existentes (Queirós, 2011).

Analisando a despesa do Estado com medicamentos, não se deve incluir unicamente o valor gasto com medicamentos e taxas associadas, tornando-se também necessário ter em conta o número de embalagens dispensadas. Esta despesa não aumentou exclusivamente devido aos elevados preços dos medicamentos. Nos últimos anos, a esperança média de vida da população portuguesa aumentou consideravelmente, encontrando-se atualmente nos 80 anos. Este indicador leva a que, nos dias de hoje, o número de embalagens dispensadas seja mais elevado, uma vez que a tendência da população mais idosa é ser polimedicada, conduzindo assim a um aumento do número de embalagens dispensadas.

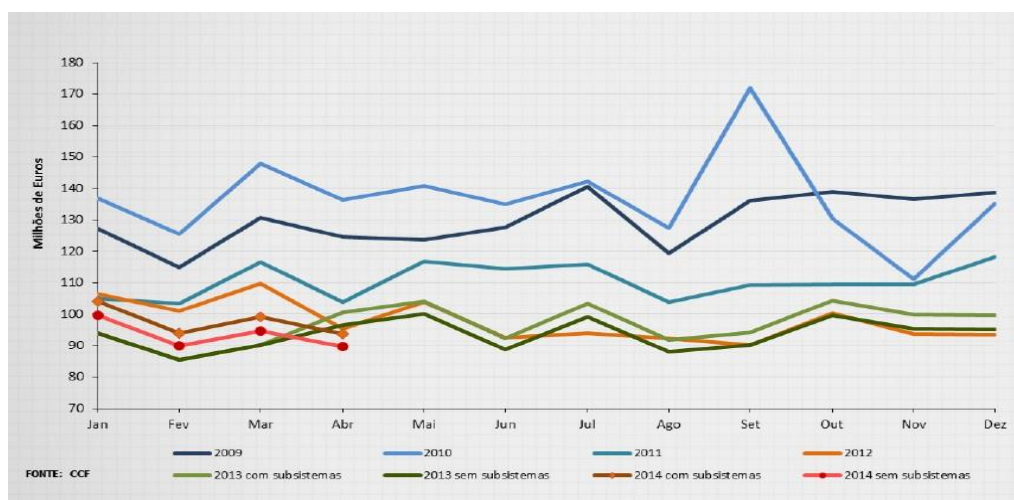


Figura 13: Encargos do SNS com medicamentos. Fonte: Infarmed (2014c)

A Figura 13 representa a evolução da despesa do Estado com medicamentos desde 2009. Como se pode observar esta tem vindo a diminuir consideravelmente nos últimos anos. Pela análise dos dados representados na Figura 13, o ano 2013 é o que apresenta os valores mais baixos desde 2009. De facto, entre o ano 2009 e o ano 2013 o Estado reduziu a despesa com medicamentos em aproximadamente 40 milhões de euros. No entanto, o primeiro trimestre de 2014 apresenta um ligeiro aumento, quando comparado com igual período de 2013 (Janeiro – Abril) (DGO, 2013; Infarmed, 2014d).

As sucessivas reduções dos preços dos medicamentos nos últimos tempos têm proporcionado um efeito positivo na diminuição da despesa com os mesmos, podendo dificultar a acessibilidade ao medicamento. Parte desta problemática prende-se com o facto das farmácias não possuírem capacidade de adquirir os *stocks* adequados devido à sua situação económica o que conduz a uma diminuição do abastecimento e dispensa de medicamentos (OPSS, 2012).

O método de determinação do PVP dos medicamentos tem sofrido algumas alterações ao longo do tempo sendo que, hoje em dia, os preços dos medicamentos são compostos por “preço de venda ao armazenista (PVA), margem de comercialização do distribuidor grossista, taxa sobre comercialização de medicamentos e IVA” (Decreto-Lei nº 228/2011, de 29 de novembro, 2011).

4.1. Evolução das margens de participação de medicamentos ao longo dos anos

A participação de medicamentos em Portugal dos MSRM é maioritariamente assegurada pelo SNS, existindo também subsistemas de saúde complementares, como por exemplo entidades privadas. De uma forma geral, o SNS participa medicamentos considerados essenciais em determinadas doenças, permitindo assim o acesso às terapêuticas (Pereira e Vilares, 2014; Queirós, 2011).

O sistema de participação é constituído principalmente pelo SNS e o utente, que assume o papel de copagador, existindo ainda a possibilidade de participação por uma terceira entidade, caso exista (Pereira e Vilares, 2014).

Dentro do SNS, as participações de medicamentos encontram-se subdivididos por regimes e escalões de participação, sendo a maior parte da faturação das farmácias respeitante ao regime geral. Encontram-se abrangidos pelo regime geral de participação todos os cidadãos portugueses inscritos no SNS.

O regime especial de participação pode ser aplicado em função dos beneficiários ou em função de determinados grupos de patologias ou grupos especiais de doentes. No que diz respeito ao regime especial em função dos beneficiários, este aplica-se a pensionistas que auferem uma pensão anual igual ou inferior a 14 vezes o ordenado mínimo nacional, em vigor no ano civil. Os grupos inseridos neste tipo de regime têm uma maior participação de medicamentos, dependendo do escalão em que se integram (Pereira e Vilares, 2014; Portugal, 2013).

Ainda dentro do regime especial, o SNS participa medicamentos considerados essenciais para a manutenção da qualidade de vida de doentes crónicos portadores de determinadas patologias consideradas de importância clínica relevante. Neste caso em particular, a participação por parte do Estado é de 100% de forma a garantir igual acesso à terapêutica por parte de todos os cidadãos portadores das doenças em questão (Pereira e Vilares, 2014).

Atualmente existem quatro escalões de participação vigentes em Portugal. Os escalões são definidos de acordo com os MSRM e a sua importância terapêutica, sendo os medicamentos considerados essenciais inseridos no escalão A. Os medicamentos destinados a terapêutica continuada de doenças crónicas, consideradas especiais, não se inserem nestes escalões de participação visto que são abrangidos

por um regime de comparticipação especial ao abrigo de diferentes portarias e despachos (CEGEA, 2005).

A comparticipação a aplicar em novos medicamentos pode ser efetuada de duas formas, sendo necessário ter em conta alguns fatores, por forma a analisar o sistema de comparticipação que mais se adequa ao medicamento em questão.

Uma das formas de comparticipação baseia-se num sistema em que o Estado comparticipa os medicamentos com uma percentagem fixa, onde o valor de comparticipação varia consoante o PVP do medicamento. Este aplica-se a medicamentos que não se enquadram no sistema de preços de referência, sendo o valor da comparticipação diretamente proporcional ao PVP do medicamento, ou seja, um medicamento de PVP elevado vai ter uma maior comparticipação por parte do Estado, resultando também num maior encargo para o utente, caso opte por um medicamento mais caro (Barros, s.d.)

Por outro lado, existe o sistema que se baseia nos preços de referência. Neste caso, a comparticipação dos medicamentos vai incidir sobre o preço tido como referência para cada grupo homogéneo – grupo onde se incluem medicamentos bioequivalentes sendo formado por pelo menos um medicamento genérico e respetivos medicamentos originais. Assim, a comparticipação é independentemente do PVP do medicamento sendo calculada com base no preço de referência. Esta comparticipação será máxima para os medicamentos do respetivo grupo homogéneo, quer o PVP do medicamento seja inferior ou superior (Barros, s.d.).

Relativamente ao que diz respeito à terceira entidade envolvida na comparticipação de medicamentos, esta funciona como uma remuneração complementar ao SNS, sendo geralmente correspondente à parte pela qual os subsistemas públicos estão encarregues (Pereira e Vilares, 2014).

A comparticipação de medicamentos é válida por um período máximo de três anos, após a data de aprovação da primeira atribuição de comparticipação. Após o término desse período, a comparticipação é reavaliada com objetivo de ponderar se o medicamento em questão continua a cumprir os requisitos necessários para dar continuidade à sua comparticipação. Os principais motivos para a descomparticipação de medicamentos prendem-se com o facto de possuírem PVP demasiado elevados, a sua eficácia terapêutica não se encontrar totalmente esclarecida ou quando comparado com um medicamento comparticipado semelhante apresentar menor eficácia do que o medicamento de referência para estudo. Existe ainda a possibilidade de reclassificação

de medicamentos, passando de MSRM a MNSRM, perdendo assim a sua comparticipação (Infarmed, 2014e).

De acordo com o referido anteriormente, nos últimos anos têm sido concentrados esforços para a redução da despesa em saúde, sendo o setor das farmácias um dos que tem sofrido mais alterações para atingir o objetivo. Entre as medidas a adotar, encontram-se alterações ao regime de comparticipação de medicamentos (Tabela 14).

Tabela 14: Evolução dos escalões de comparticipação. Fonte: Decreto-Lei nº118/92 de 25 de junho do Ministério da Saúde; Decreto-Lei nº 129/2005 de 16 de agosto do Ministério da Saúde; Decreto-Lei nº 48-A/2010 de 13 de maio do Ministério da Saúde; (1992; 2005; 2010)

	1992		2005		2010	
	Regime geral	Regime especial	Regime geral	Regime especial	Regime Geral	Regime especial
Escalão A	100%	n.d.	95%	100%	90%	95%
Escalão B	70%	85%	70%	85%	69%	84%
Escalão C	40%	65%	40%	55%	37%	52%
Escalão D	n.d.	n.d.	20%	35%	15%	30%

n.d. – não definido

As comparticipações de medicamentos são, na sua grande maioria, pagas pelo Estado às farmácias, após conferência de receituário pelas entidades competentes. O pagamento é efetuado até ao dia 10 do mês seguinte do fecho da faturação, sendo esse pagamento correspondente à faturação de receitas ao SNS e seus subsistemas. O montante pago corresponde ao valor da faturação enviado pelas farmácias, com as devidas retificações (Portaria nº 24/2014 de 31 de janeiro do Ministério da Saúde, 2014).

Tendo em conta que o segmento dos MSRM é, maioritariamente, comparticipado pelo Estado, no ato de dispensa a farmácia não recebe a totalidade do valor do medicamento dispensado. O valor a receber no ato da dispensa corresponde à

parte não participada, incluindo subsistemas ou seguros de saúde com regime de participação de medicamentos. Nos casos em que o medicamento detém uma participação total, quer seja pelo Estado ou em complementaridade com outros sistemas de participação, no ato da dispensa a farmácia não recebe qualquer valor referente ao medicamento. Estes factos condicionam o funcionamento das farmácias, visto que, a par das alterações nos escalões de participação, também se verifica uma descida constante dos preços dos medicamentos, fazendo com que as farmácias fiquem numa situação financeira delicada.

4.2. O mercado total dos medicamentos dispensados em ambulatório

O mercado dos MSRM em Portugal tem sofrido grandes alterações nos últimos anos, sendo a tendência a redução da despesa com medicamentos.

Ao comparar com os países de referência – tema que vai ser posteriormente abordado – Portugal era o país com maior fatia de despesa com medicamentos nos totais das despesas com saúde em 2006. Com todas as alterações implementadas como esforço para redução da despesa com medicamentos verifica-se que em 2011 Portugal já não era o país com maiores encargos nos totais da despesa com saúde, tendo diminuído cerca de três pontos percentuais entre 2006 e 2011 (Tabela 15).

Tabela 15: Despesas com medicamento no total de despesas de saúde. Fonte: APIFARMA (2014b)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Eslovénia	19,9%	19,2%	18,0%	18,4%	19,1%	18,9%
Espanha	19,1%	18,6%	18,3%	18,2%	18,3%	17,4%
França	16,7%	16,7%	16,5%	16,2%	16,0%	15,6%
Portugal	21,2%	21,0%	20,3%	19,4%	18,5%	17,9%

De facto, entre 2006 e 2011 verificou-se uma redução dos encargos do SNS com medicamentos, tendo sido poupados cerca de 95 milhões de euros durante este período. Na origem desta redução da despesa estão todas as medidas tomadas até então como reduções administrativas dos preços dos medicamentos, alterações nos escalões de participação e criação de grupos homogéneos (Infarmed, 2011a).

Após a entrada em vigor do MdE, a despesa com medicamentos continuou a diminuir tendo atingido o menor valor observado desde a aplicação das medidas acordadas no MdE – cerca de 100 milhões de euros (Infarmed, 2013b).

No entanto, a *Troika* parece não ter em conta as medidas já tomadas pelo Estado antes do MdE. No período que antecedeu a entrada da *Troika* em Portugal, o Estado já tinha procedido a descidas administrativas do preço dos medicamentos. Estas reduções refletiram o seu impacto na retração da despesa com medicamentos. A par das descidas administrativas, devem considerar-se as descidas voluntárias dos preços por parte da indústria farmacêutica como forma de concorrência entre os demais detentores de AIM.

Em 2013, o preço médio dos medicamentos vendidos na farmácia era de 10,22€, apresentando um decréscimo de 5% face ao período homólogo de 2012 (10,71€) (Infarmed, 2013b).

4.3. Medicamentos genéricos

O medicamento genérico é, segundo o Infarmed (2013a), “*um medicamento com a mesma substância ativa, forma farmacêutica e dosagem e com a mesma indicação terapêutica que o medicamento original, de marca, que serviu de referência*”.

O preço de um medicamento genérico é tendencialmente mais baixo que os preços dos medicamentos originais, uma vez que os genéricos dispensam estudos de desenvolvimento, sendo unicamente necessário testes de bioequivalência/biodisponibilidade com o medicamento original. Torna-se também importante referir que os medicamentos genéricos só podem entrar no mercado após expirar a patente do medicamento original (Gomes e Ramos, 2013; Maria, 2007)

4.3.1. Evolução do mercado de medicamentos genéricos em Portugal

Nos dias de hoje é corrente ouvir falar em medicamentos genéricos, no entanto, só na última década é que este segmento do mercado se tem desenvolvido, ganhando posição em relação aos respetivos medicamentos originais. A primeira referência a estes medicamentos pode encontrar-se na Lei nº 81/90, de 12 de março onde são reguladas a produção, AIM, distribuição, participação e preço, no entanto, só em 1991 foi definido o conceito de medicamento genérico (Gomes e Ramos, 2013; Maria, 2007).

Tabela 16: Evolução da legislação dos medicamentos genéricos. Fonte: Gomes e Ramos (2013)

Lei nº 81/90, de 12 de março	<ul style="list-style-type: none">• Regulação de produção, AIM, distribuição, comparticipação e PVP
Decreto-lei nº 72/91, de 8 de fevereiro	<ul style="list-style-type: none">• Definição do conceito de medicamento genérico;• Fixação de regras de prescrição e dispensa
Portaria nº 623/92, de 1 de julho	<ul style="list-style-type: none">• Alteração do regime de PVP dos medicamentos genéricos - 20% inferior ao medicamento de referência
Decreto-Lei nº 205/2000, de 1 de setembro	<ul style="list-style-type: none">• Aumento de 10% na comparticipação de medicamentos genéricos
Decreto-Lei nº 249/2003, de 9 de julho	<ul style="list-style-type: none">• Alteração das condições de AIM

Apesar de todas as medidas tomadas até 2003, os medicamentos genéricos detinham uma quota de mercado muito pouco significativa – inferior a meio ponto percentual (Tabela 16) (Barros e Nunes, 2011).

No ano 2000, a par do aumento da comparticipação de medicamentos genéricos, o Ministério da Saúde desenvolveu um conjunto de ações dirigidas aos profissionais de saúde, indústria farmacêutica e utentes. Estas medidas impulsionaram o crescimento do mercado, uma vez que se observou um aumento da quota de mercado, em volume de embalagens, dos medicamentos genéricos – em 2007 representava 16.2%. Após a introdução destas medidas e até 2007 a despesa com medicamentos genéricos, no total da despesa com medicamentos, cresceu aproximadamente 18%. Atualmente, estes medicamentos possuem uma quota de 46%, dados de abril de 2014, no SNS. Pode afirmar-se que o mercado dos medicamentos genéricos é um mercado em ascensão até aos dias de hoje (Infarmed, 2014d; Simoens, 2009).

Segundo o Infarmed, I.P. (2014c), desde 2012 que têm sido introduzidas várias medidas para aumentar o mercado dos medicamentos genéricos, nomeadamente:

- Elaboração de legislação que promoveu criação de regimento de litígios procedentes de direitos associados à indústria quando envolvidos medicamentos originais e medicamentos genéricos – Lei nº 62/2011, de 12 de dezembro;
- Obrigatoriedade de revisão anual dos preços de medicamentos genéricos;
- Implementação de novas regras de prescrição e dispensa de medicamentos;
- Delegação direta da tutela ao Infarmed do poder de decisão dos processos de comparticipação;
- Redução dos tempos de espera para avaliação dos pedidos de comparticipação de medicamentos genéricos;
- Criação de novos grupos homogéneos mensalmente.

Estas medidas tinham como principal objetivo melhorar a acessibilidade a medicamento e diminuir a despesa do Estado.

Os medicamentos genéricos continuam a ser uma parte importante no controlo da despesa, tendo em conta que o número de embalagens dispensado tem aumentado todos os anos e o valor correspondente tem diminuído. No período compreendido entre os anos 2010 e 2012 o número de embalagens dispensadas aumentou 13%, sendo que, a sua quota de mercado correspondente, em valor, diminuiu cerca de 4 pontos percentuais (Figura 14). Esta taxa de crescimento negativo, no que respeita aos preços dos medicamentos genéricos, deve-se às sucessivas baixas administrativas de preços e à atual revisão trimestral dos preços dos medicamentos.

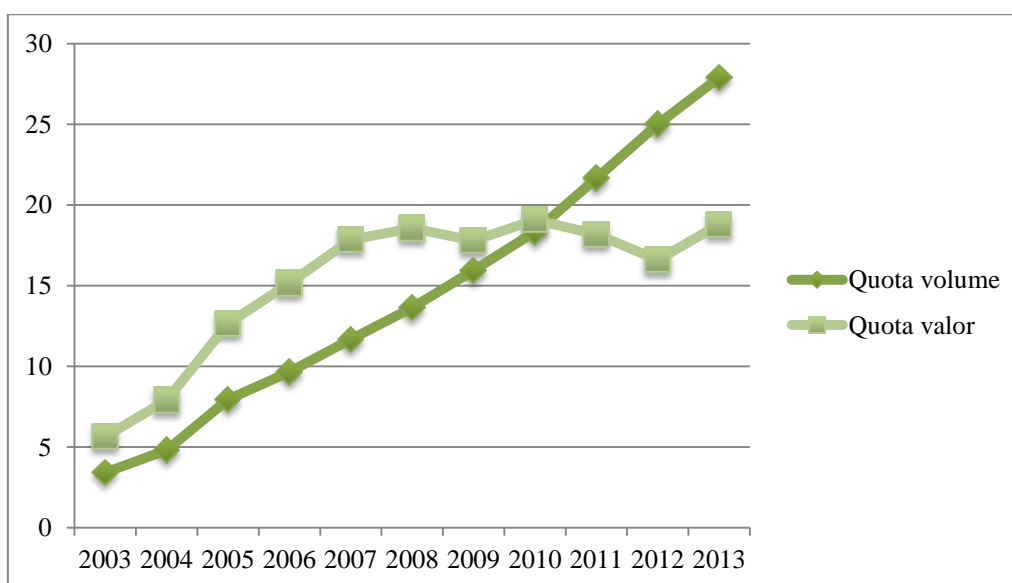


Figura 14: Evolução das quotas de mercado dos medicamentos genéricos. Fonte: Infarmed (2011b, 2013b)

Todas estas medidas não só contribuíram para a diminuição da despesa com medicamentos, mas também para a diminuição da rentabilidade das farmácias que, para além dos reduzidos preços praticados hoje em dia, se encontram em regime de margens regressivas. A aplicação destas margens tem como principal objetivo o incentivo de dispensa de medicamentos genéricos mais baratos. No entanto esta medida não representa nenhum benefício para as farmácias, uma vez que os preços destes medicamentos se encontram cada vez mais baixos. Em 2012, último ano com dados disponíveis, o preço médio dos medicamentos genéricos foi de 7,10€, representando uma diferença de 12,28€ face a 2007 (Figura 15) (Gomes e Ramos, 2013).

É no ano 2010 que se observa a maior quebra de preços dos medicamentos genéricos, uma vez que em junho foram implementadas medidas importantes no sistema de preços de referência, entre elas a redução de 30 pontos percentuais do PVP dos medicamentos genéricos (OPSS, 2012).

Os baixos preços praticados hoje em dia, não se baseiam apenas nas descidas administrativas de preços, mas também no sistema de preços de referência e nas descidas voluntárias por parte dos detentores de AIM, de modo a que o preço dos seus medicamentos fique dentro dos cinco mais baratos integrados no mesmo grupo homogéneo.



Figura 15: Evolução dos preços dos medicamentos genéricos. Fonte: Gomes e Ramos (2013)

4.3.2. A criação do sistema de preços de referência e a sua influência no preço dos medicamentos

O sistema de preços de referência (SPR) é um sistema que inclui MSRMs comparticipados, para os quais já existem genéricos autorizados comercializados e que estejam sujeitos a comparticipação. Os medicamentos devem possuir a mesma composição qualitativa e quantitativa de substância ativa, bem como a mesma forma farmacêutica, dosagem e via de administração (Infarmed, 2014f).

O preço de referência é o preço sobre o qual vai incidir o máximo de comparticipação, isto é, o Estado comparticipa um valor fixo, independentemente da escolha do medicamento por parte do utente. Este foi um dos sistemas implementado em Portugal, com objetivo de reduzir a despesa com medicamentos, visto que este sistema baliza a comparticipação do Estado sobre determinada substância ativa, seja ele original ou genérico (CEGEA, 2005; Gomes e Ramos, 2013).

Inicialmente o cálculo dos preços de referência era diferente do que se observa nos dias de hoje. Em 2002, ano em que o sistema de preços de referência entrou em vigor em Portugal, estes preços eram calculados tendo por base o grupo homogéneo – formado por, pelo menos um medicamento genérico e respetivos medicamentos originais, que sejam bioequivalentes entre si (CEGEA, 2005).

Neste método de cálculo, o preço de referência correspondia ao PVP do medicamento genérico mais caro pertencente ao respetivo grupo homogéneo. Dado a atualização de PVP dos medicamentos, verificou-se que o SPR não se podia manter inalterado, passando a ser revisto trimestralmente, de modo a acompanhar as reduções administrativas dos preços dos medicamentos (CEGEA, 2005).

Em 2007 surge um novo conceito para os preços de referência: o preço de referência internacional. Esta é uma metodologia utilizada pelos Governos de diversos países de forma a garantir que os preços dos medicamentos se encontram dentro dos preços praticados noutros países (Deloitte, 2013).

O novo SPR tem por base a comparação com países pertencentes à UE, que apresentem indicadores económicos semelhantes aos de Portugal. Os primeiros países de referência para Portugal, em 2007, foram Espanha, França, Grécia e Itália.

Ainda em 2007, ocorreram mudanças nas regras de fixação do PVP dos medicamentos. Estes deixaram de ser fixos e passaram a possuir a designação de preços máximos, o que permite às farmácias a prática de descontos sobre a parte não

comparticipada, ou seja, as farmácias têm poder de praticar descontos sobre MSRM (Barros et al., 2012; Gomes e Ramos, 2013).

Um estudo realizado pela PREMIVALOR Consulting (2009) demonstrou que, quando comparado com os países de referência, Portugal possuía preços inferiores à média dos países de referência. Este estudo baseou-se no preço unitário dos medicamentos, analisando as 70 denominações comuns internacionais (DCI) com maior encargo na despesa em Portugal, assim como as apresentações que possuíam maior relevância nas terapêuticas dos portugueses, que regra geral, correspondiam às embalagens de maiores dimensões (Consulting, 2009).

De acordo com a informação constante na Tabela 17, não foi possível, para nenhum dos países de referência, analisar a totalidade das DCIs selecionadas. As principais limitações apresentadas para não existirem resultados para a totalidade da amostra prenderam-se com a falta de informação dos PVP praticados nos países de referência e o tamanho das embalagens dos medicamentos selecionados apresentarem diferenças significativas relativamente ao tamanho de embalagem escolhido como referência (Consulting, 2009).

Tabela 17: Países de referência de Portugal em 2007. Fonte: Consulting (2009)

	Espanha	Itália	França	Grécia
Nº de moléculas	55	43	48	37
Δ Preço	+ 23%	+ 9,2%	+ 19,5%	+ 37,1%

Através da Tabela 17 é possível constatar que à data do estudo efetuado, a diferença de preços entre Portugal e os seus países de referência era significativa, sendo em todos os casos o preço praticado em Portugal, inferior ao praticado nos restantes países em análise. A menor discrepância de preços encontra-se entre Portugal e Itália, onde os medicamentos em análise são 9,2% mais caros do que em Portugal.

Em 2011, a PREMIVALOR Consulting voltou a realizar um estudo utilizando os mesmos países de referência – Espanha, França, Grécia e Itália. Ao contrário do estudo anterior, neste utilizaram-se apenas as 20 DCIs mais relevantes em Portugal, em vez das 70 incluídas no estudo de 2009. A escolha das DCIs obedeceu ao mesmo critério de seleção, sendo também apontadas as mesmas limitações.

Os dados revelados neste estudo demonstram que Portugal tem uma média de preço unitário de medicamentos mais baixa que os países de referência, ou seja, os preços dos medicamentos praticados em Portugal eram, regra geral, mais baixos que os praticados nos países de referência, tal como em 2009. Talvez por esta razão se tenha adiado a revisão do preço dos medicamentos, através da Portaria nº 112-B/2011, visto que o preço dos medicamentos já se encontrava abaixo dos países de referência.

Tabela 18: Países de referência Portugal 2011. Fonte: Consulting (2011)

	Espanha	Itália	França	Grécia
Nº de moléculas	19	16	17	14
Δ Preço	+ 12%	+ 30%	+ 63%	+ 157%

Por comparação dos resultados das tabelas 17 e 18, é possível constatar que a diferença de preço entre Portugal e três dos países de referência – Itália, França e Grécia – aumentou significativamente, tendo, no caso da Grécia ultrapassado os 150 pontos percentuais. Espanha foi o único país em que se verificou uma redução do preço dos medicamentos, sendo o país de referência com preços mais próximos dos praticados em Portugal (Consulting, 2011).

Ambos os estudos apresentam amostras muito reduzidas, o que impossibilita obter resultados reais da disparidade de preços entre Portugal e os países de referência no entanto, pode perceber-se que existe alguma discrepância entre Portugal e os seus países de referência (Consulting, 2009, 2011).

Atualmente, os preços de referência são calculados em função dos cinco medicamentos mais baratos integrantes em cada grupo homogéneo, sendo utilizados cinco preços diferentes, de medicamentos genéricos ou não. O preço de referência é determinado através da média dos cinco medicamentos mais baratos do respetivo grupo homogéneo. Os preços são revistos trimestralmente, podendo ou não existir alterações (Gomes e Ramos, 2013).

5. Rentabilidade efetiva do setor

Depois de apresentados todos os acontecimentos que contribuíram para crise que se faz sentir no setor das farmácias em Portugal torna-se essencial apresentar a evolução dos números nos últimos anos.

A análise apresentada foi baseada nos quadros do setor disponibilizados pelo Banco de Portugal para o Setor de Atividade Económica 47730 – Comércio a retalho de produtos farmacêuticos, em estabelecimentos especializados. Para uma melhor compreensão dos valores apresentados descreve-se de seguida o tipo de dados analisados:

Volume de Negócios – incluído no total de rendimentos líquidos, representa o total de vendas e serviços prestados;

Custos – incluem-se no total de gastos líquidos e representa o custo das mercadorias e das matérias consumidas;

Resultados operacionais – incluem-se nos resultados económicos da atividade, representa o resultado gerado pela atividade principal da empresa sendo apurado pela diferença entre os proveitos operacionais (vendas, prestação de serviços, entre outros) e os custos operacionais (compra de mercadorias e matérias-primas, salários e encargos, custos gerais de produção e amortização do imobilizado) (IAPMEI, 2014).

Resultados líquidos – incluem-se nos resultados económicos da atividade, representando o resultado residual que a empresa obtém após deduzidos aos ganhos (ou proveitos) todos os gastos (ou perdas), sejam eles gastos com compras de mercadorias, matérias e serviços, gastos com o pessoal, desgaste dos equipamentos, custos financeiros de financiamento, impostos, entre outros (IAPMEI, 2014)

De acordo com os dados disponibilizados pelo Banco de Portugal (BdP) as farmácias apresentavam em 2012, um volume de negócio de 976.554 mil euros. Este número encontra-se bastante abaixo do valor apresentado em 2006 (1.261,2 milhões de euros) representando um decréscimo de 22,6% (Tabela 19) (Portugal, 2010, 2014).

Tabela 19: Evolução da atividade económico-financeira do setor das farmácias. Adaptado de Banco de Portugal (2010, 2014)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Volume de negócios	1.261.187€	1.226.904€	1.249.977€	1.204.963€	1.215.402€	1.080.254€	976.554€
Custos	928.158€	905.873€	927.326€	888.132€	883.783€	780.348€	724.915€
Resultado operacional	74.622€	63.655€	55.536€	73.919€	73.760€	53.730€	25.304€
Resultado Líquido	58.875€	48.740€	37.205€	45.498€	45.383€	24.508€	843€
Margem de vendas	26,4%	26,17%	25,8%	26,29%	27,28%	27,76%	25,76%

Através da análise da Tabela 19 verifica-se que a diminuição do volume de negócios não foi constante ao longo do tempo, tendo ocorrido um ligeiro aumento em 2008. Este aumento não é necessariamente positivo, dado que o resultado líquido desse ano sofreu uma variação negativa de 24%, em comparação com o ano anterior, devido ao aumento considerável dos custos – mais 21.453€.

A principal fonte de rendimento das farmácias está associada à venda de MSRM, onde a margem depende do PVA, no entanto as vendas incluem outros produtos, sem margem regulada. De acordo com os dados do Banco de Portugal para 2012, a margem de vendas situa-se nos 25,76%, sendo a mais baixa entre 2006 e 2012.

Relativamente aos custos da farmácia, estes sofreram uma redução significativa de 21,9% entre 2006 e 2012. A variação do volume de negócios e dos custos associados não foi diretamente proporcional no decorrer dos anos, o que se traduz numa diminuição significativa do resultado líquido e operacional obtido, como se pode verificar na Figura 16.

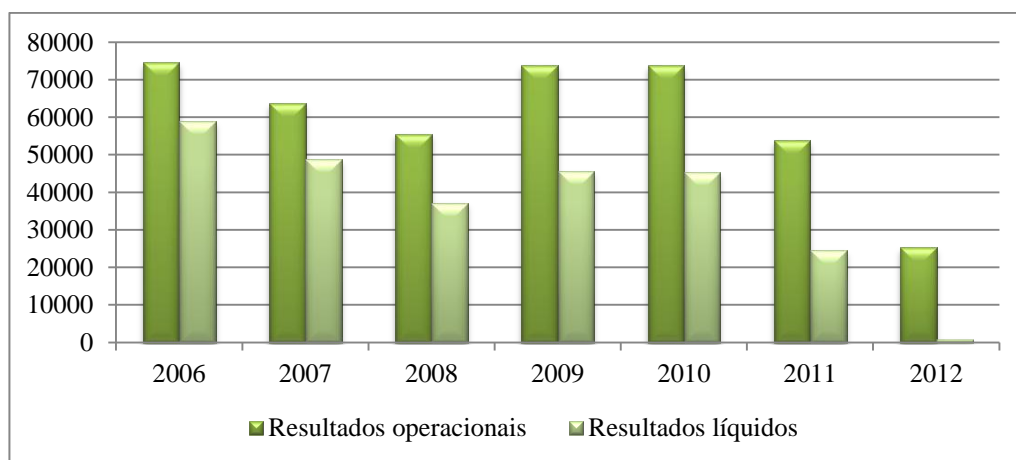


Figura 16: Evolução dos resultados operacionais e resultados líquidos das farmácias. Fonte: Banco de Portugal (2010, 2014)

Ao longo do período em análise constata-se uma descida significativa do resultado operacional entre 2006 e 2012, sofrendo uma diminuição de 66%. Comparativamente, o resultado líquido apresenta uma diminuição de 99% (Figura 16).

Na Tabela 20 encontra-se a variação anual do volume de negócios durante o período considerado.

Tabela 20: Variação anual do volume de negócios. Fonte: Banco de Portugal (2010, 2014)

2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010	2010/2011	2011/2012
- 2,72%	1,88%	- 3,6%	0,87 %	-11,12%	-9,6%

Entre 2008 e 2009 ocorre um decréscimo do volume de negócios (cerca de 4%), mantendo-se constante entre 2009 e 2010, sofrendo novamente uma quebra significativa em 2011 de 11% e em 2012 de 10%.

Com esta análise é possível concluir que apesar da visível redução dos custos ao longo do tempo a tendência é que estes correspondam quase na totalidade ao volume de negócios da farmácia num ano de exercício.

6. Conclusão

A presente dissertação teve por objetivo analisar a atual situação das farmácias em Portugal, englobando todos os fatores que contribuíram para a progressiva diminuição da rentabilidade das farmácias.

Desde 2005 que o setor tem sido alvo de diversas intervenções que alteraram o seu funcionamento.

A liberalização da venda de MNSRM fora das farmácias causou uma diminuição significativa da venda deste tipo de medicamentos nas farmácias comunitárias, marcando assim o início da crise no setor. De facto, a venda deste tipo de medicamentos fora das farmácias tem tido um crescimento bastante considerável representando atualmente 20% do mercado dos MNSRM, apesar de os preços praticados nestes locais apresentarem valores cada vez mais elevados, ao contrário do que era o objetivo da medida. Apesar da tendência de aumento dos preços, verifica-se um maior número de embalagens vendidas nestes estabelecimentos em detrimento das farmácias comunitárias.

A despesa com medicamentos possuiu durante muitos anos um peso significativo no total da despesa do Estado, tendo por isso sido concentrados esforços para a sua redução. As sucessivas descidas administrativas do preço dos medicamentos e a introdução do novo sistema de remuneração das farmácias foram fatores determinantes para a atual situação do setor. Entre 2006 e 2011 a redução dos encargos do SNS com medicamentos foi na ordem dos 95 milhões de euros, o que efetivamente reduziu este tipo de despesa, contribuindo também para a instabilidade do setor.

Outro fator que tem contribuído para a redução da despesa é a dispensa de medicamentos genéricos. O seu mercado é visivelmente crescente no que diz respeito ao número de embalagens dispensadas, no entanto observa-se uma redução do seu preço, sendo a tendência que se tornem cada vez mais baratos.

Com tudo isto a rentabilidade efetiva do setor encontra-se seriamente afetada. Os dados apresentados sobre a realidade dos últimos anos demonstram que embora a margem se tenha mantido constante, os resultados operacionais do ano 2012 apresentam valores bastante inferiores aos obtidos em 2006 (aproximadamente menos 50 mil euros). Consequentemente, os resultados líquidos obtidos no exercício do ano 2012

foram consideravelmente mais baixos, sendo os mais baixos durante o período em análise.

A par da evidente redução do volume de negócios a partir de 2010, período coincidente com o início do processo interventivo da *Troika* em Portugal, ocorre uma descida dos custos, mas que é absorvido pelo baixo resultado líquido obtido. Mantendo-se esta tendência as farmácias poderão vir a obter resultados negativos.

O setor das farmácias em Portugal encontra-se numa situação delicada, observando-se um aumento do número de situações de insolvência e penhora e, conseqüentemente uma diminuição do número de farmácias existentes.

Bibliografia

- 1^a atualização do Memorando de Entendimento. (2011), Disponível em http://www.portugal.gov.pt/media/1160817/1R_MoU_PT_20110901.pdf
[Consultado a 18 de setembro de 2014]
- 2^a atualização do Memorando de Entendimento. (2012), Disponível em http://www.portugal.gov.pt/media/584941/3r_mou_pt_20120315.pdf
[Consultado a 18 de setembro de 2014]
- 6^a atualização do Memorando de Entendimento. (2012), Disponível em http://www.portugal.gov.pt/media/890991/6R_MoU_PT_20121219.pdf
[Consultado a 18 de setembro de 2014]
- ANF. (2008). O seu Farmacêutico de Oficina, Disponível em http://www.anf.pt/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=108&Itemid=108 [Consultado a 15 de setembro de 2014]
- Antão, A. A., e Grenha, C. M. (2012). Avaliação Económica e Financeira do Setor das Farmácias.
- Antão, A. A., e Grenha, C. M. (2014). Estudo Económico/Financeiro. Sector das Farmácias em Portugal - 2012 e 2013.
- APIFARMA. (2014a). A indústria farmacêutica em números. In E. 2013 (Ed.).
- APIFARMA. (2014b). Peso da Despesa Total em Medicamentos na Despesa em Saúde, Disponível em <http://www.apifarma.pt/estudos/IndicadoresAPIF/EU/MedIF/Documents/Peso%20da%20despesa%20total%20em%20medicamentos%20na%20despesa%20em%20sa%C3%BAde.pdf> [Consultado a 10 de outubro de 2014]
- Barros, P. P. (s.d.). Aspectos económicos da escolha do sistema de comparticipação de medicamentos.
- Barros, P. P., Machado, S. R., e Simões, J. A. (2011). Portugal Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(4).
- Barros, P. P., Martins, B., e Moura, A. (2012). Evolução do sector das farmácias - revisitando o estudo "A situação concorrencial no sector das farmácias" de 2005.
- Barros, P. P., e Nunes, L. C. (2011). 10 anos de política do medicamento em Portugal.
- CEFAR. (2013). Mercado e Despesas SNS. *Farmácia Observatório*.

- CEFAR. (2014). Especial 3 anos troika. *Farmácia Observatório*.
- CEGEA. (2005). A situação concorrencial no sector das farmácias: Relatório Final: Universidade Católica Portuguesa.
- Consulting, P. (2009). Estudo comparativo dos preços dos medicamentos genéricos. Portugal vs Espanha, Itália, França e Grécia.
- Consulting, P. (2011). Estudo comparativo dos preços dos medicamentos genéricos - EDIÇÃO 2011.
- Decreto-Lei nº19/2014 de 5 de fevereiro do Ministério da Saúde, Nº 25, Diário da República: I Série (2014).
- Decreto-Lei nº118/92 de 25 de junho do Ministério da Saúde, Nº 144, Diário da República : I série-A (1992).
- Decreto-Lei nº 48-A/2010 de 13 de maio do Ministério da Saúde, Nº 93-Supl, Diário da República : I Série (2010).
- Decreto-Lei nº 112/2011 de 29 de setembro do Ministério da Economia e do Emprego, 229, Diário da República : I Série (2011).
- Decreto-Lei nº 134/2005 de 16 de agosto do Ministério da Saúde, 156, Diário da República : I Série-A (2005).
- Decreto-Lei nº 154/2005 de 16 de agosto do Ministério da Saúde, Nº 156, Diário da República : I série A (2005).
- Decreto-Lei nº 228/2011, de 29 de novembro, Decreto-Lei nº 228/2011, de 29 de novembro (2011).
- Deloitte. (2013). Impact of austerity on European pharmaceutical policy and pricing.
- DGO. (2013). Síntese de execução orçamental: Ministério das Finanças.
- Gomes, M. J., e Ramos, F. (2013). O preço dos medicamento genéricos em Portugal (2011-2012): Estado, cidadão e farmácia. *Acta Farmacêutica Portuguesa*, 2, 75-90.
- IAPMEI. (2014). Glossário, Disponível em <http://www.iapmei.pt/iapmei-gls-02.php?glsid=4&letra=R> [Consultado a 17 de outubro de 2014]
- INE. (2014). Farmácias e postos farmacêuticos móveis (N.º) por Localização geográfica e Tipo de unidade local de farmácia; Anual, Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3 [Consultado a 4 de setembro de 2014]

- Infarmed, I. P. (2006). Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das Farmácias.
- Infarmed, I. P. (2008). Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das Farmácias.
- Infarmed, I. P. (2009). Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das Farmácias.
- Infarmed, I. P. (2010). Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das Farmácias.
- Infarmed, I. P. (2011a). Análise do Mercado de Medicamentos, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, em Ambulatório
- Infarmed, I. P. (2011b). Mercado Total e Mercado de Medicamentos Genéricos.
- Infarmed, I. P. (2011c). Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das Farmácias.
- Infarmed, I. P. (2012). Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das Farmácias.
- Infarmed, I. P. (2013a). Conceito de medicamento genérico, Disponível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PERGUNTAS_FREQUENTES/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/MUH_MEDICAMENTOS_GENERICOS/#P1 [Consultado a 10 de setembro de 2014]
- Infarmed, I. P. (2013b). Monitorização do Mercado de Medicamentos em Ambulatório - dezembro 2013.
- Infarmed, I. P. (2013c). Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das Farmácias.
- Infarmed, I. P. (2014a). Estatística do Medicamento 2012.
- Infarmed, I. P. (2014b). Lista de estabelecimentos de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica, Disponível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LICENCIAMENTO_DE_ENTIDADES/LOCAIS_DE_VENDA_MNSRM/LISTA_DAS_ENTIDADES_REGISTADAS_PARA_VENDA_DE_MNSRM [Consultado a 10 de outubro de 2014]
- Infarmed, I. P. (2014c). Mercado de Medicamentos Genéricos em Portugal.
- Infarmed, I. P. (2014d). Monitorização mensal do consumo de medicamentos no ambulatório do SNS - Abril.

- Infarmed, I. P. (2014e). Reavaliação da comparticipação, Disponível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/AVALIACAO_ECONOMICA_E_COMPARTICIPACAO/MEDICAMENTOS_USO_AMBULATORIO/REAVALIACAO_DA_COMPARTICIPACAO [Consultado a 3 de outubro de 2014]
- Infarmed, I. P. (2014f). Sistema de preços de referência, Disponível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/AVALIACAO_ECONOMICA_E_COMPARTICIPACAO/MEDICAMENTOS_USO_AMBULATORIO/SISTEMA_DE_PRECOS_DE_REFERENCIA [Consultado a 17 de setembro de 2014]
- Infarmed, I. P. (2014g). Venda de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das farmácias Janeiro-Março de 2014.
- Infarmed, I. P. (2014h). Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das Farmácias Janeiro-Junho de 2014.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., . . . McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe.
- Lei das bases da propriedade de farmácia, Lei nº2125 de 20 de março (1965).
- Lluch, M. (2010). Are regulations of community pharmacies in Europe questioning our pro-competitive policies? *Eurohealth*, 15(4), 25-26.
- Maria, V. (2007). A importância dos medicamentos genéricos. *Cadernos de economia*, 52-58.
- Memorando de Entendimento sobre as condicionalidades de política económica. (2011).
- Mota Faria, E. (2014). Farmácia Comunitária, Disponível em http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebInst_09/defaultCategoryViewOn.e.asp?categoryId=1909 [Consultado a 15 de setembro de 2014]
- OCDE. (2013). Health at a Glance 2013: OECD Indicators.
- OCDE. (2014a). Competition issues in the distribution of pharmaceuticals.
- OCDE. (2014b). Definition of Health spending, Disponível em <http://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart> [Consultado a 29 de setembro de 2014]
- OCDE. (2014c). OECD Health Statistics 2014 - How does Portugal compare? .
- Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária (2009).
- OF. (2014a). Consulta à base de dados da Ordem dos Farmacêuticos a 31-12-2013.

- OF. (2014b). Distribuição por faixa etária, Disponível em http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=1914&articleID=2332 [Consultado a 15 de setembro de 2014]
- OPSS. (2012). Crise & Saúde - Um país em sofrimento *Relatório de Primavera*.
- OPSS. (2013). Duas faces da saúde *Relatório de Primavera*.
- OPSS. (2014). Saúde - Síndrome de Negação *Relatório de primavera*.
- Pereira, M. C., e Vilares, H. (2014). Uma análise do mercado do medicamento em Portugal. *Boletim Económico*, 89-103.
- Pita, J. R. (2010). A farmácia e o medicamento em Portugal nos últimos 25 anos. *Debater a Europa*, 38-54.
- PORDATA. (2014a). Farmácias por 10 mil habitantes em Portugal, Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Farmacias+por+10+mil+habitantes-607> [Consultado a 4 de setembro de 2014]
- PORDATA. (2014b). Farmácias: número - Portugal, Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Farmacias+numero-153> [Consultado a 4 de setembro de 2014]
- Portaria nº 24/2014 de 31 de janeiro do Ministério da Saúde, Portaria nº24/2014, de 31 de janeiro (2014).
- Portugal, B. d. (2010). Quadro do setor, Disponível em www.bpstat.pt [Consultado a 17 de outubro de 2014]
- Portugal, B. d. (2014). Quadro do setor, Disponível em www.bpstat.pt [Consultado a 17 de outubro de 2014]
- Portugal, G. d. (2013). Comparticipação de medicamentos, Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/medicamentos/comparticipacaomedicamentos.htm> [Consultado a 3 de outubro de 2014]
- Queirós, S. I. C. M. (2011). *Aspectos económicos do sector das farmácias: Uma análise da evolução dos últimos 5 anos*. Universidade de Aveiro.
- Regime jurídico das farmácias de oficina, Decreto-Lei nº307/2007 de 31 de agosto (2007).
- Simoens, S. (2009). The Portuguese generic medicines market: a policy analysis. *Pharmacy Practice*, 74-80.
- Simphar. (2014). Winphar (Version 5.29.04).

Vogler, S., Habimana, K., e Arts, D. (2014). Does deregulation in community pharmacy impact accessibility of medicines, quality of pharmacy services and costs? Evidence from nine European countries. *Health Policy*, 117(3), 311-327.