

**José Miguel Freitas da Rocha e Costa**

**A reorganização da farmácia comunitária face à  
nova realidade económica**

**Universidade Fernando Pessoa**

**Faculdade de Ciências da Saúde**

**Porto 2014**



**José Miguel Freitas da Rocha e Costa**

**A reorganização da farmácia comunitária face à  
nova realidade económica**

**Universidade Fernando Pessoa**

**Faculdade de Ciências da Saúde**

**Porto 2014**

**José Miguel Freitas da Rocha e Costa**

**A reorganização da farmácia comunitária face à  
nova realidade económica**

**Orientador: Professor Doutor Delfim Santos**

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para  
a obtenção do grau de mestre em Ciências Farmacêuticas

---

## Sumário

O agravamento da situação económica que Portugal tem sofrido nos últimos anos tem levado os sucessivos governos a implementar medidas de contenção da despesa nos diferentes setores que compõem o Estado. O setor da saúde não é exceção, tendo-se verificado sucessivos cortes nos últimos anos.

Ao nível da farmácia comunitária, a realidade tem-se alterado profundamente. As sucessivas alterações legislativas que têm sido aprovadas desde o ano de 2005, não só vieram aumentar a concorrência no setor, com medidas como a liberalização da propriedade, a possibilidade de fazer descontos nos medicamentos e a venda de MNSRM fora das farmácias, como também vieram diminuir a rentabilidade das farmácias com as reduções sucessivas dos preços dos medicamentos e das suas margens de comercialização, a aplicação de margens regressivas em vez de margens fixas e o aumento de stock por imposição legal, entre outras medidas.

Tais alterações fizeram com que o setor das farmácias atravessasse agora uma grave crise económica e financeira, havendo mesmo farmácias a fechar. Como consequência, tem havido também uma redução da assistência às populações.

Para responder a estas dificuldades, as farmácias e os farmacêuticos devem unir-se em torno de objetivos comuns, defendendo uma nova forma de pensar a farmácia, em que o atendimento ao doente ganha uma maior importância face à venda do medicamento.

Palavras-Chave: farmácia comunitária, crise económica, reorganização, política do medicamento, ato farmacêutico, modelos de gestão, marketing farmacêutico.

## Abstract

The worsening of the economic situation that Portugal has suffered in the last years has lead the successive governments to implement measures to curb spending in the different sectors that compose the state. The health sector is no exception, and in recent years there have been successive cuts.

In what community pharmacy is concerned, reality has profoundly changed. The successive legislative amendments that have been approved since 2005, not only have increased competition in the sector, with measures such as property liberalization, the possibility of making discounts on drug sales and the sale of non-prescription drugs outside pharmacy, as they also decreased the profitability of pharmacies with successive reductions in drug prices and their sales margins, the application of regressive margins instead of fixed margins and the stock increase by legal imposition, between other measures.

Such changes caused a severe economic and financial crisis in the community pharmacy sector, with pharmacies having to shut. As a consequence, there has also been a reduction in assistance to populations.

To address these difficulties, the pharmacies and pharmacists should unite around common goals, advocating a new way of thinking the pharmacy, where the patient's care gains greater importance when compared to the drug's sale.

Keywords: community pharmacy, financial crisis, reorganization, drug pricing policy, pharmaceutical act, management models, pharmaceutical marketing.

## Agradecimentos

Ao Professor Doutor Delfim Santos pela ajuda e disponibilidade demonstrados durante a realização desta monografia.

Aos meus pais e à minha irmã, pela ajuda e pela paciência.

## Lista de Siglas e Abreviaturas

AdC – Autoridade da Concorrência

AFP – Associação das Farmácias de Portugal

ANF – Associação Nacional das Farmácias

BCE – Banco Central Europeu

DCI – Denominação Comum Internacional

FMI – Fundo Monetário Internacional

GH – Grupo Homogéneo

I&D – Investigação e Desenvolvimento

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e dos produtos de Saúde

MG – Medicamento(s) Genérico(s)

MNSRM – Medicamento(s) Não Sujeito(s) a Receita Médica

MR – Medicamento(s) de Referência

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OF – Ordem dos Farmacêuticos

OMC – Organização Mundial de Comércio

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PEC – Programa de Estabilidade e Crescimento

PIB – Produto Interno Bruto

PME – Pequenas e Médias Empresas

PNS – Plano Nacional de Saúde

pp – pontos percentuais

PR – Preço de Referência

PVA – Preço de Venda ao Armazenista

PVF – Preço de Venda à Farmácia

PVP – Preço de Venda ao Público

RAM's – Reações Adversas Medicamentosas

RE – Regime Especial

RH – Recursos Humanos

SI – Sistema(s) de Informação

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TJCE – Tribunal de Justiça das Comunidades Europeias

UE – União Europeia

USF – Unidades de Saúde Familiar

## Índice

|  |    |
|--|----|
| Introdução .....   | 1  |
| I - Evolução da Situação económica do País nos últimos anos .....  | 3  |
| 1.1 - Após a criação do euro.....  | 5  |
| 1.2 - O que levou Portugal ao pedido de ajuda externa.....   | 7  |
| 1.3 - O Memorando de Entendimento e as alterações previstas para o SNS.....                              | 8  |
| II - Fatores que levaram à crise atual no setor das farmácias .....                                      | 10 |
| 2.1 - Fatores Externos .....   | 10 |
| 2.1.1 - Venda de MNSRM fora das farmácias .....  | 11 |
| 2.1.2 - Liberalização da propriedade da Farmácia .....   | 13 |
| 2.1.3 - Descontos.....   | 14 |
| 2.1.4 - Redução progressiva do preço dos medicamentos.....   | 16 |
| 2.1.5 - Dinamização do mercado de Medicamentos Genéricos (MG) .....                                      | 22 |
| 2.1.6 - Alteração das margens fixas para as margens regressivas .....                                    | 26 |
| 2.1.7 - Aumento do stock por imposição legal.....  | 29 |
| 2.1.8 - Aumento dos Custos fixos .....   | 30 |
| 2.1.9 - Dificuldade de acesso aos medicamentos .....   | 32 |
| 2.2 - Fatores Internos.....  | 37 |
| III - Medidas a implementar para aumentar a rentabilidade do negócio das farmácias .....                 | 38 |
| 3.1 - Atrair Progressivamente para a farmácia medicamentos e produtos hospitalares .....                 | 39 |
| 3.2 - Associação entre farmácias.....  | 42 |
| 3.3 - Dissociar a remuneração do preço do produto, fazendo emergir o valor da prestação do serviço ..... | 43 |
| 3.4 - Desenvolver novas áreas de intervenção profissional.....   | 46 |
| 3.5 - Formação Pré e Pós-graduada.....   | 47 |
| 3.5.1 - Formação Pré-graduada .....  | 47 |
| 3.5.2 - Formação pós-graduada .....  | 48 |
| 3.6 - Otimização da Gestão de stocks .....   | 49 |
| IV - Medidas previstas (ou já adotadas) para atenuar a crise do setor .....                              | 50 |
| 4.1 - Compensação às farmácias que vendam mais MG.....   | 50 |
| 4.2 - MNSRM de dispensa exclusiva em Farmácia .....  | 51 |
| V - Conclusão.....   | 53 |
| Bibliografia .....   | 55 |
| Anexos.....  | 64 |

## Índice de Gráficos

|  |    |
|--|----|
| Gráfico 1 – Evolução mensal da quantidade, valor e nível de preços dos MNSRM   | 12 |
| Gráfico 2 – Consumo per capita de medicamentos pelo SNS  | 16 |
| Gráfico 3 – Comparação da despesa do SNS em ambulatório e a nível hospitalar   | 20 |
| Gráfico 4 – Quota de mercado em valor e em volume dos MG em Portugal   | 22 |
| Gráfico 5 – Taxa de crescimento do mercado de MG em Portugal entre 2004 e 2010   | 23 |
| Gráfico 6 – Evolução do preço médio dos MG no mercado ambulatório (2004 – 2012)  | 24 |
| Gráfico 7 – Comparação entre os lucros obtidos num sistema de margens regressivas e num sistema de margens fixas, por escalão de PVP | 29 |
| Gráfico 8 – Exportação paralela de medicamentos para a UE, em quantidade de packs  | 34 |
| Gráfico 9 – Exportação paralela de medicamentos para a UE, em PVP  | 35 |

## Índice de Quadros

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1 – Medidas negociadas com a Toika para a área da saúde relativas a 2012                     | 9  |
| Quadro 2 – Reduções administrativas dos preços dos medicamentos e das margens da distribuição       | 17 |
| Quadro 3 – Situação de dívida a fornecedores das farmácias em Portugal                              | 18 |
| Quadro 4 – Escalões de preços de medicamentos e respetivas margens de comercialização               | 27 |
| Quadro 5 – Funcionamento do comércio paralelo de medicamentos em Portugal e nos países importadores | 34 |
| Quadro 6 – Medidas em discussão na UE para mitigar a falha de abastecimento no mercado farmacêutico | 37 |

## Introdução

As Farmácias Comunitárias em Portugal tiveram uma evolução sustentada e significativa nos últimos 30 anos, tendo-se tornado numa referência em termos de prestação de cuidados de saúde a nível nacional, sendo também um exemplo de eficácia a nível internacional.

De facto, foi na década de 80, no período pós-revolução, que as farmácias iniciaram um processo de modernização não só a nível do espaço físico, mas também a nível tecnológico e até a nível da formação contínua dos farmacêuticos.

Esta vaga de inovações privilegiou significativamente a farmácia enquanto local de prestação de cuidados de saúde e, ao mesmo tempo, promoveu a renovação periódica de conhecimentos dos farmacêuticos após a formação universitária, como forma de os manter a par das necessidades, em saúde, das populações, fomentando assim a manutenção de um elevado nível de competência por parte dos farmacêuticos em atividade (Aguiar, 2009).

Foi a evolução, ao longo dos anos, que permitiu ao setor ganhar a confiança e reconhecimento dos cidadãos e do Estado como parte integrante do sistema de saúde português (Cordeiro, 2012). Sendo por isso natural que os diversos estudos realizados, que medem a perceção dos consumidores quanto à atuação dos diferentes setores da saúde, tenham revelado que o setor das farmácias é aquele que apresenta um maior índice de satisfação na opinião dos mesmos (Queirós, 2011). Além disso, do ponto de vista de assistência às populações, as farmácias, os farmacêuticos e os técnicos que nestas laboram, são os que surgem com uma distribuição geográfica mais homogénea, quando comparados com os restantes serviços de saúde e os seus respetivos técnicos superiores (Aguiar, 2009).

Porém, com a grave crise económica que Portugal atravessa hoje, tem vindo a ser exigida uma forte contenção orçamental, sendo esta transversal à maior parte dos setores de atividade. O setor das farmácias não é exceção e nos últimos anos tem sofrido um forte impacto devido às medidas que visam a contenção da despesa do estado. Há que referir,

no entanto, que apesar da atual conjuntura económica global ter contribuído para o agravar da situação, ela não justifica por si só a rápida degradação económico-financeira do setor (Cordeiro, 2012).

Com efeito, desde o ano de 2005, foram implementadas alterações legislativas que se basearam quase exclusivamente na redução dos preços dos medicamentos, não havendo uma devida avaliação integrada do sistema saúde. Desta forma, não foram resolvidos os problemas estruturais de sustentabilidade do SNS, mas foram criados problemas de natureza económica e financeira aos operadores do circuito do medicamento, que são particularmente graves para os de pequena dimensão como as farmácias (OF, 2012b). De facto, em Dezembro de 2012 eram já mais de 1.100 as farmácias que se encontravam com fornecimentos suspensos e quase 500 as que enfrentavam processos judiciais por dívidas a distribuidores (Barbosa *cit in* Farmácia Distribuição 2012b). Apesar destas dificuldades, continuam a ser exigidos os mesmos níveis de qualidade e serviços de permanência das farmácias em locais periféricos, com pouca população e onde não existem serviços médicos nem outros serviços de saúde (Cordeiro, 2012).

Por este motivo, torna-se urgente definir políticas lógicas que permitam reverter a situação complicada em que as farmácias portuguesas se encontram, assegurando o equilíbrio entre as necessidades da população em serviços de saúde e cobertura farmacêutica e a fundamental sustentabilidade económica do setor (Cordeiro, 2012).

Às farmácias cabe organizarem-se e apostar numa maior intervenção e diferenciação da sua atividade, nomeadamente no atendimento ao utente. Para que tal aconteça, tem de haver uma dissociação progressiva da remuneração do preço do produto, fazendo emergir o valor da prestação dos serviços farmacêuticos. Torna-se, por isso, imperativo as farmácias unirem-se no sentido de procurar, em conjunto com o governo, alcançar um modelo de sustentação legal, que preveja uma remuneração direta para este tipo de serviços (Aguiar, 2013).

## I - Evolução da Situação económica do País nos últimos anos

O elevado nível da dívida pública portuguesa constitui um dos problemas fundamentais com que a economia portuguesa se defronta na atualidade. Sendo que, no final de 2013, a dívida encontrava-se já próxima dos 130% relativamente ao Produto Interno Bruto (PIB). De grosso modo, isto significa que mesmo juntando todos os salários e lucros em Portugal no período de um ano, seria insuficiente para pagar o que o Estado português deve a terceiros (Abreu et al., 2013).

O rácio da dívida pública portuguesa sobre o PIB começou a aumentar a partir do ano de 2000, sendo que nesse mesmo ano tinha atingido o valor mais baixo das últimas duas décadas (51%). Este aumento comporta, no entanto, duas fases distintas. Entre 2000 e 2007 o aumento do rácio da dívida pública foi de “apenas” 17 pontos percentuais (p.p.) tendo sido determinado essencialmente pelo fraco desempenho da economia portuguesa no período. A partir de 2008, ocorreu um aumento três vezes mais rápido do que no período anterior, ou seja, o rácio da dívida pública aumentou 55 p.p. do PIB, atingindo um valor de 124 % no final de 2012 (Abreu et al., 2013).

Nas vésperas da crise internacional, que ocorreu em 2008, o valor da dívida pública portuguesa em percentagem do PIB encontrava-se em níveis semelhantes aos da média da União Europeia (UE), tornando-se assim evidente que o crescimento acentuado da dívida pública a partir dessa mesma data está fortemente relacionado com a crise económica internacional e com os efeitos que esta trouxe consigo. Além disso, existem países como a Grécia ou a Itália, cuja dívida pública em percentagem do PIB já era superior a 100% antes de 2008, o que nos leva a concluir que a evolução deste indicador económico, por si só, diz-nos muito pouco sobre as causas da atual crise em Portugal (Abreu et al., 2013).

É reconhecido por vários especialistas na área da economia que os fatores que desencadearam a crise que Portugal atravessa atualmente começaram a tomar forma aquando da projeção do euro e da necessidade de convergência e harmonização das políticas monetárias entre os bancos centrais dos países que iriam aderir à moeda única (Ferreira, 2013). Com a redução da inflação e o acesso ao mercado de obrigações do euro,

as taxas de juro nominais caíram de 16% em 1992 para 4% em 2001, tendo as taxas reais caído de 6% para valores próximos do zero (Blanchard, 2006). Esta descida das taxas de juro, resultou num aumento considerável do crédito aos sectores público e privado. O crédito disponibilizado foi então utilizado pelas empresas para investir e pelas famílias para comprar habitações, ativos financeiros (ações, obrigações, etc.) e em certa medida para aumentar os níveis de consumo havendo, conseqüentemente, uma diminuição das poupanças (Ferreira, 2013).

O menor custo do crédito permitiu também ao Estado reduzir a dívida pública sem, no entanto, diminuir os níveis de investimento e de consumo públicos, isto é, a despesa pública corrente continuou a aumentar (Abreu et al., 2013). Tal como mencionava o prémio nobel da economia, James Buchanan (*cit in* Ferreira 2013), ao financiar a despesa pública corrente através de dívida estamos a abater árvores de fruto para obter lenha e, dessa forma a reduzir a produção do pomar.

A injeção de liquidez na economia portuguesa, resultante da diminuição das taxas de juro em conjunto com um aumento da procura interna, fizeram com que o desemprego tenha recuado para menos de 5%, exercendo desta forma uma pressão considerável no sentido do aumento de salários. Os aumentos salariais vieram mesmo a ocorrer, sendo muitas vezes os salários reais superiores ao que correspondiam em produtividade (Ferreira, 2013). Estando os salários sobrevalorizados, a despesa inerentemente a esses mesmos salários passou a ser mais alta do que nos outros países da zona euro (área que representa 70% do comércio português), originando uma deterioração da relação competitividade-preço da economia portuguesa (Blanchard, 2006). De facto, e conforme refere Abreu et al. (2013, p.33),

ao longo da segunda metade da década de 1990, num momento em que o comércio internacional se encontrava em forte expansão, o peso das exportações no PIB português manteve-se inalterado, enquanto as importações cresciam rapidamente e os produtores nacionais viam diminuir a sua quota de mercado mundial.

Sendo que os investidores tinham cada vez menos incentivos para investir em sectores de bens transacionáveis que estariam mais expostos à concorrência internacional, a maior parte dos investimentos foram feitos em sectores de bens não transacionáveis

relativamente protegidos e beneficiários de rendas, o que resultou num fraco crescimento da produtividade (Lourtie, 2011).

Apesar das circunstâncias, o crescimento económico não abrandou, incentivado pela forte procura interna e beneficiando de um contexto externo favorável (crescimento do comércio internacional, queda do preço do petróleo, apreciação do dólar face às moedas europeias, etc.). A disponibilidade de crédito barato e a subida do rendimento disponível fizeram com que a generalidade dos agentes económicos aumentasse o seu nível de endividamento – o que, numa situação económica favorável e com boas perspetivas de evolução, parecia ser uma decisão ajustada (Abreu et al., 2013).

### 1.1 - Após a criação do euro

Portugal tornou-se, a 1 de janeiro de 1999, um dos fundadores da moeda única europeia. Mas, ao contrário do que seria de esperar, foi pouco depois da criação do euro que a economia portuguesa foi sujeita a um conjunto sucessivo de choques adversos.

Ainda em 1999, o recém-empossado Banco Central Europeu, iniciou um processo de aumento das taxas de juro (que só voltaram aos valores iniciais no final de 2002), o que implicou uma redução no rendimento disponível das famílias e das empresas portuguesas (Abreu et al., 2013).

Em 2001, a UE negociou a entrada da China na Organização Mundial do Comércio (OMC), aumentando a competição nas áreas de mão-de-obra intensiva que constituíam a especialização tradicional da economia portuguesa. Temos o exemplo do setor têxtil, que em 1990 representava 33% das exportações portuguesas e em 2006, este valor reduziu para apenas 13% (Lourtie, 2011).

Ao mesmo tempo, com a integração dos países da Europa Central e de Leste na UE, o investimento direto estrangeiro e as trocas comerciais, que até então tinham beneficiado Portugal, sofreram um forte impacto (Aguiar-Conraria et al., 2010). Estes países, não só apresentavam uma posição geográfica mais central em relação aos principais mercados europeus, como também tinham trabalhadores mais qualificados e menores custos de

mão-de-obra. Assim sendo, apresentavam, a partir do momento da adesão, grandes vantagens na atração de investimento e ao nível da competitividade comercial (Lourtie, 2011).

Por último, a forte apreciação do euro face ao dólar, também ajudou a agravar a posição dos portugueses face à concorrência externa. Isto significa que, não só o preço dos produtos portugueses em dólares aumentou, mas também que os produtos extracomunitários passaram a entrar em todo o espaço da zona euro a preços mais reduzidos (Abreu et al., 2013).

Sendo verdade que a generalidade dos choques referidos se tenha feito sentir no conjunto da UE, não é menos verdade que o seu impacto foi muito diferenciado nos vários estados-membros. Enquanto os países especializados na produção de bens e serviços mais intensivos de conhecimento e tecnologia (como a Alemanha, a Holanda ou os países nórdicos) acumularam excedentes externos ao longo dos anos, os países com estruturas produtivas menos qualificadas (como Portugal, Espanha e Letónia) viram a posição externa das suas economias deteriorar-se de forma acelerada. Desta forma, ficou patente que as economias da UE não estavam igualmente preparadas para lidar com os desafios da economia europeia e global. Ainda assim, estas economias, principalmente as que integraram a zona euro, foram sujeitas às mesmas regras e decisões políticas nos domínios monetário, cambial, orçamental, de concorrência e de comércio e investimento internacionais, resultando na acumulação de dívida externa em alguns países, enquanto outros iam acumulando excedentes nas suas balanças com o exterior (Abreu et al., 2013).

Com a dívida externa a aumentar, e num novo contexto económico e monetário, em que a desvalorização cambial deixou de ser possível, foi uma questão de tempo até que as economias deficitárias, como a portuguesa, deixassem de conseguir pagar as dívidas. A correção do desequilíbrio das economias endividadas passava agora pela desinflação salarial e/ou por um crescimento da produtividade mais acentuado, o que ocorreu até certo ponto. A partir de 2002, o crescimento dos custos salariais diminuiu consideravelmente, ficando abaixo da média da zona euro e invertendo uma tendência que existia até então (Lourtie, 2011). No entanto, isto suscitou outro tipo de problemas. A descida de salários e a deflação contribuíram para deprimir a procura interna no imediato, num momento em

que a economia tinha dificuldade em crescer por via das exportações, fazendo estagnar o motor do crescimento económico e causando um impacto negativo no emprego e nas finanças públicas. Resumindo, nestas condições, o ajustamento só é conseguido à custa de períodos prolongados de baixo crescimento, desemprego elevado, deterioração das contas públicas e, por conseguinte, das funções sociais do Estado (Abreu et al., 2013).

## 1.2 - O que levou Portugal ao pedido de ajuda externa

Nas décadas que precederam à crise de 2008-2009, a economia portuguesa somou vários desequilíbrios relevantes, com particular destaque para a elevada dívida externa (tanto pública como privada). Com o colapso do subprime nos Estados Unidos, que originou a crise de 2008, as soluções estreitaram e houve um agravamento das dificuldades portuguesas (Abreu et al., 2013).

Nos meses que se seguiram ao eclodir da crise, a resposta que a UE encontrou para fazer face à mesma, passou por tentar travar a recessão com políticas contracíclicas, isto é, implementar medidas com vista a estimular uma economia em queda. No seguimento destas diretivas europeias, o Governo português aprovou medidas de investimento público, de apoio às PME com potencial de criação e/ou manutenção de emprego e de reforço de alguns apoios sociais, de forma a evitar uma quebra significativa do consumo interno (Abreu et al., 2013).

Todavia, o plano europeu foi adotado tardiamente e não teve uma expressão significativa face à dimensão da crise internacional, não conseguindo assim evitar o forte recuo da atividade económica em 2009. Portugal não foi exceção, tendo os impactos da crise financeira internacional feito sentir-se significativamente nas receitas fiscais do Estado, que caíram 1,5 pontos percentuais do PIB face a 2008. Por sua vez, a despesa pública cresceu em virtude do aumento das despesas sociais e, em menor escala, das iniciativas específicas de estímulo à economia (Abreu et al., 2013).

A partir do fim de 2009, a UE inverteu a estratégia que vinha a seguir até então, promovendo a adoção de medidas de forte contenção orçamental. No entanto, as respostas hesitantes e até contraditórias da UE deram origem a uma elevada incerteza dos

investidores internacionais, principalmente em relação aos estados-membros com as economias mais fragilizadas. Esta incerteza refletiu-se num aumento considerável das taxas de juro das dívidas soberanas de diversos países, incluindo Portugal (Blyth, 2013).

Na tentativa de reverter esta situação, e poder receber a intervenção estabilizadora do BCE nos mercados de dívida, o governo português procurou obter o acordo das principais instituições europeias (Comissão Europeia, Conselho Europeu e Banco Central Europeu) e dos estados-membros com maior peso na gestão do euro, comprometendo-se a cumprir um programa reforçado de reformas estruturais e de redução do défice. Foi neste sentido que foram criados os sucessivos Programas de Estabilidade e Crescimento (PEC) anunciados pelo governo a partir de Março de 2010, que incluíam medidas como a recalendarização do aumento do salário mínimo, o aumento dos impostos sobre o consumo, o aumento do preço dos transportes, a manutenção de um programa de privatizações, entre outras (Abreu et al., 2013).

Apesar destes esforços, em março de 2011, quando o governo português propôs o PEC IV, este não teve a aceitação esperada, tendo sido rejeitado pela Assembleia da República, o que conduziu à queda imediata do governo e à convocação de eleições antecipadas.

Mais uma vez, as repercussões fizeram-se sentir ao nível da perceção externa da economia portuguesa. Perante esta incerteza toda, os custos de financiamento do Estado e as dificuldades de financiamento dos bancos portugueses continuaram a aumentar resultando, por fim, no pedido de ajuda externa da Troika (composta pelo BCE, FMI e Comissão Europeia) por parte do governo demissionário em abril de 2011 (Blyth, 2013).

### 1.3 - O Memorando de Entendimento e as alterações previstas para o SNS

Para poder aceder a um empréstimo internacional de 78 mil milhões de euros, o estado português teve que assinar um Memorando de Entendimento, o que veio a acontecer no dia 17 de Maio de 2011 (Abreu et al., 2013). Este documento consiste, essencialmente, num roteiro ambicioso para a consolidação orçamental e em reformas estruturais que o governo se comprometeu a cumprir como contrapartida do empréstimo (Lourtie, 2011). O Memorando prevê uma avaliação trimestral feita pela troika, para aferir o cumprimento

das reformas impostas, dependendo a libertação das várias parcelas do empréstimo de uma nota positiva nessas avaliações. O período previsto para este programa de governação, acordado entre o governo português e a troika, vai até maio de 2014 (Abreu et al., 2013).

O Memorando possui várias secções, sendo que uma delas incide nas medidas a implementar no sentido da redução da despesa pública e do setor público num sentido mais geral. Nesta secção estão incluídas diversas medidas, entre as quais, medidas de corte orçamental na área da saúde. Medidas estas que estão ilustradas no quadro 1.

|        |  |
|--------|--|
| T8     | Alterar cálculo das margens de lucro de distribuidoras e farmácias;  |
| T9     | Alternativamente à medida anterior, definir um desconto médio sobre a margem praticada;  |
| T13    | Introduzir a revisão periódica de preços pagos a prestadores privados;   |
| T15    | Avaliar o cumprimento das regras de concorrência europeias na prestação de serviços de saúde;  |
| T17    | Estabelecer um sistema de <i>benchmarking</i> para comparar o desempenho e publicação de informação sobre o desempenho das instituições, numa base mensal; |
| T24/PG | Continuar a reorganização e racionalização da rede hospitalar;   |
| T29    | Transferir serviços ambulatoriais para as USF;   |
| T32/PG | Preparar planos de afetação dos RH (o primeiro a ser apresentado no 1T 2012);  |
| T34/PG | Criar programa com regras para aumentar a mobilidade e intercâmbio dos profissionais;  |
| T43/PG | Estabelecer e implementar regras claras sobre a prescrição de medicamentos;  |
| T54/PG | Desenvolver e assegurar a plena interoperabilidade nos SI dos hospitais. Assegurar a geração de informação de gestão;                                      |
| T55/PG | Finalizar o desenvolvimento de um sistema eletrónico de registos médicos (Registo de Saúde Eletrónico);  |

**Fonte:** PricewaterhouseCoopers & Associados, 2012.

#### Quadro 1 – Medidas negociadas com a troika para a área da saúde relativas a 2012

As medidas que o Governo português decidiu implementar foram enunciadas no Relatório do Orçamento de Estado para 2012. Aí se previa desde logo a diminuição da transferência para o financiamento do SNS face à estimativa de 2011, traduzindo o impacto das medidas de contenção orçamental previstas para a área da saúde, tais como:

1) a atualização das taxas moderadoras, a indexação das mesmas à taxa de inflação e a

revisão do regime de isenções; 2) a alteração do regime de preços e de participação de medicamentos e a promoção da utilização de genéricos; 3) a reorganização e a racionalização da rede hospitalar com o conseqüente decréscimo dos custos operacionais; e 4) a adoção de horários flexíveis visando a redução da despesa com horas extraordinárias (OPSS, 2013).

## II - Fatores que levaram à crise atual no setor das farmácias

### 2.1 - Fatores Externos

No ano de 2005, foi solicitado um estudo pela autoridade da concorrência para avaliar a situação concorrencial no setor das farmácias e, caso fossem necessárias, propor alterações no mesmo.

Deste estudo resultaram um conjunto de recomendações que, desde então, têm vindo a ser implementadas pelos sucessivos governos, tendo havido inclusive uma alteração da legislação em vigor (Ver anexo 1).

A legislação entretanto aprovada veio trazer inúmeras alterações ao setor das farmácias, entre as quais se destacam: a venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) fora das farmácias; a liberalização da propriedade de farmácia, que permite que pessoas singulares (não-farmacêuticos) ou sociedades coletivas sejam proprietários de farmácias; reduções de preços que acarretam reduções automáticas das margens; aumento dos custos fixos; dinamização do mercado de medicamentos genéricos (MG) a preços cada vez mais baixos; a possibilidade das farmácias efetuarem descontos nos medicamentos, implementação de margens regressivas ao invés das tradicionais margens fixas, entre outras.

Estas alterações, mais do que aumentar a concorrência no setor, têm vindo a causar problemas económicos e financeiros nas farmácias, que em muitos casos encontram-se já com dívidas elevadas aos seus fornecedores, o que resulta numa impossibilidade de

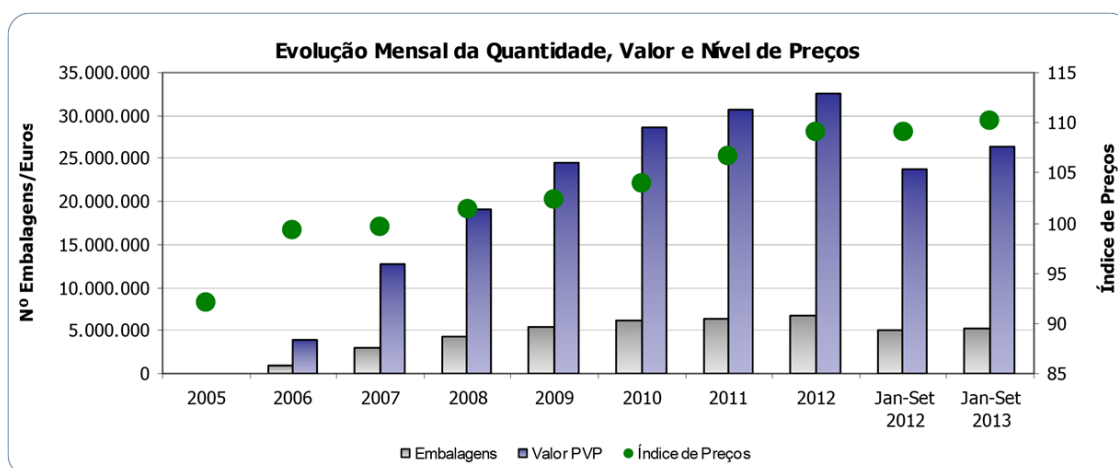
aceder ao medicamento por parte da população e que, em última instância, pode mesmo resultar no seu fecho definitivo.

### 2.1.1 - Venda de MNSRM fora das farmácias

O novo enquadramento legislativo, que entrou em vigor pelo Decreto-Lei nº 238/2007 de 19 de Junho, permitiu a outras superfícies, que não as farmácias, a comercialização de medicamentos que vieram trazer um "novo" ambiente competitivo à farmácia portuguesa. As principais cadeias de hipermercados implantaram novas áreas de venda, dentro ou fora da loja principal, dedicadas exclusivamente à venda de MNSRM e artigos de higiene e conforto (Aguiar, 2009).

A responsabilidade técnica destes estabelecimentos tanto pode ser de um farmacêutico, como de um técnico de farmácia sendo que cada um pode ser responsável, simultaneamente, por cinco locais de venda, desde que eles estejam num raio de 50 quilómetros (Pita, 2010).

Os principais objetivos pretendidos com a aplicação destas medidas foram reduzir o preço dos MNSRM e aumentar o acesso da população aos MNSRM. No entanto, volvidos 8 anos, pode constatar-se que o primeiro objetivo não foi alcançado uma vez que os preços dos MNSRM subiram significativamente, como se pode verificar através dos dados fornecidos pelo INFARMED (ver gráfico 1), sendo que a própria indústria farmacêutica aproveitou esta oportunidade para aumentar o preço a alguns desses medicamentos.



Fonte: INFARMED, 2013.

Gráfico 1 – Evolução mensal da quantidade, valor e nível de preços dos MNSRM

Quanto ao segundo objetivo, acabou por também não ser alcançado, isto porque aquando da publicação da nova legislação, muitas pessoas de fora do setor farmacêutico, com a ideia que foi passada de que esta atividade seria altamente rentável, decidiram abrir centenas de locais de venda de MNSRM, contudo, com o passar do tempo, foi constatado que estes estabelecimentos não tinham viabilidade económica e muitos deles fecharam portas. Mantiveram-se no mercado apenas os que estão localizados nas grandes superfícies comerciais, que estão na mão de grandes redes e que se localizam maioritariamente nos grandes centros urbanos. Isto significa que a acessibilidade acabou por não ser melhorada (Barbosa *cit in* Brandão 2010). Segundo o Bastonário da Ordem dos Farmacêuticos, professor Maurício Barbosa (*cit in* UDIFAR 2011, p.10):

em locais onde proliferam grandes superfícies, temos preços mais baixos; nos locais do país onde não há grandes superfícies ou há apenas uma, os preços são mais altos (...) ou seja, o Governo passou a estratificar os portugueses.

Um aspeto, não menos importante, a ter em conta após a autorização da venda de MNSRM fora das farmácias é a dispensa de medicamentos por pessoal que não tem habilitações específicas na área do medicamento, como por exemplo, um funcionário de um supermercado. A lista de MNSRM é muito extensa e inclui medicamentos, cuja ausência de aconselhamento aquando da sua dispensa, pode causar problemas complicados de saúde pública (OF, 2013). Por forma a evitar este tipo de situações, a Ordem dos Farmacêuticos (OF) tem vindo a defender a elaboração, com base em critérios técnicos e científicos, de uma lista de MNSRM cuja dispensa seja feita exclusivamente

em farmácias comunitárias. A consagração legal desta “terceira lista” não é uma novidade, uma vez que este modelo já existe na maioria dos Estados-membros da União europeia em que os MNSRM se encontram à venda fora das farmácias. De facto, até há pouco tempo atrás, entre os 12 Estados-membros (do total de 27) que fazem parte desse grupo, apenas Portugal, Itália, Bulgária e Roménia não haviam instituído uma “terceira lista” (OF, 2012a).

Em Junho de 2013, o Governo Português aprovou em Conselho de Ministros a criação de uma subcategoria de MNSRM que apenas podem ser dispensados em farmácias, ou seja, aprovou a criação da referida “terceira lista” de medicamentos. Na base desta decisão o Governo alega que estas alterações visam assegurar a transposição de um conjunto de diretivas comunitárias, de forma a acompanhar os recentes desenvolvimentos ao nível do direito da UE, designadamente no que respeita a medicamentos falsificados e a farmacovigilância. Nesta lista estão inseridos, para já, os medicamentos correspondentes a 17 substâncias ativas, isoladamente e/ou em associação. A OF manifestou a concordância com a medida legislativa, tendo no entanto realçado, na pessoa do seu bastonário, que há ainda um longo caminho a percorrer para repor situações inadequadas, indesejadas e que constituem um perigo para a saúde pública (OF, 2013a).

### 2.1.2 - Liberalização da propriedade da Farmácia

Em 2007, foram revogados a Lei nº 2125 e o decreto Decreto-Lei nº 48547, isto é, os diplomas referentes à propriedade da farmácia e ao exercício profissional do farmacêutico. Assim sendo, o regime de propriedade e direção técnica de farmácia para farmacêuticos foi alterado passando através do Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de Agosto e legislação conexas, a ser permitido a não farmacêuticos acederem à propriedade de farmácia (Pita, 2010). A partir desse momento, todas as pessoas singulares e/ou sociedades comerciais com as devidas exceções consagradas na lei – prescritores, grossistas, produtores, unidades de saúde e subsistemas de saúde – passaram a poder ser proprietárias, explorar ou gerir um máximo de quatro farmácias. Às instituições particulares de solidariedade social que eram detentoras de farmácias, foi dado um prazo de cinco anos para se constituírem em sociedades comerciais, de forma a garantir a igualdade fiscal com as demais farmácias (OF, 2007).

No entanto, esta alteração, ao contrário do que era habitual desde que Portugal aderiu à UE, não adaptou para o Direito português Diretivas Comunitárias (Pita, 2010). Um sinal disto mesmo foram os dois acórdãos proferidos pelo Tribunal de Justiça das Comunidades Europeias (TJCE) em Maio de 2009 relativos à Itália e à Alemanha, no sentido de que cada Estado-membro pode, se assim o entender, decidir por a propriedade de farmácia ser reservada a farmacêuticos sem que seja contrariado o direito comunitário (Barbosa *cit in* UDIFAR 2011). Na fundamentação da decisão, o TJCE afirma que “um Estado-Membro, no âmbito da sua margem de apreciação, pode considerar que a exploração de uma farmácia por um não farmacêutico pode representar um risco para a saúde pública, em particular para a segurança e a qualidade da distribuição a retalho dos medicamentos”. No mesmo sentido, os juízes salientam que “os não farmacêuticos não têm, por definição, uma formação, uma experiência e uma responsabilidade equivalentes à dos farmacêuticos”, pelo que “não prestam as mesmas garantias que são fornecidas pelos farmacêuticos” (ANF, 2009).

Segundo Barbosa (*cit in* UDIFAR 2011, p.9): “ (...) retirou-se, de uma forma injustificada, uma trave mestra fundamental da Farmácia portuguesa, que era a indivisibilidade da propriedade e da direção técnica da farmácia”.

Além do ponto de vista mais técnico que esta decisão acarretou, há que referir que esta mudança veio trazer intervenientes diferentes para o setor, sejam eles gestores, economistas ou de outro ramo de atividade, a verdade é que vieram trazer uma visão economicista mais acentuada para o setor. Como Barbosa (*cit in* UDIFAR 2011, p.9) argumenta:

A entrada de não-farmacêuticos e a possibilidade de a mesma pessoa ser proprietária de mais do que uma farmácia arrastaram consigo uma visão interna e uma imagem externa mais de negócio e de lucro e, por vezes, até de lucro imediato. E isso é altamente negativo para a confiança no setor.

### 2.1.3 - Descontos

De há alguns anos a esta parte, a prática dos descontos no circuito do medicamento, desde o fabricante ao retalhista, vinha a ser discutida e encarada como uma tendência. Essa

prática passou a ser possível a partir da aprovação do Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de Agosto, passando essa a ser uma variável a considerar num setor de atividade onde o preço sempre foi uma constante (Aguiar, 2009).

Há, no entanto, que considerar as verdadeiras repercussões que os descontos podem ter quer a nível da imagem da farmácia enquanto entidade prestadora de serviços, quer a nível do equilíbrio financeiro das próprias farmácias.

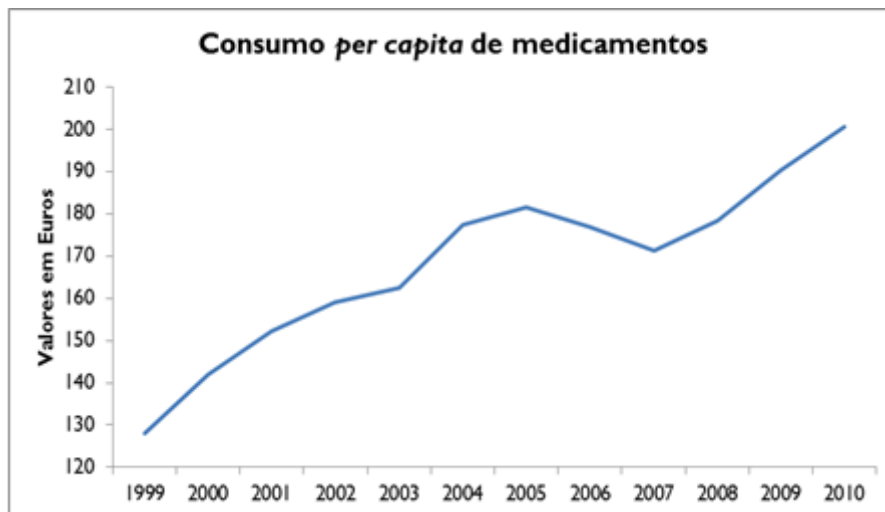
Primeiramente, há que referir que a margem de lucro atualmente em vigor é de apenas 18,25% (a mais baixa da Europa dos 25), isto faz com que seja quase impossível diminuir os preços tornando-os suficientemente atrativos para funcionarem como fatores de fidelização. No entanto, na tentação de conseguir “captar” novos clientes, existem farmácias que recorreram a este tipo de medida como fator de atração ao consumo sem medir as repercussões a médio prazo que daí poderiam decorrer (Aguiar, 2009). Na verdade, foram várias as farmácias que estabeleceram acordos com múltiplas instituições geriátricas e profissionais, utilizando o desconto para aumentar a quota de clientes. Daí resulta, no entanto, um problema, como o bastonário da Ordem dos Farmacêuticos, Professor Maurício Barbosa (*cit in* UDIFAR 2011, p.9) sublinha: “ Esta legislação será das mais ferozes no setor: põe colegas contra colegas e farmácias contra farmácias(…)” e, com as margens de lucro associadas aos medicamentos, este tipo de competitividade pode chegar mesmo a levar a perdas financeiras significativas, sem que com isso se verifique um retorno significativo.

A tudo isto acresce o facto de a prática de descontos descredibilizar o estatuto granjeado pelas farmácias ao longo dos últimos anos, uma vez que fragiliza a sua imagem de credibilidade (Aguiar, 2009). Ainda segundo o Professor Maurício Barbosa (*cit in* UDIFAR 2011, p. 10):

Pretender fomentar a concorrência por via do preço dos medicamentos pode ser artificioso, ilusório e contraproducente, podendo mesmo minar a relação de confiança entre o farmacêutico e o doente.

#### 2.1.4 - Redução progressiva do preço dos medicamentos

Numa época em que Portugal se encontra numa grave crise financeira, o sistema de saúde português tem sido constantemente questionado quanto à sua sustentabilidade, nomeadamente em aspetos relacionados com os medicamentos. Ao observar o gráfico 2, onde está representado o consumo *per capita* de medicamentos entre 1999 e 2010, verificamos que houve um aumento constante desse consumo, o qual resultou num aumento da despesa total com medicamentos havendo, contudo, uma desaceleração entre 2005 e 2007 (Gomes e Ramos, 2013).



**Fonte:** APIFARMA, 2010.

Gráfico 2 – Consumo *per capita* de medicamentos pelo SNS

Perante esta tendência, tornou-se imperativo tomar uma série de medidas, surgindo, desta forma, a Nova Política do Medicamento (Gomes e Ramos, 2013).

A Nova Política do Medicamento tem-se centrado, quase exclusivamente, na redução de preços, quer através de decisões administrativas, quer através da instituição do modelo de comparticipação em vigor, baseado em preços de referência. Além disso, a própria indústria farmacêutica também efetuou reduções voluntárias de preço em virtude do sistema concorrencial instituído (OF, 2012b).

De 2005 até hoje, os sucessivos Governos reduziram por várias vezes os preços dos medicamentos, como se pode verificar no quadro 2.

|             |   |
|-------------|---|
| 2005 (Set.) | Redução administrativa de 6% no preço de todos os medicamentos            |
|             | Redução das margens da distribuição (Farmácias + Grossistas) para 26,60%  |
| 2007 (Fev.) | Redução administrativa de 6% no preço de todos os medicamentos            |
|             | Redução das margens da distribuição (Farmácias + Grossistas) para 25,12%  |
| 2008 (Set.) | Redução administrativa de 30% no preço de todos os medicamentos genéricos |
| 2010 (Mai.) | Reposição das margens da distribuição (Farmácias + Grossistas) para 28,0% |
| 2010 (Jul.) | Redução média de 7% no preço dos medicamentos de marca                    |
| 2010 (Ago.) | Redução de 20% a 35% no preço de alguns medicamentos genéricos            |
| 2010 (Out.) | Dedução de 6% no preço de todos os medicamentos                           |
| 2012 (Jan.) | Redução das margens da distribuição (Farmácias + Grossistas) para 24,6%   |
| 2012 (Abr.) | Redução média de 5,6% no preço dos medicamentos de marca                  |
| 2012 (Mai.) | Redução média de 15,3% no preço dos medicamentos genéricos                |

Fonte: Ordem dos Farmacêuticos, 2012.

#### Quadro 2 – Reduções administrativas dos preços dos medicamentos e das margens da distribuição

Segundo dados fornecidos pela ANF na Audiência à Comissão de Saúde em Novembro de 2012, prevê-se que de 2010 a 2013, o mercado ambulatorio tenha já reduzido 997,9 milhões de euros, tendo a despesa pública com medicamentos em ambulatorio, em igual período, reduzido 722,8 milhões de euros. Além disso, desde Janeiro de 2010 até Setembro de 2012, o preço médio (PVP) dos medicamentos de marca reduziu 6,5% e o preço médio (PVP) dos medicamentos genéricos reduziu 58,7% (ANF, 2012). Para além das reduções administrativas, também as reduções voluntárias de preços por parte da indústria farmacêutica estão a pressionar o decréscimo acentuado que se tem vindo a verificar, nos últimos anos, nos preços dos medicamentos. Existem mesmo substâncias ativas cujo preço teve uma redução acima dos 60%, como é o caso do Omeprazol que, entre 2010 e 2012, teve uma redução de 76,5% ou a Sinvastatina que, em igual período, teve um decréscimo de 66,8% (OF, 2012b).

O modelo de remuneração das farmácias continua a ser altamente dependente do medicamento, o que faz com que estas reduções tenham um impacto fortíssimo no equilíbrio económico e financeiro das mesmas. A acrescentar às reduções administrativas e voluntárias dos preços, o setor da distribuição (grossistas e farmácias) viu também serem

reduzidas as margens de comercialização, agravando ainda mais esse equilíbrio (OF, 2012b).

Num estudo conduzido pelo economista Dr. Pedro Pita Barros, intitulado “A Economia da Farmácia e o Acesso ao Medicamento”, foi feita uma atualização do modelo utilizado pela Autoridade da Concorrência (AdC) em 2005, por forma a compreender melhor o contexto atual do funcionamento económico do setor; analisar o impacto do novo sistema de margens e compreender a visão dos utentes e farmacêuticos.

Neste estudo, chegou-se à conclusão que o preço médio por receita médica caiu cerca de 20% num período de 10 anos, valor bastante superior à redução de 5% que foi estimada no Estudo da AdC como sendo o valor suportável pelas farmácias. A queda foi de 38,81€ em 2002 para 30,78 € em 2012. Uma vez que o custo marginal é de 33,21 €, o preço médio por receita já não é suficiente para gerar margem positiva que permita cobrir os custos fixos das farmácias. Para que tal acontecesse seria necessário uma margem líquida mínima de 4,5% e uma margem bruta de 22,9%. Assim sendo, pode-se concluir que a farmácia média está a funcionar com margem negativa e que a sua atividade normal não permite cobrir os custos fixos numa maioria de estabelecimentos (Barros et al., 2012).

De facto, o número de farmácias em litígio com os seus fornecedores por dificuldades de pagamento tem vindo a aumentar, resultando num risco iminente de insolvência como podemos constatar no seguinte quadro:

|  | Dez-11        | Jun-12        | Set-12      | Varição<br>Dez11 / Set12 |
|--|---------------|---------------|-------------|--------------------------|
| N.º de Farmácias com fornecimentos suspensos                               | 795           | 1.131         | 1.280       | 61%                      |
| N.º de processos judiciais em curso para regularização de dívidas          | 297           | 457           | 469         | 58%                      |
| N.º de Farmácias com acordos de regularização de dívidas                   | 561           | 614           | 635         | 13%                      |
| Montante global da dívida (processos judiciais e acordos de regularização) | 196.828.006 € | 235.303.993 € | 283.400.914 | 44%                      |

Fonte: ANF, 2012.

Quadro 3 – Situação de dívida a fornecedores das farmácias em Portugal

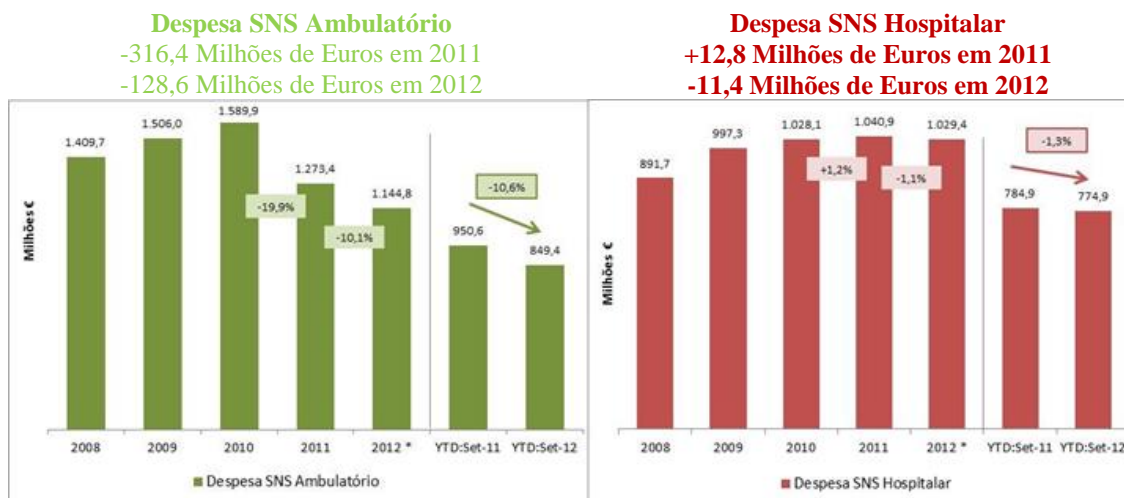
Esta situação tende a agravar cada vez mais e, em apenas três meses, entre o final do ano de 2012 e o termo do primeiro trimestre de 2013, as dificuldades de acesso da população portuguesa aos medicamentos aumentaram drasticamente, registando-se, em Abril de 2013, 279 farmácias - cerca de 10 por cento do total existente em Portugal – com ações de insolvência e penhora. Desse total, 78 farmácias estavam com processos de insolvência (mais 21,9% do que em Dezembro de 2012, o que corresponde a mais 14 farmácias) e 201 farmácias estavam com processos de penhora (mais 14,2% do que em Dezembro de 2012, ou seja, mais 25 farmácias) (ANF, 2013a). Efetivamente, a redução dos vencimentos das farmácias está em queda acentuada, sendo que a perda percentual de margem das farmácias é, em média, 14%, sem ter em conta as reduções de preço que não decorreram da alteração das regras de cálculo das margens. As farmácias mais afetadas podem mesmo estar a registar perdas de margem acima dos 20% (Barros et al., 2012).

Outro dos argumentos que este estudo veio desmistificar é o de que as farmácias poderiam compensar estas perdas através da venda de outros produtos como cosméticos e MNSRM. Segundo o que se pôde apurar, esse mercado representa apenas 15%, em valor, das vendas totais das farmácias, sendo que nesse capítulo a concorrência externa tem também influência já que segundo dados de Junho de 2012, existiam também 978 outros postos de venda deste tipo de produtos (Barros et al., 2012).

Há ainda a acrescentar que, baseado em transações reais nos primeiros 5 meses de 2011 e de 2012 de uma amostra aleatória e bastante representativa de 352 farmácias, chegou-se à conclusão que o valor da poupança alcançado, decorrente da redução de margens no setor da distribuição de medicamentos, excede o valor previsto no Memorando de Entendimento, que era de 50 milhões de euros. Com efeito, a estimativa de poupança para o SNS em 2012 é de 75 milhões de euros, sendo 54 milhões de euros referentes apenas às farmácias (Barros et al., 2012).

Sendo o Estado a entidade que regula o setor da saúde, esperava-se que o corte na despesa ocorresse, não só a nível da redução dos lucros da distribuição, que chegou mesmo a exceder a expectativas, mas também a nível hospitalar, o que até agora ainda não aconteceu de uma forma significativa. Enquanto em apenas 2 anos a despesa do SNS em

ambulatório reduziu 445 milhões de euros, a despesa do SNS a nível hospitalar manteve-se inalterada, como se pode observar no gráfico 3.



**Nota:** A despesa SNS hospitalar não inclui dados das PPP (Hospital de Braga; Hospital de Loures; Hospital de Vila Franca de Xira)

**Fontes:** Ambulatório: Sistemas de informação SICMED e hmR / Análise CEFAR (Encargos SNS das Farmácias Associadas à ANF);

Hospitalar: INFARMED Relatórios CHNM – Não inclui dados das PPP

Gráfico 3 – Comparação da despesa do SNS em ambulatório e a nível hospitalar

Não obstante as complicações que as farmácias vivem no momento, as medidas previstas no memorando com a troika para 2012 na área da saúde, incluíam a limitação do preço máximo do primeiro genérico a introduzir no mercado a 50% do preço do medicamento (já adotada) e a redução automática do preço dos medicamentos em 50% após expirar a respetiva patente (ainda não adotada) (OF, 2012b).

Além disso, em Janeiro de 2013 o Governo alterou o regime de formação de preços dos medicamentos, deixando este de ser formado com base em apenas 3 países de referência, e passando a ser determinado com base num painel de países de referência, a ser anualmente fixado por portaria específica do Ministério da Saúde. De acordo com o Decreto-lei nº34/2013, que deu origem a esta alteração, a fixação dos três países de referência passa a ser feita por portaria do Ministério da Saúde até 15 de Novembro do ano precedente à aplicação dos novos preços. Em simultâneo com esta medida, foram mudados os países de referência, ficando a Espanha e a Eslovénia mas saindo a Itália em detrimento da França. De qualquer forma, não tendo havido a publicação da portaria

referente à mudança dos países de referência em 2012, seria de esperar que os novos preços só se aplicassem em 2014. Contudo, o decreto acima mencionado refere que até regulamentação específica aplicam-se as regras até agora em vigor, ou seja, de acordo com a legislação atual, a revisão do preço dos medicamentos de marca acontece anualmente no mês de Abril, seguindo os genéricos em Maio, tendo ocorrido por essa altura uma redução de 8% no preço dos medicamentos (rcmpharma, 2013a).

Tudo isto somado, faz com que, segundo a OF (2012b, p.13):

...seja urgente agir no sentido de adotar uma política integrada para o setor, visando primordialmente maior racionalidade na prescrição, dispensa e utilização do medicamento, através da implementação de medidas estruturais como a instituição plena de protocolos terapêuticos.

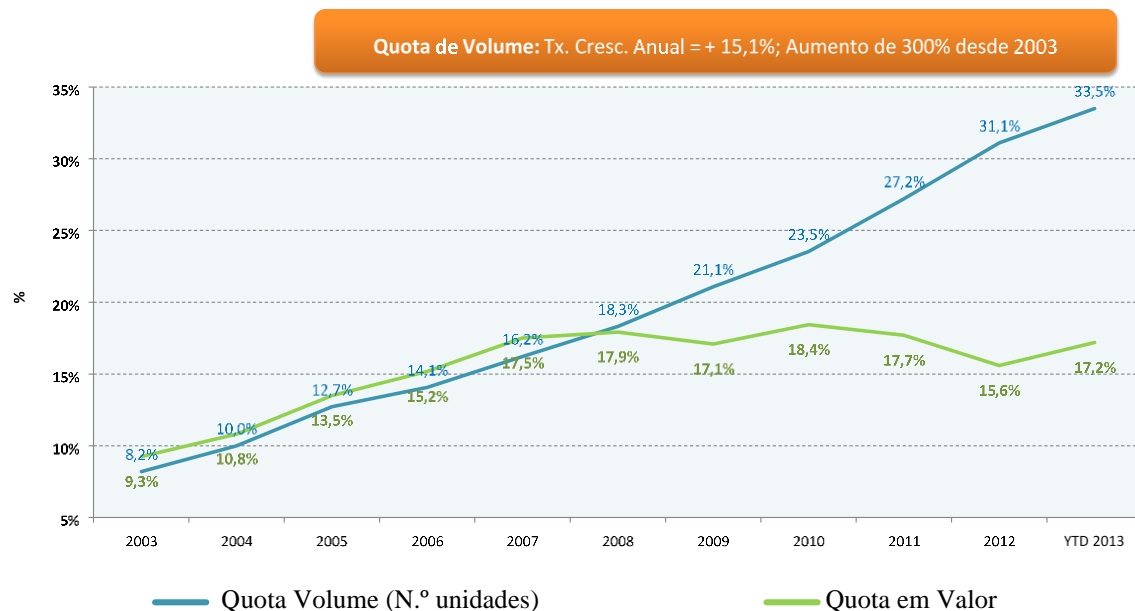
De facto, as medidas avulsas que foram tomadas, não só não resolveram os problemas estruturais de sustentabilidade do SNS, como ainda vieram criar graves problemas de natureza económica e financeira aos operadores do circuito do medicamento. Em situações extremas, estes problemas podem mesmo trazer complicações na acessibilidade ao medicamento e na prestação de importantes serviços para a Saúde Pública., uma vez que as dificuldades financeiras das farmácias, em muitos casos, fizeram com que estas deixassem de pagar aos fornecedores, provocando cortes de abastecimento. Além disso, o baixo preço dos medicamentos em Portugal, fez com que o número de exportações de medicamentos para países em que os medicamentos são mais caros tenha aumentado, aumentando ainda mais as dificuldades no abastecimento das farmácias portuguesas (OF, 2012b).

A presente crise económica faz com que dificilmente se afigurem alterações no sentido de inverter as medidas tomadas no âmbito da política do medicamento, assim sendo, a alternativa que existe para inverter a situação de inviabilidade das farmácias passa essencialmente por dissociar a remuneração das farmácias do preço do medicamento e implementar um modelo de remuneração com base num valor fixo por embalagem de medicamento, correspondente ao mínimo necessário para a sustentabilidade das farmácias e dos grossistas. É ainda imperativo promover a estabilidade de preços e a desburocratização, simplificando a adequação das participações às necessidades do doente (ANF *cit in* OF 2012b).

### 2.1.5 - Dinamização do mercado de Medicamentos Genéricos (MG)

A atual crise financeira vivida em Portugal reavivou a discussão em torno dos MG, permitindo que estes vivessem um momento de elevada visibilidade e de consequente penetração no mercado dos medicamentos. Sendo que, também no memorando de entendimento com a Troika, que surgiu no seguimento do pedido de ajuda externa em 2011, constam medidas para a Saúde e Medicamento que visam a sensibilização dos médicos para a prescrição de MG e MR menos dispendiosos e a remoção de barreiras à entrada de MG (Gomes e Ramos, 2013).

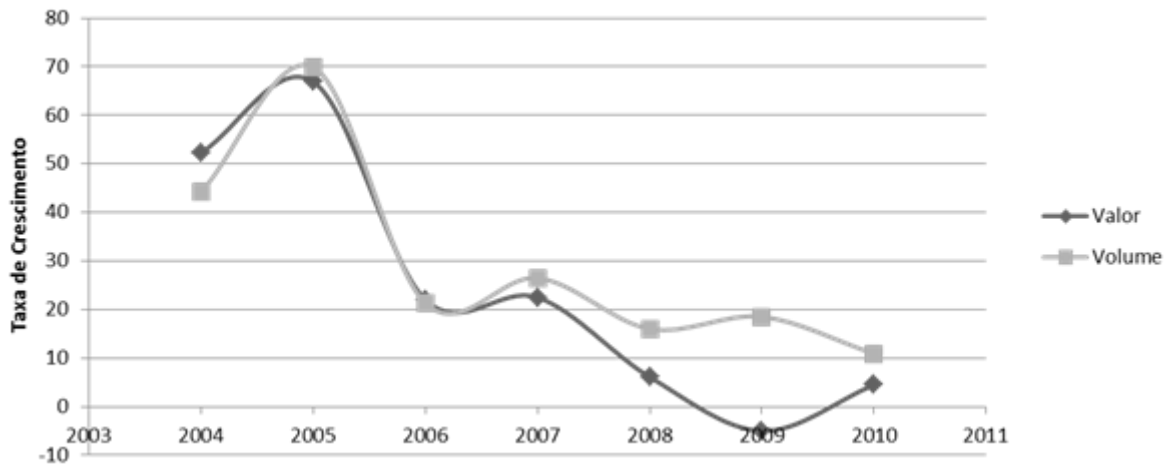
Mas já antes da chegada da Troika e do memorando de entendimento, a promoção dos MG era tida como uma medida de elevada importância. No Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2004-2010, havia já sido definida uma meta para 2010, que estabelecia uma percentagem na ordem dos 15 a 20% de MG no mercado total de medicamentos. Embora ainda longe da cota de mercado na UE, que se situa atualmente perto dos 50%, a meta definida no Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2004-2010 foi plenamente alcançada (Alves e Ramos, 2011). Isto mesmo pode ser verificado no gráfico 4.



Fontes: IMS Data, YTD 2013 - Janeiro a Junho

Gráfico 4 – Quota de mercado em valor e em volume de MG em Portugal

Até meados de 2001, o mercado de MG em Portugal era praticamente nulo, tendo sido a partir desta data que se assistiu a um aumento deste mercado que, apesar de lento no início, viria a acelerar até ao final da década. Após este rápido desenvolvimento, o ritmo de crescimento abrandou, alcançando-se uma espécie de patamar a partir de 2008. As taxas de crescimento do mercado de MG entre 2004 e 2010 podem ser observadas no gráfico 5 (Gomes e Ramos, 2013).



**Fonte:** INFARMED, 2011

Gráfico 5 – Taxa de Crescimento do mercado de MG em Portugal entre 2004 e 2010

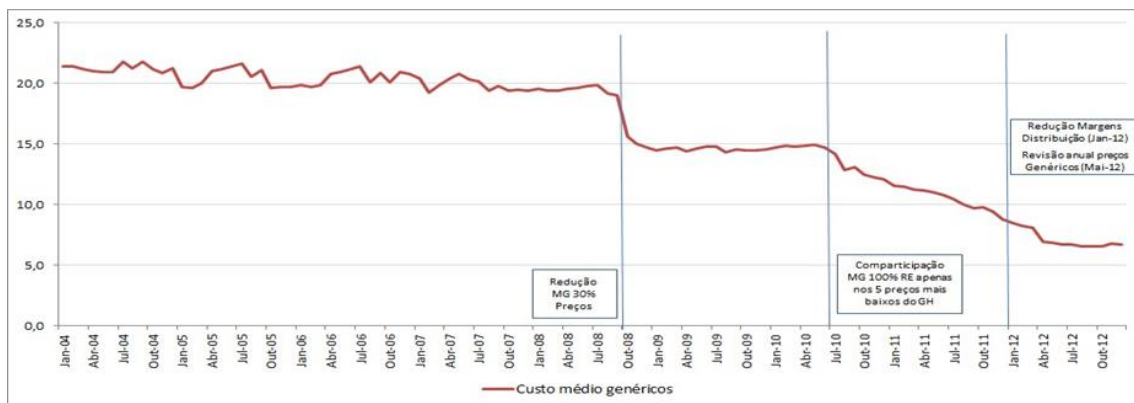
Procurando estimular o mercado de MG, várias medidas foram tomadas ao longo dos anos, não só ao nível do preço e comparticipação, mas também ao nível do processo administrativo (Alves e Ramos, 2011).

Algumas destas medidas foram sendo alteradas por várias vezes, destacando-se: 1) o fim em 2005 da majoração adicional de 10% na comparticipação dos genéricos após 5 anos em vigor; 2) a majoração adicional de 25% na comparticipação para os utentes em regime especial (RE), introduzida no início do Sistema de Preços de Referência em 2003 e prorrogada durante vários anos, foi reduzida para 20% a meio de 2006 e posteriormente retirada em junho de 2010; e 3) a comparticipação a 100% de todos os genéricos para o RE em junho de 2009, que só esteve um ano em vigor (OPSS, 2013).

Adicionalmente, foram implantadas campanhas pelo Ministério da Saúde para a promoção deste mercado (OPSS, 2013).

Contudo, a política de incentivo ao uso de medicamentos genéricos em Portugal tem-se baseado acima de tudo em medidas do lado da oferta, nomeadamente através das várias reduções administrativas dos preços, não havendo medidas do lado da procura que desenvolvam este mercado de forma sustentável, incentivando para tal os médicos, os farmacêuticos e os doentes (OPSS, 2013).

Após junho de 2010, depois da introdução das alterações mais significativas no Sistema de referência, verificou-se uma quebra muito acentuada no custo dos MG, com uma redução de 41,1% no preço médio entre maio de 2010 e dezembro de 2011, novamente agravada em 2012, com uma redução de 55,1% no preço médio dos MG se considerarmos o período entre maio de 2010 e dezembro de 2012 (Ver gráfico 6). Entre as alterações referidas destacam-se a comparticipação a 100% para os utentes de RE nos medicamentos com os cinco preços mais baixos do respetivo grupo homogéneo (GH); a comparticipação máxima passou a ser um valor fixo e não uma percentagem; e o preço de referência (PR) atualizado com a redução de 30% do preço dos genéricos de 2008 (OPSS, 2013).



**Notas:** MG = Medicamentos genéricos; RE = Regimes Especial de comparticipação; GH = Grupo Homogéneo

**Fonte:** Dados provenientes dos Relatórios Mensais do Mercado de Medicamentos e Genéricos do INFARMED, 2004-2012, elaborado por OPSS

Gráfico 6 - Evolução do preço médio dos medicamentos genéricos no mercado ambulatório (2004-2012)

Em 2012, mais concretamente a partir do dia 1 de Junho, entrou em vigor a portaria nº 137-A/2012, de 11 de Maio, que veio regulamentar o novo regime de prescrição e dispensa de medicamentos, instituindo em plenitude a obrigatoriedade de prescrição dos medicamentos por Denominação Comum Internacional (DCI) (OF, 2012c). Esta medida veio potenciar o crescimento da quota de MG no mercado. Ainda assim, as metas

introduzidas pela 6ª avaliação da do Memorando de Entendimento, de dezembro de 2012, parecem estar acima daquilo que é possível atingir, tendo ficado definido como objetivo a meta dos 45% de quota de MG até ao fim de 2013, e de 60% até ao fim de 2014 (rcmpharma, 2013b).

É de realçar, no entanto, que nesta 6ª revisão do Memorando de Entendimento o Ministério da Saúde decidiu não realizar a revisão anual dos preços dos medicamentos genéricos, por forma a evitar a saída do mercado de vários medicamentos genéricos por inviabilidade económica (OPSS, 2013).

Com efeito, desde o ano de 2007 que se assiste a uma quebra constante nos preços dos medicamentos genéricos, tendo estes atingido valores tão baixos que, se não se tomarem medidas, muitos laboratórios podem retirar-se do mercado português, e outros podem nem chegar a entrar (Gomes e Ramos, 2013).

Cabe então ao Estado criar medidas alternativas de promoção de MG, que não incidam única e exclusivamente no preço. Num relatório elaborado pela Deloitte, intitulado “Saúde em Análise: Uma Visão para o Futuro”, de 2011, é sugerida uma gestão integrada do medicamento visando as seguintes medidas: controlar a prescrição de medicamentos, dando seguimento ao desenvolvimento de **guidelines** terapêuticas; avaliação benefício-risco e avaliação económica dos medicamentos para efeitos de participação; informação aos utentes de modo a envolvê-los na sua terapêutica e, assim, aumentar a adesão à mesma; aceleração dos processos de participação do INFARMED e, ainda, criar informação útil sobre orientações terapêuticas desenvolvidas para os cidadãos que permite dotá-los de conhecimento para melhor decidirem sobre a opção por MG (Deloitte, 2011). Estas sugestões não são inteiramente novas, uma vez que elas já foram aplicadas em alguns países da OCDE, tendo registado inclusive resultados positivos (Gomes e Ramos, 2013).

Quanto às farmácias e farmacêuticos que nestas laboram, sempre defenderam o direito de opção do doente e sempre tentaram transmitir aos doentes que optando pelos MG, estes estão a aceder a uma terapêutica com eficácia comprovada, a um custo inferior. Isso

mesmo evidencia o Bastonário da OF, professor Maurício Barbosa (*cit in netfarma 2012*), quando diz:

É público que, entre outras medidas, a OF defende, há muitos anos, a instituição da obrigatoriedade da prescrição de medicamentos pela DCI. Assumimos com convicção esta posição no processo legislativo iniciado pelo Governo (...) porque de facto consideramos que se trata de uma medida estrutural de grande alcance para os portugueses, para o SNS e para as finanças públicas.

Se é verdade que os MG são indiscutivelmente uma forma de obter poupanças em saúde e, por isso, contribuem para a sustentabilidade do SNS, não é menos verdade que, no atual contexto que as farmácias vivem, os lucros proporcionados pela venda desses mesmos MG são demasiado reduzidos para que estas possam continuar a funcionar normalmente. (Barbosa *cit in netfarma 2012*) Assim sendo, a única forma de continuar a promover o mercado de MG e aumentar a sua quota passa por, mais uma vez, dissociar a remuneração das farmácias do preço dos medicamentos. Só atribuindo um valor fixo à farmácia por cada dispensa, é que se pode fazer com que as farmácias encontrem algum equilíbrio financeiro e, ao mesmo tempo, continuem a promover uma maior utilização de MG (Gomes e Ramos, 2013).

Vale a pena então reforçar que nas Farmácias existe um quadro altamente qualificado que presta serviços e cuidados aos utentes, contribuindo, desta forma, para o sucesso do SNS e que sem haver uma forma de financiamento sustentável torna-se impossível manter estes padrões de qualidade. Além disso, no que concerne ao mercado de MG, não podemos esquecer que também a indústria farmacêutica tem elevada importância na produção de novas moléculas e medicamentos fundamentais para obter ganhos em saúde. Assim sendo, face à elevada expansão do mercado de MG, torna-se também necessário repensar a forma de financiamento da I&D (Investigação e Desenvolvimento) de forma a não impedir o acesso à inovação (Gomes e Ramos, 2013).

#### 2.1.6 - Alteração das margens fixas para as margens regressivas

Antes da publicação do Decreto-Lei nº 112/2011 de 29 de Novembro, a margem obtida pelas farmácias sobre o medicamento era de 20% sobre o preço de venda à farmácia

(PVF) e de 8% sobre o preço de venda ao armazenista (PVA), independentemente do preço do medicamento. A publicação deste Decreto-Lei veio mudar o sistema de referenciação de preços que estava em vigor, havendo uma alteração da margem de comercialização das empresas grossistas e farmácias, numa base regressiva e por escalões de preços, sendo que no último escalão a margem é um valor fixo independentemente do preço do medicamento. Além disso, as margens de comercialização passaram também a incorporar valores fixos para as farmácias e para os grossistas como pode ser constatado no quadro 4 (Perdigão, 2011).

|   |   |
|---|---|
| Medicamentos com PVA até 5 euros            | grossistas - 11,2%                          |
|   | farmácias - 27,9%                           |
| Medicamentos com PVA entre 5,01 e 7 euros   | grossistas - 10,85%                         |
|   | farmácias 25,7%, acrescido de 11 cêntimos   |
| Medicamentos com PVA entre 7,01 e 10 euros  | grossistas - 10,6%                          |
|   | farmácias - 24,4%, acrescido de 20 cêntimos |
| Medicamentos com PVA entre 10,01 e 20 euros | grossistas - 10%                            |
|   | farmácias - 21,9%, acrescido de 45 cêntimos |
| Medicamentos com PVA entre 20,01 e 50 euros | grossistas - 9,2%                           |
|   | farmácias - 18,4%, acrescido de 1,15 euros  |
| Medicamentos com PVA acima de 50 euros      | grossistas - 4,60 euros                     |
|   | farmácias - 10,35 euros                     |

Fonte: Decreto-Lei nº 112/2011

Quadro 4 – Escalões de preços dos medicamentos e respetivas margens de comercialização

Como motivo desta alteração o ministro da Saúde, Dr. Paulo Macedo elucida (*cit in OF 2011*): “...as farmácias passam de uma margem fixa para uma margem regressiva, de modo a evitar a tendência da farmácia para vender o medicamento de preço mais elevado”.

A mudança do sistema de remuneração das farmácias constituiu uma oportunidade para alterar o paradigma da remuneração, associando-o mais ao ato farmacêutico e tornando-o num instrumento capaz de criar condições para a integração da Farmácia nos cuidados de saúde primários, conferindo mais poder de decisão e responsabilidade ao farmacêutico em matérias relevantes para a poupança pública com medicamentos. Mas isso não aconteceu (Costa, 2012).

A própria OF foi das primeiras instituições a preconizar a instituição de um modelo diferente do atual, um sistema misto em que a margem não seja fixa percentualmente sobre o preço dos medicamentos. Este sistema misto já existe em alguns países europeus como a Suíça, Alemanha, Holanda, Bélgica, entre outros (OF, 2011).

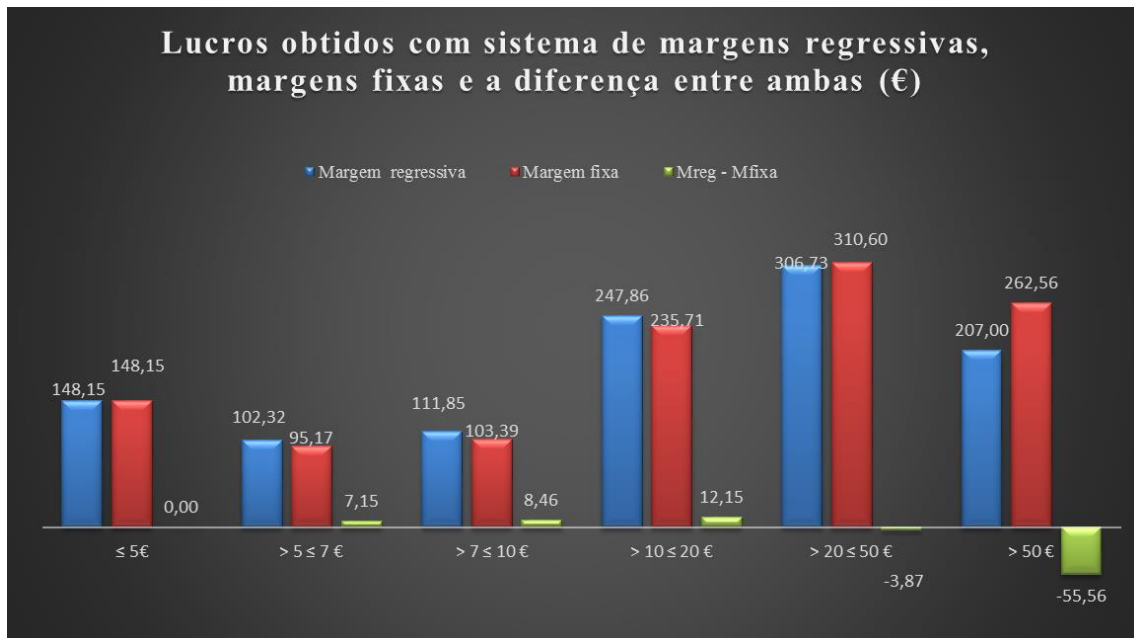
Há, no entanto, que distinguir este sistema misto daquele que foi adotado pelo Estado português. Num sistema misto, cerca de 75% a 80% da remuneração das farmácias (pelo Estado ou entidade pagadora) provém de valor fixo por embalagem, frequentemente crescente por escalão de preço, que se destina a pagar os serviços farmacêuticos diretamente associados à dispensa do medicamento. O restante provém de uma margem percentual, na maioria das vezes regressiva, por escalão de preços, que visa pagar os custos de stock e afins dos medicamentos. E permite maior margem nos preços mais baixos para compensação parcial das perdas nos preços mais altos (Costa, 2012).

Há ainda uma parcela adicional, que não excede normalmente os 2%, que representa a remuneração pelos serviços farmacêuticos adicionais, não associados à dispensa do medicamento, como os serviços de revisão ou gestão da terapêutica ou outros prestados em consulta farmacêutica fora do ato da dispensa (Costa, 2012).

O sistema adotado pelo estado português não pode sequer ser considerado um modelo misto. No sistema adotado, no primeiro escalão é adotada a margem que já estava em vigor e a partir daí é um modelo regressivo puro com “fees” fixos irrisórios (Costa, 2012).

Sem a existência de um “fee” que vise remunerar os serviços farmacêuticos associados à dispensa do medicamento, o novo sistema de remuneração veio penalizar ainda mais as farmácias economicamente (OF, 2011). Além disso, este “fee” não seria apenas uma forma de compensação para os problemas económicos e financeiros das farmácias. Seria também uma forma de criar incentivos económicos aos farmacêuticos, para que estes continuem a praticar e a desenvolver serviços de saúde diversificados e de qualidade para as comunidades em que estão inseridos e, ao mesmo tempo, garantir uma maior intervenção dos farmacêuticos no sentido de maximizar a efetividade da terapêutica e reduzir os seus riscos e desperdício (Cordeiro, 2012).

Num estudo elaborado pelo farmacêutico Filipe Pontes no âmbito do estágio curricular em farmácia comunitária, foi feita a comparação entre o valor obtido com o sistema de remuneração em vigor (margens regressivas) e o sistema anterior (margens fixas) num dia de trabalho numa farmácia de média dimensão. A conclusão a que se chega ao observar os dados é que com a nova legislação, na medicação que está inserida no segundo, terceiro e quarto escalões, a farmácia lucra mais do que o que acontecia com as margens antigas. A principal diferença encontra-se nos últimos dois escalões que, devido ao elevado leque de preços que pode incluir, dependendo da medicação que a farmácia vende, esta pode chegar mesmo a obter um “prejuízo” (relativo) que não chega a ser coberto pelo lucro (relativo) obtido pelos outros escalões, ou seja, com a nova legislação a farmácia perde. (Pontes, 2013) O gráfico 7 ilustra esta comparação.



**Fonte:** Pontes, 2013

Gráfico 7 – Comparação entre os lucros obtidos num sistema de margens regressivas e num sistema de margens fixas, por escalão de PVP. Valores correspondentes a um dia de trabalho na farmácia X.

### 2.1.7 - Aumento do stock por imposição legal

O Decreto-Lei nº 11/2012, de 8 de Março determina que as farmácias têm que ter em stock, no mínimo, três medicamentos de cada grupo homogéneo de entre os cinco

medicamentos com o preço mais baixo, devendo dispensar o de menor preço, salvo se for outra a opção do doente (INFARMED, 2012). Segundo o comunicado do Ministério da Saúde: “esta medida destinou-se a pôr fim a um problema sentido na maioria das farmácias, que não têm os medicamentos mais baratos” (netfarma, 2011).

Mas, se esta questão for vista por outro prisma, é fácil constatar que esta medida veio dificultar a gestão de stock nas farmácias. Sendo que as farmácias são obrigadas a ter três medicamentos dos cinco mais baratos mas, segundo o que determina a lei, devem dispensar sempre o mais barato, pode-se dizer que essa mesma farmácia tem que ter sempre pelo menos duas unidades de medicamentos que potencialmente nunca irá dispensar, para cada grupo homogéneo. Ora 2 unidades vezes 663 grupos homogéneos são 1 326 embalagens. Assumindo que o preço médio de cada embalagem de medicamento genérico é de 6,90 € (dados do Infarmed), isto significa um empate de capital de 9 150 €. Mas como os preços têm alterações todos os trimestres, os dois medicamentos que entretanto a farmácia terá comprado por estarem nos cinco mais baratos nesse trimestre, podem já não estar nos cinco mais baratos no trimestre seguinte. Assim sendo, e considerando uma situação limite, a farmácia pode ter que repetir o mesmo empate de capital a cada trimestre, o que ao fim de um ano representa 36 600 € de empate de capital em medicamentos (Paulino, 2013). É óbvio que esta situação apresentada é uma situação limite, mas serve bem para ilustrar que esta nova legislação veio criar à Farmácia um aumento muito significativo de stock, que ao fim de um ano se traduz em custos muito elevados para as farmácias e que, numa grande parte dos casos, representam um investimento sem retorno.

### 2.1.8 - Aumento dos Custos fixos

Em 2007, foi publicado o Decreto-Lei nº 53/2007, de 8 de Março, onde foi fixado um horário mínimo de funcionamento para as farmácias que se situa nas 55 horas semanais. Segundo o Governo, o objetivo desta lei visa a política de acessibilidade ao medicamento, que deve fomentar um alargado período de funcionamento nas farmácias.

No mesmo ano, a 31 de Agosto, foi publicado o Decreto-Lei nº 307/2007, em que, entre outras alterações, veio estabelecer como regra que cada farmácia tem que ter pelo menos

dois farmacêuticos no seu quadro de pessoal. Esta exigência está diretamente relacionada com o horário mínimo fixado meses antes, uma vez que a legislação obriga o diretor técnico a estar em permanência e exclusividade na farmácia, tendo que indicar um farmacêutico que o substitua nas suas ausências e impedimentos, Assim sendo, com o horário mínimo fixado em 55 horas, torna-se quase imperativo que existam dois farmacêuticos para cobrir este horário.

Estas leis visaram sobretudo melhorar a acessibilidade ao medicamento por parte da população. No entanto, num contexto económico desfavorável e de grande crise no setor, estas leis vieram trazer um aumento dos custos fixos às farmácias

Estima-se que os custos fixos de uma farmácia em 2002 eram, em média, de 23 000 €, tendo passado para 44 000 € em 2010, o que representa um aumento de, aproximadamente, 47%. (Gomes, 2013)

Este aumento de custos fixos é especialmente penalizador para as farmácias de pequena dimensão e que se situam em zonas menos populosas em que, na maior parte das vezes, os rendimentos não são compatíveis com este tipo de despesa.

Entretanto, foram já várias as alterações feitas a esta legislação. A 11 de Janeiro de 2011 foi emitida a Portaria nº 31-A/2011, que estabeleceu a passagem do horário mínimo de funcionamento semanal das farmácias para as 50 horas.

Posteriormente, com a publicação do Decreto-Lei nº 172/2012, de 1 de Agosto, o horário mínimo de funcionamento passou para as 44 horas, com exceção feita às farmácias cujo valor de faturação ao SNS no ano civil anterior seja igual ou inferior a 60% do valor médio anual nacional de faturação, por farmácia, ao SNS nos cinco anos imediatamente anteriores, nas quais foi estabelecido um horário mínimo de 40 horas. Estas farmácias beneficiam também da dispensa de obrigatoriedade do segundo farmacêutico e da redução de áreas mínimas (OF, 2012d).

Contudo, a OF considera o modelo proposto inadequado para os fins que pretende alcançar, manifestando o seu absoluto desacordo, por não resolver o problema da falta de

sustentabilidade económica e financeira com que as farmácias atualmente se debatem, além de provocar situações de inaceitável iniquidade entre os portugueses (OF, 2013b).

### 2.1.9 - Dificuldade de acesso aos medicamentos

Tem-se verificado, nos últimos anos, um aumento da dificuldade por parte das farmácias de aceder aos medicamentos.

Segundo dados apurados pela ANF, num levantamento que abrangeu 50% das farmácias portuguesas, só na primeira quinzena de Setembro de 2013, as farmácias não conseguiram adquirir 2.329.168 embalagens de medicamentos, relativamente a 8.970 apresentações de medicamentos. O TOP 20 dos medicamentos cujas dificuldades de aquisição foram mais reportadas compreende medicamentos de marca e medicamentos genéricos (ANF, 2013b).

Analisando exclusivamente os medicamentos genéricos, as farmácias não conseguiram adquirir 487.663 embalagens de medicamentos, relativamente a 4.822 apresentações. Dos 20 medicamentos cujas dificuldades de aquisição foram mais reportadas, 60% têm um dos 5 preços mais baratos (ANF, 2013b).

Finalmente, 2.829 apresentações de medicamentos genéricos em grupo homogéneo (40% do universo total em grupo homogéneo) não foram fornecidas pela indústria ao mercado. Destas, 1.534 (54,2%) encontravam-se entre os medicamentos com os 5 preços mais baixos, em cada grupo homogéneo (ANF, 2013b).

Estas falhas de abastecimento e a consequente dificuldade no acesso ao medicamento que daí resulta, afetam principalmente os doentes, uma vez que resultam muitas vezes no abandono ou redução da adesão terapêutica por parte dos mesmos.

Num estudo encomendado pela Apifarma à Deloitte Consultores, intitulado “Caracterização e valorização do (des)abastecimento do mercado farmacêutico nacional”,

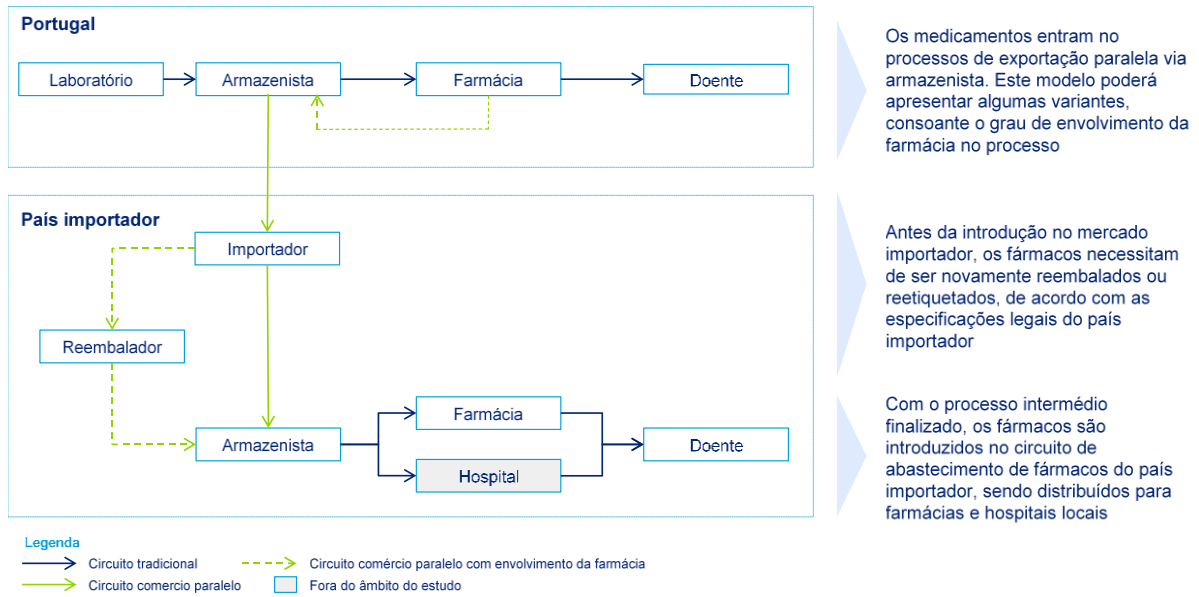
são fornecidos dados interessantes que ajudam a compreender melhor o real impacto das falhas no abastecimento das farmácias.

Segundo este estudo, dos 671 utentes inquiridos que se deslocaram à farmácia, 301 (cerca de 45%) não conseguiram adquirir todos os medicamentos que pretendiam e 10% dos utentes indicaram que tiveram falhas na aquisição de medicamentos frequentemente ou muito frequentemente (APIFARMA, 2012).

Mas o impacto não se fica só pelos doentes. Este “(des)abastecimento” do mercado nacional afeta também as farmácias. Nomeadamente, através da redução da margem de negócio, porque compram diretamente ao laboratório em vez de comprar ao armazenista; há uma maior dificuldade em gerir a relação com o utente que, em última instância, pode resultar na perda de clientes por não conseguirem obter a medicação solicitada e há um aumento da entropia na aquisição de fármacos pela necessidade de contactar diversos interlocutores (APIFARMA, 2012).

Um dos motivos que vem sendo apontado como causador das dificuldades na cadeia de abastecimento do medicamento é a exportação paralela.

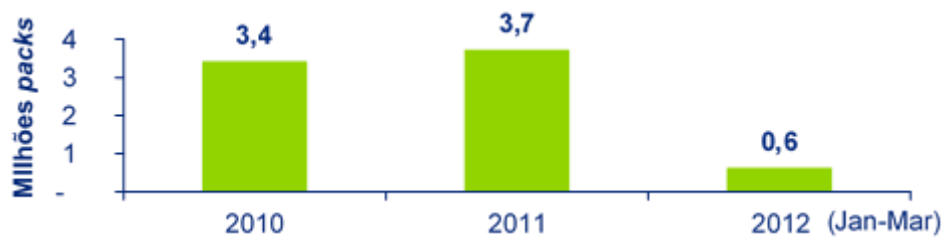
Em países como a Alemanha, o Reino Unido, a Holanda ou a Dinamarca, que representam, no seu conjunto, 63% do total de exportações portuguesas de medicamentos para a UE, a média dos preços praticados no mercado dos medicamentos chega a ser o dobro da média em Portugal. Esta diferença de preços faz com que a exportação de medicamentos seja mais atrativa para os distribuidores do que o abastecimento do mercado nacional. Resumindo, os distribuidores paralelos compram produtos comercializados pelo fabricante original a um preço inferior num país para depois vendê-los noutra país a um preço mais elevado (APIFARMA, 2012). A forma como isto se processa vem ilustrado no quadro 5.



**Fonte:** Análise Deloitte, 2012

### Quadro 5 – Funcionamento do comércio paralelo de medicamentos em Portugal e nos países importadores

Ainda segundo os dados do estudo encomendado pela APIFARMA, a exportação paralela em Portugal está a aumentar em quantidade (ver Gráfico 8), tendo totalizado, em termos de valor, no final do ano de 2011, cerca de 73 milhões de euros (ver gráfico 9).



**Fonte:** Análise Deloitte, 2012

### Gráfico 8 – Exportação paralela de medicamentos para a UE, em quantidade de packs



**Nota:** - Exportação paralela em PVP, sem IVA;  
- Exportação paralela (Gap sell in) é a diferença entre as vendas ex-factory e as vendas sell in (stock constante)  
- Considerando o Direct to pharmacy a exportação paralela em 2011, aumentaria 18,6M€ totalizando 92M€  
**Fonte:** Análise Deloitte, 2012

Gráfico 9 – Exportação paralela de medicamentos para a UE, em PVP

De facto, de forma a compreender melhor a dimensão dos ganhos que a exportação paralela pode trazer aos armazenistas face ao abastecimento do mercado nacional, vale a pena traduzir esta diferença em números. Uma margem do armazenista de 5 milhões de euros no mercado nacional pode corresponder a 36 milhões de euros no mercado de exportação paralela (APIFARMA, 2012).

Todavia, o que faz com que o comércio paralelo de medicamentos entre Estados membros da UE seja possível é o facto de este se encontrar enquadrado no artigo 28.º CE, que proíbe restrições quantitativas às importações de outros Estados membro, o que permitiu a criação de um mercado farmacêutico único europeu (APIFARMA, 2012). Desta forma, torna-se mais difícil criar medidas que possam mitigar as falhas de abastecimento.

Atualmente, as medidas existentes em Portugal neste âmbito são a imposição de um stock mínimo aos armazenistas e às farmácias e a imposição de coimas relativas à não disponibilização de medicamentos. No entanto, estas medidas não só não são suficientes, como nem sequer são adequadas, uma vez que os armazenistas não têm capacidade para constituir stock de todos os produtos, em conformidade com a norma e o valor das coimas aplicadas pela não disponibilização dos medicamentos é muito reduzido, não funcionando como desincentivo relativamente à exportação paralela (APIFARMA, 2012).

No sentido de contrariar esta tendência, o Governo tem estudado a possibilidade de aumentar significativamente as coimas aos distribuidores do setor do medicamento

(farmácias e grossistas) que privilegiem as exportações sem antes suprirem as necessidades do mercado nacional.

Um outro motivo para as falhas de abastecimento que se têm verificado, e que tem vindo a ganhar uma importância crescente, prende-se com a própria Indústria farmacêutica deixar de fornecer alguns medicamentos para Portugal por serem pouco lucrativos. As reduções de preços que foram efetuadas nos últimos anos em Portugal fizeram com que os medicamentos atingissem um preço tão baixo que se chega a pôr a questão se compensa vender medicamentos para Portugal. Uma vez que o mercado português é considerado um mercado pequeno no contexto global, por vezes não compensa à indústria farmacêutica vender para Portugal aos preços que o estado está disposto a pagar atualmente. Além disso, vendendo medicamentos a um preço inferior ao que acontece com outros países, está a criar uma desigualdade de circunstâncias no mercado que pode levar esses países a exigir preços igualmente baixos.

Neste caso específico, o Ministro da Saúde, Dr. Paulo Macedo (*cit in Público* 2013) esclarece: "...se for caso disso, a tutela irá interpelar os laboratórios e atuar pontualmente para suprir as falhas de mercado". O ministro adiantou, a este propósito, que o INFARMED já pediu ao laboratório militar para produzir dois novos medicamentos. Acrescentando: "Tivemos oferta de vários laboratórios nacionais para produzirem medicamentos sob licença" (Macedo *cit in Público* 2013).

Apesar de não existir um consenso entre os diferentes intervenientes da cadeia de abastecimento do medicamento relativamente à solução ideal para a resolução do problema das falhas no abastecimento das farmácias, existem uma série de medidas em discussão na UE que tem vindo a ser analisadas e, em alguns países, já começam a ser implementadas. Estas medidas estão representadas no quadro 6 (APIFARMA, 2012).



**Fonte:** Análise Deloitte, 2012

## Quadro 6 – Medidas em discussão na UE para mitigar as falhas de abastecimento do mercado farmacêutico

### 2.2 - Fatores Internos

Até ao ano de 2010, as farmácias eram efetivamente um negócio bastante rentável, sendo que a sua gestão podia ser feita de uma forma mais ou menos rigorosa. Assim sendo, é natural que, algumas farmácias tenham chegado a níveis de endividamento elevados, não só por causa da conjuntura económica, mas também por culpa própria, isto é, pela forma como os seus proprietários as foram gerindo ao longo dos anos. No entanto, tal como evidencia Cordeiro (*cit in Farmácia Distribuição 2012<sup>a</sup>, p.6*), apesar de não se dever excluir que "...algumas das farmácias que estão hoje em crise não tenham chegado aí também por responsabilidade própria, não são essas as situações que caracterizam o setor".

Existem farmácias que entraram em endividamento excessivo por motivos exógenos ao seu funcionamento normal, isto é, que foram sendo descapitalizadas ao longo dos anos. Existem também casos de proprietários de farmácias que contraíram empréstimos para poder investir na sua modernização ou até mesmo na sua compra, isto numa altura em que a realidade do setor era completamente diferente, e que agora têm dificuldades para amortizar esses mesmos empréstimos face à queda dos rendimentos. Mas estes casos acabam por ser exceção. Não descurando a importância fulcral que a gestão e as

ferramentas de gestão têm neste momento para a sustentabilidade das farmácias, não terá sido por erros de gestão, na maioria dos casos, que o setor das farmácias chegou a este momento tão delicado.

Ainda assim, a verdade é que hoje em dia se discute inúmeras vezes se o farmacêutico tem a preparação e os conhecimentos na área de gestão necessários para fazer a gestão correta de uma farmácia. Os farmacêuticos ao longo dos anos foram-se adaptando e tornaram-se em gestores capazes de responder ao desafio que é gerir uma farmácia. Além disso, no que à formação diz respeito, existem formações complementares para os farmacêuticos na área da gestão que transmitem conhecimentos mais do que suficientes para a gestão de uma empresa de média dimensão como é o caso da maior parte das farmácias, não sendo por isso justificável que as más práticas de gestão possam estar relacionadas com falta de formação disponível. Em farmácias de grande dimensão, ou em grupos de farmácias que formem em conjunto um elevado volume de negócios, contratar um profissional na área da gestão pode ser uma solução eficaz, sendo que nestes casos o volume de negócios faz com que os custos que daí advêm possam ser comportados.

### III - Medidas a implementar para aumentar a rentabilidade do negócio das farmácias

A situação económica e social que o País atravessa impõe novos desafios e responsabilidades às farmácias e aos farmacêuticos. Os farmacêuticos devem, por isso, assumir a liderança em áreas primordiais dos cuidados de saúde, demonstrando que podem fornecer um importante contributo no alcance de um Sistema de Saúde racional e eficiente, centrado no cidadão (Cordeiro, 2012). Com efeito, a perda de poder económico que afeta grande parte das famílias portuguesas faz com que as medidas a tomar tenham que ter em conta não só a concorrência dentro do próprio negócio, mas também as condicionantes resultantes dessa mesma perda (Carvalho, 2013).

As dificuldades que se têm vindo a sentir no setor, fazem com que seja necessário usar novas estratégias. Após um período em que a venda de produtos pareceu constituir a principal prioridade da atividade comercial nas farmácias, abrem-se agora perspectivas

para um aumento da prestação de serviços (Aguiar, 2012). A remuneração das farmácias continua a ser fortemente dependente do medicamento, e perante a redução significativa dos preços dos medicamentos e das suas margens de comercialização, as farmácias já não conseguem suportar com segurança os seus custos de funcionamento (Cordeiro, 2012).

Cabe então às farmácias assumir uma participação cada vez maior na gestão da doença, com a implementação e disseminação de mais programas específicos direcionados ao acompanhamento dos doentes crónicos e à gestão da terapêutica, promovendo uma utilização mais segura e efetiva dos medicamentos e permitindo uma maior racionalidade do Sistema de Saúde português (Cordeiro, 2012).

Em termos de organização interna, as farmácias devem ter cada vez mais rigor na sua gestão, devendo o Diretor Técnico estabelecer prazos, medidas e objetivos à sua equipa de trabalho e, ao mesmo tempo, dando a conhecer os objetivos gerais definidos, como forma de envolver e motivar os seus colaboradores para o trabalho individual e coletivo (Carvalho, 2013).

Devemos então considerar algumas medidas a implementar para aumentar a rentabilidade do setor:

### 3.1 - Atrair Progressivamente para a farmácia medicamentos e produtos hospitalares

Atualmente, a terapêutica cedida ao doente ambulatório hospitalar tem um impacto económico muito significativo, chegando a ultrapassar metade dos custos totais com a terapêutica no hospital, comprometendo assim a sustentabilidade do SNS.

Estes valores fazem com que cada vez mais se exija que a terapêutica seja corretamente utilizada, tanto em termos de indicação clínica como de adesão por parte dos doentes. Problemas como a indução de resistências (SIDA), ou a frequência de efeitos adversos (oncologia) são situações frequentes e que requerem um controlo rigoroso no acompanhamento destes doentes. Estes casos são muitas vezes resolvidos a nível

hospitalar, uma vez que o farmacêutico hospitalar os deteta aquando da cedência da medicação e ajuda a resolvê-los graças à proximidade existente relativamente aos vários profissionais envolvidos (médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, etc.) (Alcobia, 2012).

No entanto, as questões de acessibilidade são referidas, em alguns casos, como sendo impeditivas de uma correta utilização destes medicamentos. Estas questões de acessibilidade, juntamente com os elevados custos associados a estas terapêuticas fazem com que a possibilidade da cedência das mesmas fora dos hospitais esteja a ser equacionada (Alcobia, 2012).

De acordo com o Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar da OF (*cit in* Farmácia Distribuição 2013c, p.30): “é importante que o farmacêutico hospitalar concentre a sua atenção nas terapêuticas de risco elevado e de alto custo”. Assim sendo, e ainda segundo os elementos do conselho, os serviços farmacêuticos hospitalares: “são a porta de entrada de fármacos inovadores, desde o ensaio clínico até ao início da sua utilização terapêutica”, por isso faz sentido pensar na cedência da terapêutica em ambulatório em casos de “baixo risco e custo reduzido, a partir dos quais se poderiam obter valiosos ensinamentos para otimizar outros projetos mais ambiciosos”, concluem.

É neste capítulo que as farmácias comunitárias podem ter uma palavra a dizer. A excessiva hospitalização de doentes tem caminhado cada vez mais para uma situação domiciliária. Existe uma forte aposta na componente ambulatória, sendo as altas cada vez mais precoces e a terapêutica domiciliária cada vez mais “agressiva”. A necessidade da correta transposição hospital – domicílio e o ensino dos doentes e suas famílias, bem como a notificação de possíveis efeitos adversos são áreas que devem ser aproveitadas por parte das farmácias comunitárias, desde que em estreita colaboração com os farmacêuticos hospitalares (Alcobia, 2012).

Quanto à dispensa dos fármacos propriamente dita, vários especialistas na matéria defendem que esta pode perfeitamente ser feita em farmácias comunitárias. Segundo Helena Castro Machado, presidente da Associação das Farmácias de Portugal (AFP) (*cit in* Farmácia Distribuição 2013c, p.31):

A passagem da dispensa de fármacos até agora cedidos exclusivamente em ambulatório hospitalar para as farmácias comunitárias é uma opção viável. Afinal, estes são locais que reúnem condições e competências técnicas e humanas para prestar esse serviço, comprovadas por outras situações anteriores como a dispensa de metadona.

O Conselho do Colégio da Especialidade de Farmácia Hospitalar realça que o mais importante é que o sistema de distribuição para doentes em ambulatório garanta a eficácia à terapêutica assegurando a adesão à mesma, com o necessário controlo de custos. Desta forma, qualquer sistema que cumpra estes requisitos pode ser equacionado, incluindo a referenciação para as farmácias comunitárias (Farmácia Distribuição, 2013c).

O papel de orientador do sistema cabe ao estado, que segundo o presidente da ANF, Dr. Paulo Duarte (*cit in* Farmácia Distribuição 2013c, p.31):

deve definir as regras para a dispensa destes medicamentos (condições, preços, registos de informação, necessidades de monitorização, entre outros), sendo que as farmácias que estiverem em condições de cumprir esses requisitos devem poder efetuar a dispensa, nas mesmas condições do que as dos hospitais.

Para além das questões técnicas, no atual contexto que o país e o setor vivem, há aspetos económicos que convém salvaguardar, “nomeadamente a existência de limites de despesa com medicamentos em ambulatório e a necessária valorização da prestação de mais este serviço pelas farmácias portuguesas”, indica Paulo Duarte. (*cit in* Farmácia Distribuição 2013c, p.31)

Ainda segundo o presidente da ANF (*cit in* Farmácia Distribuição, 2013c, p.31) as vantagens que podem advir desta mudança são significativas:

o maior controlo e monitorização dos doentes, maior adesão à terapêutica; mas também em termos de saúde pública, o controlo epidemiológico da doença e a redução dos problemas associados ao estigma da doença, fatores determinantes em alguns tratamentos, como no caso do VIH/SIDA.

### 3.2 - Associação entre farmácias

Perante as dificuldades que se têm vindo a fazer sentir nos últimos tempos, as farmácias procuram agora catalisar os recursos que ainda existem à sua disposição. Um exemplo disso mesmo são as sinergias da constituição de grupos de farmácias. Sendo as farmácias micro e pequenas empresas, estão sujeitas à racionalidade dos atos de gestão e, num período de contração económica como que estamos a passar, as sinergias adquirem uma especial importância (netfarma, 2013).

A presidente da AFP, Helena Castro Machado (*cit in* netfarma 2013) esclarece:

O que tem acontecido nos últimos anos é que houve farmácias que se uniram para encontrar sinergias ao nível das compras para, no fundo, conseguirem melhores condições comerciais através da compra agregada. Noutros casos houve situações de concentração de farmácias sob a mesma entidade. Trata-se da procura de escala, que está limitada a um máximo de 4 farmácias, e que permite, além do que vimos no exemplo anterior, otimizar os custos, incluindo, neste caso, os de índole administrativa.

Além das vantagens que se verificam a nível de compras e na otimização de custos de funcionamento, estas sinergias podem também gerar outras oportunidades para as farmácias que se agrupam. Para grupos com um número de farmácias elevado, que acabam por formar economias de escala, conseguem-se obter recursos, desenvolver atividades e gerar fenómenos de centralização que compensam ferramentas de maior gabarito, o que para duas ou três farmácias não se justificaria. (Pires *cit in* Farmácia Distribuição 2013a) São exemplos dessas ferramentas: a contratação de pessoal afeto à área da gestão e marketing, a montagem de infraestruturas e compra de equipamentos para produção de medicamentos manipulados, a contratação de profissionais para dar formação específica em determinadas áreas, entre outros.

Como desvantagens, a única que se evidencia é o facto das farmácias que integram os grupos perderem o seu individualismo, o que não quer dizer que percam a sua independência. Perdem o individualismo porque passam a integrar políticas e objetivos comuns, no entanto, a sua independência mantêm-se, uma vez que na grande maioria dos casos são os proprietários da farmácia que continuam a fazer a sua gestão, mesmo após a adesão a um destes grupos.

A formação de grupos de farmácias, que é recente em Portugal, já existia noutros países, como a Inglaterra, Brasil, etc., mas, em muitos dos casos, sob a forma de farmácias que entregam a sua gestão a grupos macroeconómicos exteriores à profissão. Em Portugal não existe este risco uma vez que a nossa legislação só permite um máximo de quatro farmácias sob a mesma propriedade. Assim sendo, qualquer investidor terá que se cingir à lei (netfarma, 2013).

### 3.3 - Dissociar a remuneração do preço do produto, fazendo emergir o valor da prestação do serviço

Como evidencia Cordeiro (2012, p.68), “A remuneração das farmácias é fortemente dependente do preço do medicamento e, como tal, extremamente influenciável pelas políticas de redução dos seus preços”.

De 2005 até hoje, os sucessivos governos reduziram por várias vezes os preços dos medicamentos com vista, essencialmente, à redução da despesa do SNS. O preço dos medicamentos atingiu reduções de quase 50% e as margens da distribuição também baixaram, sendo Portugal, neste momento, o País da UE com margens mais baixas. Estas medidas criaram problemas de natureza económica e financeira aos operadores do circuito do medicamento, tendo um impacto maior nos de pequena dimensão como as farmácias (OF, 2012b).

Apesar da redução acentuada dos preços dos medicamentos ter sido o principal fator que despoletou estes problemas, não se afiguram, nos próximos tempos, medidas no sentido de inverter este tipo de políticas. O que se prevê é que preço dos medicamentos continue a descer, não só devido à pressão crescente do Estado financiador, mas também devido às tendências do mercado ambulatorio. Com efeito, o número de medicamentos inovadores introduzidos no mercado tem sido e vai continuar a ser cada vez menor. Por sua vez, prevê-se um aumento da proporção de medicamentos genéricos no ambulatorio, quer pelos seus preços baixos e crescente incremento na dispensa, quer pela perda de patente de muitos blockbusters (Costa, 2012).

Assim sendo, há que procurar melhores soluções, que permitam, simultaneamente, equilibrar o défice orçamental do Ministério da Saúde e manter uma intervenção solidária junto dos doentes, papel este que as farmácias têm vindo a desempenhar há já muitos anos (OF, 2011).

Além da dispensa de medicamentos, as farmácias desempenham um conjunto de serviços, habitualmente referidos como atos farmacêuticos, tais como aconselhamento sobre a utilização de medicamentos, determinação de parâmetros clínicos, intervenção na prevenção de doenças cardiovasculares, administração de primeiros socorros, administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação, utilização de meios auxiliares de diagnóstico terapêutico, entre outros. Porém, este conjunto de serviços é prestado, na generalidade, sem pagamento direto associado (Barbosa, 2010).

Num estudo intitulado “Valorização dos Atos Farmacêuticos em Farmácias Comunitárias”, elaborado pelos doutores Miguel Gouveia e Fernando Machado, que pertencem ao Centro de Estudos Aplicados da Universidade Católica Portuguesa, foi feita uma estimativa do volume de atos farmacêuticos realizados nas farmácias em Portugal, bem como uma valorização económica destes serviços à população. Para tal, os autores do estudo fizeram um inquérito às farmácias para aferir quais são os atos farmacêuticos não pagos que se praticam, a sua frequência, quem praticou tais atos e o tempo neles despendido. Simultaneamente, foi feito um inquérito aos utentes das farmácias com intuito de medir a valorização atribuída, pela população em geral, aos principais atos farmacêuticos não pagos (Gouveia e Machado, 2010).

Após a realização dos inquéritos e do tratamento dos dados obtidos, chegou-se a quatro conclusões essenciais:

- Nas farmácias portuguesas praticam-se, anualmente, 38,8 milhões de atos farmacêuticos não pagos diretamente, sendo na maioria atos de aconselhamento e de avaliação.
- Nestes atos, consomem-se 2,8 milhões de horas de trabalho, o que constitui aproximadamente 13% de ocupação do tempo dos quadros das farmácias.

- O custo que estes atos representam para as farmácias é de 54 milhões de euros, o que representa 20% dos seus resultados brutos.

- O valor atribuído, pelos utentes, em termos de bem-estar criado, é de 76,5 milhões de euros. (Gouveia e Machado, 2010)

Estes serviços dificilmente poderão continuar a ser gratuitos. As dificuldades económicas e financeiras que as farmácias atravessam atualmente fazem com que eles devam ser, por princípio, remunerados (Cordeiro, 2012).

É neste sentido que a Europa caminha, sendo já vários os países em que o sistema de margens fixas deu lugar a sistemas alternativos, como a fixação de um fee pelos serviços diferenciados. Desta forma, é possível racionalizar a distribuição do medicamento e, ao mesmo tempo, criar incentivos económicos aos farmacêuticos que permitam que estes continuem a praticar e desenvolver serviços de saúde diversificados e de qualidade para as comunidades em que estão inseridos (Cordeiro, 2012).

No entanto, é importante fazer uma distinção entre os serviços farmacêuticos prestados. Podemos separá-los em dois grupos principais: os serviços diretamente associados à dispensa do medicamento e os outros serviços farmacêuticos prestados na farmácia.

Os serviços diretamente associados à dispensa do medicamento são aqueles que mais provavelmente tenderão a assumir um peso crescente na remuneração das farmácias. Se olharmos para os países em que o sistema de remuneração contempla a fixação de um fee por serviços prestados, como por exemplo a Suíça, a Holanda ou o Reino Unido, chegamos à conclusão que cerca de 75% a 80% da remuneração das farmácias nesses países (pelo Estado ou entidade pagadora) está associada ao valor fixo por embalagem, que serve para pagar os serviços farmacêuticos diretamente associados à dispensa do medicamento. Isto não significa que os outros serviços não sejam remunerados, mas o seu peso na remuneração total das farmácias não excede os 2% (Costa, 2012).

Nos países onde este caminho já está em curso, podemos verificar a existência dos principais serviços que estão associados à dispensa do medicamento: a validação de cada

medicamento dispensado (efetividade e segurança) e do conjunto de medicamentos que o doente leva em cada dispensa, bem como o aconselhamento suplementar em situação de primeira dispensa e promoção da adesão, são os serviços que pesam maioritariamente na remuneração da farmácia (Costa, 2012).

Além destes serviços, de onde deve provir a componente mais importante da remuneração das farmácias, existem outros serviços adicionais diretamente associados à dispensa do medicamento, tais como: o ensino da técnica correta de utilização de dispositivos terapêuticos em situação de primeira dispensa, a identificação de doentes polimedicados ou com terapêuticas de risco para verificação de efeitos adversos e da efetividade, a preparação da terapêutica individualizada para a semana ou mês em doentes idosos e/ou polimedicados, a preparação de soluções extemporâneas, a toma sob observação direta de Metadona e outros medicamentos, possível verificação do perfil dos doentes com prescrição de medicamentos com maiores encargos para o SNS com informação para o médico e para o Estado, a notificação de RAM's, entre outros (Costa, 2012).

### 3.4 - Desenvolver novas áreas de intervenção profissional

As farmácias devem apostar em novas áreas de intervenção profissional que lhes permitam equacionar outras valências comerciais (Aguiar, 2012).

Fazer consultas na farmácia relacionadas com componentes técnicas como a ortopedia, fitoterapia, homeopatia e nutrição especializada, pode trazer vantagens tanto ao nível da angariação de clientes, como ao nível da sua fidelização e das futuras vendas de MNSRM e de produtos naturais que daí podem resultar (Carvalho, 2013).

Outra área a ser explorada diz respeito às vertentes sociais de apoio à população. O envelhecimento da população traz consigo uma série de serviços inerentes como a assistência domiciliária para aqueles que possuam falta de mobilidade, reabilitação motora e psíquica e novas terapêuticas combinadas (Aguiar, 2012).

### 3.5 - Formação Pré e Pós-graduada

#### 3.5.1 - Formação Pré-graduada

O farmacêutico é, hoje em dia, um profissional de excelência na área da saúde, possuindo competências para exercer a sua atividade quer ao nível da Farmácia Comunitária e Hospitalar, quer ao nível das Análises Clínicas e da Indústria Farmacêutica, assim como noutras áreas, onde o seu valor é valorizado relativamente a outras formações. Contudo, ao longo da última década e meia, a profissão tem-se focalizado sobretudo no medicamento. Isto reflete-se também ao nível das reformas curriculares, feitas pelas instituições onde se ministra o ensino das ciências farmacêuticas, que apesar das mudanças introduzidas pelo sistema de Bolonha na maior parte dos estabelecimentos de ensino, desde 2007, continuam a privilegiar as áreas relacionadas com o medicamento, desde o fabrico até à dispensa do mesmo (Gomes, 2012).

No contexto atual, em que o farmacêutico reclama uma maior intervenção no acompanhamento ao doente, faz sentido uma mudança de rumo por forma a não afunilar o seu campo de atuação (Gomes, 2012). Há, assim, uma necessidade de repensar os currículos lecionados na formação pré-graduada, por forma a fornecer uma maior formação nas áreas relacionadas com o acompanhamento ao doente, o que já tem vindo a ser feito por algumas instituições de ensino.

Curiosamente, também noutros países esta necessidade tem vindo a ser abordada. Num estudo publicado no “Canadian Pharmacists Journal”, intitulado “Are Pharmacists the Ultimate Barrier to Pharmacy Practice Change?”, os autores chamam à atenção para o facto de atualmente, com o aparecimento e o uso alargado de produtos farmacêuticos, os cursos de farmácia passarem a focar-se apenas nas ciências farmacêuticas e na farmacologia ao invés de darem mais relevo ao acompanhamento do doente e às disciplinas relacionadas com a patologia médica. Isto faz com que os farmacêuticos se aproximem mais de cientistas do que de profissionais de saúde convencionais (Rosenthal et al., 2010).

Ainda segundo este estudo, este formato de ensino acaba por ser uma barreira à implementação, em pleno, dos serviços farmacêuticos. Isto porque essa implementação exige que os farmacêuticos se responsabilizem pelo acompanhamento que é disponibilizado ao doente, e que não fiquem na sua zona de conforto, que acaba por dizer respeito apenas à dispensa de medicamentos. Assim sendo, para os farmacêuticos se sentirem plenamente capazes de fazer o acompanhamento ao doente, é importante que esse tipo de disciplina faça parte, desde logo, da sua formação universitária (Rosenthal et al., 2010).

### 3.5.2 - Formação pós-graduada

À medida que aumenta a complexidade e a dinâmica das sociedades modernas, as pessoas recorrem cada vez mais à formação como instrumento de diferenciação dos demais profissionais. Hoje em dia, não faz sentido pensar que os conhecimentos adquiridos na juventude são suficientes para toda a vida. A rápida evolução do mundo exige uma atualização contínua dos saberes (Gomes, 2012).

Numa fase em que as farmácias comunitárias atravessam uma crise e que novos campos de atuação se afiguram como a melhor aposta para a sobrevivência da profissão farmacêutica, faz todo o sentido que haja uma aposta forte na formação para áreas específicas relacionadas com o atendimento ao doente, como por exemplo: nutrição, seguimento farmacoterapêutico, dermocosmética, etc.

Além destas áreas, existe uma outra vertente de formação que também deve ser aproveitada face aos desafios que atualmente são colocados às farmácias e que diz respeito a áreas menos convencionais da formação pré-graduada do farmacêutico. Destacam-se aqui as componentes de gestão empresarial, recursos humanos, comunicação, marketing, psicologia comportamental, entre outras (Aguiar, 2012).

### 3.6 - Otimização da Gestão de stocks

Não obstante as recentes alterações legislativas, já referidas, terem vindo dificultar a gestão de stock que é feita nas farmácias, um controlo rigoroso do stock continua a ser um fator importante para o seu equilíbrio financeiro.

É importante manter um equilíbrio em que exista o stock necessário para evitar a rutura e a consequente indisponibilidade de um determinado produto e, ao mesmo tempo, não acumular stock excessivo que acaba por corresponder a um investimento parado que implica ainda mais gastos ao final do ano (Cunha, 2012).

É frequente constatar-se que, numa farmácia, 75% do volume de faturação corresponde somente a 10% dos artigos em stock, sendo que 20% adicionais do volume de faturação correspondem a cerca de 25% dos artigos e os restantes 5% do volume de faturação correspondem a 65% dos artigos (Aguiar, 2009).

Assim sendo, pode-se concluir que apenas 10% dos artigos existentes na farmácia são fundamentais na sua dinâmica comercial, o que faz com que seja imperativo determiná-los e priorizá-los relativamente aos demais. Ainda assim, os restantes 75% de artigos devem ser tidos em conta, não só pelos custos de stockagem que implicam, mas também porque estes podem ser, muitas vezes, o fator que diferencia comercialmente a farmácia (Aguiar, 2009).

As farmácias possuem atualmente ferramentas informáticas que permitem fazer um controlo rigoroso do stock e, ao mesmo tempo, conhecer o desempenho da farmácia no mercado, permitindo assim ao farmacêutico saber quais os produtos que mais interessa ter em stock (Luciano *cit in* Farmácia Portuguesa, 2011).

Todavia, para estas ferramentas poderem ser utilizadas com assertividade é necessário primeiro excluir alguns erros que fazem com que os stocks físicos não coincidam com os stocks informáticos. Um artigo mais pormenorizado sobre como corrigir estes erros encontra-se em anexo (Anexo 2).

Outro fator, não menos importante, prende-se com as compras. É determinante adotar uma política criteriosa, tendo em atenção os benefícios, a cada momento, das diferentes modalidades de desconto. Por exemplo, comparando um desconto comercial e uma bonificação, ambos têm um impacto no momento da compra ao fornecedor, mas a bonificação envolve mais unidades, resultando assim num benefício relativo menor. (Luciano *cit in* Farmácia Portuguesa, 2011)

Todas estas situações devem ser tidas em conta, por forma a evitar a stockagem excessiva e, conseqüentemente a manter a liquidez necessária para assegurar um melhor funcionamento das farmácias.

## IV - Medidas previstas (ou já adotadas) para atenuar a crise do setor

### 4.1 - Compensação às farmácias que vendam mais MG

Em Maio de 2013, o Ministro da Saúde, Dr. Paulo Macedo (*cit in* mobifarm 2013) afirmou que o governo pretende:

alcançar uma quota de 45% de medicamentos genéricos até ao final de 2013 e, posteriormente, ampliá-la. É neste contexto que estamos, por exemplo, a avaliar a oportunidade de implementar medidas adicionais de incentivo ao mercado de genéricos

Neste sentido, o Governo está a elaborar uma lei que visa implementar um bónus para as farmácias que ultrapassem uma quota de 45% nas vendas de medicamentos genéricos. Esse prémio corresponde a um pagamento adicional de 50 cêntimos por cada genérico vendido. Aliás, o valor pode ir até 1€, caso o estabelecimento farmacêutico dispense um dos cinco medicamentos mais baratos do mercado (mobifarm, 2013).

Na opinião do bastonário da Ordem dos Farmacêuticos, Professor Maurício Barbosa (*cit in* OF 2013c):

É uma medida que praticamente não vai abranger nenhuma farmácia, ou muito poucas, porque as farmácias têm que ter quotas de medicamentos genéricos superiores a 45 por cento para poder usufruir dos fins previstos e neste momento a quota geral em Portugal dos medicamentos genéricos não chega aos 40 por cento.

Para o bastonário, a medida agora anunciada poderá ser positiva, mas deve ser analisada em articulação com o modelo de remuneração das farmácias que a OF tem vindo a defender, assente na valorização e na retribuição pelos atos farmacêuticos praticados (OF, 2013c).

#### 4.2 - MNSRM de dispensa exclusiva em Farmácia

A criação de uma lista que engloba os MNSRM de dispensa exclusiva em farmácia é, até ao momento, a única medida já adotada que pode vir a ter um efeito positivo no sentido de recuperar a sustentabilidade das farmácias portuguesas.

Esta alteração ao regime jurídico dos medicamentos de uso humano foi aprovada em Conselho de Ministros no dia 19 de Junho de 2013 e tem por principal objetivo garantir uma maior segurança no uso do medicamento, tendo o Executivo justificado esta medida com a evolução do Sistema Europeu de Avaliação de Medicamentos, que aconselha a introdução desta nova categoria (OF, 2013a).

Nesta subcategoria de medicamentos inserem-se, para já, 17 substâncias ativas, isoladamente e/ou em associação que, atendendo ao seu perfil de segurança ou às suas indicações, apenas podem ser dispensados em farmácias (OF, 2013a).

Portugal passa assim a integrar o conjunto de países da UE que adotaram esta solução, entre os quais se encontram o Reino Unido e a Holanda. Com efeito, dos 12 estados membros em que os MNSRM estão disponíveis fora das farmácias, apenas Portugal, Bulgária e Roménia não haviam instituído esta “terceira lista” (OF, 2013a).

É de esperar que nos próximos tempos venham a ser acrescentados mais medicamentos a esta lista, após uma análise cuidada, por parte do INFARMED, a todos os MNSRM e

MNSRM atuais, com base nos mesmos critérios que determinam o enquadramento na subcategoria MNSRM – DEF (OF, 2013a).

Embora a criação desta lista vise essencialmente assegurar a segurança dos doentes na utilização de alguns medicamentos que não necessitam de prescrição médica, ela vem também trazer um impacto económico positivo para as farmácias pois vai fazer com que alguns medicamentos que antes estavam sujeitos a receita médica possam agora ser vendidos sem receita médica, o que constitui um novo espaço de mercado e, ao mesmo tempo, com alguns dos MNSRM a passarem para esta lista, as farmácias vão recuperar uma parte do mercado de MNSRM que haviam perdido em 2005, aquando da autorização de venda de MNSRM fora das farmácias.

## V - Conclusão

O setor das farmácias tem sofrido, nos últimos anos, uma série de alterações a nível legislativo que não só vieram alterar as suas regras de funcionamento, como também vieram causar graves problemas de sustentabilidade.

A situação económica do país, que levou ao pedido de ajuda externa em 2011, fez com que a contenção de despesa em saúde e, mais concretamente, em medicamentos no caso das farmácias, passasse a ter uma importância ainda maior na agenda do Governo. Motivo pelo qual continuaram a ser aplicadas medidas gravosas para o setor, na sua maioria relacionadas com a redução dos preços dos medicamentos.

Sendo que a remuneração das farmácias depende quase exclusivamente da margem que é obtida sobre os preços dos medicamentos, a redução acentuada destes mesmos preços fez com que uma grande parte das farmácias passassem a funcionar com uma margem negativa, isto é, os lucros obtidos através da venda de medicamentos passaram a ser insuficientes para pagar os custos de funcionamento das próprias farmácias.

As dificuldades financeiras sentidas no setor fazem com que haja atualmente um grande número de farmácias com dívidas elevadas aos fornecedores, tendo ocorrido inclusive o fecho de algumas delas. Esta situação é inaceitável, uma vez que não só afeta as farmácias, como afeta também o doente, visto que este passa a ter cada vez menos acesso ao medicamento. Ora, não chega fazer cortes na despesa por si só, para que o SNS seja sustentável. Satisfazer as expectativas dos doentes tem que continuar a ser a prioridade dos cuidados de saúde, com o valor destes cuidados a ser medido como o resultado de saúde conseguido por cada euro gasto. Além disso, num sistema de saúde que funcione bem, a criação de valor para os utentes deve determinar as recompensas para todos os outros intervenientes no sistema, mudando o enfoque do volume para o valor (Porter, 2010).

Por todos os motivos que foram enumerados, torna-se imperativo criar políticas, na área da saúde, que sejam sustentáveis para o futuro e não comprometam a evolução que foi sendo conseguida ao longo das últimas décadas, é por isso importante, como defende o

antigo Presidente da República, Dr. Jorge Sampaio (*cit in* Farmácia Distribuição 2013b, p.34), “ resistir ao frenesim de reformismo agudo”. Ao invés de medidas avulsas, devem ser criadas medidas estruturais com objetivos de longo prazo, que permitam aos vários intervenientes do setor da saúde contribuir com a suas competências para uma maior racionalização e um funcionamento mais eficaz do setor.

No caso das farmácias a sobrevivência tem que passar, obrigatoriamente, pelo “divórcio” do preço do medicamento. O futuro previsível será feito, na sua maioria, de medicamentos baratos, cujos efeitos se tem vindo a fazer sentir num grande número de países europeus, onde se tem vindo a assistir a uma queda dos níveis de remuneração das farmácias. No entanto, ao contrário do que seria normal, esta queda não se faz acompanhar de uma redução do número de dispensas. O que se verifica é que a prescrição tem continuado a aumentar ao longo dos últimos anos, ou seja, estamos hoje numa situação em que os farmacêuticos enfrentam mais trabalho e dispensam mais medicamentos, mas por menos dinheiro, havendo uma tendência para esta situação se agravar, até se tornar insustentável. Isto significa que a forma de remuneração da farmácia tem que ser alterada. Neste sentido, avançar para um sistema baseado na aplicação de uma taxa pela dispensa de medicamentos parece ser a medida mais racional, uma vez que, desta forma, a farmácia deixa de estar sujeita às incertezas do preço do medicamento (Chave *cit in* Farmácia Portuguesa, 2012).

Quanto aos farmacêuticos, devem agir na busca de soluções que defendam os seus interesses dentro do contexto atual, reforçando a sua atividade como profissionais de saúde, e chamando a si maiores responsabilidades no que aos cuidados de saúde diz respeito por forma a responder aos problemas da sociedade e contribuir para o bem-estar social. Neste sentido, é importante desenvolver um modelo de farmácia bem integrado no sistema de saúde, que resista com eficácia num mercado cada vez mais aberto (Cordeiro, 2012).

## Bibliografia

### **Fontes Legislativas:**

- Decreto-Lei nº 48457 de 27 de Agosto de 1968
  
- Decreto-Lei nº 53/2007 de 8 de Março
  
- Decreto-Lei nº 238/2007 de 19 de Junho
  
- Decreto-Lei nº 307/2007 de 31 de Agosto
  
- Decreto-Lei nº 112/2011 de 29 de Novembro
  
- Decreto-Lei nº 11/2012 de 8 de Março
  
- Decreto-Lei nº 172/2012 de 1 de Agosto
  
- Decreto-Lei nº 34/2013 de 27 de Fevereiro
  
- Lei nº 2125 de 20 de Março de 1965
  
- Portaria nº 31-A/2011 de 11 de Janeiro
  
- Portaria nº 137-A/2012 de 11 de Maio

### **Estudos:**

- Abreu, A. *et alii.* (2013). *A crise, a troika e as alternativas urgentes.* Lisboa, Tinta da China.

- Aguiar, A.H. (2009). *A Gestão da Farmácia: Ultrapassar os novos desafios*. Lisboa, Hollyfar.

- Aguiar, A. H. (2012) A FARMÁCIA COMUNITÁRIA: A FARMÁCIA E O FARMACÊUTICO DESAFIOS A 10 ANOS. *In: Aguiar, A. H. et alii* (Ed.). *Farmacêuticos 2020: Os desafios da próxima década*. 1ª Edição. Lisboa, Hollyfar, pp. 174 – 184.

- Aguiar, A.H. (2013). Farmácias: Que estratégia para o futuro? *Farmácia Distribuição: Revista Profissional da Farmácia*, (Nº 252, Março), p. 49.

- Aguiar-Contraria, L., Alexandre, F., Pinho, M. C. (2010). O euro e o crescimento da economia portuguesa: uma análise contra factual. [Em linha]. Disponível em <[http://www3.eeg.uminho.pt/economia/nipe/economiaportuguesa/papers/euro\\_contrafactual\\_v12.pdf](http://www3.eeg.uminho.pt/economia/nipe/economiaportuguesa/papers/euro_contrafactual_v12.pdf)>. [Consultado em 23/10/2013].

- Alcobia, A. (2012) A FARMÁCIA HOSPITALAR: ENVOLVIMENTO CONTEMPORÂNEO DA ACTIVIDADE DA FARMÁCIA HOSPITALAR. *In: Aguiar, A. H. et alii*. (Ed.). *Farmacêuticos 2020: Os desafios da próxima década*. 1ª Edição. Lisboa, Hollyfar, pp. 141 – 154.

- Alves, R. P., Ramos, F. (2011) MEDICAMENTOS GENÉRICOS E SUSTENTABILIDADE DO SNS. [Em linha]. Disponível em <<http://estadovigil.files.wordpress.com/2011/12/genc3a9ricos-rpf-2011-peres-e-ramos.pdf>>. [Consultado em 14/10/2013].

- ANF (2009). Tribunal europeu defende propriedade das farmácias por farmacêuticos. [Em linha]. Disponível em <[http://www.anf.pt/index.php?option=com\\_letterman&task=view&Itemid=128&id=24](http://www.anf.pt/index.php?option=com_letterman&task=view&Itemid=128&id=24)>. [Consultado em 12/10/2013].

- ANF (2012). Audiência Comissão de Saúde. [Em linha]. Disponível em <<https://www.anfonline.pt/ANFDocuments/ANFNewsletters/28Nov12/Apresentacao%20ANF.pdf>>. [Consultado em 7/10/2013].
  
- ANF (2013a). 10 por cento do total das farmácias com acções de insolvência e penhora. [Em linha]. Disponível em <[http://www.anf.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1440&Itemid=26](http://www.anf.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=1440&Itemid=26)>. [Consultado em 11/12/2013].
  
- ANF (2013b). Genéricos poupam 553 milhões de euros. [Em linha]. Disponível em <[http://www.anf.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1458&Itemid=26](http://www.anf.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=1458&Itemid=26)>. [Consultado em 11/12/2013].
  
- APIFARMA (2012). Caracterização e valorização do (des)abastecimento do mercado farmacêutico nacional. [Em linha]. Disponível em <[http://www.apifarma.pt/salaimprensa/noticias/Documents/Apifarma\\_Desabastecimento\\_Relat%C3%B3rio\\_09102012%20\(2\).pdf](http://www.apifarma.pt/salaimprensa/noticias/Documents/Apifarma_Desabastecimento_Relat%C3%B3rio_09102012%20(2).pdf)>. [Consultado em 09/12/2013].
  
- Barbosa, C. M. (2010). A Farmácia Portuguesa e os Serviços Farmacêuticos. [Em linha]. Disponível em <<http://portal.crfsp.org.br/dmdocuments/20%20Carlos%20Mauricio.pdf>>. [Consultado em 02/10/2013].
  
- Barros, P. P., Martins, B., Moura, A. (2012) A ECONOMIA DA FARMÁCIA E O ACESSO AO MEDICAMENTO. [Em linha]. Disponível em <[http://momentoseconomicos.files.wordpress.com/2011/06/a-economia-da-farmac3a1cia-e-o-acesso-ao-medicamento\\_ppb.pdf](http://momentoseconomicos.files.wordpress.com/2011/06/a-economia-da-farmac3a1cia-e-o-acesso-ao-medicamento_ppb.pdf)>. [Consultado em 7/10/2013].
  
- Blanchard, O. (2006). Adjustment within the euro. The difficult case of Portugal. [Em linha]. Disponível em <<http://economics.mit.edu/files/740>>. [Consultado em 23/10/2013].

- Blyth, M. (2013). *Austeridade: História de Uma Ideia Perigosa*. Lisboa, Quetzal Editores.
  
- Brandão, A. (2010). Desregulamentação: O furacão que revolveu o setor farmacêutico, em Portugal. [Em linha]. Disponível em <[http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/126/025a029\\_entrevista\\_carlos\\_maurAcio\\_barbosa.pdf](http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/126/025a029_entrevista_carlos_maurAcio_barbosa.pdf)>. [Consultado em 03/10/2013].
  
- Carvalho, M. (2013). A GESTÃO EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA: METODOLOGIAS PARA OPTIMIZAR A RENTABILIDADE DA FARMÁCIA. [Em linha]. Disponível em <<http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/3274/A%20gest%C3%A3o%20em%20farm%C3%A1cia%20comunit%C3%A1ria%20-%20Metodologias%20para%20optimizar%20a%20rentabilidade%20da%20farm%C3%A1cia.pdf?sequence=1>>. [Consultado em 30/09/2013].
  
- Cordeiro, J. (2012) Visão Profissional. In: Aguiar, A. H. *et alii*. (Ed.). *Farmacêuticos 2020: Os desafios da próxima década*. 1ª Edição. Lisboa, Hollyfar, pp. 66 – 70.
  
- Costa, S. (2012). OS DESAFIOS DA PRÓXIMA DÉCADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS EM AMBULATÓRIO. In: Aguiar, A. H. *et alii*. (Ed.). *Farmacêuticos 2020: Os desafios da próxima década*. 1ª Edição. Lisboa, Hollyfar, pp. 185 - 197.
  
- Cunha, L. (2012) A Gestão de stocks em Farmácia Comunitária. *Netfarma* [Em linha]. Disponível em <[http://farmacia.netfarma.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=8436&Itemid=50](http://farmacia.netfarma.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=8436&Itemid=50)>. [Consultado em 18/12/2013].
  
- Deloitte (2013). Saúde em análise: Uma visão para o futuro. [Em linha]. Disponível em <[https://www.deloitte.com/assets/Dcom-Portugal/Local%20Assets/Documents/PSLSHC/pt\(pt\)\\_lshc\\_saudeemanalise\\_04022011.pdf](https://www.deloitte.com/assets/Dcom-Portugal/Local%20Assets/Documents/PSLSHC/pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf)>. [Consultado em 9/12/2013].

- Farmácia Distribuição (2012a). Tomada de posse dos órgãos sociais da ANF: “A principal preocupação já não é impedir o agravamento da situação do setor, mas iniciar a recuperação”, *Farmácia Distribuição: Revista Profissional da Farmácia*, (Nº 241, Março), pp. 6-8.
- Farmácia Distribuição (2012b). Congresso Nacional dos Farmacêuticos 2012: “Farmácias têm sido penalizadas violentamente”, *Farmácia Distribuição: Revista Profissional da Farmácia*, (Nº 249, Dezembro), pp. 6-8.
- Farmácia Distribuição (2013a). Especial Holon: “Procuramos, desde a primeira hora, uma identificação própria”, *Farmácia Distribuição: Revista Profissional da Farmácia*, (Nº 251, Fevereiro), pp. 6-8.
- Farmácia Distribuição (2013b). SNS - O Estado deve afastar-se do papel de produtor, *Farmácia Distribuição: Revista Profissional da Farmácia*, (Nº 251, Fevereiro), pp. 34-36.
- Farmácia Distribuição (2013c). Aproximação entre farmácia hospitalar e comunitária “tem de ser catalisada”, *Farmácia Distribuição: Revista Profissional da Farmácia*, (Nº 253, Abril), pp. 30-31.
- Farmácia Portuguesa (2011). REUNIÕES PROFISSIONAIS: Sessões descentralizadas sobre “gerir a farmácia em tempo de crise”, *Farmácia Portuguesa*, (Nº 196, Novembro/Dezembro), pp. 31-35.
- Farmácia Portuguesa (2012) Farmácia tem que se divorciar do preço do medicamento, *Farmácia Portuguesa*, (Nº 198, Abril/Maio/Junho), pp. 47-49.
- Ferreira, J. (2013). A origem da crise portuguesa. [Em linha]. Disponível em <<http://www.pedroarroja.com/?p=852>>. [Consultado em 22/10/2013].

- Gomes, M. J., Ramos, F. (2013) *O Preço dos Medicamentos Genéricos em Portugal (2011 – 2012): Estado, Cidadão e Farmácia*. Coimbra, Centro de Estudos Farmacêuticos da Universidade de Coimbra.
  
- Gomes, P. (2012). FORMAÇÃO PROFISSIONAL (PRÉ E PÓS-GRADUADA). In: Aguiar, A. H. *et alii*. (Ed.). *Farmacêuticos 2020: Os desafios da próxima década*. 1ª Edição. Lisboa, Hollyfar, pp.112 – 120.
  
- Gouveia, M., Machado, F. (2010). Valorização dos Actos Farmacêuticos em Farmácias Comunitárias. [Em linha]. Disponível em <<http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Anexo-3-Valoriza%C3%A7%C3%A3o-dos-actos-farmac%C3%AAuticos.pdf>>. [Consultado em 25/11/2013].
  
- INFARMED (2012). Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde. [Em linha]. Disponível em <[http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MAIS\\_NOVIDADES/20130117\\_NORMAS\\_DISPENSA\\_vFinal.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MAIS_NOVIDADES/20130117_NORMAS_DISPENSA_vFinal.pdf)>. [Consultado em 21/10/2013].
  
- INFARMED (2013). Monitorização do Mercado de Medicamentos em Ambulatório: agosto 2013. [Em linha]. Disponível em <[http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO\\_DO\\_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE\\_MENSAL\\_MERCADO/MEDICAMENTOS\\_AMBULATORIO\\_2/2013/GEP\\_MonitMercado\\_201308.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE_MENSAL_MERCADO/MEDICAMENTOS_AMBULATORIO_2/2013/GEP_MonitMercado_201308.pdf)>. [Consultado em 12/12/2013].
  
- Lourtie, P. (2011). Portugal no contexto da crise do euro. [Em linha]. Disponível em <[http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-91992011000400005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-91992011000400005&script=sci_arttext)>. [Consultado em 22/10/2013].
  
- Mobifarm (2013). Farmácias serão premiadas pela venda de genéricos. [Em linha]. Disponível em <<http://www.mobifarm.com.pt/index.php/login/139-farmacias-serao-premiadas-pela-venda-de-genericos>>. [Consultado em 07/12/2013].

- netfarma (2011). Farmácias obrigadas a ter três medicamentos mais baratos. [Em linha]. Disponível em <[http://industria.netfarma.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=4366&Itemid=49](http://industria.netfarma.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=4366&Itemid=49)>. [Consultado em 21/10/2013].
  
- netfarma (2012). OF: Prescrição por DCI é “medida positiva para os cidadãos e para o sistema de Saúde”. [Em linha]. Disponível em <[http://farmacia.netfarma.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=9827&Itemid=50](http://farmacia.netfarma.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=9827&Itemid=50)>. [Consultado em 29/10/2013].
  
- netfarma (2013). Grupos de farmácias: Sinergias para enfrentar a incerteza do futuro. [Em linha]. Disponível em <[http://farmacia.netfarma.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=12097&Itemid=50](http://farmacia.netfarma.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=12097&Itemid=50)>. [Consultado em 21/11/2013].
  
- Ordem dos Farmacêuticos (2007). Novo enquadramento legislativo da atividade farmacêutica: As mudanças em Farmácia Comunitária, *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, (nº 80, Novembro/Dezembro), pp. 6 – 10.
  
- Ordem dos Farmacêuticos (2011). Governo aprovou novo regime de formação do preço dos medicamentos. [Em linha]. Disponível em <[http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst\\_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=1492&articleID=4879](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=1492&articleID=4879)>. [Consultado em 17/10/2013].
  
- Ordem dos Farmacêuticos (2012a). Alterações ao regime jurídico das farmácias comunitárias, *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, (nº 102, Março/Abril), pp. 22 – 26.
  
- Ordem dos Farmacêuticos (2012b). Preço dos medicamentos em queda, *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, (nº 102, Março/Abril), pp. 11 – 14.
  
- Ordem dos Farmacêuticos (2012d). Novo regime de horários, turnos e taxas a cobrar pelas farmácias, *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, (nº 104, Setembro/Outubro), pp. 70 – 71.

- Ordem dos Farmacêuticos (2013a). MNSRM de dispensa em farmácia: Governo aprovou “terceira lista”, *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, (nº 107, Abril/Junho), pp. 6-7.
  
- Ordem dos Farmacêuticos (2013b). Conselho de Ministros aprovou alterações ao regime jurídico das farmácias comunitárias. [Em linha]. Disponível em <[http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst\\_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=1492&articleID=5676](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=1492&articleID=5676)>. [Consultado em 6/12/2013].
  
- Ordem dos Farmacêuticos (2013c). Ministério da Saúde anunciou estímulos às farmácias para aumento da quota de genéricos. [Em linha]. Disponível em <[http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst\\_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=1492&articleID=7234](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=1492&articleID=7234)>. [Consultado em 7/12/2013].
  
- OPSS (Observatório Português dos Sistemas de Saúde) (2013). Relatório de Primavera 2013: duas faces da saúde. [Em linha]. Disponível em <<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2013.pdf>>. [Consultado em 10/12/2013].
  
- Paulino, E. (2013). 100 REMÉDIOS (SEM CONTRA-INDICAÇÕES): Para o bem do país e dos cidadãos. [Em linha]. Disponível em <[http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer\\_pt/docs/Doc7137.pdf](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/Doc7137.pdf)>. [Consultado em 21/10/2013].
  
- Perdigão, M. A. (2011). Novo regime de formação dos preços dos medicamentos comparticipados. [Em linha]. Disponível em <<http://www.rcmpharma.com/actualidade/direito-na-saude/30-11-11/novo-regime-de-formacao-dos-precos-dos-medicamentos-compartici>>. [Consultado em 17/10/2013].
  
- Pita, J. R. (2010). A farmácia e o medicamento em Portugal nos últimos 25 anos. [Em linha]. Disponível em <<http://www.europe-directaveiro.aeva.eu/debatereuropa/images/n2-3/jrp.pdf>>. [Consultado em 01/10/2013].

- Pontes, F. (2012). *O novo paradigma económico da Farmácia Comunitária*. FFUP
  
- Porter, M. (2010) What Is Value in Healthcare? *The New England Journal of Medicine* (Dezembro). Disponível em <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1011024>>. [Consultado em 27/12/2013].
  
- Público (2013). Governo quer endurecer coimas à exportação paralela de remédios. [Em linha]. Disponível em <<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/governo-quer-endurecer-coimas-a-exportacao-paralela-de-remedios-1596446>>. [Consultado em 09/12/2013].
  
- Queirós, S. (2011) Aspectos económicos do sector das Farmácias: Uma análise da evolução dos últimos 5 anos. [Em linha]. Disponível em <[http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/18837/1/tese\\_soniaqueiros.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/18837/1/tese_soniaqueiros.pdf)>. [Consultado em 30/09/2013].
  
- rcmpharma (2013a). Preços dos medicamentos voltam a descer em Abril. [Em linha]. Disponível em <<http://www.rcmpharma.com/actualidade/politica-de-saude/04-01-13/precos-dos-medicamentos-voltam-descer-em-abril>>. [Consultado em 10/12/2013].
  
- rcmpharma (2013b). Medidas adicionais de incentivo ao mercado de genéricos: Governo pondera incentivos às farmácias. [Em linha]. Disponível em <<http://www.rcmpharma.com/actualidade/direito-na-saude/20-09-13/medidas-adicionais-de-incentivo-ao-mercado-de-genericos>>. [Consultado em 13/12/2013].
  
- Rosenthal, M., Austin, Z., Tsuyuki, R. T. (2010) Are Pharmacists the Ultimate Barrier to Pharmacy Practice Change? [Em linha]. Disponível em <<http://cph.sagepub.com/content/143/1/37.full.pdf+html>>. [Consultado em 16/12/2013].
  
- UDIFAR (2011). Grande entrevista ao Bastonário. [Em linha]. Disponível em <[http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer\\_pt/docs/Doc5174.pdf](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/Doc5174.pdf)>. [Consultado em 10/10/2013].

# **Anexos**

## Anexo 1 – Recomendações do estudo intitulado “A situação Concorrencial no sector das Farmácias”, solicitado pela autoridade da concorrência para avaliar a situação concorrencial no setor das farmácias

Em face da avaliação a que procedemos, fazemos as seguintes recomendações prioritárias:

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

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

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

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

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

Recomendação 4.1. Caso a recomendação 4 seja adoptada, e de forma a criar condições para que possa produzir plenos efeitos na concorrência entre farmácias, recomendamos que a Autoridade da Concorrência desenvolva uma investigação específica no sentido de apurar se é possível compatibilizar as actividades de recolha e centralização de informação desenvolvidas pelas associações empresariais do sector, nomeadamente no âmbito da cobrança das participações devidas pelo Estado e da prestação de serviços informáticos, com o normal funcionamento do processo concorrencial. É nossa opinião que as recomendações anteriores, e em particular as recomendações 2 e 4, devem ser adoptadas simultaneamente. De forma a reforçar as condições para que aquelas recomendações possam atingir plenamente os seus efeitos, fazemos ainda as seguintes outras recomendações:

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

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

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

Recomendação 5.3. Particularmente se a recomendação 5 não for adoptada, deve ser revogada a disposição que, para efeitos de abertura de novas farmácias, discrimina os

farmacêuticos que tenham obtido a sua formação noutros Estados membros da União Europeia.

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

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

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

## Anexo 2 – Artigo de Luís Cunha disponível no portal Netfarma: “A Gestão de stocks em Farmácia Comunitária”

Pretendo com este texto partilhar com os colegas algumas abordagens que efectuo diariamente a um tema tão importante como os stocks das nossas Farmácias e o controlo apertado do inventário.

Antes de mais deixem-me que vos confesse que considero que ter os stocks sempre exactos num universo de 7 a 10 mil referências é utópico. Mesmo no final de um exaustivo fim-de-semana de inventário. Contudo nos tempos que correm temos que ter redobrado cuidado com as quantidades que estão nas nossas gavetas e sobretudo no nosso armazém.

Não existem fórmulas mágicas mas se seguirmos uma regra de ouro – Nenhum produto entra ou sai da Farmácia sem registo informático - podemos facilitar a tarefa.

Como é sabido, vários factores contribuem para que haja diferenças entre stocks físicos e informáticos. Vamos enumerar os mais importantes e quais as formas de actuar.

1 - Erros de entrada da encomenda: Sendo esta uma tarefa muitas vezes menosprezada nas Farmácias, assume uma importância capital na gestão dos stocks. Os erros decorrentes podem e devem ser minimizados duma forma simples. O valor da factura emitida pelo Fornecedor tem que igualar o valor da guia de entrada. Este pequeno pormenor faz com que não só a quantidade facturada (e conferida) seja igual á que colocamos no stock, como o preço de custo é correctamente introduzido, com benefício claro no apuramento da margem. Deverão ser adoptado procedimentos uniformes para as não conformidades. Por exemplo, produtos pedidos, não enviados e facturados, poder-se-á dar entrada e de seguida fazer devolução do produto e reclamação ao fornecedor com base num documento (ND) e não num telefonema... Assim existe fluxo visível de stock e comprovado.

2 - Erros de marcação: Não raras vezes temos grandes encomendas de dermocosmética e outro tipo de produtos que requerem marcação com etiquetas de códigos de barras. Por

ser uma tarefa repetitiva e quase sempre não supervisionada, existem trocas de etiquetas, que por serem da mesma marca e até mesmo de linhas ou gamas iguais, são vendidas ou inventariadas (mais grave) erradamente.

3 - Erros nas vendas: Todos os actos de venda são registos de saída de produto. Com 2 ou 3 linhas não são expectáveis erros de maior. Contudo em vendas com mais produtos ou vários envelopes (Sifarma 2000) existe uma ferramenta que é útil e pode prevenir erros involuntários. Após a venda, premir F8. Aparece um ecrã onde devemos voltar a passar com o scanner todos os produtos. Com recurso a uma escala de cores, percebemos se o que temos em cima do balcão coincide com o que está a ser facturado. Este procedimento é muito útil em vendas para lares e casas de repouso e colectividades.

4 - Erros nas trocas e empréstimos entre farmácias: Se não seguirmos a regra de ouro enunciada no início e se a farmácia do lado nos pede um medicamento (ou vice-versa) e afixamos num post-it, então é quase certo que mais tarde ou mais cedo poderemos ter uma não conformidade de stock. Preconizo para esta situação, que aliás fruto da política de rateados nos nossos armazenistas e da crescente exportação paralela é um recurso valioso e incrementa as boas relações que devemos ter com todos os colegas, que seja criada uma ficha de cliente para a farmácia em questão e se o produto é por eles pedido, então coloca-se a crédito e emitem-se dois talões assinados por ambos. Se o produto nos é emprestado, faz-se uma devolução a crédito.

5 - Erros de devoluções e quebras: A crónica demora na resolução das devoluções e na emissão das notas de crédito por parte de fornecedores e armazenistas, gera quase sempre problemas de controlo de inventário. Actuar preventivamente negociando créditos no prazo máximo de 30 dias e regularizar rapidamente as notas de devolução no sistema informático, podem eliminar a maior parte das não conformidades. Decidir pela quebra e/ou doação a entidades também.

6 - Erros de clientes internos: À mulher de César não basta ser séria, assim defendo que qualquer produto para um colaborador deverá ser facturado por outro, de preferência quem assuma o papel de Supervisor. Isto inclui os consumos de todos na farmácia.

A gestão de stocks é fundamental na nossa actividade retalhista, uma vez que, á excepção dos manipulados, não produzimos medicamentos. Assim a manutenção do equilíbrio entre o stock necessário para evitar ruptura e a consequente não venda e a stockagem necessária para obter descontos de quantidade é primordial.

Temos que ter uma atenção e monitorização constante do inventário, por categorias de produtos.

A gestão de stocks na Farmácia Cardeira começa a montante, na encomenda dos produtos/medicamentos.

Existe distinção das encomendas diárias (permanentemente monitorizados os stock mínimo e máximo) das encomendas específicas para clientes e quase sempre já pagas.

São realizados inventários parciais durante o mês, na matriz previamente classificada para todos os medicamentos, sendo que os genéricos têm tratamento especial com local físico distinto e controlo ainda mais apertado.

No final do mês exportamos para Excel os dados de vendas e de existências (Sifarma 2000) e elaboramos a encomenda dos medicamentos mais vendidos, de acordo com a média ponderada dos últimos 6 meses.

Sempre que existe não conformidade num stock, detectada em qualquer ponto do circuito do medicamento na farmácia, é realizada contagem física dessa referência e de outras que possam estar associadas.

Todos os elementos da equipa têm a perfeita noção do valor do Inventário, até por categorias.

Todos temos noção do custo da posse e armazenagem e dos eventuais monos.

Existe uma sensibilização crescente para não stockar o que não é vendável.

Acresce que, muito por causa dos mais de 1300 medicamentos esgotados , vivemos cada vez mais no conceito JIT (just in time) do que na velha concepção de que “há de tudo como na farmácia...” Esse tempo acabou!

Até por culpa do valor fixo dos 10,35€, para medicamentos com PVA acima dos 50€, ou se preferirmos PVP superior a 73,62€, stockar não será viável.

Temos feito formação interna com base na referida ferramenta de exportação de dados para Excel, que nos permite muito facilmente filtrar categorias e sub-categorias de produtos e actuar com precisão sobre o inventário.

Todos estão alerta para as rupturas e erros de stock e sabem como actuar. Mesmo na minha ausência, pois os procedimentos estão escritos e assinados.

Os colaboradores com tarefas no back-office elaboram os inventários parciais e contagens físicas ocasionais. A correcção obedece sempre à supervisão do diretor-técnico ou supervisor.

Luís Cunha, diretor técnico da Farmácia Cardeira.