



---

# **A situação concorrencial no sector das farmácias**

---

Relatório Final

**Outubro 2005**



---

# **A situação concorrencial no sector das farmácias**

---

Relatório Final

**Outubro 2005**

Este relatório foi preparado para a Autoridade da Concorrência por uma equipa constituída por Vasco Rodrigues (coordenador), Tiago Ribeiro, Sofia Silva e Hélder Vasconcelos.

## Índice

|  |    |
|--|----|
| Lista de tabelas .....   | 4  |
| Lista de ilustrações .....   | 5  |
| Lista de mapas .....   | 5  |
| Siglas utilizadas neste relatório .....  | 6  |
| 0) Sumário.....  | 7  |
| 1) Introdução.....   | 12 |
| 2) O sector das farmácias: Portugal e outros países europeus .....   | 16 |
| A. Elementos genéricos de caracterização do sector.....  | 16 |
| B. Elementos de caracterização da estrutura do mercado das farmácias .....   | 26 |
| 1. Número de farmácias.....  | 26 |
| 2. Número de habitantes por farmácia.....  | 31 |
| 3. Dimensão média da farmácia .....  | 35 |
| 4. Número de farmacêuticos.....  | 36 |
| 5. Excepções ao princípio da reserva da propriedade de farmácia para farmacêuticos.....  | 39 |
| 6. Integração vertical .....   | 41 |
| C. Elementos de caracterização do comportamento dos agentes.....   | 42 |
| 1. Evolução dos preços .....   | 42 |
| 2. Entrada no mercado .....  | 46 |
| 3. Saída do mercado.....   | 50 |
| 4. Associações de farmácias .....  | 50 |
| D. Elementos de caracterização da performance.....   | 54 |
| 1. Satisfação do utente .....  | 54 |
| 2. Evolução do peso dos medicamentos na despesa pública .....  | 55 |
| 3. Rentabilidade das farmácias .....   | 55 |
| 3) O enquadramento normativo da venda a retalho de medicamentos .....  | 60 |
| A. Normas com impacto na estrutura do mercado .....  | 62 |
| 1. Existem restrições aos locais onde se podem vender medicamentos .....   | 62 |
| 2. A presença no mercado exige a detenção de alvará passado pelo INFARMED .....  | 66 |
| 3. O processo de atribuição de alvarás restringe o número e a localização das farmácias em actividade .....  | 67 |
| a) Regras de capitação e distância mínima.....   | 69 |
| b) Restrições objectivas à localização.....  | 72 |
| 4. As condições para acesso ao concurso de atribuição de alvará de farmácia e os critérios para a hierarquização das candidaturas restringem o acesso ao exercício da actividade ..... | 74 |
| a) Os alvarás só podem ser atribuídos a farmacêuticos .....  | 74 |
| b) Os farmacêuticos formados no estrangeiro não podem obter alvarás para a abertura de novas farmácias .....   | 77 |
| c) Nenhum farmacêutico pode ser detentor de mais do que um alvará.....   | 78 |

|   |     |
|---|-----|
| d) Existem ainda outras restrições que limitam o número de oponentes a cada concurso .....  | 79  |
| e) Os critérios de hierarquização das candidaturas .....  | 80  |
| 5. A caducidade dos alvarás em caso de transmissão da farmácia dificulta a entrada no mercado por aquisição .....                 | 81  |
| 6. As farmácias não podem encerrar sem consentimento do INFARMED .....  | 82  |
| 7. A possibilidade de integração vertical é limitada .....  | 83  |
| 8. As farmácias não podem diversificar as suas actividades .....  | 85  |
| B. Normas com impacto no comportamento empresarial .....  | 87  |
| 1. Os farmacêuticos não podem associar-se com outros agentes económicos para desenvolver a sua actividade .....                   | 87  |
| 2. Algumas farmácias não são livres de vender a qualquer cliente .....  | 88  |
| 3. As farmácias não são livres de escolher os medicamentos que vendem e é-lhes imposta a prestação de determinados serviços ..... | 90  |
| 4. A legislação desincentiva a alteração da localização da farmácia .....   | 93  |
| 5. O atendimento “fora-de-horas” é condicionado .....   | 96  |
| 6. A publicidade à actividade é proibida e a publicidade ao medicamento regulamentada .....                                       | 98  |
| 7. As farmácias têm que cumprir determinados requisitos quanto aos recursos humanos que empregam .....                            | 101 |
| 8. As farmácias não podem concorrer pelo preço na maioria dos produtos que vendem .....   | 103 |
| C. A diversidade do enquadramento normativo do sector, a nível europeu .....  | 111 |
| 4) Avaliação, Recomendações e Indicadores .....   | 114 |
| A. Metodologia e critérios de avaliação .....   | 114 |
| B. Avaliação .....  | 118 |
| 1. Condições básicas de exercício da actividade .....   | 119 |
| 2. Condicionamento administrativo do número e localização das farmácias .....   | 127 |
| 3. Condicionamento da propriedade .....   | 138 |
| 4. Condicionamento da actuação comercial das farmácias .....  | 150 |
| C. Recomendações .....  | 157 |
| 1. Recomendações prioritárias .....   | 157 |
| 2. Outras recomendações .....   | 160 |
| D. Efeitos e indicadores .....  | 161 |
| 5) Anexo I. Regulação do mercado distribuidor de medicamentos nos países do benchmark .....                                       | 166 |
| A. Alemanha .....   | 167 |
| B. Bélgica .....  | 172 |
| C. Espanha .....  | 175 |
| D. Holanda .....  | 178 |
| E. Irlanda .....  | 180 |
| F. Reino Unido .....  | 185 |

|   |     |
|---|-----|
| G. Experiências recentes de desregulamentação do mercado farmacêutico:<br>Islândia e Noruega .....                                      | 190 |
| 6) Anexo II. Uma análise econométrica do impacto de alterações no<br>enquadramento normativo do sector das farmácias em Portugal: ..... | 194 |
| A. O modelo teórico .....   | 194 |
| 1. Procura afecta a cada farmácia .....   | 194 |
| 2. Custo de transporte/deslocação .....   | 195 |
| 3. Função de custo da farmácia de oficina.....  | 196 |
| 4. Lucro.....   | 196 |
| 5. O equilíbrio do modelo com livre entrada no mercado mas preços fixos .....   | 197 |
| 6. O equilíbrio do modelo com um número fixo de empresas mas preços<br>livres .....   | 197 |
| 7. O equilíbrio do modelo com entrada e preços livres .....   | 199 |
| 8. Definição de um óptimo social.....   | 199 |
| 9. Uma extensão do modelo e sumário.....  | 200 |
| B. Aplicação do modelo teórico ao caso das farmácias portuguesas .....  | 202 |
| 1. Função de custo da farmácia de oficina.....  | 202 |
| 2. Consumo <i>per capita</i> ao nível concelhio .....   | 204 |
| 3. Implicações de diferentes enquadramentos normativos para o sector das<br>farmácias.....  | 206 |
| a) Implicações de uma política de liberalização de preços.....  | 206 |
| b) Implicações de uma política de liberalização de entrada .....  | 208 |
| c) Implicações de uma política de liberalização de entrada e dos preços.....  | 209 |
| 4. Comparação entre política de liberalização de entrada e de preços e<br>“óptimo social” .....   | 211 |
| 5. Síntese e comentários finais .....   | 212 |
| Referências bibliográficas .....  | 216 |

## Lista de tabelas

|   |     |
|---|-----|
| Tabela 1 – Vendas de especialidades farmacêuticas em Portugal.....  | 20  |
| Tabela 2 – Percentagem de vendas com taxa mínima de IVA .....   | 21  |
| Tabela 3 – Estrutura das vendas de medicamentos .....   | 21  |
| Tabela 4 – Medicamentos não sujeitos a receita médica nas vendas totais de medicamentos em ambulatório (2003) .....                       | 22  |
| Tabela 5 – Número de embalagens prescritas <i>per capita</i> .....  | 22  |
| Tabela 6 – Consumo <i>per capita</i> de medicamentos.....   | 23  |
| Tabela 7 – Vendas de genéricos em Portugal.....   | 25  |
| Tabela 8 – Consumo de medicamentos genéricos na Europa (2004).....  | 26  |
| Tabela 9 – Número de farmácias .....  | 27  |
| Tabela 10 – Distribuição das farmácias por distrito .....   | 29  |
| Tabela 11 – Habitantes por farmácia nos países do <i>benchmark</i> .....  | 31  |
| Tabela 12 – Habitantes por farmácia ao nível concelhio.....   | 31  |
| Tabela 13 – Habitantes por farmácia segundo a densidade populacional .....  | 33  |
| Tabela 14 – Área média por farmácia ao nível concelhio .....  | 35  |
| Tabela 15 – Número de farmacêuticos segundo área de actividade, escalão etário e sexo... 36   |     |
| Tabela 16 – Número de farmacêuticos por região.....   | 38  |
| Tabela 17 – Farmácias em actividade ao abrigo de legislação anterior a 1965 ou dos n.ºs 4 e 5 da Lei 2125 de 1965 .....                   | 39  |
| Tabela 18 – Preços de medicamentos à saída de fábrica.....  | 43  |
| Tabela 19 – Preços de venda ao público.....   | 44  |
| Tabela 20 – Peso de fabricante, armazenista e farmácia no preço de medicamentos compartilhados nos países do <i>benchmark</i> (2000)..... | 46  |
| Tabela 21 – Orçamento do SNS e encargo do SNS com medicamentos .....  | 55  |
| Tabela 22 – Margem bruta por farmácia .....   | 56  |
| Tabela 23 – Conta de exploração da farmácia média do Continente (2003).....   | 57  |
| Tabela 24 – Conta de exploração agregada dos associados da ANF no Continente (2003) .   | 58  |
| Tabela 25 – Síntese da legislação do sector das farmácias nos países do <i>benchmark</i> .....  | 113 |
| Tabela 26 – Condições básicas de exercício da actividade (1).....   | 119 |
| Tabela 27 – Condições básicas de exercício da actividade (2).....   | 122 |
| Tabela 28 – Condicionamento administrativo da entrada (1).....  | 127 |
| Tabela 29 – Condicionamento administrativo da entrada (2).....  | 134 |
| Tabela 30 – Condicionamento administrativo da entrada (3).....  | 136 |
| Tabela 31 – Condicionamento administrativo da entrada (4).....  | 136 |
| Tabela 32 – Condicionamento da propriedade (1) .....  | 138 |
| Tabela 33 – Condicionamento da propriedade (3) .....  | 146 |
| Tabela 34 – Condicionamento da propriedade (4) .....  | 147 |
| Tabela 35 – Condicionamento da actuação comercial (2).....  | 150 |
| Tabela 36 – Condicionamento da actuação comercial (2).....  | 155 |
| Tabela 37 – Condicionamento da actuação comercial (3).....  | 156 |
| Tabela 38 – Margens do grossista na Alemanha .....  | 170 |
| Tabela 39 – Margens da farmácia para medicamentos de venda livre cobertos pelo SHI, na Alemanha.....                                      | 171 |
| Tabela 40 – Percentagem de farmácias pertencentes a cadeias com mais de cinco estabelecimentos, em Inglaterra .....                       | 186 |

|  |     |
|--|-----|
| Tabela 41 – Quotas de mercado das principais cadeias de farmácias do Reino Unido (2002) .....  | 186 |
| Tabela 42 – Níveis de equilíbrio do preço e do número de farmácias para diversos cenários..... | 201 |
| Tabela 43 – Função de custo da farmácia de oficina (I).....                                    | 202 |
| Tabela 44 – Função de custo da farmácia de oficina (II) .....                                  | 203 |
| Tabela 45 – Economias de escala .....  | 204 |
| Tabela 46 – Consumo <i>per capita</i> .....  | 205 |
| Tabela 47 – Margem no cenário de liberalização de preços.....                                  | 207 |
| Tabela 48 – Margem no cenário de liberalização de preços com restrições .....                  | 208 |
| Tabela 49 – Variação no número de farmácias com liberalização da entrada .....                 | 208 |
| Tabela 50 – Margens num cenário de liberalização de preços e entrada .....                     | 210 |
| Tabela 51 – Variação do número de farmácias .....  | 211 |
| Tabela 52 – Distância média (km) a uma farmácia (percentis por população abrangida) ..         | 211 |
| Tabela 53 – Rácio entre margem de entrada livre e óptimo social.....                           | 212 |
| Tabela 54 – Rácio entre número de farmácias de entrada livre e óptimo social .....             | 212 |
| Tabela 55 – Simulações: resultados para todos os concelhos .....                               | 213 |
| Tabela 56 – Simulações: resultados para os 10 concelhos mais populosos .....                   | 214 |
| Tabela 57 – Simulações: todos concelhos excepto os 10 mais populosos .....                     | 214 |

## Lista de ilustrações

|   |    |
|---|----|
| Ilustração 1 – Despesa em saúde em % do PIB.....  | 17 |
| Ilustração 2 – Despesa pública em saúde em % do PIB.....  | 18 |
| Ilustração 3 – Despesa pública em saúde em % da despesa total em saúde.....   | 18 |
| Ilustração 4 – Despesa em produtos farmacêuticos em % da despesa total em saúde .....                                   | 19 |
| Ilustração 5 – Despesa em produtos farmacêuticos em % do PIB .....  | 20 |
| Ilustração 6 – Número de farmácias por região.....  | 28 |
| Ilustração 7 – Farmácias cujo director não é o respectivo proprietário, ou um dos sócios da sociedade proprietária..... | 40 |
| Ilustração 8 – Variação homóloga do IPC (Dez/Dez) e de suas componentes.....  | 43 |
| Ilustração 9 – Número de concursos abertos e candidaturas .....   | 47 |
| Ilustração 10 – Transferências de propriedade .....   | 49 |

## Lista de mapas

|   |    |
|---|----|
| Mapa 1 – Número de farmácias por concelho.....              | 30 |
| Mapa 2 – Habitantes por farmácia.....                       | 32 |
| Mapa 3 – Densidade populacional (hab/km <sup>2</sup> )..... | 34 |
| Mapa 4 – Número de concursos abertos.....                   | 48 |

## Siglas utilizadas neste relatório

|                 |   |
|-----------------|---|
| ABDA            | Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände               |
| AESGP           | Association Européenne de Spécialités Grand Publique        |
| AFP             | Associação de Farmácias de Portugal                         |
| AIM             | Autorização de Introdução no Mercado                        |
| ANF             | Associação Nacional das Farmácias                           |
| APB             | Association Pharmaceutique Belge                            |
| APIFARMA        | Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica             |
| ARS             | Administrações Regionais de Saúde                           |
| DGCC            | Direcção-Geral do Comércio e da Concorrência                |
| DGE             | Direcção Geral da Empresa                                   |
| EGA             | European Generic Medicines Association                      |
| EU              | European Union  |
| EUA             | Estados Unidos da América                                   |
| IMS             | International Medical Services                              |
| INFARMED        | Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento             |
| IPC             | Índice de Preços no Consumidor                              |
| IVA             | Imposto sobre o Valor Acrescentado                          |
| MNSRM           | Medicamento Não Sujeito a Receita Médica                    |
| MSRM            | Medicamento Sujeito a Receita Médica                        |
| NM <sup>a</sup> | Nederlandse Mededingingsautoriteit                          |
| NUT             | Nomenclatura das Unidades Territoriais                      |
| OCDE            | Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico |
| OF              | Ordem dos Farmacêuticos                                     |
| OFT             | Office of Fair Trading                                      |
| PIB             | Produto Interno Bruto                                       |
| PVA             | Preço de Venda ao Armazenista                               |
| PVP             | Preço de Venda ao Público                                   |
| SHI             | Statutory Health Insurance                                  |
| SNS             | Serviço Nacional de Saúde                                   |
| UE              | União Europeia  |

## 0) Sumário

O presente relatório foi produzido em resposta a uma solicitação da Autoridade da Concorrência para que estudássemos a situação concorrencial no sector das farmácias. Em particular, foi-nos solicitado que, à luz da Lei da Concorrência, analisássemos os custos e benefícios associados ao enquadramento normativo do sector e, se apropriado, recomendássemos alterações.

A actividade das farmácias tem o seu núcleo fundamental na comercialização de medicamentos que assegura mais de 90% do seu volume de negócios. Sendo obviamente de enorme importância em termos de saúde pública, o mercado do medicamento tem também uma muito significativa importância económica. Em 2003, as vendas de medicamentos ultrapassaram, no nosso país, os 3,6 mil milhões de euros. Portugal é, entre os países que estudamos, aquele que mais gasta em medicamentos, quer em percentagem das suas despesas de saúde, quer em percentagem do PIB.

Do montante anterior, mais de 80%, cerca de 3,1 mil milhões de euros, correspondem a vendas das farmácias portuguesas. Este elevado volume de vendas distribui-se por um igualmente elevado número de pequenas e médias empresas. Em 2004, existiam no nosso país 2.663 farmácias, constituindo cada uma delas uma empresa independente. Cada farmácia emprega, em média, cinco pessoas, duas das quais farmacêuticos, e tem um volume de negócios da ordem dos 1,2 milhões de euros.

O número de habitantes por farmácia ronda, em Portugal, os 3.800. Dos seis países estudados, a Bélgica, a Espanha e a Irlanda apresentam rácios de habitantes por farmácia consideravelmente mais reduzidos, a Alemanha tem um valor semelhante ao português e o Reino Unido e, sobretudo, a Holanda, valores mais elevados. Embora exista, pelo menos, uma farmácia em cada concelho do país, 40% das farmácias situam-se nos distritos de Lisboa e Porto. O número e a distribuição geográfica destes estabelecimentos são fortemente condicionados pelas normas que regulam a abertura de novas farmácias: a abertura só pode ocorrer por iniciativa de entidades administrativas e nos locais que estas determinam.

O enquadramento normativo do sector inviabiliza também a possibilidade das farmácias poderem, em qualquer medida substancial, concorrer pelo preço: os preços

dos medicamentos sujeitos a receita médica, que constituem o principal negócio das farmácias, são fixados pelo Estado sob proposta do detentor da respectiva autorização de entrada no mercado, estando as farmácias proibidas de praticar descontos sobre os preços assim determinados. O enquadramento normativo condiciona igualmente o comportamento concorrencial das farmácias em diversos outros domínios, como a selecção da gama de produtos que pretendem vender ou a busca da localização mais adequada.

Fruto do ambiente pouco concorrencial em que actuam, as farmácias gozam de uma rentabilidade supra-normal muito significativa. Os cerca de 85 mil euros que cada farmácia conseguiu, em média, de resultado líquido, em 2003, correspondem a uma taxa de rentabilidade das vendas de 6,8%. Entre as pequenas e médias empresas retalhistas registadas nos Quadros de Situação Sectoriais do Banco de Portugal, a rentabilidade média das vendas é de 1,2%, ou seja, um quinto da conseguida pelas farmácias. Quando, em contrapartida, se comparam as farmácias com os grandes grupos portugueses de distribuição, verifica-se que a ordem de grandeza do volume de negócios agregado das farmácias é ligeiramente inferior ao de empresas como a Modelo Continente SGPS ou a Jerónimo Martins SGPS. No entanto, o resultado líquido agregado das farmácias excede em 37% o lucro conjunto daquelas duas empresas.

Esta elevada rentabilidade justifica que as farmácias se transaccionem no mercado por valores muito elevados. Valorizando a farmácia média a um factor de 1,5 vezes as suas vendas, que não parece pecar por excesso face à prática corrente no mercado, o valor agregado das farmácias portuguesas seria da ordem dos 5 mil milhões de euros. Na Euronext Lisbon, apenas a PT, a EDP e o BCP têm uma capitalização bolsista mais elevada.

Analisando o enquadramento normativo da actividade das farmácias na Alemanha, Bélgica, Espanha, Holanda, Irlanda e Reino Unido, verifica-se que as soluções adoptadas apresentam grande diversidade. Frequentemente, essas soluções são menos restritivas da concorrência do que as que vigoram no nosso país, sem que tal pareça acarretar inconvenientes em termos de saúde pública. Por outro lado, uma análise quantitativa do sector em Portugal permite concluir que a adopção de normas menos restritivas em matéria de abertura de novas farmácias e prática de descontos traria vantagens em termos de gastos dos consumidores e cobertura farmacêutica do território.

Em face da avaliação a que procedemos, e nomeadamente da consideração dos elementos referidos no parágrafo anterior, 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 concluaem 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.

## 1) Introdução

O Centro de Estudos de Gestão e Economia Aplicada da Universidade Católica Portuguesa foi encarregado pela Autoridade da Concorrência de proceder à “elaboração de um estudo sobre a situação concorrencial no sector das farmácias”. Nos termos da carta-convite de 2004/12/30, que nos foi dirigida, esse estudo deveria cumprir os seguintes três objectivos específicos:

- “1.1. A identificação das barreiras de natureza legal, administrativa ou outras e das práticas anti-concorrenciais induzidas pelo Estado nas suas funções legislativa, reguladora, fiscalizadora e financiadora.
- 1.2. A avaliação dos custos / benefícios decorrentes das normas que suscitam maiores problemas na perspectiva da Lei da Concorrência, estimando o seu impacto em termos de eficiência e de bem-estar social.
- 1.3. A recomendação de medidas com vista a eliminar as restrições/distorções mais graves detectadas.”

Importa, nesta introdução, especificar o nosso entendimento sobre o objecto e a natureza do estudo que nos foi solicitado.

A carta-convite supracitada referia-se à situação concorrencial no “sector das farmácias”. Entendemos esta descrição como referindo-se à actividade económica que, na terminologia própria da profissão farmacêutica, é designada por “farmácia de oficina”. Embora esta designação remeta para a sua função enquanto estabelecimento dedicado à preparação de medicamentos, actividade que historicamente está na origem da própria profissão farmacêutica, a “farmácia de oficina”, ou simplesmente farmácia, é actualmente um estabelecimento comercial cuja actividade económica fundamental consiste na venda a retalho daqueles produtos: ao longo do último século, as actividades de desenvolvimento, produção e distribuição grossista de medicamentos autonomizaram-se progressivamente, em termos das entidades económicas que as levam a cabo, da sua venda ao consumidor final.<sup>1</sup> Independentemente de referências a outros

---

<sup>1</sup> “As indústrias farmacêuticas foram assumindo, desde o princípio do século até aos nossos dias, o papel fundamental na preparação medicamentosa. (...) As farmácias de oficina vão-se transformando gradualmente de locais de fabrico e dispensa de medicamentos em locais, preferencialmente, de cedência do medicamento.” (Pita, 1998)

estágios da cadeia vertical em que se inserem as farmácias, necessárias à análise do que se passa a nível do seu mercado, entendemos, portanto, que o objecto deste estudo deveria ser a actividade retalhista de venda de medicamentos.

Entendemos igualmente que não se enquadrava no âmbito do estudo a análise da questão específica da farmácia hospitalar. A farmácia hospitalar actua no seio de entidades mais vastas e diversificadas de prestação de cuidados de saúde que têm economicamente uma lógica inteiramente diferente da das empresas de venda a retalho de medicamentos e obedecem a normativo, em grande medida, diverso.

A actividade das farmácias, enquanto estabelecimentos comerciais, não se restringe exclusivamente à venda de medicamentos, aí se vendendo igualmente diversos outros produtos. No entanto, é a venda de medicamentos que caracteriza a identidade específica das farmácias, que constitui o núcleo fundamental da sua actividade económica e que justifica o pesado normativo que regula a sua actividade. Sendo a identificação do eventual impacto anti-concorrencial deste quadro normativo um dos objectivos explícitos do estudo, entendemos ser sobre a venda de medicamentos que este deveria fundamentalmente incidir. Isto, novamente, sem prejuízo de referências a outros aspectos da actividade destas empresas necessárias para a compreensão do mercado em que actuam as farmácias.

Por fim, entendemos que, embora o estudo devesse incidir globalmente sobre a situação concorrencial no sector, era para o impacto das barreiras e práticas decorrentes da actuação do Estado que, em particular, era solicitada a nossa atenção, tal como resulta do ponto 1.1. da carta-convite. O que nos era solicitado não era uma investigação a possíveis práticas anti-concorrenciais que as farmácias eventualmente desenvolvessem por sua iniciativa, mas sim um estudo do eventual efeito anti-concorrencial induzido pela actuação do Estado em relação ao sector.

Em relação a essas barreiras e práticas, era-nos solicitado que avaliássemos as que suscitam “maiores problemas na perspectiva da Lei da Concorrência”. Estando o funcionamento do sector das farmácias estritamente regulado por normativos legais, muitos deles já com algumas décadas, podem, eventualmente, existir importantes e interessantes questões de natureza jurídica sobre a compatibilidade da legislação que regula o funcionamento do sector com a Lei da Concorrência. No entanto, o nosso entendimento é que a natureza do estudo solicitado não era jurídica mas sim económica.

O que nos propusemos analisar foi a medida em que o normativo que enquadra o funcionamento do sector constitui, ou não, um entrave à obtenção dos objectivos económicos visados com a aprovação da Lei da Concorrência.

Entendemos esta solicitação num sentido lato. De facto, a Lei nº 18/2003, que aprova o regime jurídico da concorrência, não explicita quais esses objectivos: a Lei não contém qualquer artigo que explique, em termos gerais, a sua finalidade, nem é antecedida por preâmbulo em que tal seja feito. Assim, os propósitos da lei têm que deduzir-se da forma como regula determinadas práticas concretas. Atendemos particularmente, para determinar o critério a utilizar na nossa avaliação, ao disposto no seu artigo 4.º, quando proíbe acordos, decisões e práticas empresariais “(...) que tenham por objecto ou como efeito impedir, falsear ou restringir de forma sensível a concorrência no todo ou em parte do mercado nacional (...)”, mas também ao princípio de balanço económico previsto no artigo 5.º, tendo nomeadamente em atenção as potenciais consequências em termos de saúde pública de muitas das normas objecto de análise.

A avaliação que fizemos, as recomendações que dela retirámos e os indicadores que sugerimos para acompanhar o impacto da eventual adopção destas recomendações constituem o capítulo 4 do presente relatório. Sinteticamente, a conclusão a que chegamos é a de que o enquadramento normativo que regula a actividade das farmácias as tem abrigado do processo concorrencial e, inequivocamente, lhes tem permitido a obtenção de lucros supra-normais muito consideráveis, sendo possível permitir um maior grau de concorrência no sector sem pôr em risco a saúde pública.

Para chegar a esta conclusão, realizámos, como nos era solicitado, um exercício de *benchmarking* em que analisámos o enquadramento normativo da actividade das farmácias na Alemanha, na Bélgica, na Espanha, na Holanda, na Irlanda e no Reino Unido. Para além da utilização de informação publicada, devidamente identificada nas referências bibliográficas constantes no final deste relatório, neste trabalho pudemos contar com a colaboração das seguintes entidades, que nos forneceram informação sobre a situação existente nos respectivos países: BundesKartellamt e ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (Alemanha), APB – Association Pharmaceutique Belge e Conseil de la Concurrence (Bélgica), Tribunal de Defensa de la Competencia (Espanha), NM<sup>a</sup> – Nederlandse Mededingingsautoriteit (Holanda), TCA – The Competition Authority, IPU – Irish Pharmaceutical Union e Pharmaceutical Society

(Irlanda), OFT – Office of Fair Trading, NPA – National Pharmacy Association e Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (Reino Unido). A todos agradecemos a informação fornecida, assumindo plena responsabilidade pela utilização que dela fizemos. O resultado deste exercício de *benchmarking* constitui o Anexo I a este relatório. Outro elemento fundamental na avaliação a que procedemos foi a análise econométrica do mercado português das farmácias que fizemos. Esta análise constitui o Anexo II ao relatório. A informação contida nestes dois anexos é invocada, quando apropriado, no corpo do relatório.

Depois desta introdução, o relatório inicia-se com um capítulo dedicado à descrição do mercado das farmácias e da sua importância económica que, enfatizando a situação vigente em Portugal, a situa no contexto do conjunto dos países do *benchmark*. Neste capítulo, a informação encontra-se organizada de acordo com o chamado paradigma Estrutura-Comportamento-Performance. Agradecemos à AFP, à ANF, ao IGIF, ao INFARMED e à OF a informação que nos forneceram e que foi indispensável para a preparação deste capítulo. No capítulo seguinte, procedemos à análise sistemática, e tanto quanto possível exaustiva, das barreiras e práticas potencialmente anti-concorrenciais que são induzidas pelo enquadramento normativo da actividade das farmácias, que são o objecto da avaliação constante do capítulo 4.

## 2) O sector das farmácias: Portugal e outros países europeus

O estudo da situação concorrencial do sector das farmácias em Portugal passa, inevitavelmente, por um adequado conhecimento da sua realidade. Neste sentido, neste capítulo inicial procede-se a uma descrição, predominantemente de natureza quantitativa, do sector. Trata-se desenvolvidamente o caso português mas apresentam-se igualmente elementos comparativos para os seis outros Estados membros da União Europeia que nos foi solicitado que estudássemos: Alemanha, Bélgica, Espanha, Holanda, Irlanda e Reino Unido.

O capítulo está organizado de acordo com a esquematização decorrente do paradigma de análise Estrutura-Comportamento-Performance. Uma primeira secção descreve alguns elementos genéricos relativos à importância económica e ao funcionamento do sector, seguindo-se secções que tratam das características da estrutura, do comportamento dos agentes e da sua performance, por esta ordem.

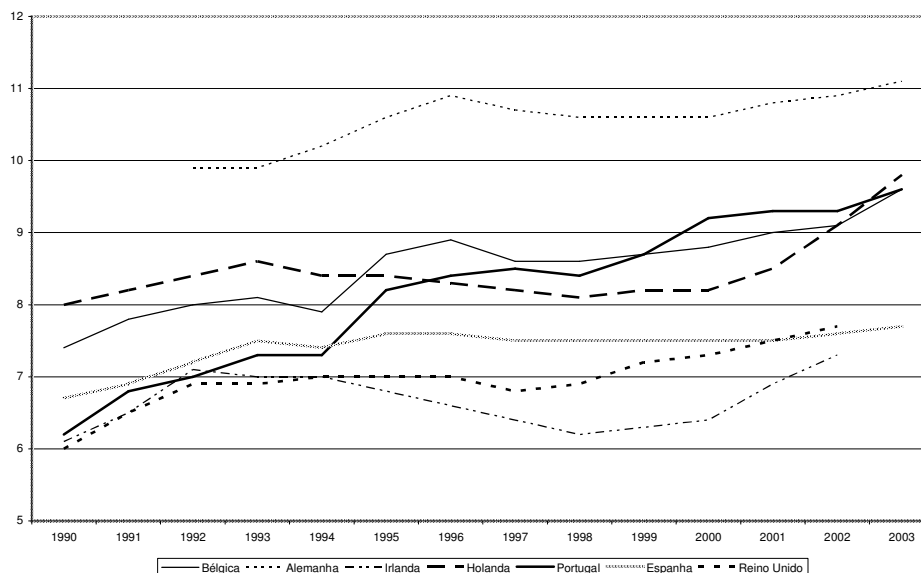
### ***A. Elementos genéricos de caracterização do sector***

O sector da saúde tem vindo a assumir uma relevância crescente na economia dos países desenvolvidos. Utilizando elementos estatísticos retirados da base de dados *OECD Health Data 2005*, a Ilustração 1 apresenta a evolução da despesa com saúde, em percentagem do PIB, ao longo dos últimos anos, em Portugal e nos seis países escolhidos como *benchmark* para este estudo. Ao longo do período de 13 anos retratado nesta ilustração, é possível verificar que o peso das despesas com saúde no PIB aumentou consideravelmente, em todos os países, embora na maioria deles com um recuo temporário na segunda metade da década de 90.

O crescimento das despesas com saúde tem sido particularmente acentuado no nosso país. De facto, no início do período considerado, Portugal encontrava-se, com a Irlanda e o Reino Unido, no grupo de países em que estas eram menos significativas, rondando os 6% do PIB. Em contrapartida, em 2003, último ano apresentado, as despesas com saúde representavam quase 10% do produto português, colocando o nosso país entre os que lhe dedicam uma maior parcela do seu PIB. Só a Alemanha, com uma

percentagem de 11,1%, continua ainda a gastar significativamente mais em saúde do que Portugal.

**Ilustração 1 – Despesa em saúde em % do PIB**



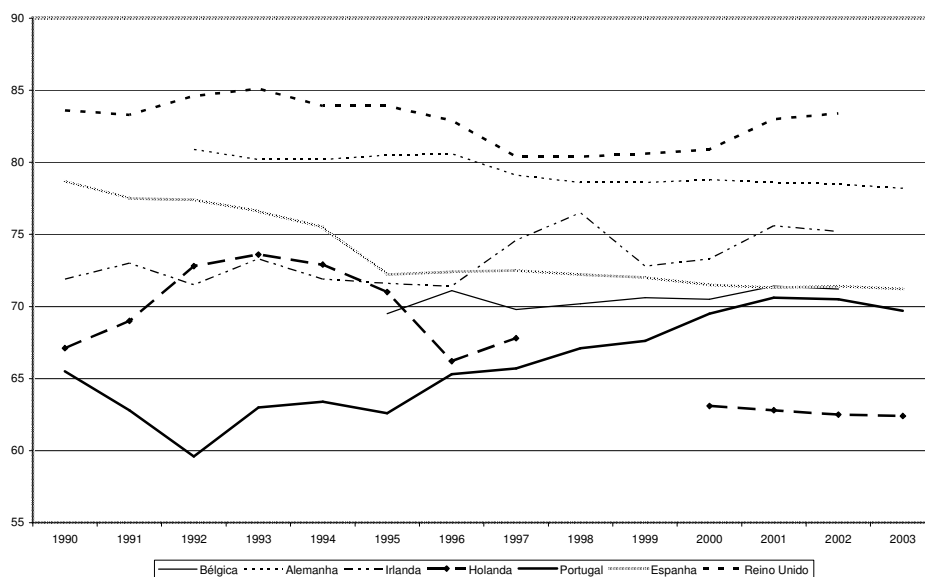
Fonte: OCDE Health Data 2005

Os dados da OCDE apontam também para que Portugal seja, dentro deste grupo, o segundo país onde as despesas do sector público em saúde assumem um maior peso em percentagem do PIB, com valores muito semelhantes aos da Bélgica e da Holanda, como se pode verificar na Ilustração 2. Em 2003, este rácio ascendia, no nosso país, a 6,7%. O crescimento da despesa pública com saúde é um facto comum a todos os países analisados e à generalidade dos países desenvolvidos. No entanto, Portugal é, entre os países retratados na ilustração, aquele em que esse crescimento foi mais acentuado, tendo iniciado a década de 90 do século passado como aquele em que, por larga margem, o Estado menos gastava nesse domínio.

Apesar deste acentuado crescimento das despesas públicas em saúde, Portugal é ainda, entre estes países, daqueles em que a participação do Estado na despesa total em saúde é mais reduzida: em 2003, a despesa pública em saúde representava cerca de 69,7% do total da despesa em saúde em Portugal (Ilustração 3), sendo que apenas a Holanda apresenta uma percentagem inferior. O valor verificado em Portugal está, no entanto, próximo dos registados na Bélgica e em Espanha.

**Ilustração 2 – Despesa pública em saúde em % do PIB**

Fonte: OCDE Health Data 2005

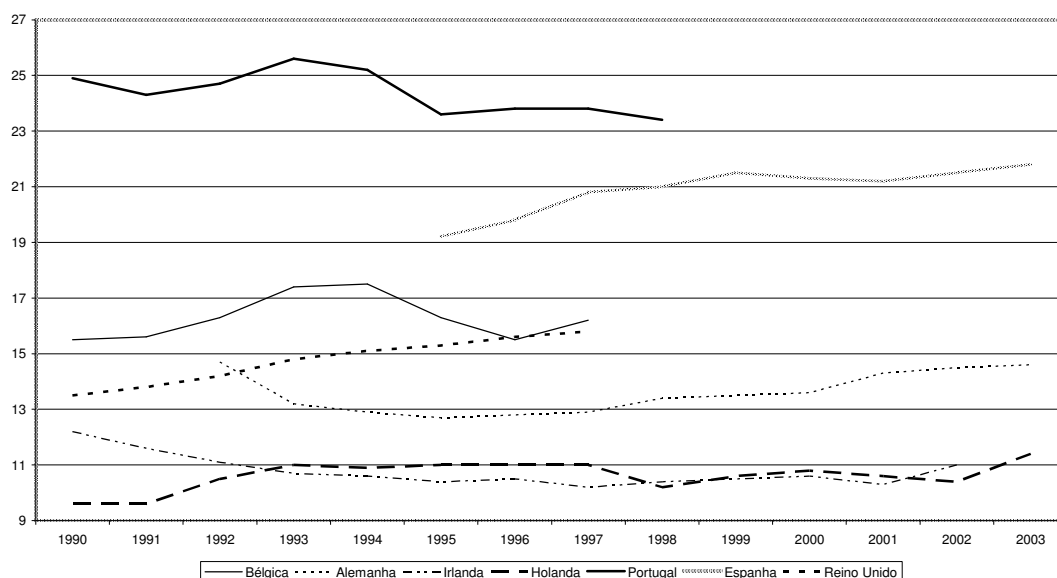
**Ilustração 3 – Despesa pública em saúde em % da despesa total em saúde**

Fonte: OCDE Health Data 2005

No que respeita à despesa em produtos farmacêuticos, a fonte que temos vindo a citar apresenta, para o nosso país, valores pouco actualizados. Ainda assim, apresentamos os elementos disponíveis na OCDE para efeitos de descrição da situação nos países do *benchmark*, apresentando posteriormente dados mais actualizados para o nosso país com base em fontes alternativas.

Em 1998, último ano para o qual aquela instituição apresenta dados para Portugal, os produtos farmacêuticos representavam, no nosso país, cerca de 23,4% do total das despesas com saúde. Com a exceção da Espanha, esta percentagem mais do que duplicava a verificada nos restantes países. Entre os países para que estão disponíveis estatísticas mais recentes, o peso dos produtos farmacêuticos nas despesas de saúde tem mantido uma tendência de ligeiro aumento, embora, com a exceção da Espanha, mantendo-se muito distante dos níveis que se verificavam em Portugal naquela data. (Ilustração 4).

**Ilustração 4 – Despesa em produtos farmacêuticos em % da despesa total em saúde**



Fonte: OCDE Health Data 2005

Em 1998, a despesa portuguesa em produtos farmacêuticos representava cerca de 1,9% do PIB (Ilustração 5). Tal como acontece com o seu peso nas despesas de saúde, Portugal aparece como o país que maior despesa tinha em medicamentos em percentagem do PIB.

**Ilustração 5 – Despesa em produtos farmacêuticos em % do PIB**

Fonte: OCDE Health Data 2005

Segundo dados do IMS, citados pela APIFARMA (2004), a despesa total com especialidades farmacêuticas, em Portugal, tem vindo a crescer a uma taxa média anual de 8%, ao longo dos últimos anos, tendo atingido 3.661 milhões de euros, em 2003 (Tabela 1). Este valor corresponde a 2,7% do valor preliminar do PIB reportado pelo INE.

**Tabela 1 – Vendas de especialidades farmacêuticas em Portugal**

|                            | 1999  | 2000  | 2001  | 2002  | 2003  |
|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <b>Mercado total</b>       | 2.692 | 2.899 | 3.133 | 3.394 | 3.661 |
| <b>Mercado ambulatorio</b> | 2.236 | 2.408 | 2.609 | 2.819 | 3.011 |
| <b>Hospitais SNS</b>       | 456   | 491   | 523   | 575   | 650   |

Fonte: IMS

Unidade: 10<sup>6</sup> EUR

De acordo com esta fonte, o mercado ambulatorio, isto é as vendas em farmácia, representa 82% do total das vendas de especialidades farmacêuticas, num montante de 3.011 milhões de euros. A venda destas especialidades constitui a larga maioria do volume de negócios das farmácias uma vez que, por lei, estas estão consideravelmente limitadas na possibilidade de diversificarem os produtos que vendem.

Não nos foi possível obter informação que permita avaliar directamente o peso dos medicamentos na estrutura de vendas destes estabelecimentos. Sabemos, contudo, com base nos elementos contabilísticos sobre a actividade dos seus associados que nos foram fornecidos pela Associação Nacional de Farmácias, que os produtos sobre os quais incide a taxa máxima de IVA, que conseqüentemente não são medicamentos, correspondem a cerca de 8% do respectivo volume de negócios (Tabela 2). Pode-se, portanto, estimar que cerca de 92% do total de vendas numa farmácia representativa correspondem a medicamentos.

**Tabela 2 – Percentagem de vendas com taxa mínima de IVA**

|   | Continente | Norte  | Centro | L. V.T. | Alentejo | Algarve |
|---|------------|--------|--------|---------|----------|---------|
| % | 92,20%     | 93,13% | 93,20% | 91,22%  | 93,20%   | 89,32%  |

Fonte: ANF

Dentro das vendas de medicamentos, os indicadores que nos foram fornecidos pelo INFARMED revelam que cerca de 94% correspondem a medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM), como se retrata na Tabela 3.

**Tabela 3 – Estrutura das vendas de medicamentos**

|              |               | 2000  | 2001  | 2002  | 2003  | 2004  |
|--------------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <b>MNSRM</b> | nº de emb. *  | 41    | 40    | 40    | 36    | 35    |
|              | valor**       | 155   | 156   | 170   | 164   | 169   |
|              | média p/ emb. | 3,8   | 3,9   | 4,3   | 4,5   | 4,8   |
| <b>MSRM</b>  | nº de emb. *  | 187   | 194   | 201   | 193   | 200   |
|              | valor**       | 2.182 | 2.396 | 2.566 | 2.570 | 2.810 |
|              | média p/ emb. | 11,7  | 12,4  | 12,8  | 13,3  | 14,1  |
| <b>MNSRM</b> | % do total    | 6,6%  | 6,1%  | 6,2%  | 6,0%  | 5,7%  |

Fonte: INFARMED

\*10<sup>6</sup> unid. \*\*10<sup>6</sup> euros

Para estes medicamentos, aos 2,8 mil milhões de euros de volume de vendas correspondem 200 milhões de embalagens vendidas e 83 milhões de receitas aviadas, numa média de 76.775 embalagens vendidas e 31.857 receitas aviadas por farmácia por ano.

Os valores constantes da publicação da APIFARMA (2004) antes referida apontam para que o peso dos MNSRM no mercado ambulatório seja um pouco mais

elevado, da ordem dos 8,6%. Ainda assim, de acordo com a AESGP – *Association of the European Self-Medication Industry*, este valor é o mais reduzido de todos os países estudados (Tabela 4).

**Tabela 4 – Medicamentos não sujeitos a receita médica nas vendas totais de medicamentos em ambulatório (2003)**

|                    | %    |
|--------------------|------|
| <b>Alemanha</b>    | 21,0 |
| <b>Bélgica</b>     | 14,2 |
| <b>Espanha</b>     | 11,0 |
| <b>Holanda</b>     | 13,0 |
| <b>Irlanda</b>     | 16,6 |
| <b>Portugal</b>    | 8,6  |
| <b>Reino Unido</b> | 21,7 |

Fonte: website AESGP

Existem, neste domínio, disparidades muito acentuadas entre os diversos países. Depois de Portugal, a Espanha, com 11% é o país onde os medicamentos não sujeitos a receita médica têm menor importância nas vendas de medicamentos em ambulatório. No outro extremo, encontra-se o Reino Unido em que aquela percentagem é cerca do dobro da verificada em Espanha.

É de assinalar que existe também uma grande variabilidade entre os diversos países em termos da quantidade de embalagens de medicamentos prescritas *per capita*, conforme se pode comprovar na Tabela 5.

**Tabela 5 – Número de embalagens prescritas *per capita***

|  | Nº embalagens |
|--|---------------|
| <b>Alemanha</b> (2004, membros do SHI) | 14            |
| <b>Bélgica</b> (1998)                  | 11            |
| <b>Espanha</b> (1998)                  | 15            |
| <b>Holanda</b> (2002)                  | 11            |
| <b>Irlanda</b> (2001)                  | 7             |
| <b>Portugal</b> (2002)                 | 23            |
| <b>Reino Unido</b> (2002)              | 12            |

Fontes: OCDE (2004) e diversos estudos nacionais

Portugal é, por larga margem, o país com um maior número de embalagens consumidas *per capita*, com 23, enquanto no extremo oposto se encontra a Irlanda com apenas 7. No entanto, estes valores têm um mero carácter indicativo, dada a enorme heterogeneidade dos medicamentos disponíveis, dosagens, e embalagens, dentro e entre os países.

Esta diversidade, conjugada com a que também se verifica a nível de preços, explica que não haja correspondência entre a ordenação dos países do *benchmark* de acordo com este critério e a que resulta da despesa *per capita* com medicamentos. Em Portugal, o consumo de medicamentos *per capita* era, em 2003, de cerca de 275€ (Tabela 6). Este valor pode ser contrastado com 413€ na Alemanha, 344€ na Bélgica, 297€ em Espanha, 308€ na Holanda, 333€ na Irlanda, e 279€ no Reino Unido (OCDE, 2004). Verifica-se, portanto, que Portugal e Espanha, os dois países com maior número de embalagens consumidas *per capita*, são em contrapartida dos países que apresentam um menor gasto *per capita* em medicamentos.

**Tabela 6 – Consumo *per capita* de medicamentos**

|   | 1999  | 2000  | 2001  | 2002  | 2003  |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| <b>Mercado Total (PVP)</b>                    | 236,0 | 254,8 | 270,0 | 288,0 | 274,6 |
| <b>Mercado do SNS (PVP)</b>                   | 189,4 | 207,7 | 220,4 | 228,3 | 233,8 |
| Encargo do SNS                                | 127,9 | 141,9 | 152,2 | 159,0 | 162,4 |
| Encargo do Utente                             | 61,4  | 65,9  | 68,3  | 69,3  | 71,4  |
| <b>Mercado dos Subsistemas de Saúde (PVP)</b> | 139,0 | 151,1 | 162,1 | 185,7 | 205,7 |
| Encargo dos Subsistemas de Saúde              | 99,9  | 109,0 | 117,4 | 130,4 | 149,4 |
| Encargo do Utente                             | 39,2  | 42,1  | 44,7  | 55,3  | 56,3  |

Fonte: INFARMED

Unidade: EUR

Uma particularidade do mercado do medicamento, por comparação com os de outros produtos, é o facto de o Estado subsidiar as despesas dos consumidores. Como se pode verificar na tabela anterior, da despesa *per capita* associada a cada utente no mercado do SNS, quase 70% foram suportados pelo próprio SNS. Segundo o INFARMED, a despesa total do SNS com participações atingiu 1.273 milhões de euros, em 2003, tendo crescido a uma taxa média anual próxima dos 7%, ao longo dos últimos anos.

Em Portugal, a comparticipação pública na compra de medicamentos é feita por escalões, definidos segundo critérios de essencialidade terapêutica. O escalão A integra as especialidades farmacêuticas consideradas imprescindíveis e que afectam doentes crónicos. A comparticipação para este escalão é de 100%, tendo no entanto sido decidido recentemente que passará a 95%, com reembolso a doentes crónicos com prova de meios nas situações com rendimentos iguais ou inferiores ao salário mínimo nacional (Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2005). Nos escalões B, C e D, a comparticipação é de 70%, 40% e 20%, respectivamente. Na compra de genéricos integrados nos escalões para os quais a comparticipação não é integral, existia uma majoração de 10% (por forma a estimular o seu consumo), abolida pelo diploma referido. Os medicamentos manipulados comparticipáveis são comparticipados a 50%. Os medicamentos não sujeitos a receita médica não são comparticipados (o mesmo se passando, de um modo geral, nos países do *benchmark*), salvo em casos excepcionais, devidamente justificados por razões de saúde pública. Um estudo recentemente realizado para o INFARMED (Europe Economics, 2005), recomenda alterações substanciais ao sistema vigente em Portugal, sugerindo a indexação das taxas de comparticipação ao respeito por protocolos terapêuticos definidos centralmente, que serviriam também de base para a definição de preços de referência.

A adopção de um sistema de preços de referência, que limita a comparticipação pública para medicamentos cujos preços que ultrapassem o referencial estabelecido, foi uma das medidas a que Portugal, à semelhança de diversos países do *benchmark*, recorreu para tentar conter o crescimento da despesa pública com medicamentos.

Há na Europa diversas formas de cálculo do preço de referência para cada categoria de medicamentos. Em Portugal, este equivale ao preço de venda ao público do genérico mais caro de cada grupo homogéneo (conjunto de medicamentos com a mesma composição qualitativa e quantitativa de substâncias activas, forma farmacêutica, dosagem e via de administração, no qual se inclua pelo menos um medicamento genérico existente no mercado). Outros países cujos preços de referência se baseiam nos preços dos genéricos incluem a Bélgica, Espanha e a Holanda. Este é o único país europeu cujo sistema de preços de referência inclui medicamentos sob patente. Na Alemanha e na Holanda, o preço de referência é determinado com base em critérios de substituíbilidade que incluem, não só produtos genericamente equivalentes, mas também

moléculas distintas com a mesma indicação terapêutica. Os grupos de medicamentos aos quais se aplicam os preços de referência definem-se, assim, pelas suas características terapêuticas, e não apenas por substância activa. Na Irlanda e no Reino Unido não existem sistemas de preços de referência.

Uma das transformações mais significativas no mercado do medicamento em Portugal, nos anos mais recentes, é o reforço da quota de mercado dos medicamentos genéricos. A promoção deste tipo de medicamentos surge inserida num esforço de contenção dos gastos com medicamentos, e em nomeadamente da despesa pública nesse domínio, já que um genérico tem, no máximo, um preço igual a 65% do preço do medicamento de referência. Desde 2002, a prescrição de medicamentos que contenham substâncias activas para as quais existam genéricos no mercado deve ser feita pela sua denominação comum internacional (DCI) ou pelo seu nome genérico. Caso o médico indique na receita a marca do medicamento, e a menos que o proíba expressamente, o farmacêutico deve informar o doente da existência dos genéricos e dos seus preços, devendo fazer a substituição do medicamento receitado pelo seu equivalente genérico mais barato, a menos que o doente se oponha.

Sendo praticamente nulas no início desta década, as vendas de genéricos atingiram, em 2004, 8,6% dos gastos com medicamentos, em Portugal, e cerca de 5% do número de embalagens vendidas. No corrente ano, tem prosseguido a tendência de reforço da quota de mercado destes medicamentos que, de acordo com o INFARMED, terá atingido os 13% no final do primeiro semestre. (Tabela 7)

**Tabela 7 – Vendas de genéricos em Portugal**

|                                     | 2000  | 2001  | 2002   | 2003    | 2004    | 2005* |
|-------------------------------------|-------|-------|--------|---------|---------|-------|
| <b>Medicamentos genéricos (PVP)</b> | 2.924 | 8.762 | 48.265 | 160.738 | 269.354 | -     |
| <b>Medicamentos genéricos (Emb)</b> | 224   | 600   | 12     | 8.167   | 12.674  | -     |
| <b>% genéricos no mercado (PVP)</b> | 0,1%  | 0,3%  | 1,8%   | 5,6%    | 8,6%    | 13,1% |
| <b>% genéricos no mercado (Emb)</b> | 0,1%  | 0,3%  | 1,1%   | 3,4%    | 5,1%    | 8,2%  |

Fonte: INFARMED, \*Junho 2005

Unidade: 10<sup>3</sup>EUR

A promoção dos medicamentos genéricos tem sido um mecanismo utilizado igualmente por outros países para tentar conter as despesas com medicamentos. A taxa de penetração dos medicamentos genéricos varia substancialmente, como se pode ver na Tabela 8. O seu consumo atinge um maior peso relativo, quer medido em valor, quer em

volume, no Reino Unido. No outro extremo encontra-se a Espanha, onde os genéricos representam apenas 5% do valor de vendas de medicamentos e 7% do seu volume.

**Tabela 8 – Consumo de medicamentos genéricos na Europa (2004)**

| País                 | Taxa de penetração de genéricos<br>(% volume) | Taxa de penetração de genéricos<br>(% valor) |
|----------------------|---|--|
| <b>Alemanha</b>      | 41,1  | 22,7   |
| <b>Bélgica</b>       | 8,7   | 6,1  |
| <b>Espanha</b>       | 7   | 5  |
| <b>Holanda*</b>      | 38  | 12   |
| <b>Irlanda*</b>      | 12  | 8  |
| <b>Portugal</b>      | 5   | 8,6  |
| <b>Reino Unido**</b> | 55,4  | 23,7   |

Fonte: website da EGA

\*Dados de 2002; \*\* Dados de 2003

Portugal tem a particularidade, entre estes países, de ser o único mercado em que a percentagem de genéricos nas vendas de medicamentos em valor é superior à sua percentagem em volume. Este facto sugere que, por comparação com os restantes países, em Portugal a penetração dos genéricos tem ocorrido nos segmentos mais caros do mercado.

## ***B. Elementos de caracterização da estrutura do mercado das farmácias***

### **1. Número de farmácias**

Em 2004, existiam em Portugal continental 2.663 farmácias e 247 postos de farmácia. Dada a regulamentação do sector, no nosso país, cada proprietário de farmácia, seja ele um indivíduo ou uma sociedade, só pode deter uma farmácia. O número de estabelecimentos é, por isso, equivalente ao número de empresas e pode ser utilizado para efeitos de construção de indicadores de concentração.<sup>2</sup>

No conjunto dos seis países do *benchmark* existem cerca de 62.000 farmácias (Tabela 9) que correspondem a mais de metade das existentes na União Europeia. As farmácias europeias são responsáveis por 80% das vendas (em volume e valor) de

<sup>2</sup> Os postos farmacêuticos não são empresas independentes.

produtos farmacêuticos.<sup>3</sup> Dentro dos países do *benchmark*, é na Alemanha e na Espanha que as farmácias são mais numerosas, tendo cada um dos países mais de 20.000 destes estabelecimentos.

**Tabela 9 – Número de farmácias**

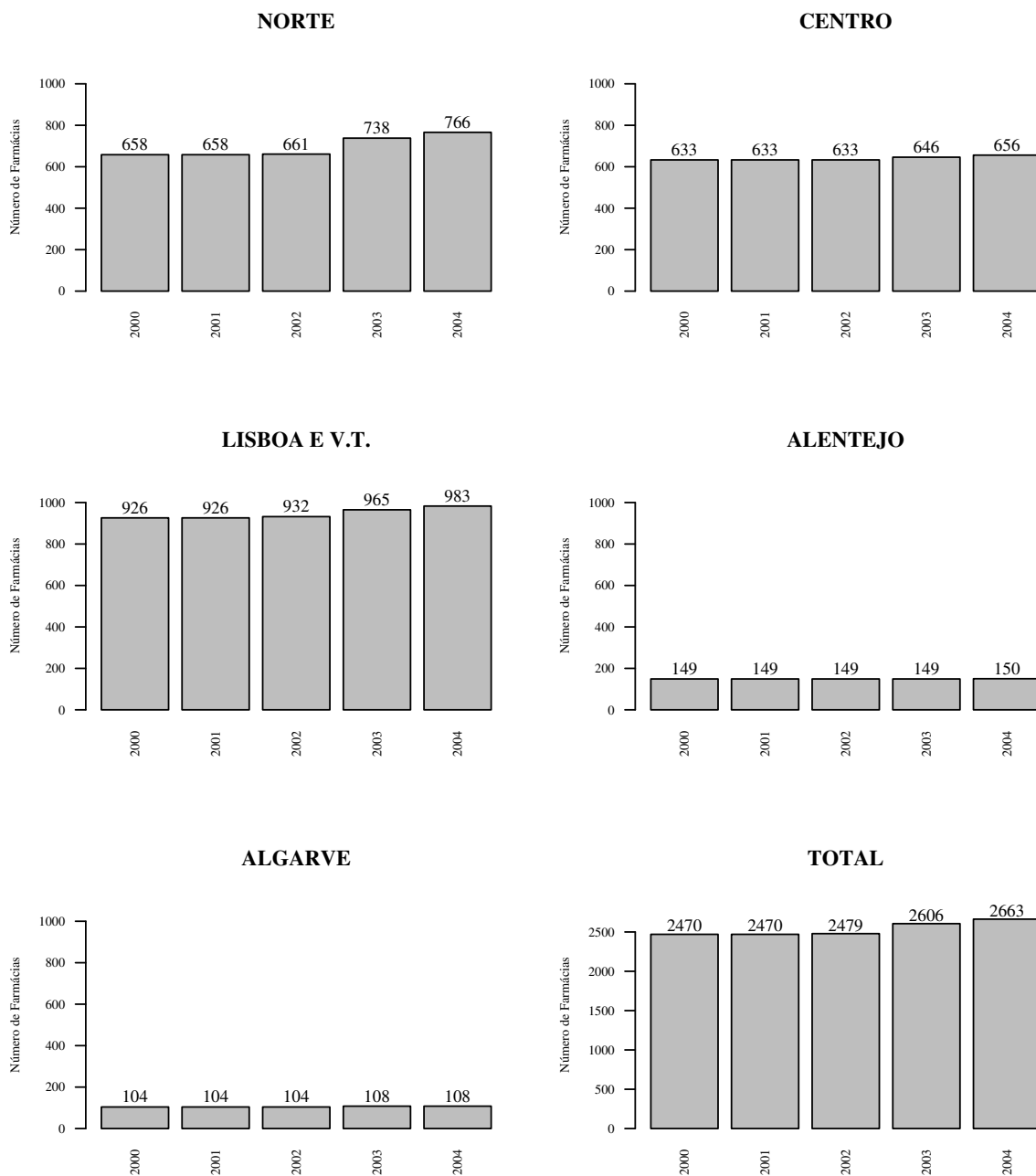
| País                      | Nº de farmácias |
|---------------------------|-----------------|
| <b>Alemanha</b> (2004)    | 21.392          |
| <b>Bélgica</b> (2004)     | 5.230           |
| <b>Espanha</b> (2003)     | 20.348          |
| <b>Holanda</b> (2003)     | 1.697           |
| <b>Irlanda</b> (2003)     | 1.280           |
| <b>Portugal</b> (2004)    | 2.663           |
| <b>Reino Unido</b> (2003) | 12.380          |

Fonte: OCDE e diversos estudos nacionais

Em Portugal, o número de farmácias permaneceu praticamente estável entre 2000 e 2002, tendo aumentando cerca de 5% em 2003 e 2% em 2004. Como se discute no capítulo seguinte, o número de farmácias é, no nosso país, estritamente regulamentado, pelo que esta evolução resulta essencialmente de decisões administrativas.

Decisões administrativas ditam também a distribuição das farmácias no território. Ao nível agregado de NUT II, a região de Lisboa e Vale do Tejo concentra mais de um terço das farmácias (36,9%), o Norte um pouco mais de um quarto (28,8%) e o Centro um quarto (24,6%). Nas regiões mais a sul, Alentejo e Algarve, o número absoluto de farmácias é substancialmente mais reduzido (Ilustração 6).

<sup>3</sup> Correspondendo o restante ao mercado hospitalar.

**Ilustração 6 – Número de farmácias por região**

Fonte: INFARMED

Ao nível do distrito, é possível verificar que as farmácias se concentram significativamente nos grandes núcleos urbanos: 25% do total no distrito de Lisboa e 16% no do Porto (Tabela 10).

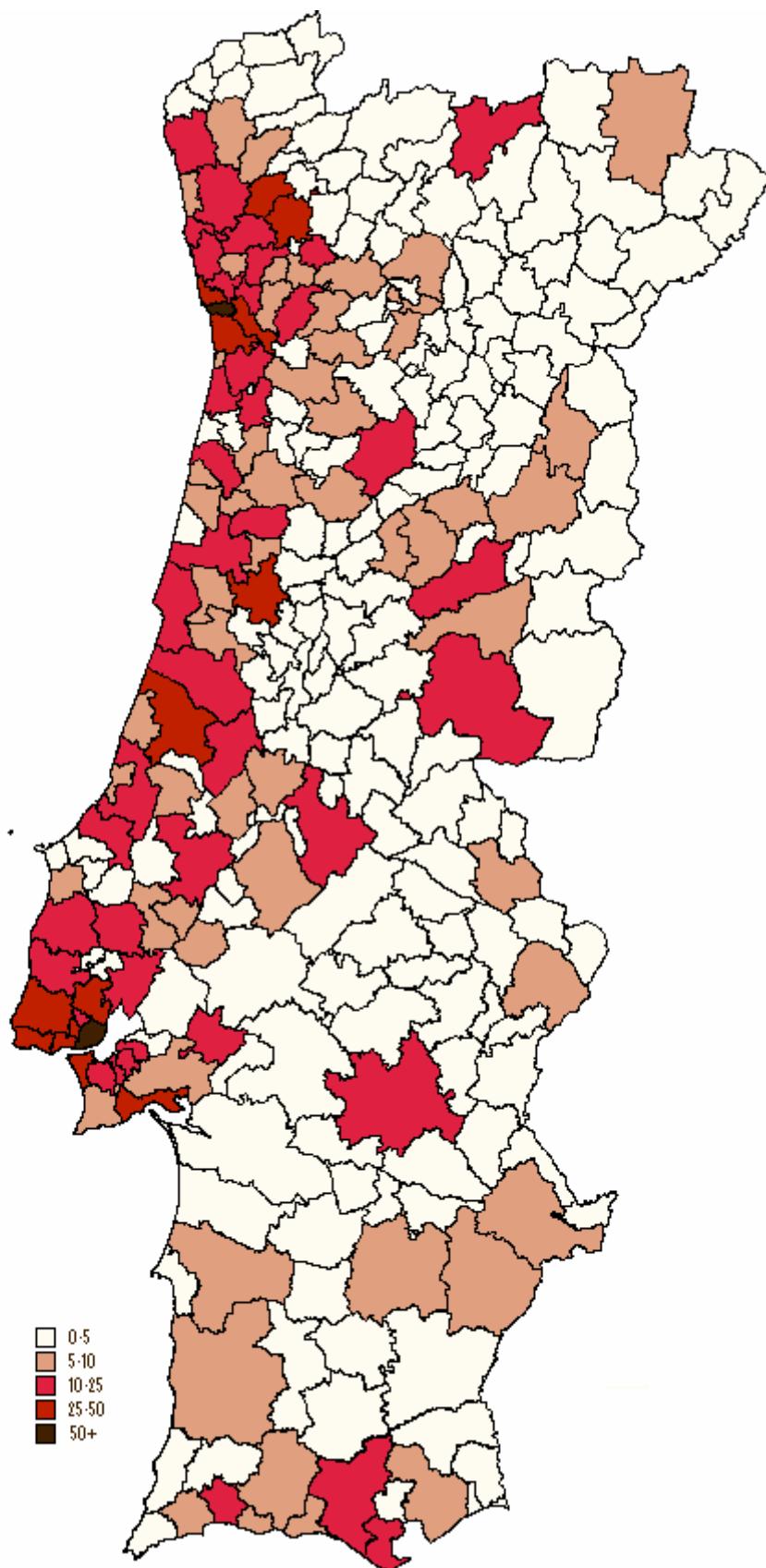
**Tabela 10 – Distribuição das farmácias por distrito**

| <b>Região</b>   | <b>Subregião</b> | <b>2000</b>  | <b>2001</b>  | <b>2002</b>  | <b>2003</b>  | <b>2004</b>  |
|-----------------|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Norte</b>    | Braga            | 148          | 148          | 149          | 170          | 180          |
|                 | Bragança         | 32           | 32           | 32           | 39           | 39           |
|                 | Porto            | 369          | 369          | 370          | 408          | 420          |
|                 | V. Castelo       | 54           | 54           | 55           | 57           | 62           |
|                 | Vila Real        | 55           | 55           | 55           | 64           | 65           |
| <b>Centro</b>   | Aveiro           | 170          | 170          | 171          | 176          | 182          |
|                 | C. Branco        | 56           | 56           | 56           | 57           | 57           |
|                 | Coimbra          | 139          | 139          | 139          | 140          | 140          |
|                 | Guarda           | 54           | 54           | 54           | 55           | 56           |
|                 | Leiria           | 114          | 114          | 113          | 115          | 116          |
| <b>Lisboa</b>   | Viseu            | 100          | 100          | 100          | 103          | 105          |
|                 | Lisboa           | 630          | 628          | 627          | 648          | 658          |
|                 | Santarém         | 134          | 134          | 134          | 137          | 140          |
| <b>Alentejo</b> | Setúbal          | 162          | 164          | 171          | 180          | 185          |
|                 | Beja             | 52           | 52           | 52           | 52           | 53           |
|                 | Évora            | 53           | 53           | 53           | 53           | 53           |
| <b>Algarve</b>  | Portalegre       | 44           | 44           | 44           | 44           | 44           |
|                 | Faro             | 104          | 104          | 104          | 108          | 108          |
| <b>Total</b>    |                  | <b>2.470</b> | <b>2.470</b> | <b>2.479</b> | <b>2.606</b> | <b>2.663</b> |

Fonte: INFARMED

A localização predominantemente urbana das farmácias é ainda mais evidente numa análise a nível de concelho. Como é possível verificar no Mapa 1, a larga maioria das farmácias portuguesas concentram-se na faixa litoral de Viana do Castelo a Setúbal, e muito especialmente nos concelhos das áreas metropolitanas de Lisboa e Porto. Os concelhos de Lisboa e Porto são os únicos onde existem mais de 50 farmácias. Em contrapartida, na maioria dos concelhos do interior do país existem menos de 5 farmácias por concelho. Há, no entanto, alguns concelhos do interior com um número significativo de farmácias, como acontece em Chaves, Viseu, Covilhã, Castelo Branco, Abrantes e Évora.

Mapa 1 – Número de farmácias por concelho



## 2. Número de habitantes por farmácia

A distribuição das farmácias no território, retratada no ponto anterior, deve naturalmente ser comparada com a distribuição dos seus potenciais utilizadores. Aliás, no actual quadro regulamentar, a entrada de novas farmácias no mercado está sujeita a determinadas regras de capitação, isto é, de número de habitantes por farmácia.

Entre os países do *benchmark*, o número de habitantes por farmácia varia muito substancialmente, como se pode ver na Tabela 11: a título de exemplo, enquanto na Bélgica há 1.825 habitantes por farmácia, na sua vizinha Holanda há 10.000.

**Tabela 11 – Habitantes por farmácia nos países do *benchmark***

| País                      | Nº habitantes por farmácia |
|---------------------------|----------------------------|
| <b>Alemanha</b> (2004)    | 3.858                      |
| <b>Bélgica</b> (2004)     | 1.825                      |
| <b>Espanha</b> (2003)     | 2.099                      |
| <b>Holanda</b> (2003)     | 10.000                     |
| <b>Irlanda</b> (2003)     | 3.040                      |
| <b>Portugal</b> (2004)    | 3.761                      |
| <b>Reino Unido</b> (2003) | 4.604                      |

Fonte: OCDE e diversos estudos nacionais

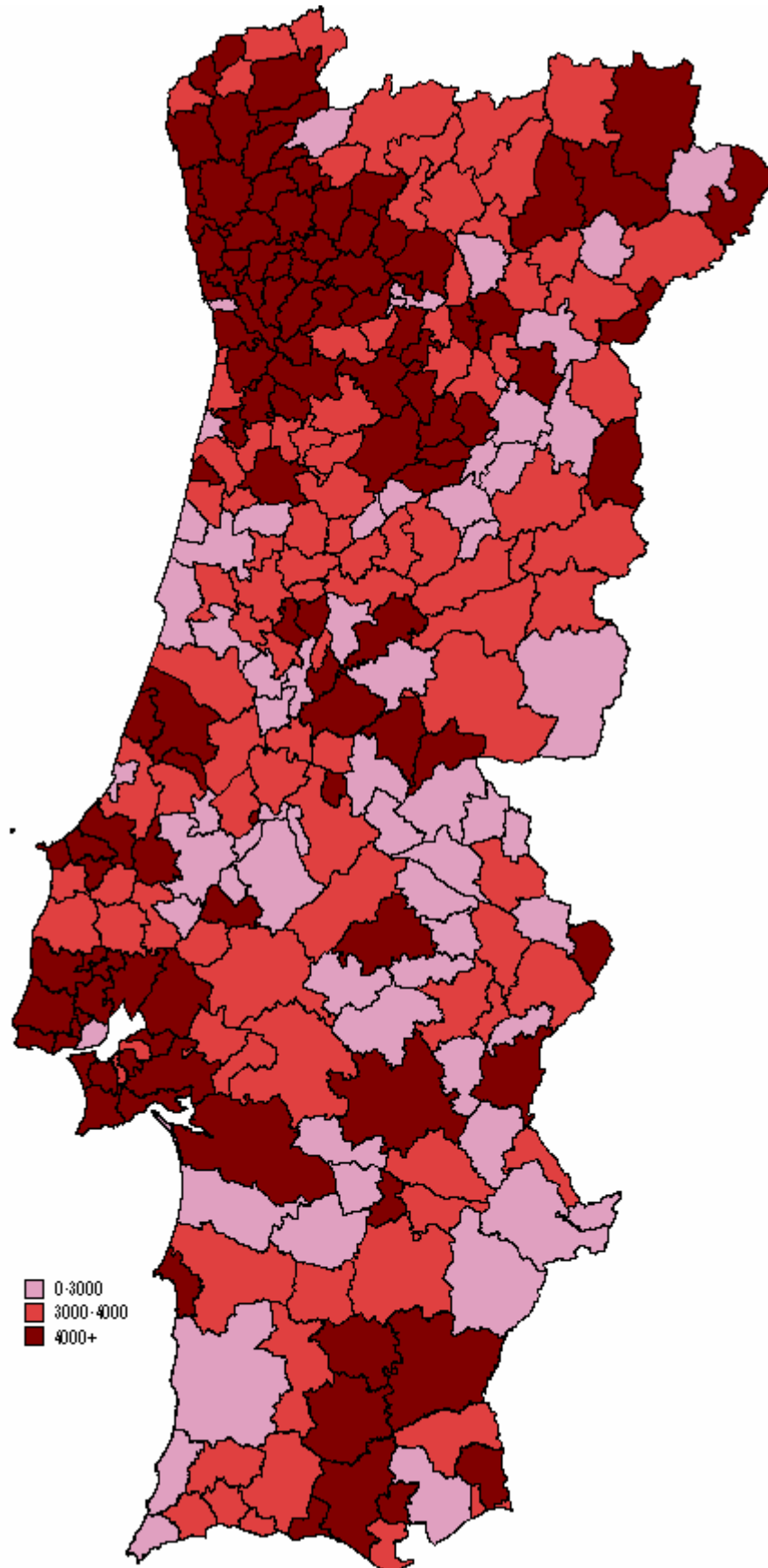
A nível nacional, o número de habitantes por farmácia atingiu, em 2004, os 3.761, após o aumento no número de farmácias verificado nos anos anteriores. Este valor é substancialmente inferior aos cerca de 4.200 habitantes por farmácia que existiam em anos anteriores a 2003 (Tabela 12).

**Tabela 12 – Habitantes por farmácia ao nível concelhio**

|                      | 2000  | 2001  | 2002  | 2003  | 2004  |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <b>Percentil 5%</b>  | 1.922 | 1.922 | 1.922 | 1.922 | 1.922 |
| <b>1º quartil</b>    | 3.114 | 3.114 | 3.114 | 3.110 | 3.110 |
| <b>Mediana</b>       | 3.891 | 3.891 | 3.891 | 3.746 | 3.733 |
| <b>Média</b>         | 4.227 | 4.222 | 4.194 | 3.872 | 3.761 |
| <b>3º quartil</b>    | 5.164 | 5.066 | 5.016 | 4.522 | 4.426 |
| <b>Percentil 95%</b> | 7.420 | 7.420 | 7.372 | 5.959 | 5.488 |

Fonte: INE

Mapa 2 – Habitantes por farmácia



Os valores médios nacionais escondem, no entanto, disparidades muito significativas ao nível do concelho. Como se verifica na Tabela 12, enquanto 5% dos concelhos têm menos de 1.922 habitantes por farmácia, outros 5% têm mais de 5.488. No entanto, o processo de abertura de farmácias dos últimos anos reduziu consideravelmente esta assimetria, uma vez que até 2002 os 5% de concelhos com maior capitação tinham mais de 7.372 habitantes por farmácia.

O Mapa 2 ilustra de forma mais detalhada a forma como o número de habitantes por farmácia, a nível concelhio, varia ao longo de Portugal continental.

Nos países do *benchmark*, há também variações regionais substanciais. Em Espanha, por exemplo, diferenças na legislação das diferentes comunidades autónomas levam a que o número de habitantes por farmácia vá de 1.097, em Navarra, a 3.258, em Ceuta.

A forte concentração das farmácias em zonas predominantemente urbanas, descrita anteriormente, poderia levar a supor que seriam as zonas mais densamente povoadas que beneficiariam de uma maior cobertura farmacêutica. No entanto, a Tabela 13 mostra que, pelo contrário, é nas zonas mais densamente povoadas que o número de habitantes por farmácia é mais elevado: ou seja, os concelhos com população mais dispersa têm proporcionalmente mais farmácias. Este facto poderá, eventualmente, ser um reflexo das regras que impõem uma distância mínima entre farmácias.

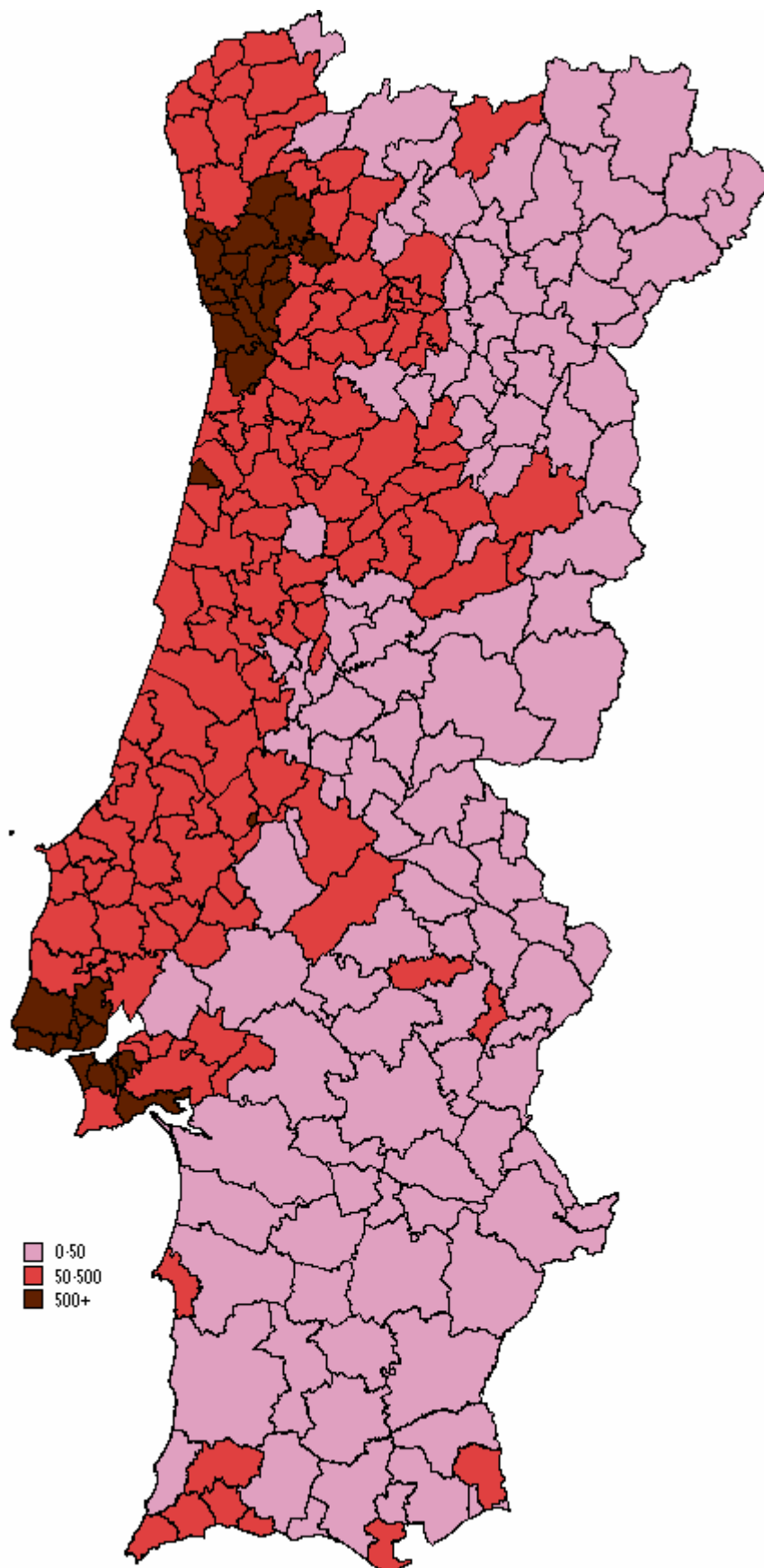
**Tabela 13 – Habitantes por farmácia segundo a densidade populacional**

| hab/km <sup>2</sup> | 2000  | 2001  | 2002  | 2003  | 2004  |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <b>0-50</b>         | 3.809 | 3.809 | 3.807 | 3.512 | 3.441 |
| <b>50-500</b>       | 4.254 | 4.252 | 4.225 | 3.954 | 3.827 |
| <b>500+</b>         | 5.513 | 5.477 | 5.363 | 4.759 | 4.574 |

Fonte: INFARMED, INE

A comparação entre o Mapa 2 e o Mapa 3 mostra que este facto resulta sobretudo da existência de diversos concelhos do interior do país que, tendo uma densidade populacional baixa, têm também um número de habitantes por farmácia relativamente baixo.

Mapa 3 – Densidade populacional (hab/km<sup>2</sup>)



Na ausência de informação geo-referenciada apropriada, não nos é possível analisar directamente a distância entre farmácias. No entanto, é possível determinar, ao nível concelhio, a área média por farmácia (Tabela 14). Em média, em cada concelho existem quase 90 km<sup>2</sup> por farmácia. No entanto, também a este nível há enormes disparidades: enquanto em 5% dos concelhos, a área média por farmácia é inferior a 4 Km<sup>2</sup>, noutros 5% é superior a 289 km<sup>2</sup>.

**Tabela 14 – Área média por farmácia ao nível concelhio**

|                      | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|----------------------|------|------|------|------|------|
| <b>Percentil 5%</b>  | 5    | 5    | 5    | 4    | 4    |
| <b>1º quartil</b>    | 23   | 23   | 23   | 23   | 22   |
| <b>Mediana</b>       | 54   | 54   | 54   | 50   | 49   |
| <b>Média</b>         | 98   | 98   | 98   | 92   | 89   |
| <b>3º quartil</b>    | 132  | 132  | 132  | 127  | 124  |
| <b>Percentil 95%</b> | 330  | 330  | 330  | 289  | 289  |

Fonte: INFARMED, INE

Unidade: km<sup>2</sup>

### 3. Dimensão média da farmácia

A farmácia média portuguesa é um estabelecimento comercial de dimensões relativamente reduzidas. Em termos financeiros tinha, em média, em 2003, um volume anual de vendas de cerca de 1.250 milhares de euros e um resultado líquido de 84.500 euros (fonte: ANF).

A dimensão da actividade destes estabelecimentos pode também traduzir-se pelo número de embalagens vendidas e receitas dispensadas. No que respeita ao SNS, que representa mais de 60% das vendas em ambulatório, as farmácias vendiam, em 2003, em média, cerca de 46.000 embalagens por ano, com base em 19.000 receitas (fonte: INFARMED).

Finalmente, em termos de recursos humanos, os dados da Ordem dos Farmacêuticos apresentados no ponto seguinte sugerem que cada farmácia tem, em média, dois farmacêuticos e dados publicados pela ANF indicam que o número global de pessoas ao serviço do sector seria, em 2003, de 14.479, ou seja, de 5 pessoas por farmácia.

#### 4. Número de farmacêuticos

De acordo com a legislação em vigor, o acesso à propriedade de farmácias é restrito a farmacêuticos. O número de farmacêuticos é, por este motivo, uma importante característica estrutural do mercado, podendo eventualmente condicionar o número de estabelecimentos em actividade.

Em Portugal, o número de farmacêuticos inscritos na Ordem dos Farmacêuticos era, em 2004, de 9.912 (Tabela 15). Mais de metade tinham como área de actividade a farmácia de oficina (5.440 farmacêuticos), o que implica um rácio aproximado de 2 farmacêuticos por farmácia. A idade média do farmacêutico inscrito na Ordem era de 42 anos não estando disponível informação que permita concluir se, nesta matéria, os farmacêuticos de oficina se diferenciam dos seus restantes colegas. Constata-se ainda que a grande maioria (80%) dos farmacêuticos são do sexo feminino.

**Tabela 15 – Número de farmacêuticos segundo área de actividade, escalão etário e sexo**

|                           | 2002  |     | 2003  |     | 2004  |     |
|---------------------------|-------|-----|-------|-----|-------|-----|
| <b>Área de actividade</b> |       |     |       |     |       |     |
| Análises                  | 1.117 | 12% | 1.136 | 11% | 1.114 | 11% |
| D. Grossista              | 314   | 3%  | 341   | 3%  | 359   | 4%  |
| Ensino                    | 411   | 5%  | 408   | 4%  | 394   | 4%  |
| F. Hospitalar             | 643   | 7%  | 673   | 7%  | 731   | 7%  |
| F. Oficina                | 4.780 | 53% | 5.122 | 50% | 5.440 | 55% |
| Industria                 | 618   | 7%  | 631   | 6%  | 637   | 6%  |
| Investigação              | 154   | 2%  | 157   | 2%  | 145   | 1%  |
| Não exerce                | 81    | 1%  | 81    | 1%  | 81    | 1%  |
| Não indicados             | 653   | 7%  | 653   | 6%  | 733   | 7%  |
| Outras áreas              | 286   | 3%  | 1.075 | 10% | 278   | 3%  |
| <b>Escalão etário</b>     |       |     |       |     |       |     |
| <35                       | 3.264 | 36% | 3.553 | 37% | 3.775 | 38% |
| 35–44                     | 2.394 | 26% | 2.408 | 25% | 2.436 | 25% |
| 45–54                     | 1.714 | 19% | 1.832 | 19% | 1.879 | 19% |
| 55–64                     | 847   | 9%  | 927   | 10% | 1.030 | 10% |
| >=65                      | 838   | 9%  | 823   | 9%  | 792   | 8%  |
| <b>Sexo</b>               |       |     |       |     |       |     |
| Masculino                 | 1.842 | 20% | 1.949 | 20% | 2.043 | 21% |
| Feminino                  | 7.215 | 80% | 7.594 | 80% | 7.869 | 79% |

Fonte: Ordem dos Farmacêuticos

Dada a referida restrição à propriedade de farmácia, existiam, portanto, em 2004 cerca de 7.200 agentes económicos habilitados a concorrer à atribuição de alvarás de farmácia. Quando, adiante, descrevemos o comportamento dos agentes do sector em termos de tentativa de entrada no mercado, indicamos que uma percentagem significativa destes potenciais proprietários estaria, de facto, interessada em assumir essa condição.

Numa perspectiva dinâmica, importa referir que o número de farmacêuticos tende a crescer rapidamente. De acordo com a Ordem dos Farmacêuticos, em 2003, licenciaram-se 628 novos farmacêuticos, não sendo previsível que o número anual de novos licenciados diminua no futuro próximo. Segundo a Direcção-Geral do Ensino Superior<sup>4</sup>, para o ano lectivo de 2004–2005, foram admitidos nas 3 faculdades públicas que oferecem a licenciatura em Ciências Farmacêuticas<sup>5</sup>, 560 candidatos, existindo igualmente 220 vagas para o mesmo curso em 4 escolas privadas<sup>6</sup>. Para além destes, 10 outros estabelecimentos de ensino superior oferecem a licenciatura em Farmácia, em programas bi-etápicas (bacharelato + licenciatura), tendo sido admitidos, no último ano lectivo, 238 alunos nos estabelecimentos públicos e estando disponíveis 230 vagas nos privados. Tanto no curso de Ciências Farmacêuticas como no de Farmácia, o número de candidatos foi, em todas as escolas públicas, muito superior ao número de admissões, variando o rácio entre estas duas variáveis entre um factor de 3 e de 8.

Nos países do *benchmark*, o mercado de trabalho para novos farmacêuticos apresenta dinâmicas diferenciadas. Em Espanha, existem 24.000 alunos matriculados em cursos de Farmácia, licenciando-se, anualmente, entre 2.000 e 2.500 estudantes (website do Consejo General de Colégios Oficiales de Farmacêuticos). Em 2003, 36,1% dos farmacêuticos eram titulares de uma farmácia. Dois terços dos farmacêuticos e 60,4% dos titulares de farmácias eram mulheres.

Na Alemanha, licenciam-se, por ano, cerca de 1.800 estudantes de Farmácia e o número de farmacêuticos tem vindo a aumentar rapidamente. Entre 1985 e 2004, o número de farmacêuticos a trabalhar em farmácias subiu de 31.068 para 46.014. A

---

<sup>4</sup> Informação disponível *online* em <http://www.acessoensinosuperior.pt/>.

<sup>5</sup> As Faculdades de Farmácia das Universidades de Coimbra, Lisboa e Porto.

<sup>6</sup> A Universidade Fernando Pessoa, a Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, o Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte e o Instituto Superior de Ciências da Saúde – Sul. Neste caso, os dados disponíveis referem-se a vagas disponíveis e não a candidatos colocados.

percentagem de mulheres também se alterou, tendo passado, no mesmo período, de 53,6% para 65,5% (ABDA, 2005).

No Reino Unido, embora o número de farmacêuticos tenha vindo a aumentar (passando de 30.254, em 1985, para 39.467, em 2001), o número dos que trabalham em farmácia de oficina tem-se mantido praticamente estável. Em 2001, as farmácias empregavam cerca de 57% dos farmacêuticos. Os restantes trabalhavam em áreas como os cuidados primários, farmácias hospitalares, indústria farmacêutica e no comércio grossista. No mesmo ano, 48,5% dos farmacêuticos eram homens, contrastando com os 63,3% de 1985. No mesmo ano, 50% dos farmacêuticos tinha entre 30 e 49 anos de idade (base de dados dos membros da Royal Pharmaceutical Society of Great Britain).

A distribuição geográfica dos farmacêuticos que desenvolvem a sua actividade em farmácia de oficina no território nacional (Tabela 16) reflecte em larga medida, e como seria de esperar, a distribuição geográfica das farmácias, bem como o aumento do respectivo número que se verificou sobretudo em 2003.

**Tabela 16 – Número de farmacêuticos por região**

| Região       | Subregião  | 2000         |             | 2001         |             | 2002         |             | 2003         |             |
|--------------|------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|
| Norte        | Braga      | 215          | 5%          | 221          | 5%          | 241          | 5%          | 272          | 5%          |
|              | Bragança   | 42           | 1%          | 45           | 1%          | 48           | 1%          | 59           | 1%          |
|              | Porto      | 691          | 17%         | 733          | 17%         | 773          | 17%         | 837          | 17%         |
|              | V. Castelo | 73           | 2%          | 77           | 2%          | 77           | 2%          | 83           | 2%          |
|              | Vila Real  | 66           | 2%          | 71           | 2%          | 72           | 2%          | 84           | 2%          |
| Centro       | Aveiro     | 303          | 7%          | 320          | 7%          | 325          | 7%          | 358          | 7%          |
|              | C. Branco  | 80           | 2%          | 81           | 2%          | 84           | 2%          | 93           | 2%          |
|              | Coimbra    | 250          | 6%          | 261          | 6%          | 278          | 6%          | 306          | 6%          |
|              | Guarda     | 67           | 2%          | 69           | 2%          | 72           | 2%          | 82           | 2%          |
|              | Leiria     | 200          | 5%          | 209          | 5%          | 227          | 5%          | 246          | 5%          |
| Lisboa       | Viseu      | 142          | 3%          | 148          | 3%          | 153          | 3%          | 161          | 3%          |
|              | Lisboa     | 1.186        | 29%         | 1.229        | 29%         | 1.297        | 29%         | 1.415        | 29%         |
|              | Santarém   | 172          | 4%          | 181          | 4%          | 186          | 4%          | 200          | 4%          |
| Alentejo     | Setúbal    | 296          | 7%          | 322          | 7%          | 351          | 8%          | 403          | 8%          |
|              | Beja       | 61           | 1%          | 62           | 1%          | 64           | 1%          | 63           | 1%          |
|              | Évora      | 74           | 2%          | 75           | 2%          | 77           | 2%          | 83           | 2%          |
| Algarve      | Portalegre | 52           | 1%          | 50           | 1%          | 51           | 1%          | 57           | 1%          |
|              | Faro       | 145          | 4%          | 146          | 3%          | 148          | 3%          | 161          | 3%          |
| <b>TOTAL</b> |            | <b>4.115</b> | <b>100%</b> | <b>4.300</b> | <b>100%</b> | <b>4.524</b> | <b>100%</b> | <b>4.963</b> | <b>100%</b> |

Fonte: INFARMED

## 5. Excepções ao princípio da reserva da propriedade de farmácia para farmacêuticos

Duas das características mais marcantes da legislação em vigor no sector das farmácias são a reserva da sua propriedade exclusivamente para farmacêuticos e a obrigatoriedade de que a sua direcção técnica seja assegurada pelo proprietário. A legislação prevê, no entanto, diversas excepções a estes princípios gerais.

A Tabela 17 regista os casos de farmácias que não pertencem a farmacêuticos, por terem entrado no mercado ao abrigo de legislação anterior à actual Lei da Propriedade de Farmácia ou por terem sido abertas ao abrigo de regimes excepcionais aí previstos.

**Tabela 17 – Farmácias em actividade ao abrigo de legislação anterior a 1965 ou dos n.ºs 4 e 5 da Lei 2125 de 1965**

| Região                | (1) | (2) | (3) | (4) |
|-----------------------|-----|-----|-----|-----|
| <b>Norte</b>          | 5   | 0   | 5   | 0   |
| <b>Centro</b>         | 0   | 0   | 8   | 0   |
| <b>Lisboa e V. T.</b> | 4   | 0   | 8   | 1   |
| <b>Alentejo</b>       | 4   | 1   | 3   | 0   |
| <b>Algarve</b>        | 1   | 0   | 3   | 1   |
| <b>Total</b>          | 14  | 1   | 27  | 2   |

(1) N.º de farmácias em actividade ao abrigo de legislação anterior a 1929 (decreto real)

(2) N.º de farmácias em actividade ao abrigo do decreto 17 636 de 19 de Dezembro de 1929

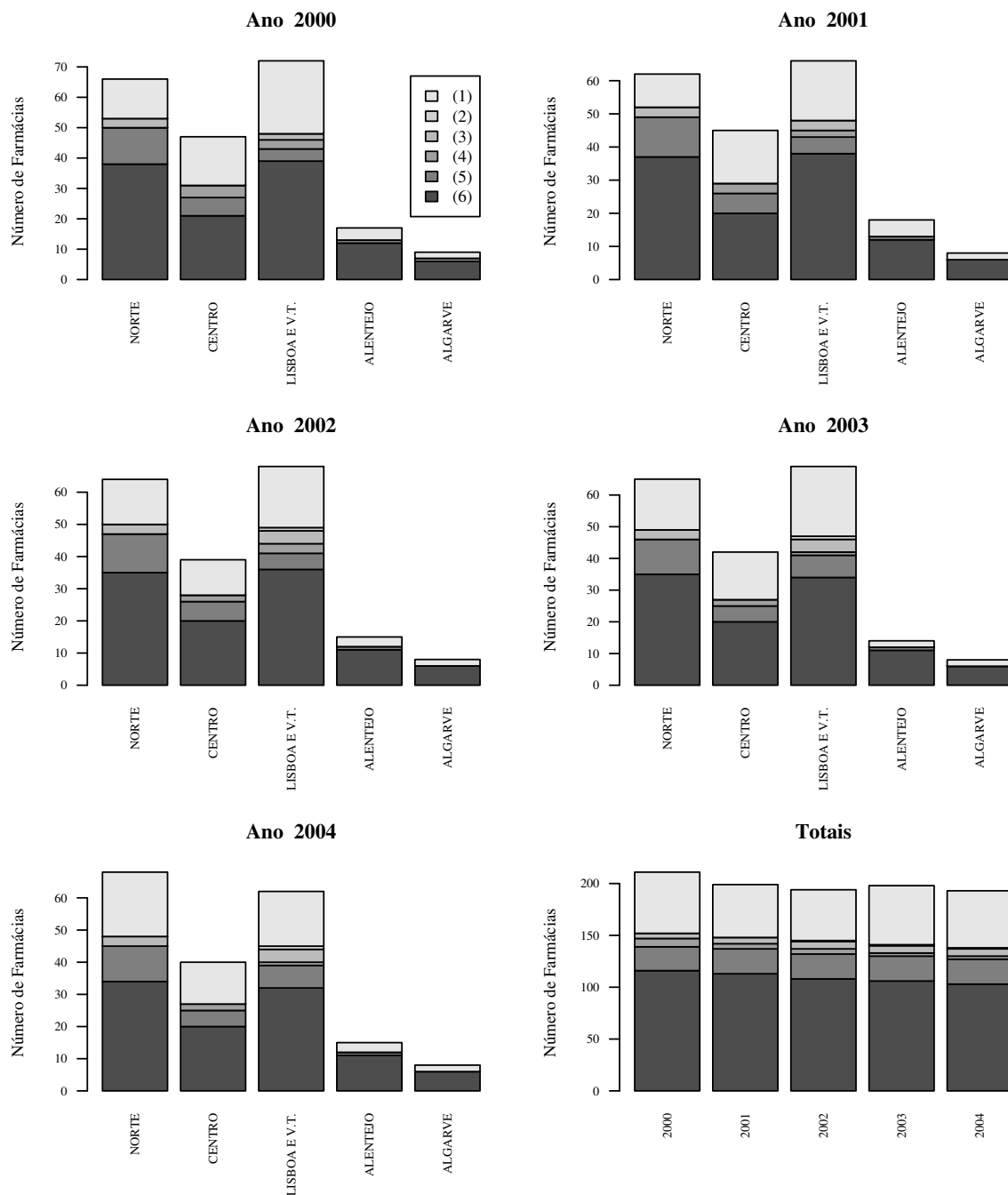
(3) N.º de farmácias em actividade ao abrigo do decreto-lei n.º 23 422, de 29 de Dezembro de 1933

(4) N.º de farmácias em actividade ao abrigo do n.º 4 e do n.º 5 da Base II da Lei 2125 de 20 de Março de 1965 (não abertas ao público)

Fonte: INFARMED

De acordo com o INFARMED, existem 44 farmácias em actividade nessas circunstâncias. No entanto, as farmácias que não pertencem a farmacêuticos são mais numerosas, uma vez que, em certos casos, a lei permite que a propriedade da farmácia seja transferida para não farmacêutico. Nesses, e noutros casos excepcionais, a direcção técnica da farmácia é assumida por um farmacêutico que não é o seu proprietário. Da excepcionalidade legal desses casos, não deve deduzir-se que estes são invulgares: de acordo com a informação que nos foi transmitida, em 2004, existiam em Portugal, cerca de 200 farmácias que não eram dirigidas pelo seu proprietário, como se pode constatar na Ilustração 7.

### Ilustração 7 – Farmácias cujo director não é o respectivo proprietário, ou um dos sócios da sociedade proprietária



- (1) ALÍNEA c), DO N.º 1, DO ART.º 84 DO DL 48547 DE 1968 (HERDEIROS)
- (2) ALÍNEA e), DO N.º 1, DO ART.º 84 DO DL 48547 DE 1968
- (3) ALÍNEA b), DO N.º 1, DO ART.º 84 DO DL 48547 DE 1968
- (4) ALÍNEA c), DO N.º 1, DO ART.º 84 DO DL 48547 DE 1968 (ALUNO/A DE FARMÁCIA)
- (5) ALÍNEA c), DO N.º 1, DO ART.º 84 DO DL 48547 DE 1968 (CESSÃO DE EXPLORAÇÃO)
- (6) ALÍNEA a), DO N.º 1, DO ART.º 84 DO DL 48547 DE 1968

Fonte: INFARMED

## 6. Integração vertical

A indústria do medicamento encontra-se segmentada em três estágios verticais de actividade: fabricantes (laboratórios), grossistas e retalhistas (farmácias). A legislação em vigor condiciona a organização desta cadeia de actividades, impedindo que fabricantes e grossistas possam vender directamente ao consumidor final ou deter participações nas empresas retalhistas. No entanto, as restrições simétricas não existem e as farmácias têm uma intervenção significativa no estágio da distribuição grossista de medicamentos.

De facto, a larga maioria das farmácias encontram-se integradas em cooperativas que se dedicam à distribuição grossista. Estas cooperativas têm uma esfera regional de actuação. Entre as mais relevantes, são de referir a COFANOR e a COOPROFAR, na zona norte do país, a FARBEIRA, no centro, e a CODIFAR e a União dos Farmacêuticos de Portugal, em Lisboa e sul do país. De acordo com a informação que pudemos recolher, as cooperativas de distribuição grossista de medicamentos terão uma quota de mercado que excede os 40%. A CODIFAR, com vendas de 326 milhões de euros, em 2003, é a maior destas cooperativas, seguida pela União dos Farmacêuticos de Portugal (218 milhões), a COFANOR (170 milhões) e a COOPROFAR (125 milhões). Embora sejam potencialmente concorrentes entre si, as diversas cooperativas encontram-se federadas na FECOFAR – Federação de Cooperativas de Distribuição Farmacêutica, no âmbito da qual desenvolvem iniciativas comuns.

Para lá das cooperativas, os principais intervenientes na distribuição grossista de medicamentos, são duas empresas de dimensão europeia, a Alliance Unichem e a Celesio, esta última através das suas duas participadas portuguesas, a OCP e a Soquifa. A Alliance Unichem e a Celesio controlam quotas de mercado relativamente próximas, com a primeira a ultrapassar um pouco os 20% e a segunda a ficar algo abaixo desse limiar. Como é sabido, foi anunciada recentemente a venda de uma posição de 49% no capital da Alliance Unichem portuguesa à ANF. A concretização desta operação eleva a quota do mercado grossista controlada indirectamente pelas farmácias, através das suas cooperativas e associações sectoriais, para muito perto de dois terços.

Finalmente, existe um número significativo de empresas independentes – a maior das quais a Botelho & Rodrigues, com vendas de 104 milhões de euros, em 2003 – que detêm a parcela sobrança do mercado, na casa dos 20%.

A existência de integração vertical entre os segmentos grossistas e retalhistas da distribuição farmacêutica é comum na generalidade dos países que não reservam a propriedade de farmácias para farmacêuticos. Tanto a Alliance Unichem como a Celesio, os dois maiores grossistas em Portugal, têm actividades retalhistas nos países em que tal lhes é permitido, sendo por isso óbvios candidatos à entrada nesse segmento de actividade. A Celesio tem actividade retalhista, dentro dos países do *benchmark*, na Bélgica, Holanda, Irlanda e Reino Unido, e para além deles, na Itália, Noruega e Republica Checa. Por sua vez, a Alliance Unichem mantém actividade retalhista na Holanda e no Reino Unido, entre os países do *benchmark*, e ainda na Itália e Noruega.

### **C. Elementos de caracterização do comportamento dos agentes.**

#### **1. Evolução dos preços**

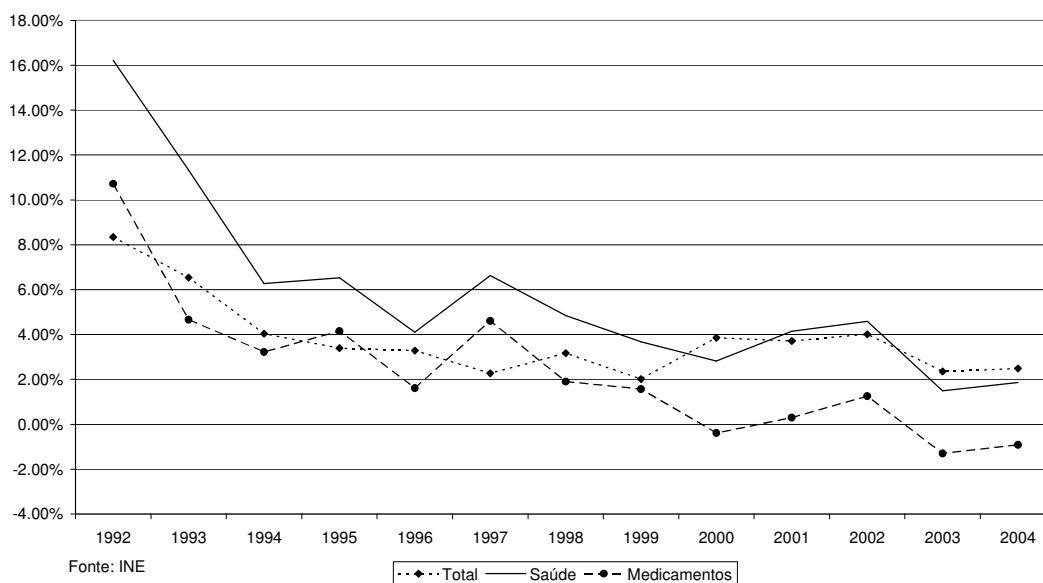
Em Portugal, as farmácias não têm actualmente possibilidade de decidir os preços que praticam, pelo menos no que aos medicamentos sujeitos a receita médica respeita: os preços são fixados pelo Estado. Neste sentido, embora habitual, a inclusão do preço entre as variáveis de comportamento é certamente discutível.

Fruto da intervenção regulamentar do Estado, por um lado, e do impacto que a introdução dos medicamentos genéricos tem tido no mercado, por outro, a taxa de variação dos preços dos medicamentos tem sido, em geral, inferior à do conjunto do Índice de Preços no Consumidor. De realçar que a inflação da componente medicamentos do IPC é, desde 2000, quase nula, tendo sido mesmo negativa em 2003 e 2004. Ao longo do período de 13 anos retratado na Ilustração 8, o crescimento dos preços dos medicamentos foi sempre inferior ao do conjunto dos produtos e serviços de saúde.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> O IPC, baseando-se num cabaz de produtos sujeito a revisões periódicas, poderá nem sempre representar adequadamente o esforço financeiro em que incorrem os consumidores, quando estão em causa produtos, como os medicamentos, em que há um fluxo relativamente contínuo de novas variedades no mercado.

### Ilustração 8 – Variação homóloga do IPC (Dez/Dez) e de suas componentes



Em termos de comparação internacional, os preços praticados em Portugal parecem encontrar-se entre os mais baixos dos países do *benchmark*.

Os preços de venda ao armazenista são, em todos os países do *benchmark*, superiores aos portugueses, como se observa na Tabela 18: atribuindo o índice 100 aos preços portugueses, o país com preços mais próximos é a Espanha, sendo o Reino Unido o que tem preços mais elevados. Quando, no entanto, se ponderam os preços em termos de paridade de poderes de compra, os preços portugueses passam a ser mais elevados do que os de qualquer dos países do *benchmark* que são, nesse caso, entre 6% e 13% inferiores aos preços nacionais.

**Tabela 18 – Preços de medicamentos à saída de fábrica**

| País               | Preços de saída de fábrica<br>Portugal(2002) = 100 | Preços de saída de fábrica (PPC)<br>Portugal(2002) = 100 |
|--------------------|--|--|
| <b>Alemanha</b>    | 134  | 91   |
| <b>Bélgica</b>     | 121  | 90   |
| <b>Espanha</b>     | 106  | 93   |
| <b>Holanda</b>     | 124  | 88   |
| <b>Irlanda</b>     | 131  | 87   |
| <b>Reino Unido</b> | 141  | 94   |

Fonte: OCDE (2004)

Note-se que, entre estes seis países, a amplitude da variação dos preços dos medicamentos no fabricante é muito menos acentuada quando medida em termos de paridade de poderes de compra (índices de 87 a 94) do que quando medida em termos de preços efectivos (índices 106 a 141), o que sugere que, fruto da regulamentação de cada país ou de políticas de discriminação de preços pelos fabricantes, os diferenciais entre os preços dos diversos países reflectem de forma aproximada a diferente capacidade aquisitiva dos seus habitantes.

A Tabela 19 apresenta dados sobre os preços de venda ao público. Os elementos disponíveis sugerem que estes preços são consideravelmente mais elevados na maioria dos países do *benchmark* do que em Portugal. A Espanha é, no entanto, uma excepção, apresentando preços inferiores aos nacionais. A fonte aqui citada aponta também para que, fora do *benchmark*, também a França e a Itália apresentem preços inferiores aos nacionais.

**Tabela 19 – Preços de venda ao público**

| País               | Preço médio (€)<br>Portugal=100<br>(2004) |
|--------------------|---|
| <b>Alemanha</b>    | 194,5                                     |
| <b>Bélgica</b>     | 158,3                                     |
| <b>Espanha</b>     | 91,0                                      |
| <b>Holanda</b>     | 154,5                                     |
| <b>Irlanda</b>     | n/a                                       |
| <b>Reino Unido</b> | 149,3                                     |

Fonte: Centro Studi Farindustria (2005)

A comparação internacional dos preços de medicamentos é, no entanto, um tema de enorme complexidade. Danzon e Kim (1998) salientam a necessidade de utilizar amostras representativas de produtos, devidamente ponderadas pelos padrões de consumo, e índices de preços que respeitem as propriedades fármaco-terapêuticas dos medicamentos. A maioria das comparações de preços publicadas não cumpre estes critérios, cuja aplicação é muito dificultada pelas enormes variações internacionais em

termos dos medicamentos disponíveis no mercado, da sua dosagem e dos tamanhos de embalagem.<sup>8</sup> Os dados anteriores devem, pois, ser analisados com as devidas cautelas.

Por outro lado, a comparação das duas tabelas anteriores mostra também que a ordenação dos países, quanto ao seu nível de preços, depende do nível a que é feita a análise: preços no produtor ou de venda ao público. O mesmo fenómeno é detectado por Martikainen, Kivi e Linnosmaa (em publicação), numa comparação com base nos preços de medicamentos cuja autorização de introdução no mercado foi concedida pela Agência Europeia do Medicamento: os autores notam que os preços no produtor tendem a ser mais altos nos países em que o produtor é livre de fixar o preço mas que o mesmo nem sempre acontece com os preços de venda ao público. Dois países cuja posição permanece relativamente inalterada, qualquer que seja o preço considerado, são a Irlanda, sempre entre os países com preços mais elevados, e a Bélgica, entre os que têm preços mais reduzidos.

Evidentemente, as diferenças nos preços dos medicamentos não podem atribuir-se exclusivamente aos estabelecimentos que os vendem ao público, sendo resultado do funcionamento de toda uma cadeia vertical que começa nos laboratórios farmacêuticos e passa pelos armazenistas.

Em Portugal, as margens máximas legais para grossistas e farmácias foram, até ao passado dia 15 de Setembro, respectivamente, 8% e 20% sobre o preço de venda ao público deduzido do IVA. A partir dessa data, estas margens foram reduzidas para, respectivamente, 7,45% e 19,15% (Portaria 618-A/2005). Na Tabela 20, apresentamos a composição do preço de medicamentos comparticipados para os vários países, assumindo um mesmo preço de venda ao público: em todos os seis países, a margem encontra-se no intervalo de 20% a 30%.

---

<sup>8</sup> Danzon e Chao (2000) e Danzon e Furukawa (2003) alegam que, quando se seguem procedimentos teoricamente adequados, a muita propalada diferença de preços entre os Estados Unidos e outros países desenvolvidos é muito atenuada. Mostram também que os resultados são extremamente sensíveis ao índice de preços utilizado, mesmo quando este é escolhido de entre os que têm propriedades teóricas adequadas.

**Tabela 20 – Peso de fabricante, armazenista e farmácia no preço de medicamentos comparticipados nos países do *benchmark* (2000)**

| País               | PVA   | Margem do armazenista | Margem da farmácia | IVA  | PVP+IVA |
|--------------------|-------|-----------------------|--------------------|------|---------|
| <b>Alemanha</b>    | 55    | 4,1                   | 27,1               | 13,8 | 100     |
| <b>Bélgica</b>     | 56,57 | 8,53                  | 29,24              | 5,66 | 100     |
| <b>Espanha</b>     | 62,7  | 6,6                   | 26,8               | 3,9  | 100     |
| <b>Holanda</b>     | 64,3  | 10                    | 20                 | 5,7  | 100     |
| <b>Irlanda</b>     | 60    | 10                    | 25                 | 5    | 100     |
| <b>Reino Unido</b> | 65,8  | 9,4                   | 24,8               | 0    | 100     |

Fonte: Apifarma (2004)

Estes dados devem ser encarados com alguma cautela. Por um lado, referem-se ao ano 2000, sendo que diversos países tomaram, desde então, medidas de política do medicamento com repercussões nas margens das farmácias. Por outro lado, note-se que a Holanda, Irlanda e Reino Unido utilizam sistemas de remuneração das farmácias muito diversos do praticado em Portugal, incluindo pagamentos à farmácia por receita ou item dispensado. Neste caso, o valor apresentado é uma estimativa da margem comercial da farmácia, não uma margem legalmente garantida, como acontece em Portugal.

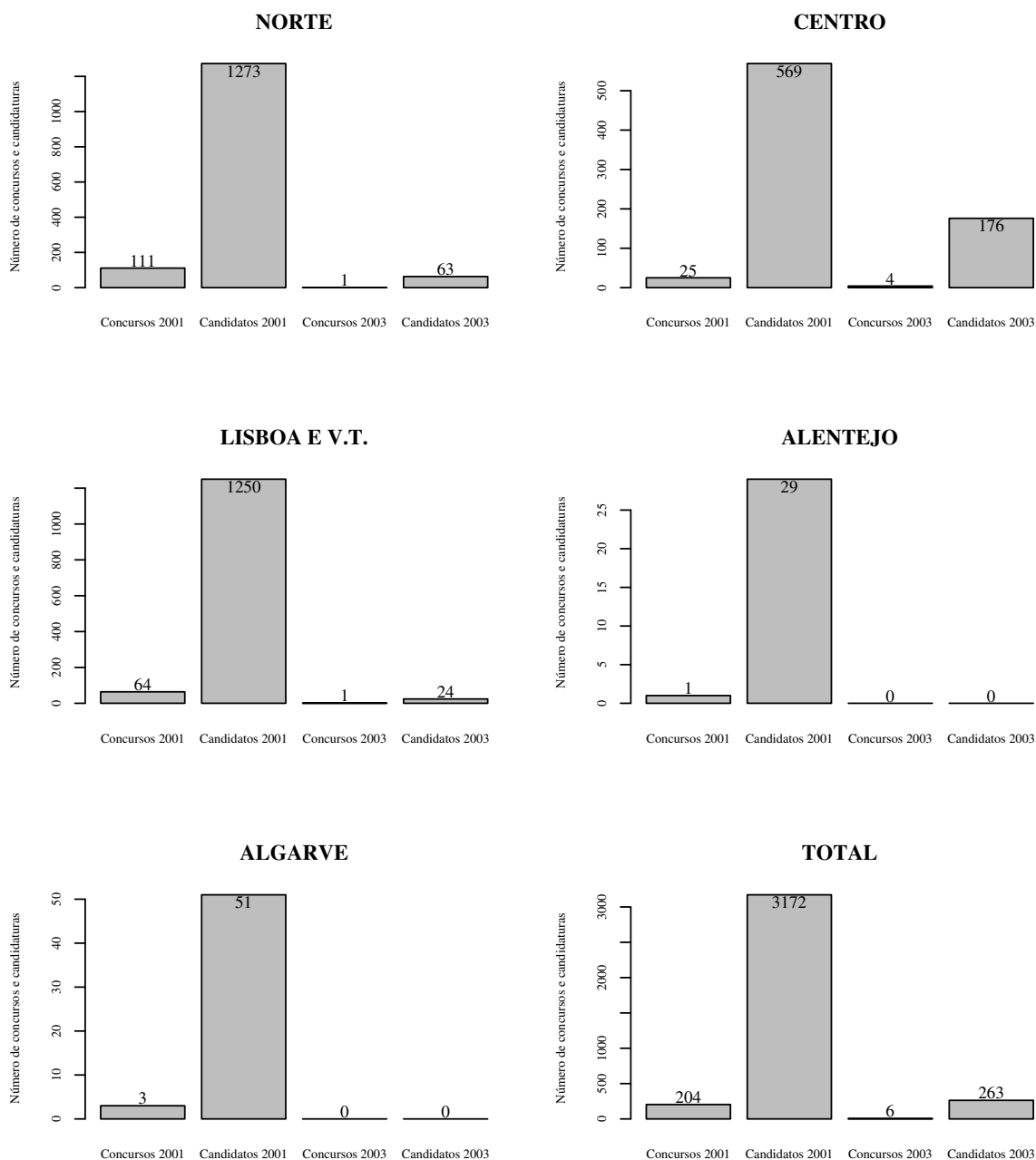
## 2. Entrada no mercado

Num mercado retalhista, como o das farmácias, as decisões de entrada no mercado e de localização encontram-se entre as mais relevantes para garantir a satisfação do consumidor. Como já se referiu, e se explorará em detalhe no capítulo seguinte, esse aspecto do comportamento dos agentes económicos encontra-se, no sector, estritamente regulamentado. Importa apurar em que medida as restrições existentes nesse domínio condicionam efectivamente a actual estrutura do mercado.

A grande discrepância entre o número de concursos abertos para a atribuição de alvarás para instalação de novas farmácias e o número de candidaturas a esses concursos (Ilustração 9) constitui um elemento informativo muito importante neste domínio: no ano de 2001, por cada um dos concursos abertos, houve, em média, 15 candidaturas; e no ano de 2003, para 6 concursos, houve 263 candidatos, isto é, em média, 44 candidatos por concurso.

Na leitura destes elementos, convém, no entanto, ter em conta que as restrições legais à entrada, bem como outros aspectos da actual regulamentação, como a fixação legal de uma margem para as farmácias, podem, em si mesmos, constituir um incentivo para a tentativa de entrada no mercado. Isto é, não pode, sem mais, assumir-se que, num contexto em que a regulamentação fosse alterada, o número de candidatos à entrada se manteria inalterado.

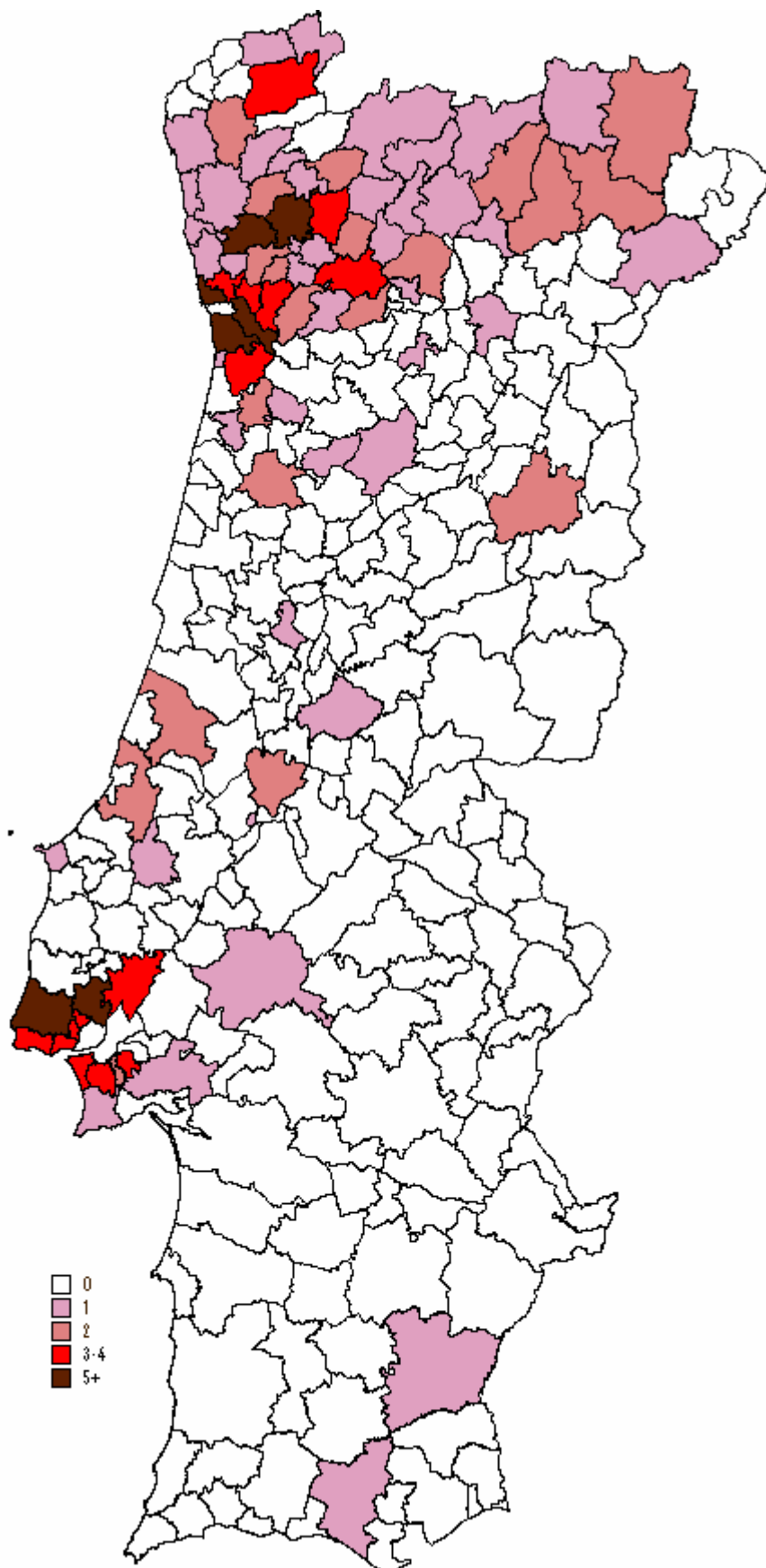
### Ilustração 9 – Número de concursos abertos e candidaturas



Fonte: INFARMED

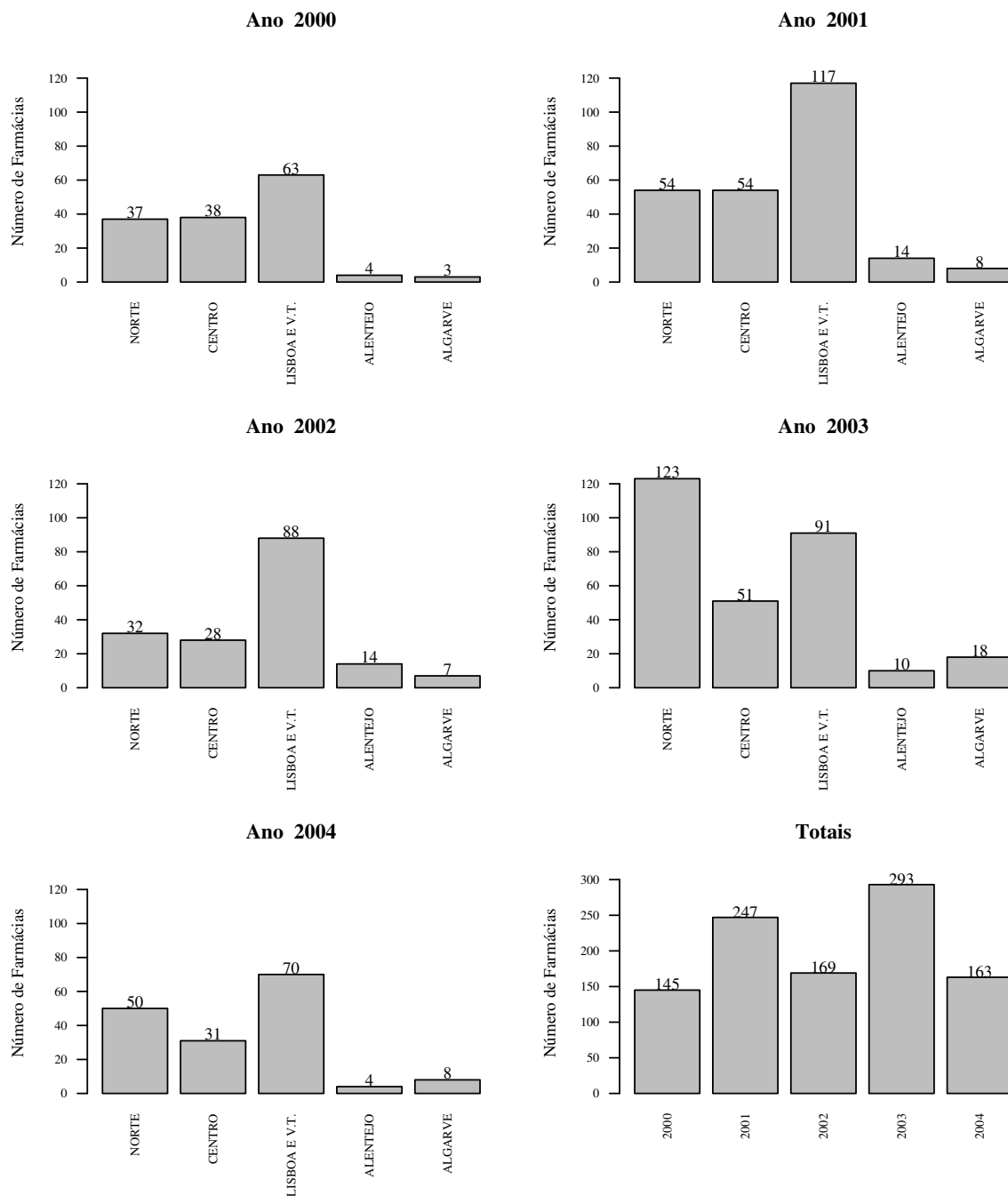
Notas: em 2002 não houve concursos; em 2004 houve 2 concursos e 36 candidatos

Mapa 4 – Número de concursos abertos



O Mapa 4 ilustra a distribuição por concelhos dos concursos abertos para a abertura de novas farmácias no ano 2001, aquele em que esses concursos foram em maior número. É possível verificar que os concursos se concentraram de forma bastante alargada pela Região Norte e na Área Metropolitana de Lisboa, embora com exclusão dos concelhos de Lisboa e Porto.

### Ilustração 10 – Transferências de propriedade



Fonte: INFARMED

A dificuldade de entrada por instalação de uma nova farmácia constitui um incentivo para a entrada por aquisição de uma já existente. Ao longo do processo de recolha de informação para este relatório, foi-nos afirmado, em diversas ocasiões, que daqui resulta que os preços pagos na aquisição de farmácias são extremamente elevados. Embora nos tenham sido apresentados elementos sobre casos pontuais compatíveis com essa situação e a nossa própria análise aponte nesse sentido, não dispomos de informação estatística sistemática que permita confirmar esta afirmação.

O que é possível observar é que os processos de transferência de propriedade são muito frequentes (Ilustração 10): no período 2000–2004 mudaram anualmente de proprietário 5% a 10% do total de farmácias em actividade. A elevada frequência destas transacções sugere que os compradores entendem existir margem para melhorar a gestão das farmácias, aumentando os seus lucros, de forma a rentabilizar os preços de aquisição.

### **3. Saída do mercado**

O encerramento de actividade é extremamente raro no sector das farmácias. De acordo com o INFARMED, em 2000 e 2001 não se registou qualquer encerramento. Nos três anos seguintes, 2002, 2003 e 2004, registou-se apenas o encerramento de uma farmácia por ano.

### **4. Associações de farmácias**

No contexto de um mercado atomizado, como é por imposição legal o das farmácias, a cooperação entre as empresas é um importante aspecto do seu comportamento, podendo permitir a resolução de problemas dificilmente resolúveis à escala da empresa individual. Uma vez que a intensidade competitiva pode ser um desses problemas, a cooperação inter-empresarial pode, por vezes, suscitar preocupações concorrenciais.

É conhecido que as farmácias portuguesas são, na sua quase totalidade, associadas da Associação Nacional de Farmácias (ANF), embora cerca de 50 se associem alternativamente na Associação de Farmácias de Portugal (AFP). Ambas as associações prestam importantes serviços aos seus membros, nomeadamente em termos

da função de representação pública dos seus interesses que é característica de qualquer associação empresarial.

A AFP descreve os serviços que presta aos associados como consistindo no tratamento administrativo e contabilístico referente à recepção, expedição e devolução de receituário, na celebração de um protocolo com uma instituição bancária para regularização do pagamento da facturação do SNS e consequente pagamento mensal da facturação, na divulgação de informação de carácter jurídico e científico ou relacionado com a formação profissional, no apoio jurídico e na mediação entre os associados e as instituições do sector farmacêutico. Para aceder à condição de associado e beneficiarem destes serviços, as farmácias incorrem numa jóia de 350€ e numa quota mensal de 150€.

A ANF, directamente ou através de empresas associadas, desenvolve um conjunto bastante mais vasto de actividades, que vão da protecção social dos associados a iniciativas culturais como o Museu da Farmácia, do aconselhamento científico à formação profissional, da promoção da prestação de novos serviços (cuidados farmacêuticos, por exemplo) à comercialização de medicamentos, da montagem chave-na-mão de novas farmácias ao desenvolvimento de sistemas informáticos para as mesmas, ou da realização de estudos de fármaco-epidemiologia ao acompanhamento económico do mercado do medicamento, entre diversos outros.

Muita da actividade da ANF passa departamentos especializados, como o LEF – Laboratório de Estudos Farmacêuticos, o CETMED – Centro Tecnológico do Medicamento, o CEDIME – Centro de Informação de Medicamentos ou o CEFAR – Centro de Estudos de Farmacoepidemiologia. Para além destes departamentos, a ANF socorre-se ainda de um conjunto de empresas por si controladas. A Farminústria, em relação à qual chegou a estar prevista a actividade de produção de medicamentos genéricos, é a holding do grupo empresarial da ANF. Através da Farminústria, a ANF controla a Consiste, a Consistobra, a Farmatrading e participa na José de Mello Saúde, através da qual intervém na área da prestação de serviços de saúde. A Consiste dedica-se, no sector das farmácias, ao fornecimento do Sistema de Gestão das Farmácias instalado nas associadas da ANF. Fornece ainda apoio técnico, formação e o sistema de comunicações Farmalink. A Consistobra dedica-se à gestão de obras em farmácias, responsabilizando-se pela concepção dos respectivos projectos e pelo fornecimento nomeadamente de mobiliário, equipamento e redes de dados. A Farmatrading dedica-se

à comercialização de produtos farmacêuticos e meios de diagnóstico, tendo anteriormente sido aventada a hipótese de vir a funcionar como uma central de compras, área em que a ANF tem anunciado a intenção de intervir. A RHM é uma participada da ANF que se dedica à consultoria de recursos humanos, nomeadamente ao recrutamento e selecção de farmacêuticos. Ao grupo ANF estão ainda ligadas cooperativas como a Farmacoope e a INFARMA. Esta última actua, em cooperação com a Consiste, no desenvolvimento de soluções informáticas para as farmácias. A Farmacoope é uma cooperativa com actividade diversificada que inclui a distribuição de equipamentos para farmácias, bem como de matérias-primas para manipulação de medicamentos, e o apoio à actividade editorial da ANF e à organização de eventos associativos. A Farmacoope é ainda detentora das autorizações de introdução no mercado de alguns medicamentos.<sup>9</sup> Mais recentemente, foi anunciada a tomada de uma posição de 49% no capital da Alliance Unichem (Portugal), o maior distribuidor grossista de medicamentos em Portugal, pela ANF, acompanhada da tomada de uma posição de 2% pelo grupo José de Mello.

A ANF, nomeadamente através da Consiste e da INFARMA, tem desempenhado um relevante papel na promoção da informatização das farmácias e no desenvolvimento de soluções especificamente adaptadas ao sector. O Sistema de Gestão das Farmácias, actualmente na versão SIFARMA 2000, tem sido um instrumento nuclear da sua actividade. O SIFARMA 2000 tem funcionalidades semelhantes às de outras aplicações operacionais existentes no mercado, nos domínios da gestão de stocks, vendas, facturação aos sistemas e subsistemas de saúde, gestão de contas correntes, aprovisionamento, etc. No entanto, tem funcionalidades adicionais relacionadas com os medicamentos e os doentes. Por um lado, permite ao farmacêutico ter a informação preparada pelos serviços da ANF sobre a composição dos medicamentos, indicações terapêuticas, posologia, contra-indicações e interacções, etc. Por outro permite, caso o doente o consinta, acumular um histórico do consumo individual de medicamentos, de forma a permitir um aconselhamento personalizado.

Questão potencialmente relevante do ponto de vista concorrencial é a de o SIFARMA 2000 permitir à ANF aceder a alguma informação relativa à actividade da farmácia, nomeadamente informação sobre quantidades vendidas dos diversos

---

<sup>9</sup> Afonina, Bromexina Farmacoope, Lesil, Paracetol, Piozil, Tolnaftato Farmacoope.

medicamentos e outros produtos, quantidades existentes em stock, etc. A ANF utiliza esta informação nomeadamente no quadro da função de intermediação que desempenha nas relações financeiras entre as farmácias e o Estado, para efeitos de recebimento da comparticipação pública no preço dos medicamentos. Assinale-se aliás que a AFP, utilizando embora procedimentos e mecanismos diferentes, desempenha também uma função semelhante. A informação a que a ANF tem acesso no quadro desta actividade é suficientemente relevante para que o INE tenha em curso negociações com a associação no sentido de a utilizar para efeitos da construção do IPC.<sup>10</sup> No contexto de qualquer alteração regulamentar que pudesse vir a permitir a concorrência pelo preço entre farmácias, haveria que ponderar devidamente o potencial impacto anti-concorrencial desta actividade associativa.

Com a concessão, em 2002, de um número significativo de novos alvarás para a abertura de farmácias, a ANF lançou um “Projecto Pró-Farmácia” dirigido aos novos proprietários de farmácia, em que surge como integradora da actividade de diversos parceiros. O projecto apoia a instalação das novas farmácias através da concessão de financiamentos para a aquisição das instalações em condições favoráveis, de estudos e optimização do lay-out, envolvendo a construção civil e os equipamentos, do fornecimento do inventário inicial, e de consultadoria de recursos humanos, legal e financeira.

O desenvolvimento do vasto conjunto de actividades em que está envolvida exige à ANF uma significativa estrutura. A associação emprega directamente mais de 140 pessoas, na sua maioria com formação superior, a que se juntam as cerca de 350 que trabalham para as suas participadas. Os associados da ANF pagam uma jóia de inscrição que é actualmente de 1.496,39 € a que acresce uma quota constituída por uma parte fixa e uma parte variável. A parte fixa é de 47,50 € por mês. A parte variável é de 1,5% sobre as comparticipações no preço dos medicamentos vendidos. No ano de 2004, o montante total de jóias foi de 172 mil euros, as quotizações fixas de 1,5 milhões de euros e as quotizações variáveis de 26 milhões de euros.

---

<sup>10</sup> “The National Association of Pharmacies (ANF) is an association of pharmacies that monitors, at national level, the commercial activity of its associates. The ANF stores information, on a regular basis, on end-user transactions. This happens because it is electronically connected to nearly 2.5 thousand pharmacies all over the country. ANF’s databases on end-user transactions is an important potentially information source for the Portuguese CPI, not only it can provide timely data on prices of pharmaceuticals reported monthly by its associates, but also because it is built upon a representative sample of pharmacies.” (Santos, Evangelista, & Figueiredo, 2002)

## **D. Elementos de caracterização da performance**

O mercado das farmácias, o mercado retalhista do medicamento, afecta múltiplos agentes económicos. Nesta breve síntese de elementos relativos à performance do mercado, optamos por incluir dados relativos ao impacto deste mercado sobre três grupos de agentes económicos. Em primeiro lugar, os consumidores, cujo bem-estar depende do bom funcionamento deste mercado, quer por motivos económicos, quer por motivos de saúde. Em segundo lugar, o Estado. O Estado financia os particulares nas suas despesas com medicamentos e, por isso, tem interesses económicos muito importantes em jogo neste mercado, para lá, evidentemente, de interesses de outra natureza. Finalmente, as empresas actualmente presentes no mercado, isto é, as farmácias.

### **1. Satisfação do utente**

A satisfação dos utentes das farmácias tem sido objecto de diversos estudos. Embora se possa assinalar que, em geral, estes têm sido promovidos por entidades com interesses directos no sector, os resultados gerais parecem ser convergentes, apontando para um elevado grau de satisfação com o serviço prestado por estes estabelecimentos.

De acordo com Nunes, Baptista, Contreiras e Falcão (2001), em geral, a população estudada mostrava-se satisfeita com a farmácia que utilizava: apenas 1% dos inquiridos se manifestavam globalmente “pouco satisfeitos” ou “insatisfeitos”. As características que provocavam os níveis mais elevados de insatisfação eram o acesso à farmácia (6,3% dos respondentes consideravam-no “difícil” ou “muito difícil”), o tempo de espera (6,1% dos inquiridos mostravam-se insatisfeitos) e em terceiro lugar, a informação prestada (8,9% declaravam só às vezes receber informação oral sobre o modo de tomar os medicamentos e 4% declaravam não receber informação de todo). Por sua vez, dados recentemente divulgados pela ANF (2005) mostram que, quando inquiridos sobre o serviço prestado pelas farmácias, 35% dos portugueses consideram que é muito bom, 52% que é bom, 12,3% que não é bom nem mau, 0,1% que é mau e 0,1% que é muito mau.

A eventual excepcionalidade do nível de satisfação com os serviços prestados pelas farmácias deve, no entanto, ser relativizada. Na mesma publicação da ANF, a opinião dos portugueses sobre as farmácias surge como sendo claramente mais favorável

do que a que se refere aos serviços de saúde do Estado (hospitais e centros de saúde) mas não é significativamente diferente da que respeita a estabelecimentos de saúde privados (nomeadamente, consultórios e clínicas). Por outro lado, Cavaco, Dias e Bates (2005) lembram que as opiniões positivas sobre as farmácias têm que ser lidas no contexto das expectativas que os consumidores têm em relação ao serviço do farmacêutico que, assinalam estes autores, parecem não ser elevadas. Assinale-se, ainda, dado o carácter dual da farmácia, enquanto serviço de saúde e estabelecimento retalhista, que seria útil poder comparar os níveis de satisfação que os consumidores apresentam em relação às farmácias com os que manifestam em relação a outros tipos de estabelecimentos retalhistas. Por fim, é importante notar que estes inquéritos incidem sobre a percepção que os consumidores têm da qualidade do serviço prestado pelas farmácias mas nada dizem a relação entre essa qualidade e o preço.

## 2. Evolução do peso dos medicamentos na despesa pública

Já aludimos anteriormente às despesas do Estado com medicamentos. Os encargos do SNS com medicamentos têm aumentado, tendo atingido 1.273 milhões de euros em 2003, ou seja, cerca de 0,97% do PIB e quase um quarto do orçamento do SNS.

**Tabela 21 – Orçamento do SNS e encargo do SNS com medicamentos**

|  | 1999  | 2000  | 2001  | 2002  | 2003 <sup>1)</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|--------------------|
| <b>Orçamento do SNS</b>                          | 4.214 | 4.563 | 4.949 | 6.173 | 5.460              |
| <b>Encargos do SNS com medicamentos</b>          | 944   | 1.039 | 1.147 | 1.227 | 1.273              |
| <b>% medicamentos no orçamento do SNS</b>        | 22,4% | 22,8% | 23,2% | 19,9% | 23,3%              |
| <b>% encargos do SNS com medicamentos no PIB</b> | 0,87% | 0,90% | 0,93% | 0,95% | 0,97%              |

Fonte: IGIF e INE

Unidade: 10<sup>6</sup> EUR

<sup>1)</sup> Valores Provisórios

## 3. Rentabilidade das farmácias

Por imposição legal, os preços dos medicamentos prevêm uma margem máxima para a farmácia que, até ao corrente ano era de 20% do preço de venda ao público. No entanto, a margem bruta de que as farmácias efectivamente usufruem é mais elevada. De

acordo com os elementos contabilísticos relativos às farmácias do Continente que nos foram fornecidos pela ANF, a margem bruta média, em 2003, foi de 25%. Este valor poderá resultar de descontos de quantidade e outros benefícios obtidos junto dos grossistas de medicamentos ou da obtenção de margens superiores noutros produtos vendidos nas farmácias cuja fixação do preço de venda é livre.

Uma vez que os elementos fornecidos pela ANF correspondem a valores médios por regiões NUT III, recorreremos a uma base de dados comercial da empresa Coface MOPE para obter dados de farmácias individuais que permitam perceber se existe significativa variabilidade em redor daquele valor médio. Conseguimos assim dados para uma amostra limitada de cerca de 70 farmácias. Nesta amostra, o valor médio da margem bruta, 24%, é muito próximo do resultante dos dados da ANF. Analisando a dispersão da margem bruta, verifica-se que quase todas as farmácias conseguem uma percentagem superior à que a lei prevê para os medicamentos. De facto, os 20% legais são quase um limite inferior, abaixo do qual ficam pouco mais de 5% das farmácias (Tabela 22).

**Tabela 22 – Margem bruta por farmácia**

|                      | 1997  | 1998  | 1999  | 2000  | 2001  | 2002  | 2003  |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <b>Percentil 5%</b>  | 0,206 | 0,177 | 0,197 | 0,193 | 0,183 | 0,189 | 0,147 |
| <b>1º quartil</b>    | 0,232 | 0,223 | 0,223 | 0,221 | 0,216 | 0,215 | 0,226 |
| <b>Mediana</b>       | 0,253 | 0,239 | 0,246 | 0,244 | 0,232 | 0,237 | 0,244 |
| <b>Média</b>         | 0,270 | 0,252 | 0,252 | 0,246 | 0,235 | 0,238 | 0,239 |
| <b>3º quartil</b>    | 0,272 | 0,254 | 0,255 | 0,256 | 0,249 | 0,250 | 0,256 |
| <b>Percentil 95%</b> | 0,402 | 0,293 | 0,292 | 0,285 | 0,289 | 0,286 | 0,316 |

Fonte: Coface MOPE

A margem de que beneficiam permite às farmácias obter uma rentabilidade muito apreciável. Os valores médios para as principais rubricas da conta de exploração das farmácias, no ano de 2003, de acordo com dados da ANF, constam da Tabela 23: em média, as farmácias obtêm um resultado líquido de cerca de 85 mil euros que se aproxima dos 7% do seu volume de negócios.

**Tabela 23 – Conta de exploração da farmácia média do Continente (2003)**

|                              | <b>Valor</b> | <b>%</b> |
|------------------------------|--------------|----------|
| <b>Volume de negócios</b>    | 1249,8       | 100%     |
| <b>Margem Bruta</b>          | 307,3        | 24,6%    |
| <b>Resultado operacional</b> | 119,4        | 9,6%     |
| <b>Resultado líquido</b>     | 84,5         | 6,8%     |

Fonte: ANF

Unidade 10<sup>3</sup> EUR

Alega, no entanto, a ANF, que este resultado se encontra inflacionado pelo facto de muitos dos proprietários de farmácia exercerem a sua direcção técnica sem receberem o respectivo salário, remunerando-se directamente a partir do lucro gerado pela actividade. Admitindo que em cada farmácia existia um farmacêutico nessas circunstâncias e tomando como referência para o custo do seu trabalho o valor da remuneração acordado entre a ANF e o Sindicato Nacional dos Farmacêuticos nos Acordos Colectivos de Trabalho do sector, aos custos de cada farmácia haveria que somar, em 2003, um valor de cerca de 27 mil euros<sup>11</sup>. Admitindo a manutenção da taxa de tributação efectiva verificada naquele ano, isto reduziria o resultado líquido da farmácia média para 66,4 mil euros, ou seja, 5,3% do respectivo volume de negócios.

Ainda assim, a rentabilidade obtida pelas farmácias destaca-se muito fortemente dentro do sector retalhista em que as mesmas se enquadram. Consultando os Quadros de Situação Sectoriais do Banco de Portugal, verifica-se que na amostra de 490 pequenas e médias empresas da CAE 52 – Comércio a Retalho aí constantes, a margem bruta representa, em média, 15,5% do volume de negócios, o resultado operacional 1,8% e o resultado líquido 1,2%. Ou seja, mesmo admitindo a correcção aos resultados das farmácias relativa à remuneração do farmacêutico<sup>12</sup>, a rentabilidade líquida das farmácias surge como sendo mais de 4 vezes superior à da PME retalhista típica.

A análise da rentabilidade das farmácias ao nível da farmácia média, apesar de pertinente, poderá não fazer transparecer devidamente a real dimensão económica do sector. Por isso, na Tabela 24, apresentam-se os mesmos elementos da tabela anterior

<sup>11</sup> Montante que inclui a remuneração, os encargos por conta da entidade patronal e os subsídios de refeição.

<sup>12</sup> O que poderá não se justificar porque em muitas PMEs retalhistas, tal como na farmácia, o proprietário trabalha na empresa sem receber um salário.

mas agora para o conjunto das 2.537 farmácias que, em 2003, a ANF contabilizava como suas associadas no Continente, colocando-os a par dos mesmos valores para os dois maiores grupos portugueses de distribuição.

**Tabela 24 – Conta de exploração agregada dos associados da ANF no Continente (2003)**

|                              | Associados ANF |       | Modelo Continente SGPS |       | Jerónimo Martins SGPS |       |
|------------------------------|----------------|-------|------------------------|-------|-----------------------|-------|
|                              | Valor          | %     | Valor                  | %     | Valor                 | %     |
| <b>Volume de negócios</b>    | 3.170,9        | 100%  | 3.489,9                | 100%  | 3417,3                | 100%  |
| <b>Margem Bruta</b>          | 779,7          | 24,6% | 720,5                  | 20,6% | 853,6                 | 25,0% |
| <b>Resultado operacional</b> | 303,0          | 9,6%  | 172,7                  | 4,9%  | 165,2                 | 4,8%  |
| <b>Resultado líquido</b>     | 214,4          | 6,8%  | 74,2                   | 2,1%  | 81,9                  | 2,4%  |

Fonte: ANF, R&C 2003 Modelo Continente e Jerónimo Martins

Unidade 10<sup>6</sup> EUR

Como se pode verificar, as farmácias associadas da ANF têm um volume de negócios de ordem de grandeza muito semelhante ao de Modelo Continente SGPS ou de Jerónimo Martins SGPS.<sup>13</sup> No entanto, os indicadores de rentabilidade são muito favoráveis às farmácias: em termos percentuais, o resultado operacional das farmácias é cerca do dobro do daqueles grupos e o resultado líquido cerca do triplo. Em termos de valor absoluto, os 214 milhões de euros de resultado líquido das farmácias associadas da ANF superam em 37% o resultado conjunto de Modelo Continente e Jerónimo Martins.

Evidentemente, na comparação das farmácias com grupos desta dimensão poderá fazer particular sentido a correcção aos resultados das farmácias por via da dedução dos encargos com o trabalho do farmacêutico. Feita essa correcção, o resultado líquido das farmácias reduz-se para cerca de 168 milhões de euros, ainda assim, 8% acima do resultado líquido conjunto daqueles dois grupos.

A elevada rentabilidade das farmácias traduz-se, como seria de esperar, numa elevada valorização. Embora não tendo conseguido obter informação sistemática sobre esta matéria, a informação sobre casos pontuais a que tivemos acesso aponta para que a prática habitual no sector seja a de estabelecer o valor das farmácias com base em múltiplos do seu volume de negócios. Estes múltiplos variam de caso para caso, mas

<sup>13</sup> Olhando apenas aos negócios de distribuição em território nacional, o volume de negócios dos associados da ANF é, aliás, mais elevado do que o de cada um daqueles grupos. Os elementos contabilísticos apresentados para os dois grupos são valores consolidados que incluem as suas actividades internacionais e, no caso de Jerónimo Martins, industriais.

parece não ser invulgar que se aproximem das 2 unidades e, em alguns casos, ultrapassem este valor.

Mesmo admitindo um múltiplo de 1, que tudo leva a crer corresponder a uma forte sub-estimação dos valores praticados no sector, o valor das 2.663 farmácias existentes em Portugal, tomando como representativos os valores médios apurados pela ANF com base em dados contabilísticos de 2003, seria de 3,3 mil milhões de euros. Este valor corresponde a 2,5% do PIB português daquele ano e sensivelmente, a cotações actuais, ao valor conjunto de Modelo Continente SGPS e Jerónimo Martins SGPS. Para um múltiplo de 1,5, que parece estar mais próximo dos valores que se praticam no mercado e mais consistente com os elementos contabilísticos disponíveis<sup>14</sup>, o valor das farmácias portuguesas ascenderia a 5 mil milhões de euros, ou seja, 3,8% do PIB de 2003. Na Euronext Lisbon, só a Portugal Telecom, a EDP e o BCP têm uma capitalização bolsista que ultrapasse este montante.

Da comparação das farmácias com outras empresas retalhistas, sejam elas pequenas e médias empresas ou os maiores operadores do sector, resulta inequívoco que as primeiras beneficiam de uma rentabilidade extremamente elevada. Aliás, a elevada procura que suscitam os concursos para atribuição de alvarás de novas farmácias é disso mesmo testemunho. Estando em causa números médios para o sector, não é plausível que esta diferença de rentabilidade face a outras actividades retalhistas resulte do particular talento empresarial dos proprietários de farmácia, parecendo antes que se terá que dever às condições estruturais de funcionamento do sector e, em particular, à reduzida intensidade concorrencial que nele se vive. O enquadramento normativo do sector, descrito de forma pormenorizada no capítulo seguinte, explica em grande parte essa reduzida intensidade concorrencial.

---

<sup>14</sup> Admitindo que o resultado líquido de 2003 acrescido das amortizações e provisões representam uma aproximação razoável ao *free cash-flow* da farmácia, que este *cash-flow* cresce 2% ao ano e utilizando uma taxa de desconto de 7,5%, obter-se-ia um valor para a farmácia média de 1,9 milhões de euros. Este valor corresponde a 1,53 vezes as vendas da farmácia média.

### **3) O enquadramento normativo da venda a retalho de medicamentos**

A venda a retalho de medicamentos é, em Portugal, como em outros países, objecto de uma regulamentação exaustiva, que dificilmente tem paralelo em qualquer outro sector da actividade económica. A regulamentação determina em que estabelecimentos se podem vender medicamentos e quem o pode fazer, que preços podem ser praticados e que outros produtos e serviços podem ser vendidos no mesmo estabelecimento, quem pode ser proprietário do estabelecimento e que outras actividades pode desenvolver, entre muitos outros aspectos.

Neste capítulo fazemos uma síntese das principais normas que regulam a actividade do sector em Portugal e, onde tal parece relevante, nos seis países que nos foi solicitado que analisássemos, a Alemanha, a Bélgica, a Espanha, a Holanda, a Irlanda e o Reino Unido. Um tratamento mais desenvolvido da situação em cada um destes países é apresentado no Anexo I. Da análise a que procedemos, as consequências mais notórias da regulamentação vigente em Portugal, de um ponto de vista concorrencial, são as seguintes:

- Existem restrições aos locais onde se podem vender medicamentos;
- A presença de farmácias no mercado exige a detenção de alvará passado pelo INFARMED;
- O processo de atribuição de alvarás restringe o número e a localização das farmácias em actividade;
- As condições para acesso ao concurso de atribuição de alvará de farmácia e os critérios para a hierarquização das candidaturas restringem o acesso ao exercício da actividade, nomeadamente excluindo as pessoas que não tenham formação superior em Farmácia e discriminando as que tenham obtido essa formação no estrangeiro;
- A caducidade dos alvarás em caso de transmissão da farmácia dificulta a entrada no mercado por aquisição;
- As farmácias não podem encerrar sem consentimento do INFARMED;

- A possibilidade de integração vertical é condicionada;
- As farmácias não podem diversificar as suas actividades, em termos de produtos vendidos ou serviços prestados;
- Os farmacêuticos não podem associar-se com outros agentes económicos para desenvolver a sua actividade;
- Algumas farmácias não são livres de vender a qualquer cliente;
- As farmácias não são livres de escolher os medicamentos que vendem e é-lhes imposta a prestação de determinados serviços;
- A legislação desincentiva a alteração da localização da farmácia;
- O atendimento “fora de horas” é condicionado;
- A publicidade à actividade é proibida e a publicidade ao medicamento regulamentada;
- As farmácias têm que cumprir determinados requisitos quanto aos recursos humanos que empregam;
- As farmácias não podem concorrer pelo preço, no que respeita à maioria dos produtos que vendem.

Neste capítulo identificamos, de forma sistemática, as normas que geram estes efeitos, deixando para o seguinte a avaliação dos seus custos e benefícios. O facto de cada norma ser, nesta fase, analisada *per se* não deve fazer esquecer a sua interacção. Estas normas definem, no seu conjunto, um determinado modelo de funcionamento do sector, pelo que as vantagens e desvantagens de muitas delas só se revelam em toda a sua extensão no quadro desse modelo.

Claramente, o modelo de funcionamento a que estas normas dão corpo reserva, deliberadamente, um papel muito limitado à concorrência. Este facto não é uma consequência inesperada, ou indesejada, de normas estabelecidas com outro objectivo. O modelo reflecte a convicção de que há uma contradição entre o livre funcionamento das forças do mercado e o bom funcionamento do sector, na perspectiva de garantir a saúde pública. O debate em torno da regulamentação do sector das farmácias, nos países onde a questão tem sido suscitada, estrutura-se precisamente em torno desta eventual

dicotomia entre concorrência e saúde pública: será possível garantir a protecção da saúde pública permitindo a livre concorrência entre farmácias ou, pelo menos, sujeitando-as a uma regulação que restrinja em menor grau o livre funcionamento do mercado?<sup>15</sup>

Neste capítulo, as normas analisadas foram agrupadas em duas grandes categorias: as que têm impacto na estrutura do mercado e as que restringem o comportamento das empresas. Esta arrumação encerra alguma inevitável ambiguidade, uma vez que a estrutura de mercado condiciona o comportamento empresarial e que este pode alterar a própria estrutura.

### ***A. Normas com impacto na estrutura do mercado***

Neste primeiro grupo de normas, assumem particular destaque as que condicionam a entrada no mercado. Genericamente, estas normas restringem o número de concorrentes no sector, discriminam entre os potenciais candidatos à entrada ou condicionam a organização empresarial das empresas que pretendem exercer a actividade.

#### **1. Existem restrições aos locais onde se podem vender medicamentos**

Até muito recentemente, a venda e entrega de medicamentos ao público só podiam fazer-se em estabelecimentos especializados, designados farmácias, como resultava do n.º 1 do artigo 29.º do Decreto-Lei n.º 48547, de 1968.<sup>16</sup> A entrada neste ramo da actividade estava, portanto, condicionada às regras que regulavam a abertura destes estabelecimentos. Outro artigo do mesmo diploma, o artigo 103.º, esclarecia que mesmo outros tipos de empresas habilitadas a vender medicamentos, como os

---

<sup>15</sup> Pronunciando-se no sentido de que a dicotomia entre concorrência e saúde pública é real, o representante do Grupo Farmacêutico da União Europeia – uma associação cujos membros são as associações nacionais do sector das farmácias, e outras instituições profissionais do sector, de 29 estados europeus – afirmava, numa conferência promovida pela Comissão Europeia para discutir a regulação das profissões liberais: “(...) the EU has indeed the obligation of making sure that competition rules are enforced. However, public health protection, also an obligation of the EU, should be the first priority and the final objective of any national and Community policy in relation to pharmacy services.” (Matias, 2003)

<sup>16</sup> As referências a documentos legais portugueses feitas ao longo deste capítulo reportam-se, sempre que possível, ao texto constante da Legislação Farmacêutica Compilada, disponível *online* no *site* do INFARMED (INFARMED - Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, 2005). Por isso, embora os documentos sejam identificados pela sua data de publicação original, o texto que apresentamos incorpora alterações posteriores. Consultámos também extensamente o Direito Farmacêutico Anotado do Dr. Abel Mesquita (Mesquita, 2000).

laboratórios farmacêuticos e os grossistas de medicamentos, não o podiam fazer directamente ao público.<sup>17</sup>

*Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de Agosto de 1968*

Artigo 29.º

**(Aviamento de receitas)**

1. O aviamento de receitas e a venda ou entrega de medicamentos ou substâncias medicamentosas ao público são actos a exercer exclusivamente nas farmácias pelos farmacêuticos ou pelos seus directos colaboradores, sob a inteira responsabilidade dos primeiros nos termos dos artigos seguintes.

(...)

Artigo 103.º

**(Proibição de venda ao público)**

Os laboratórios de produtos farmacêuticos e todos os estabelecimentos que se dediquem ao comércio por grosso de medicamentos e de substâncias medicamentosas não podem vender esses produtos directamente ao público.

O impacto destas normas depende, naturalmente, do que seja entendido por “medicamentos e substâncias medicamentosas”. A definição de medicamento consta actualmente do “Estatuto do Medicamento” (Decreto-Lei n.º 72/91, artigo 2.º): “toda a substância ou composição que possua propriedades curativas ou preventivas das doenças e dos seus sintomas, do homem ou do animal, com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou a restaurar, corrigir ou modificar as suas funções.”<sup>18</sup> O mesmo diploma emprega a expressão “substância medicamentosa” para designar substâncias constantes da Farmacopeia Portuguesa.

<sup>17</sup> O artigo 62.º do Decreto-Lei n.º 72/91 (Estatuto do Medicamento) é ainda mais específico, dizendo expressamente que este tipo de empresas só podem vender medicamentos às farmácias e, mediante autorização, entre si ou a estabelecimentos de saúde.

<sup>18</sup> O INFARMED tem em discussão uma proposta de novo estatuto do medicamento em que esta definição é alterada: “toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças humanas ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma acção farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas”. A principal alteração parece ser a de passar a incluir na definição, e portanto passar a sujeitar ao regime legal do medicamento, as substâncias que sejam apresentadas como tendo as propriedades características dos medicamentos, mesmo que efectivamente as não tenham.

O potencial efeito anti-concorrencial do n.º 1 do artigo 29.º resultava, em grande medida, da sua conjugação com outras normas que são tratadas adiante: por um lado, aquelas que restringem a abertura de farmácias e, por outro, as que restringem o tipo de produtos que podem ser vendidos nas farmácias. Obviamente, se a abertura de farmácias fosse livre e se as farmácias pudessem vender qualquer produto, a proibição de vender medicamentos fora das farmácias seria irrelevante: quem quisesse vender medicamentos só teria que chamar ao seu estabelecimento “farmácia”. No entanto, não é assim. A abertura de farmácias não é livre e, para lá dos medicamentos, o leque de produtos que se podem vender nestes estabelecimentos é regulamentado. Por isso, este artigo criava uma barreira à entrada no mercado.

Esta barreira foi entretanto aligeirada com a publicação do Decreto-Lei n.º 134/2005 que veio autorizar a venda de medicamentos não sujeitos a receita médica noutros estabelecimentos comerciais.

*Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de Agosto*

Artigo 1º

**(Venda de medicamentos fora das farmácias)**

1. Os medicamentos não sujeitos a receita médica para uso humano, adiante designados por MNSRM, podem ser vendidos ao público fora das farmácias em locais que cumpram os requisitos legais e regulamentares, não sendo permitida a sua revenda.

2. Exceptuam-se do disposto no número anterior os MNSRM que beneficiam de comparticipação do Estado no seu preço, os quais continuam a ser vendidos exclusivamente nas farmácias.

(...)

A solução agora adoptada em Portugal é menos restritiva, no que aos medicamentos abrangidos respeita, do que as que vigoram em todos os países do *benchmark*. Dos seis países estudados, a Bélgica e a Espanha têm normativos análogos ao que anteriormente vigorava em Portugal: isto é, não permitem a venda de

medicamentos fora das farmácias.<sup>19</sup> Os restantes quatro países permitem a venda de alguns medicamentos fora das farmácias, de acordo com listagens determinadas pelas respectivas autoridades de saúde, com base em critérios de segurança do produto, diferindo na composição e extensão dessa listagem. Tanto quanto pudemos apurar<sup>20</sup>, em nenhum destes países, no entanto, tal possibilidade é extensiva a todos os medicamentos não sujeitos a receita médica, solução agora adoptada em Portugal. Em contrapartida, a solução adoptada em Portugal é mais restritiva nas condições que impõe para que um estabelecimento possa comercializar estes medicamentos, exigindo nomeadamente o seu registo no INFARMED, a existência um farmacêutico ou técnico de farmácia que actue como responsável técnico e a disponibilidade de meios de transmissão electrónica de dados. Os países que analisamos que permitem a venda de medicamentos fora das farmácias não exigem, nomeadamente, a responsabilidade técnica de farmacêuticos ou técnicos de farmácia pelos estabelecimentos que o pretendem fazer.<sup>21</sup>

Em qualquer caso, de acordo com os elementos que apresentámos no capítulo anterior, os medicamentos não sujeitos a receita médica representam cerca de 6% do valor de todos os medicamentos vendidos. A parcela do mercado dos medicamentos afectada por esta decisão é, portanto, relativamente limitada, conservando as farmácias o exclusivo da venda da larguíssima maioria dos medicamentos.

O Decreto-Lei n.º 48547 não define apenas os locais onde os medicamentos podem ser vendidos mas regula também a forma como o podem ser. De facto, o seu já citado artigo 29.º impõe que não só a venda como também a entrega de medicamentos tenha que ser feita na farmácia. Se entendido literalmente, este artigo implica a proibição da venda de medicamentos por via postal, ou pela *Internet*, e mesmo qualquer serviço de entrega ao domicílio dos medicamentos.

Diga-se, no entanto, que esta interpretação estrita do artigo não parece ser a que é feita pelos agentes do sector e pelo seu regulador, o INFARMED, pelo menos no que respeita à entrega do medicamento fora da farmácia. De facto, a ANF mantém em funcionamento há vários anos, e pretende incrementar, um programa de entrega de

---

<sup>19</sup> Em casos excepcionais, a Bélgica permite a venda de medicamentos por médicos, como forma de contornar problemas pontuais de cobertura farmacêutica.

<sup>20</sup> Não nos foi possível confirmar quais os medicamentos que, na Holanda, podem ser vendidos fora das farmácias.

<sup>21</sup> Embora a Alemanha exija que os responsáveis por estes estabelecimentos comprovem ter competências adequadas em matérias como acondicionamento, etiquetagem, etc.

medicamentos ao domicílio, o FARMA24, e as mais diversas empresas anunciam serviços semelhantes na *Internet*. Já quanto à venda à distância, nomeadamente pela *Internet*, o entendimento vigente parece ser de que é ilegal.

Nos países estudados, encontram-se situações diversas nesta matéria. A Bélgica e a Espanha, tal como Portugal, proíbem a venda de medicamentos pela *Internet*. Os restantes países permitem a venda de medicamentos por esta via, embora no caso da Irlanda, apenas se não estiverem sujeitos a receita médica.

## 2. A presença no mercado exige a detenção de alvará passado pelo INFARMED

A abertura de uma nova farmácia, e a sua manutenção em actividade, exige a detenção de alvará passado pelo INFARMED, como resulta do n.º1 da Base II da Lei n.º 2125, de 1965, e do artigo 39.º do Decreto-Lei n.º 48547, de 1968.<sup>22</sup>

*Lei n.º 2125, de 20 de Março de 1965*

Base II

**(Alvará)**

1. As farmácias só poderão funcionar mediante alvará passado pela Direcção-Geral de Saúde. O alvará é pessoal, só pode ser concedido a quem é permitido ser proprietário de farmácia e caduca em todos os casos de transmissão, salvo nas hipóteses previstas na lei.

(...)

*Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de Agosto de 1968*

Artigo 39.º

**(Alvará de farmácia)**

As farmácias só podem funcionar mediante alvará passado pela Direcção-Geral de Saúde (...)

<sup>22</sup> O INFARMED sucedeu, para este e outros efeitos relacionados com o medicamento e as farmácias, à Direcção-Geral de Saúde referida nestes diplomas, como resulta da respectiva lei orgânica (Decreto-Lei n.º 495/99).

Em si mesma, a obrigatoriedade de detenção de alvará não é necessariamente anti-concorrencial, permitindo nomeadamente garantir o cumprimento de condições objectivas e não discriminatórias de funcionamento, consideradas necessárias ao exercício de uma actividade com óbvio impacto na saúde e à conveniência de manter um registo das empresas que se dedicam a essa actividade.

*Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de Agosto de 1968*

Artigo 50.º

**(Abertura e transferência)**

1. Serão aprovadas, mediante portaria do Ministro da Saúde e Assistência, as condições em que será autorizada a instalação de novas farmácias ou a sua transferência (...)
2. Nas condições a estabelecer, ter-se-á em conta a comodidade das populações e a viabilidade da exploração económica dos estabelecimentos.

No entanto, o mesmo Decreto-Lei n.º 48547, de 1968, estabelece que as condições para a autorização da abertura de novas farmácias ou para a sua transferência não devem ser exclusivamente dessa natureza. Depois de estabelecer no seu artigo 49.º que os requisitos a que devem obedecer as instalações das farmácias serão estabelecidos por despacho ministerial<sup>23</sup>, determina no artigo 50.º que as condições em que será permitida a abertura e transferência das farmácias deverão ter em conta a comodidade das populações e, saliente-se, a viabilidade da exploração económica dos estabelecimentos. Este último requisito suscita preocupações quanto ao seu potencial impacto anti-concorrencial.

### **3. O processo de atribuição de alvarás restringe o número e a localização das farmácias em actividade**

A legislação em vigor condiciona o número e a localização das farmácias. Os interessados em exercer a actividade de farmácia não podem, cumpridas determinadas condições objectivas, requerer o necessário alvará.

<sup>23</sup> Estes requisitos são estabelecidos nomeadamente no Despacho publicado no Diário do Governo n.º 152, II Série, de 2 de Julho de 1970 e no Despacho n.º 18/90, de 27 de Dezembro, publicado na II Série do Diário da Republica n.º 27, de 1 de Fevereiro de 1991.

*Portaria n.º 936-A/99, de 22 de Outubro*

Artigo 1.º

**(Instalação)**

1. As propostas para a instalação de novas farmácias serão elaboradas pelas administrações regionais de saúde (...), por sua própria iniciativa ou a pedido das autarquias locais, desde que se verifiquem os condicionalismos previstos neste diploma.

(...)

3. O INFARMED analisará as propostas das ARS e decidirá sobre a abertura do concurso a que se refere o n.º 4.º.

4. O INFARMED poderá, por iniciativa própria, sempre que existam razões de cobertura farmacêutica, determinar a instalação de farmácias nos termos previstos neste diploma.

(...)

Artigo 4.º

**(Abertura do concurso)**

1. O INFARMED abrirá concurso para instalação de nova farmácia através de aviso publicado na 2ª série do Diário da República.

(...)

3. O aviso indicará obrigatoriamente a área ou local onde deverá ser instalada a nova farmácia (...)

(...)

A atribuição de alvarás é actualmente regulada pela Portaria n.º 936-A/99, de 22 de Outubro. No n.º 1 do seu artigo 4.º, esta portaria estabelece que a atribuição de alvará só pode acontecer na sequência de concursos abertos para o efeito pelo INFARMED. De acordo com o artigo 1.º deste diploma, a iniciativa de abertura dos concursos pode partir do próprio INFARMED, por razões de cobertura do território, ou das ARS, eventualmente a pedido das autarquias locais, mas não dos próprios interessados.<sup>24</sup> O

---

<sup>24</sup> Até 1987, a iniciativa de instalação de novas farmácias pertencia aos interessados.

concurso é aberto para uma área ou local determinado, como dispõe o n.º 3 do artigo 4.º.<sup>25</sup>

Estas disposições têm um potencial efeito anti-concorrencial, limitando o número de estabelecimentos, particularmente quando conjugadas com as regras de capitação e distância mínima e com as restrições à localização das farmácias.

### **a) Regras de capitação e distância mínima**

A abertura de concursos para a atribuição de alvarás deve respeitar as condições estabelecidas na mesma portaria n.º 936-A/99. Entre estas destacam-se as regras de capitação e distância mínima entre farmácias.

Estas regras limitam o número de farmácias que podem concorrer num determinado concelho e asseguram, em regra, a existência de uma distância mínima de 500 metros entre elas. Como a proximidade é um dos principais factores que os consumidores têm em conta na selecção do local onde adquirir medicamentos<sup>26</sup>, a imposição desta distância mínima confere algum poder de mercado a cada farmácia.

As excepções previstas nas alíneas b), c) e e) do artigo 3.º visam permitir a abertura de farmácias quando a regra de capitação implique que os consumidores tenham que fazer deslocações significativas para obter a dispensa dos seus medicamentos. Note-se que a abertura de farmácias nos locais previstos nestas alíneas não beneficia de qualquer apoio público pelo que, mesmo que se proceda à abertura de concurso para a atribuição de alvará, este só será atribuído caso haja interessados em explorar a oportunidade de negócio correspondente. A existência destas excepções significa portanto que, pelo menos em determinadas circunstâncias, o legislador entendeu que a regra de capitação implica uma barreira à entrada que impede a adequada satisfação das necessidades de determinados grupos de consumidores.

---

<sup>25</sup> A vitória no concurso não garante, por si só, o direito de abrir farmácia no local para o qual o mesmo foi aberto: nos termos do n.º 4 do artigo 4.º, desta portaria, as farmácias já existentes no concelho gozam de um “direito de preferência” que lhes permite requerer a transferência para esse local, ficando, nesse caso, o vencedor do concurso com a possibilidade de se instalar no local de onde sai a farmácia transferida.

<sup>26</sup> Por exemplo, num inquérito a 1.000 consumidores britânicos, a localização foi indicada por 57% dos inquiridos como o principal factor tido em conta na escolha do local onde adquirir medicamentos, sendo por muito larga margem o factor que recebeu mais referências. (Office of Fair Trading, 2003)

*Portaria n.º 936-A/99, de 22 de Outubro*

Artigo 2.º

**(Condições gerais da instalação)**

1. A instalação de novas farmácias obedecerá às seguintes condições gerais:

a) A capitação por cada uma das farmácias que ficam a existir no concelho não ser inferior a 4.000 habitantes;

b) Não se encontrar instalada nenhuma farmácia a menos de 500m em linha recta.

(...)

Artigo 3.º

**(Excepções)**

1. Poderá ainda verificar-se a instalação de novas farmácias:

a) Em urbanizações novas, aprovadas oficialmente, em que se preveja uma zona exclusiva do comércio e serviços, satisfeita a condição referida no n.º 2.º, ponto 1, alínea a), do presente diploma, independentemente da distância mínima, desde que não exista área comercial alternativa a menos de 300m daquela zona exclusiva;

b) Desde que, independentemente da capitação, a instalação da farmácia se faça em localidade onde exista centro de saúde ou estabelecimento hospitalar e não exista farmácia a menos de 3km;

c) Desde que a farmácia a instalar fique a mais de 5km da mais próxima, quer esta se situe no mesmo concelho quer em concelho vizinho, independentemente da capitação;

d) Quando a afluência de público a uma zona exclusiva de comércio e serviços de chegada ou partida de passageiros por via aérea ou marítima o justifique e não haja estabelecimento alternativo a menos de 300m;

e) Desde que, independentemente da capitação, a instalação se faça em concelho onde exista apenas uma farmácia, devendo o INFARMED, ouvida a Ordem dos Farmacêuticos, nos casos em que tal puder resultar numa capitação inferior à capitação média nacional, decidir a sua instalação em função dos interesses de saúde pública.

Note-se ainda que parece existir alguma contradição entre as alíneas c) e e). A alínea c) estabelece que a regra da capitação não é aplicável quando não exista farmácia a menos de 5km do local de instalação da nova farmácia. Portanto, num concelho onde não exista qualquer farmácia mas haja menos de 4.000 habitantes, só é possível abrir farmácia se não houver outra a menos de 5km. No entanto, a alínea e) permite a abertura de uma segunda farmácia, num concelho onde já exista uma, independentemente da distância às farmácias dos concelhos vizinhos.<sup>27</sup>

A excepção da alínea a) é, porventura, a mais dificilmente explicável. Não é claro porque é que, num regime de localização planificada, como o actual, a idade das urbanizações justifica tratamentos diferenciados quanto à distância entre farmácias.

A Espanha tem normas de condicionamento da entrada no sector das farmácias de alguma forma análogas às que vigoram em Portugal, baseadas em critérios geográficos e de número de habitantes por farmácia. Nesse país, embora haja considerável variabilidade em função de disposições autonómicas regionais, o princípio geral é o de que devem existir, pelo menos, 2.800 habitantes por farmácia e que entre farmácias devem existir pelo menos 250 metros. Trata-se, portanto, de limiares menos restritivos da entrada do que os que vigoram em Portugal. Na Bélgica, a lei prevê igualmente a aplicação de critérios de distância entre farmácias e número de habitantes por farmácia mas a sua aplicação encontra-se suspensa. Este país, que apresenta um dos rácios de habitantes por farmácia mais reduzidos da Europa (menos de 2.000 habitantes por farmácia) suspendeu a concessão de autorizações para abertura de novas farmácias até ao final do ano de 2009, salvo em casos em que haja fortes motivos de saúde pública para o justificar.

Nos restantes quatro países estudados, não existem restrições geográficas ou de capitação à entrada no mercado. No entanto, na Irlanda e no Reino Unido, farmácias que pretendam dispensar receitas ao abrigo dos respectivos sistemas nacionais de saúde carecem de um contrato com as respectivas autoridades. No caso da Irlanda, a assinatura desse contrato esteve sujeita a critérios de distância entre farmácias e capitação, ligeiramente menos estritos do que os que vigoram em Portugal, entre 1996 e 2002.<sup>28</sup> A

---

<sup>27</sup> Esta contradição não tem relevância prática uma vez que existe, pelo menos, uma farmácia em cada concelho português.

<sup>28</sup> Em zonas urbanas, exigiam-se 4.000 habitantes por farmácia e 250 metros entre cada farmácia. Em zonas rurais, a distância subia para 5 quilómetros mas a capitação reduzia-se para 2.500 habitantes.

aplicação destes critérios foi abandonada por recomendação do *Irish Attorney General*, por ser entendido que a sua imposição não tinha suporte legal. A assinatura do contrato está actualmente condicionada apenas ao cumprimento de determinados requisitos de funcionamento. No Reino Unido, a assinatura do contrato com as autoridades de saúde está sujeito à satisfação de um critério de “necessidade” ou “conveniência” da abertura da nova farmácia. Não estando definido de forma objectiva, este critério presta-se a divergências de interpretação e as decisões das autoridades de saúde são objecto de frequente contestação por parte dos candidatos à entrada. Na Holanda, as farmácias carecem de um contrato com empresas de seguro que pode também dificultar a entrada no sector. Não nos foi possível apurar se existem critérios objectivos que determinem a possibilidade de assinar o contrato.

### **b) Restrições objectivas à localização**

Para lá das que decorrem das regras de capitação e distância mínima, a legislação estabelece ainda duas restrições objectivas aos locais onde as farmácias se podem instalar.

As farmácias não se podem localizar a menos de 100 metros de centros de saúde e estabelecimentos hospitalares.<sup>29</sup> (Portaria n.º 936-A/99, artigo 2.º, n.º 2) Os centros de saúde e os estabelecimentos hospitalares são importantes pontos de partida na deslocação dos consumidores para adquirir medicamentos<sup>30</sup> sendo, por isso, a localização da farmácia na sua proximidade de grande conveniência para o consumidor. Pela mesma razão, a proximidade a este tipo de locais é uma importante vantagem para a farmácia na captação de clientes. Assim sendo, esta regra condiciona obviamente a estrutura local dos mercados: na sua ausência, seria de esperar um diferente padrão de distribuição espacial das farmácias, caracterizado por alguma aglomeração em torno destes locais.

---

<sup>29</sup> A restrição simétrica parece não existir. Nada impede os centros de saúde e estabelecimentos hospitalares de se instalarem na proximidade das farmácias pelo que a eficácia daquela norma está longe de ser plena.

<sup>30</sup> No estudo sobre o mercado inglês referido na nota 26, verificou-se que, em quase 50% dos casos, o ponto de partida para uma deslocação à farmácia é uma consulta médica.

*Portaria n.º 936-A/99, de 22 de Outubro*

Artigo 2.º

**(Condições gerais da instalação)**

(...)

2. Nos locais onde exista um centro de saúde ou extensão ou estabelecimento hospitalar não poderá ser instalada nenhuma farmácia a menos de 100m em linha recta contados da entrada ou entradas do edifício ou, sendo caso disso, da entrada ou entradas do muro circundante daquele centro ou estabelecimento, salvo em localidades com menos de 4.000 habitantes.

(...)

Artigo 3.º

**(Excepções)**

(...)

3. As farmácias a instalar terão obrigatoriamente acesso livre e directo à via pública durante vinte e quatro horas por dia, nomeadamente quando instaladas em zona exclusiva de comércio e serviços.

A segunda restrição à localização impõe que as farmácias tenham acesso livre e directo à via pública durante vinte e quatro horas por dia (Portaria 936-A/99, artigo 3.º, n.º 3). É esta regra que, explica o reduzido número de farmácias que, em Portugal, se instalam em locais de grande afluência, como centros comerciais e grandes armazéns. Tal como no caso anterior, esta regra restringe a localização das farmácias, dificultando a sua instalação em locais de grande conveniência para muitos consumidores. O principal argumento a favor desta regra parece ser a vantagem em assegurar que todas as farmácias têm localizações que lhes permitam cumprir serviço de turnos, estando nomeadamente abertas durante a noite.

#### **4. As condições para acesso ao concurso de atribuição de alvará de farmácia e os critérios para a hierarquização das candidaturas restringem o acesso ao exercício da actividade**

Como referido no ponto anterior, a entrada no mercado de novas farmácias só é possível mediante a candidatura aos concursos de atribuição de alvará que o INFARMED entenda promover. Mas, para lá da restrição ao número de farmácias em actividade que resulta deste procedimento, as regras que regulam o acesso àqueles concursos restringem também fortemente a possibilidade de candidatura: as pessoas ou empresas a quem é atribuída a exploração das farmácias não são seleccionadas do universo dos interessados em desenvolver essa actividade económica, mas antes de um subconjunto consideravelmente mais restrito. E, mesmo entre os potenciais candidatos que preenchem os requisitos legais para terem acesso aos concursos, os critérios de hierarquização das candidaturas restringem, de facto, aqueles que têm reais probabilidades de sucesso em função de factores de questionável razoabilidade.

Dada a restrição ao número de farmácias, o potencial efeito deletério destas normas é o de condicionar ou impedir o acesso à actividade por parte dos candidatos mais capazes para a exercer no melhor interesse dos consumidores. Em contrapartida, os que defendem estas normas argumentam que o seu efeito é precisamente o de impedir o acesso à actividade por parte de candidatos que não reúnem as condições mais adequadas para a exercer.

##### **a) Os alvarás só podem ser atribuídos a farmacêuticos**

Como referido no ponto A.2., nos termos da Lei n.º 2125, de 1965, os alvarás só podem ser concedidos a quem possa ser proprietário de farmácia. A mesma legislação indica que os alvarás também só podem ser concedidos a quem seja farmacêutico, ou a sociedades formadas exclusivamente entre farmacêuticos. Da conjugação destas normas resulta que o proprietário da farmácia tem que ser farmacêutico.<sup>31</sup> Esta regra é válida não apenas no momento da candidatura à obtenção de alvará mas também no exercício da actividade, pelo que restringe não só a entrada no mercado por criação de nova empresa como a entrada por aquisição.

---

<sup>31</sup> O mesmo princípio resulta do artigo 83.º do Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de Agosto de 1968. Este artigo exige, no seu n.º 1, que toda a farmácia tenha um farmacêutico que exerça a sua direcção técnica e, no seu n.º 2, que a direcção técnica tenha que ser exercida pelo “proprietário farmacêutico”.

*Lei n.º 2125, de 20 de Março de 1965*

Base II

(Alvará)

1. As farmácias só poderão funcionar mediante alvará passado pela Direcção-Geral de Saúde. O alvará é pessoal, só pode ser concedido a quem é permitido ser proprietário de farmácia e caduca em todos os casos de transmissão, salvo nas hipóteses previstas na lei.

2. O alvará apenas poderá ser concedido a farmacêuticos ou a sociedades em nome colectivo ou por quotas, se todos os sócios forem farmacêuticos e enquanto o forem.

(...)

Não se encontra, no entanto, nesta lei qualquer definição do que seja ser “farmacêutico”. Em particular, a lei não afirma expressamente que a condição de farmacêutico decorra necessariamente da detenção de qualquer curso específico. Contudo, parece ser esse o seu sentido, como decorre do tratamento diferenciado que as respectivas bases III e IV dão aos alunos de Farmácia. Qualquer dúvida sobre esta questão é esclarecida no Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 288/2001, de 10 de Novembro.

Em face do disposto no Estatuto da Ordem, o princípio da indivisibilidade entre a propriedade da farmácia e a condição de farmacêutico incorpora duas barreiras à entrada, complementares mas diferentes:

- Por um lado, a necessidade de obter um curso superior específico;
- Por outro, a necessidade de inscrição naquele organismo.

A primeira barreira é, sem dúvida, a mais significativa. A obtenção do curso exige um significativo investimento, em termos de recursos materiais e de anos de trabalho. Acresce que, em Portugal, o acesso ao ensino superior está sujeito ao regime de *numerus clausus*, que, em si mesmo, constitui uma barreira à entrada na profissão.<sup>32</sup>

<sup>32</sup> Como se refere no capítulo anterior, no ano lectivo de 2004-2005, nas escolas públicas que leccionam as licenciaturas em Ciências Farmacêuticas ou Farmácia, os candidatos a inscrição foram entre 3 e 8 vezes mais numerosos do que os candidatos efectivamente colocados.

*Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos (Decreto-Lei n.º 288/2001, de 10 de Novembro)*

Artigo 5.º

**Exercício da profissão**

1. O uso do título de farmacêutico e o exercício da profissão farmacêutica ou a prática de actos próprios desta profissão dependem de inscrição na Ordem como membro efectivo.

(...)

Artigo 6.º

**Inscrição**

1. Podem inscrever-se na Ordem, após prestação de provas:

a) Os licenciados em Farmácia ou em Ciências Farmacêuticas por um estabelecimento de ensino superior universitário português devidamente reconhecido;

b) Os titulares de diplomas, certificados e outros títulos concedidos em qualquer dos Estados-Membros da União Europeia e abrangidos pelos instrumentos comunitários de harmonização das legislações em matéria de reconhecimento mútuo;

c) Os titulares de diplomas obtidos em Estados terceiros, em condições de reciprocidade.

(...)

Entre os países que estudamos, a Alemanha e a Espanha, tal como Portugal, reservam a propriedade de farmácias para farmacêuticos. A Alemanha é até mais restritiva por não admitir sequer a propriedade por sociedades de farmacêuticos, ao contrário do que acontece em Espanha e Portugal. A Bélgica, a Holanda, a Irlanda e o Reino Unido admitem a propriedade de farmácias por não farmacêuticos.

**b) Os farmacêuticos formados no estrangeiro não podem obter alvarás para a abertura de novas farmácias**

A alínea b) do artigo 6.º do Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos prevê a inscrição como membros da instituição dos detentores de títulos concedidos noutros Estados membros da União Europeia, desde que abrangidos pelos instrumentos comunitários de harmonização das legislações em matéria de reconhecimento mútuo.

O reconhecimento de títulos na área da farmácia, entre Estados membros da UE, é regulamentado pela Directiva n.º 85/433/CEE, de 16 de Setembro de 1985, com as alterações introduzidas pela Directiva n.º 2001/19/CE. Estas Directivas foram transpostas para a ordem jurídica portuguesa pelos Decretos-Lei n.º 31/88, de 3 de Fevereiro, e n.º 171/2003, de 1 de Agosto.

*Decreto-Lei n.º 31/88, de 3 de Fevereiro*

Artigo 2.º

**Diplomas**

1. São reconhecidos em Portugal os diplomas, certificados e outros títulos mencionados no anexo ao presente decreto-lei concedidos a nacionais de Estados membros das Comunidades por qualquer Estado membro, atribuindo-se-lhes, no que respeita ao acesso às actividades referidas no n.º 2 do artigo 1.º e ao seu exercício no território português, os mesmos efeitos que os conferidos aos correspondentes diplomas, certificados e outros títulos emitidos pelas autoridades portuguesas competentes.
2. Os efeitos do reconhecimento previsto no número anterior não são extensivos quer à criação de novas farmácias a abrir ao público quer às que tenham sido abertas há menos de três anos.

A legislação nacional reconhece, como princípio geral, a possibilidade de se inscreverem na Ordem dos Farmacêuticos, e exercerem em território português, aos nacionais de outros Estados membros da UE que tenham obtido o título de farmacêutico dentro da União. No entanto, o número 2 do artigo 2.º exclui do âmbito deste reconhecimento a abertura de novas farmácias ou a exploração das que tenham menos de três anos, criando uma barreira adicional à entrada no sector. Saliente-se que a

possibilidade de implementar esta barreira está prevista na própria Directiva n.º 85/433/CEE (n.º 2 do artigo 2.º) e foi igualmente utilizada por outros Estados membros<sup>33</sup>: dos países estudados, apenas a Bélgica e a Espanha não o fizeram.

**c) Nenhum farmacêutico pode ser detentor de mais do que um alvará**

A legislação actual impede que qualquer farmacêutico ou sociedade de farmacêuticos seja detentor de mais do que um alvará de farmácia.

*Lei n.º 2125, de 20 de Março de 1965*

Base II

(Alvará)

(...)

3. A nenhum farmacêutico ou sociedade poderá ser concedido mais de um alvará. Igualmente, nenhum farmacêutico poderá pertencer a mais de uma sociedade ou pertencer a ela e ser proprietário individual de uma farmácia.

(...)

Do ponto de vista económico, esta restrição impede a concentração horizontal, impondo a existência de uma estrutura de mercado atomizada. Esta restrição à concentração gera também, no entanto, uma barreira à entrada: o farmacêutico com farmácia aberta em determinado local não pode obter alvarás para explorar outras farmácias.

Apenas a Espanha, entre os países que estudamos, compartilha com Portugal a existência de uma proibição absoluta da concentração no sector. A Alemanha, onde vigorava uma norma semelhante, desde 2004 que admite que cada farmacêutico possa ser proprietário de quatro farmácias. Na Bélgica, na Holanda, na Irlanda e no Reino Unido, não existem restrições à concentração de farmácias para lá das que resultam da aplicação do regime geral de protecção da concorrência.

<sup>33</sup> Alemanha, Áustria, França, Holanda, Irlanda e Reino Unido, entre os membros da EU 15 (Indecon International Economic Consultants, 2003)

**d) Existem ainda outras restrições que limitam o número de oponentes a cada concurso**

A Portaria n.º 936-A/99, no seu artigo 7.º, determina vários impedimentos que restringem adicionalmente o leque de potenciais oponentes a um concurso para a atribuição de alvará.

Uma vez que a possibilidade de um farmacêutico ou sociedade deter mais de uma farmácia é excluída pela legislação analisada no ponto anterior, o impedimento do n.º 1 do artigo 7.º incide essencialmente sobre quem tenha obtido um alvará na década anterior e entretanto o tenha perdido. Salvo casos excepcionais, a forma habitual pela qual alguém pode ter perdido o alvará é o trespasse da farmácia. Portanto, o principal efeito deste impedimento é criar uma barreira que inviabiliza que quem tenha vendido a sua farmácia possa, durante um certo período, voltar a entrar no mercado.

O impedimento do n.º 2 do artigo 7.º limita a possibilidade de candidatura à obtenção de alvará mas não inviabiliza que cada farmacêutico possa concorrer àqueles que mais lhe interessem.

*Portaria n.º 936-A/99, de 22 de Outubro*

Artigo 7.º

**(Impedimento)**

1. Sem prejuízo de outros casos previstos na lei, não poderão concorrer:

a) Os candidatos em nome individual ou sociedade que tenham obtido alvará há menos de 10 anos, por instalação, por transferência ou por trespasse;

b) As sociedades que integrem um ou mais sócios nas condições previstas na alínea anterior.

2. Os farmacêuticos em nome individual ou integrados em sociedades e as sociedades não podem, dentro de um período de 12 meses, ser candidatos a mais de dois concursos, contando-se aquele período a partir da data da última candidatura.

3. Os farmacêuticos que, tendo concorrido e sido autorizados, não concretizarem a instalação ficam impedidos de concorrer nos cinco anos imediatos.

Finalmente, o impedimento do n.º 3 do mesmo artigo constitui uma barreira à entrada, já que inviabiliza a possibilidade de determinados farmacêuticos concorrerem à obtenção de alvará. Este impedimento parece ter essencialmente um carácter punitivo, visando desincentivar a apresentação de candidaturas que não correspondam a uma séria intenção de concretizar a entrada no mercado.

Ao contrário do que acontece com muitas das restantes normas que identificamos neste relatório, não temos conhecimento de nenhum argumento de saúde pública que justifique a existência destes impedimentos.

### **e) Os critérios de hierarquização das candidaturas**

Embora não restrinjam o número e distribuição das farmácias – uma vez que esses resultam da própria existência do regime de autorização à entrada – as regras que regem a hierarquização das candidaturas condicionam as características dos “entrantes” no mercado.

*Portaria n.º 936-A/99, de 22 de Outubro*

Artigo 10.º

#### **(Classificação)**

1. A classificação dos candidatos em nome individual obtém-se com base na soma da seguinte pontuação:
  - a) Candidato com exercício profissional em farmácia de oficina ou hospitalar – 1 ponto por cada ano completo, até ao máximo de 10 pontos;
  - b) Candidato com residência habitual no concelho onde vai ser instalada a farmácia – 1 ponto por cada ano completo, até ao máximo de 5 pontos.
2. No caso de sociedade, a pontuação referida no ponto anterior será a que resultar da média aritmética da pontuação de cada um dos candidatos sócios.
3. Em caso de igualdade de pontuação, tem preferência o concorrente de menor idade; se a idade for a mesma, tem preferência o concorrente que tiver melhor classificação de curso.

Num regime em que a entrada no mercado passa pela obtenção de alvarás que são em número restrito, é positivo o esforço de definir objectivamente o processo de

selecção das candidaturas e uma possibilidade é, como é feito, baseá-la em características observáveis dos candidatos. A relevância atribuída à residência no concelho cria, no entanto, uma barreira à entrada, particularmente relevante nos concelhos menos densamente povoados onde, previsivelmente, o número de habitantes licenciados em Ciências Farmacêuticas será reduzido.

### **5. A caducidade dos alvarás em caso de transmissão da farmácia dificulta a entrada no mercado por aquisição**

Como já se referiu no ponto A.2., os alvarás atribuídos pelo INFARMED são pessoais, caducando com a transmissão da farmácia (n.º 1, da base II, da Lei 2125, de 1965). A caducidade do alvará representa uma barreira à entrada no mercado por aquisição, uma vez que o candidato a proprietário tem que obter um novo alvará. No entanto, esta restrição deve ser interpretada tendo em conta que os critérios para a concessão do alvará se basearam, em parte, em características pessoais do candidato. Complementando esta norma, a mesma lei estabelece que a transferência da propriedade da farmácia ou a cessão da sua exploração só produz efeitos depois de passado um novo alvará pelo INFARMED.

*Lei n.º 2125, de 20 de Março de 1965*

Base IX

#### **(Transferência de farmácias)**

1. Os actos ou contratos relativos à transferência das farmácias ou à sua exploração só produzem efeitos depois de passado o competente alvará pela Direcção-Geral de Saúde.

(...)

A possibilidade de entrada por aquisição é também limitada pela impossibilidade de trespassar a farmácia durante os primeiros dois anos de actividade.

*Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de Agosto de 1968*

Artigo 70.º

**(Farmácia; trespasse)**

1. Sem prejuízo do disposto no n.º 1 da base IV da Lei n.º 2125, a farmácia não pode ser trespasada antes de decorridos dois anos, a contar do dia em que for aberta ao público, salvo se o proprietário alegar previamente motivo justificado perante a Direcção-Geral de Saúde.

(...)

Por sua vez, a entrada através de contrato de cessão da exploração é muito limitada, uma vez que a lei só a permite se, em caso de herança, a propriedade da farmácia for transmitida para não farmacêutico.

*Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de Agosto de 1968*

Artigo 71.º

**(Farmácia; cessão a não farmacêuticos)**

1. A cessão da exploração de farmácia só é permitida nos casos previstos na Base IV da Lei n.º 2125, devendo o cessionário ser farmacêutico ou sociedade comercial constituída nos termos do n.º 2 da base II da mesma lei.

## **6. As farmácias não podem encerrar sem consentimento do INFARMED**

Nos pontos anteriores, descrevemos o complexo conjunto de normas que restringem a entrada no sector das farmácias. A saída do sector é também regulada, tendo as farmácias que comunicar a intenção de encerrar ao INFARMED, com antecedência de 90 dias.

*Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de Agosto de 1968*

Artigo 79.º

**(Encerramento voluntário)**

1. Exceptuado o caso de força maior, nenhuma farmácia pode ser encerrada sem que o facto seja comunicado à Direcção-Geral de Saúde com a antecedência de 90 dias.
2. Se o encerramento for lesivo do interesse público, a Direcção-Geral providenciará de modo a manter a farmácia em funcionamento nos termos da alínea c) da base VI da Lei n.º 2125.

O instrumento previsto na referida alínea c) da base VI da Lei n.º 2125 para assegurar a manutenção em funcionamento da farmácia é a sua expropriação a favor de instituições de assistência ou previdência social ou, na falta destas, dos organismos corporativos do sector.

## **7. A possibilidade de integração vertical é limitada**

Mencionámos anteriormente o artigo 103.º do Decreto-Lei n.º 48547, de 1968, a propósito da proibição da venda de medicamentos fora das farmácias. No entanto, a principal função do artigo é restringir a integração vertical no sector.

*Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de Agosto de 1968*

Artigo 103.º

**(Proibição de venda ao público)**

Os laboratórios de produtos farmacêuticos e todos os estabelecimentos que se dediquem ao comércio por grosso de medicamentos e de substâncias medicamentosas não podem vender esses produtos directamente ao público.

Não podendo vender directamente ao público, nos termos deste artigo, nem podendo ser proprietários de farmácias, uma vez que estas apenas podem pertencer a farmacêuticos, os laboratórios de produtos farmacêuticos e os grossistas de medicamentos não podem integrar a jusante a sua actividade.

A proibição da integração vertical no sector é, no entanto, incompleta. De acordo com o artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 48547, de 1968, os fabricantes e grossistas estão proibidos de exercer as funções legalmente cometidas às farmácias mas o oposto não se verifica, já que as farmácias podem produzir e armazenar medicamentos.

A possibilidade legal de que a farmácia possa produzir medicamentos é necessária para que esta possa fabricar os chamados “manipulados”, no que constitui porventura uma das facetas mais específicas, embora hoje em dia economicamente pouco relevante, da sua actividade. E, obviamente, o funcionamento da farmácia exige que esta possa armazenar medicamentos. No entanto, a lei não restringe a possibilidade da farmácia produzir e armazenar medicamentos ao que seria necessário para cumprir essas funções.

*Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de Agosto de 1968*

Artigo 3.º

**(Medicamento; preparação, conservação e distribuição)**

1. A preparação de medicamentos, especializados ou não, só é permitida nas farmácias ou em laboratórios montados para esse fim, denominados laboratórios de produtos farmacêuticos.
2. A conservação e manutenção de medicamentos destinados a uma venda ulterior só é permitida nos armazéns dos laboratórios, nos armazéns de revenda e nas farmácias.
3. O aviamento de receitas ou a entrega de medicamentos ou substâncias medicamentosas ao público são actos a exercer nos termos do artigo 29.º, sem prejuízo do disposto no artigo 32.º

Para além de não a impedir de exercer directamente funções características de estágios anteriores da cadeia de produção, a lei não impede também que a farmácia ou os seus proprietários possam ter participação de capital em empresas que se dediquem a essas actividades. E, de facto, como descrevemos em capítulo anterior, as farmácias portuguesas detêm uma posição muito significativa na distribuição grossista de medicamentos, através das suas cooperativas e associações sectoriais.

## 8. As farmácias não podem diversificar as suas actividades

As farmácias estão estritamente condicionadas quanto aos produtos que podem vender e aos serviços que podem prestar.

Como se assinalou anteriormente, no ponto A.1., esta restrição complementa a que exige que os medicamentos só se vendam em farmácias. O objectivo é assegurar que os medicamentos são vendidos em estabelecimentos especializados: ainda que os medicamentos só pudessem vender-se em farmácias, esse objectivo seria posto em causa se o estabelecimento assim designado pudesse vender qualquer tipo de mercadoria. Dos seis países que estudamos, três, a Alemanha, a Bélgica e a Espanha, têm normas com o mesmo propósito de não permitir a venda de produtos não relacionados com a saúde nas farmácias.

*Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de Agosto de 1968*

Artigo 30.º

### **(Produtos autorizados)**

1. Além dos produtos indicados no artigo anterior, as farmácias só podem fornecer ao público acessórios de farmácia, produtos destinados à higiene e à profilaxia, águas mineromedicinais, produtos dietéticos e artigos de perfumaria, de óptica, de acústica médica e de prótese geral.
  2. As farmácias podem também fornecer ao público produtos de fitofarmácia, nomeadamente pesticidas, quando apresentados em embalagens próprias.
- (...)

Independentemente dos argumentos a favor e contra a especialização das farmácias que são analisados no capítulo seguinte, a listagem do artigo 30.º do Decreto-Lei n.º 48547 está claramente datada, reflectindo uma realidade diferente da actual: embora não haja provavelmente qualquer motivo para a impedir, não parece, por exemplo, que a venda ao público de águas mineromedicinais passe, em qualquer medida significativa, pelas farmácias.<sup>34</sup>

<sup>34</sup> E, se esta é permitida, poder-se-á perguntar porque não deveria sê-lo a de outros tipos de bebidas.

Não sendo livres de fixar os produtos que pretendem vender, as farmácias têm também algumas restrições quanto aos serviços que podem prestar, estabelecidas no artigo 65.º do mesmo diploma. Esta norma pode ser lida como um complemento do artigo 30.º, visando assegurar a natureza especializada da farmácia como estabelecimento dedicado à venda de medicamentos. No entanto, não parece ser essa a sua *ratio*, uma vez que apenas exclui a possibilidade da farmácia oferecer serviços próprios “de outra profissão da arte de curar”: aparentemente, às farmácias não é legalmente vedada a oferta de outro tipo de serviços.

*Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de Agosto de 1968*

Artigo 65.º

**(Injecções e pensos)**

1. Nas farmácias e suas dependências e em compartimentos anexos ou que com elas tenham comunicação é proibido o exercício de qualquer acto próprio de outra profissão da arte de curar, excepto nos casos de manifesta urgência ou necessidade.
  2. Nas localidades onde as circunstâncias o justifiquem, e mediante autorização da Direcção-Geral de Saúde, podem os farmacêuticos e os ajudantes de farmácia dar injecções, fazer pequenos pensos e colher amostras de sangue para análise, quando para tanto habilitados com certificado passado pela Direcção-Geral dos Hospitais, nos termos a determinar em despacho ministerial.
- (...)

O artigo 65.º pode também ser entendido no contexto de um conjunto de normas, analisadas adiante, que procuram impedir a colusão de interesses entre farmacêuticos e outros profissionais de saúde. Finalmente, este artigo pode ainda ser entendido como uma norma de cariz corporativo que procura delimitar os actos reservados para cada uma das profissões da saúde. Trata-se, obviamente, de matéria delicada, particularmente na delimitação entre o acto médico e o acto farmacêutico. Ao longo das últimas décadas, tem-se assistido a nível internacional a uma tendência para aproveitar a preparação científica dos farmacêuticos e o contacto fácil que com eles têm os doentes para

implementar iniciativas de “cuidados farmacêuticos” e “gestão da doença”.<sup>35</sup> As farmácias portuguesas têm acompanhado esta tendência, por exemplo, com iniciativas no domínio da detecção da diabetes, da asma e da hipertensão. Não é certo que o artigo 65.º não possa representar um obstáculo ao pleno aproveitamento das capacidades dos farmacêuticos neste campo.

## ***B. Normas com impacto no comportamento empresarial***

Nesta segunda secção, analisamos as normas que potencialmente restringem o comportamento empresarial, em especial no que respeita a aspectos com previsível impacto na performance do mercado.

### **1. Os farmacêuticos não podem associar-se com outros agentes económicos para desenvolver a sua actividade**

Para além de reservar a propriedade das farmácias para os farmacêuticos, a lei também impede que estes possam associar-se com terceiros no desenvolvimento da sua actividade. Em particular, a lei procura impedir os farmacêuticos de se associarem a outros profissionais de saúde.

*Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de Agosto de 1968*

#### Artigo 36.º

1. São considerados contrários à dignidade e à moral profissional todos os acordos ou convenções que tenham por fim especular sobre a saúde pública ou partilhar a remuneração dos serviços farmacêuticos com terceiros.

(...)

<sup>35</sup> Como se afirma num estudo sobre as perspectivas para o sector da saúde nos EUA: “An emerging area where pharmacists are likely to play a key role, along with other health professionals, is in the provision of comprehensive drug therapy management. Comprehensive drug therapy management is ‘the collaborative process of (1) selecting appropriate drug therapies, (2) educating patients, (3) monitoring patients, and (4) continually assessing outcomes of therapy. The primary goal of drug therapy management is to improve patient outcomes in a cost-effective manner.’ With the ongoing dramatic changes in the health care delivery system, which is rapidly becoming oriented toward the management of health, comprehensive drug therapy management can play an important role in helping to reduce costs, improve outcomes, and engage practitioners and patients in a partnership aimed at improving the quality of care.” (The Pew Health Professions Commission, 1995). A este propósito, ver também a declaração WHA47.12, resultante da quadragésima sétima Assembleia Mundial da Saúde (World Health Organization - Regional Office for Europe, 1994).

Nos termos vagos em que está redigida, esta disposição parece poder impedir práticas potencialmente desejáveis. Por exemplo, parece que o farmacêutico não pode contratar um gestor para o apoiar na gestão do seu estabelecimento, oferecendo-lhe uma remuneração correspondente, pelo menos parcialmente, a determinada percentagem do lucro da farmácia. Mas o efeito mais significativo desta norma é, provavelmente, o de impedir a utilização no sector de soluções do tipo *franchising* em que o farmacêutico continuasse a ser proprietário da sua farmácia mas a sua exploração obedecesse a um conjunto de regras padronizadas, como acontece nalguns países.

A lei tem uma particular preocupação com uma eventual coligação de interesses entre farmacêuticos e outros profissionais de saúde. Para além de, como referido no ponto A.8, impedir que sejam prestados quaisquer serviços de saúde nas farmácias, estabelece também que os profissionais de saúde “não podem associar-se com farmacêutico para exploração de farmácia, nem ser parte em contrato de que lhe advenha participação em lucros pelo fornecimento de medicamentos.” (Decreto-Lei 48547/68, artigo 33.º)

*Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de Agosto de 1968*

Artigo 33.º

As pessoas que exerçam qualquer das outras profissões da arte de curar não podem associar-se com farmacêutico para exploração de farmácia, nem ser parte em contrato de que lhe advenha participação em lucro pelo fornecimento de medicamentos.

## **2. Algumas farmácias não são livres de vender a qualquer cliente**

O Decreto-Lei n.º 48547, de 1968, que regula o exercício da actividade farmacêutica, estabelece como princípio geral a proibição de quaisquer práticas que contrariem o direito de livre escolha do farmacêutico pelo doente.

*Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de Agosto de 1968*

Artigo 34.º

**(Livrescolha do farmacêutico)**

São proibidas todas as práticas tendentes a contrariar o direito de livre escolha do farmacêutico pelo doente, sem prejuízo do disposto no artigo 44.º

No entanto, o artigo 44.º restringe este princípio geral no caso das farmácias detidas pelas Misericórdias ou outras instituições de assistência ou previdência social, ao abrigo do n.º 4 da base II da Lei n.º 2125, de 1965.

*Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de Agosto de 1968*

Artigo 44.º

**(Farmácias privativas)**

No alvará das farmácias licenciadas nos termos do n.º 4 da base II da Lei n.º 2125 indicar-se-á expressamente que estas farmácias apenas podem fornecer medicamentos em condições especiais às pessoas que, nos termos dos estatutos ou regulamentos das entidades a que pertençam, tenham essa prerrogativa e nas condições aí expressamente estabelecidas.

Esta disposição parece restringir a possibilidade de aquisição nestas farmácias apenas quando se trate de fazê-lo em “condições especiais”. No entanto, o artigo 64.º do mesmo diploma é mais restritivo, exigindo que o atendimento seja restrito a quem nelas “legalmente se possa abastecer” e apenas para uso próprio ou de familiares.

*Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de Agosto de 1968*

Artigo 64.º

**(Farmácias privativas; suspensão de aviamento)**

1. As farmácias a que se refere o artigo 44.º só podem atender as pessoas que legalmente nelas se possam abastecer, devendo pedir sempre a comprovação dessa qualidade.
2. As receitas que forem apresentadas nestas farmácias só poderão ser aviadas desde que tenham consignado o nome do doente ou a sua relação de parentesco, ou outra, com o utente legal da farmácia justificativa do seu direito de aviar receitas nessa farmácia.
3. Quando se provar que os legais utentes das farmácias adquirem nestas quaisquer medicamentos ou substâncias medicamentosas para terceiros, deverá ser-lhes suspenso o seu direito pelo prazo de um ano e, em caso de reincidência, por cinco anos.

Há, portanto, a intenção de restringir o acesso a estas farmácias a consumidores que preencham condições específicas. Quando se trate de, como previsto no artigo 44.º, adquirir em “condições especiais”, resultando a possibilidade de praticar essas condições de eventuais vantagens associadas ao regime específico destas instituições, esta restrição pode até ser entendida como destinada a prevenir a possibilidade de determinados concorrentes beneficiarem de um tratamento legal que os discrimine positivamente, o que é susceptível de ser entendido como pró-competitivo. Quando, no entanto, não se trate de adquirir em tais condições, não é óbvio porque é que estas farmácias não deveriam poder vender ao público em geral.

### **3. As farmácias não são livres de escolher os medicamentos que vendem e é-lhes imposta a prestação de determinados serviços**

A farmácia não é livre de escolher a gama de medicamentos que quer vender, estando sujeita quer a restrições negativas (impedimento de vender) quer a restrições positivas (obrigação de vender), ao contrário do que acontece com a generalidade dos estabelecimentos retalhistas.

As restrições negativas prendem-se essencialmente com a obrigatoriedade de vender apenas medicamentos que disponham de Autorização de Introdução no Mercado (AIM). Dadas as sérias assimetrias de informação que, no caso dos medicamentos, impedem o consumidor final de avaliar a qualidade do produto que lhe é oferecido, em Portugal, como na generalidade dos países, os medicamentos só podem ser introduzidos no mercado depois de obterem autorização administrativa. O Estatuto do Medicamento (Decreto-Lei n.º 72/91, de 8 de Fevereiro) prevê três formas de obter essa autorização: o processo nacional (artigo 4.º), o processo de reconhecimento mútuo (artigo 41.º) e o processo comunitário centralizado (artigo 46.º): no caso de processo nacional, a avaliação do medicamento é realizada pelas autoridades nacionais; no caso do processo de reconhecimento mútuo, as autoridades nacionais baseiam a sua decisão na análise do relatório de avaliação produzido por autoridades de outro Estado membro da União Europeia; no processo comunitário centralizado, previsto no Regulamento (CE) n.º 726/2004 do Parlamento Europeu e do Conselho, e aplicável nomeadamente a medicamentos de alta tecnologia, a autorização é concedida pela Agência Europeia do Medicamento, para toda a União Europeia.

Quanto às restrições positivas, o Decreto-Lei n.º 48547, de 1968, impõe que, se a farmácia não tiver o medicamento pretendido pelo cliente, tem que procurar obtê-lo no mais breve prazo, se o cliente o pretender, sem por isso poder cobrar qualquer remuneração adicional. A farmácia tem, portanto, que vender todos os medicamentos autorizados no mercado nacional.

*Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de Agosto de 1968*

Artigo 63.º

**(Proibição de cobranças adicionais)**

Quando o farmacêutico não tenha o medicamento solicitado, deve providenciar no sentido de o obter o mais rapidamente possível, se o cliente assim o desejar, sem que esse facto permita a cobrança de qualquer importância suplementar.

Por um lado, esta norma funciona como uma garantia de que o consumidor pode, em qualquer farmácia, obter o exacto medicamento que lhe foi prescrito ou de que necessita, não precisando por isso de incorrer em custos associados à busca do

medicamento. Mas, por outro lado, ao obrigar a farmácia a vender uma gama de produtos eventualmente mais alargada do que a que resultaria da sua livre escolha, impõe-lhe custos adicionais que inevitavelmente acabarão repercutidos nos consumidores. Este fenómeno pode assumir maior relevância no actual contexto em que está em crescimento a prescrição por denominação comum internacional mas acompanhada de indicação de marca, e em que se multiplicam as marcas de cada um dos medicamentos.<sup>36</sup>

Sobre o farmacêutico impende igualmente a obrigação de prestar esclarecimentos ao cliente, se por este solicitados.

*Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de Agosto de 1968*

Artigo 57.º

**(Conselhos a prestar pelo farmacêutico)**

1. Compete ao farmacêutico, no exercício da sua actividade, prestar ao cliente os esclarecimentos por este solicitados, sem prejuízo da prescrição médica, e fornecer informações ou conselhos sobre os cuidados a observar com a utilização dos medicamentos, aquando da entrega dos mesmos, sempre que, no âmbito das suas funções, o julgue útil ou conveniente.

(...)

Finalmente, no caso dos medicamentos genéricos, o farmacêutico tem ainda a obrigação de prestar informação ao consumidor sobre as alternativas existentes no mercado e os seus preços.

---

<sup>36</sup> Recorde-se que o farmacêutico não pode, em geral, alterar a prescrição médica ou proceder à substituição de um medicamento por outro com iguais indicações terapêuticas (artigo 16.º do Decreto-Lei n.º 48547, de 1968) salvo no caso de medicamento genérico, e mesmo aí só a pedido do utente e se o médico não se tiver oposto (artigo 3.º da Lei n.º 14/2000).

*Lei n.º 14/2000, de 8 de Agosto*

Artigo 3.º

**(Dispensa de medicamento)**

1. No acto da dispensa de medicamentos prescritos ao abrigo do n.º 1 do artigo anterior, o farmacêutico ou seu colaborador devidamente habilitado devem, obrigatoriamente, informar o utente da existência de medicamentos genéricos participados pelo Serviço Nacional de Saúde e sobre aquele que tem o preço mais baixo.

(...)

#### **4. A legislação desincentiva a alteração da localização da farmácia**

Nos mercados retalhistas, a localização do estabelecimento é uma variável competitiva fundamental. Para além de, como analisado no ponto A.3, só permitir a entrada em determinados locais, a legislação portuguesa condiciona fortemente a possibilidade de posterior alteração da localização.

A alteração da localização da farmácia é regulada pelo artigo 16.º da Portaria n.º 936-A/99. O efeito deste artigo é o de criar fortes restrições à possibilidade de alteração da localização que resulta das decisões do INFARMED em sede de abertura originária das farmácias.

A transferência só é possível com autorização do INFARMED que, na sua concessão, deve ter em atenção os factores especificados no n.º 6. Entre estes encontram-se a cobertura farmacêutica, a comodidade das populações e a qualidade do serviço que lhes é prestado, factores cuja consideração, num contexto em que a autorização é necessária, não parece polémica. No entanto, respeitando aliás o disposto no artigo 50.º do Decreto-Lei n.º 48547, de 1968, este n.º 6 comete ainda ao INFARMED a obrigação de, na apreciação do pedido de transferência, ter em conta a “viabilidade económica”. O texto do artigo não esclarece se se trata da viabilidade económica da farmácia que se pretende transferir ou da das farmácias cuja actividade possa ser afectada por essa transferência.

*Portaria n.º 936-A/99, de 22 de Outubro*

Artigo 16.º

**(Transferência de farmácia)**

1. Sem prejuízo do estabelecido nos n.ºs 2.º e 3.º do presente diploma, poderá ser autorizada, por deliberação do conselho de administração do INFARMED, a transferência de farmácias, dentro do mesmo concelho, excepto quando estiver aberto concurso para instalação de nova farmácia no local para onde a transferência é requerida.

2. A farmácia não poderá transferir-se antes de decorrido o período de cinco anos, contado a partir da data de emissão do alvará para o local onde actualmente se encontra, sendo que, para as farmácias instaladas ao abrigo do n.º 3.º, n.º 1, alíneas b), c) e e), o período referido é elevado para o dobro.

3. Sem prejuízo do previsto no ponto anterior, sempre que seja formulado um pedido de transferência de farmácia, o INFARMED fará publicar um aviso na 2ª série do Diário da República, podendo as farmácias do mesmo concelho requerer a sua transferência para o mesmo local, no prazo de 30 dias após aquela publicação.

(...)

5. Quando tenham sido formulados dois ou mais pedidos de transferência, a prioridade será definida pelos seguintes critérios:

a) Maior proximidade entre o local da farmácia a transferir e a área ou localidade para onde se efectua a transferência;

b) Em caso de igual proximidade, terá preferência o requerente que for proprietário de farmácia há mais tempo.

6. O processo de transferência deve ser deliberado pelo conselho de administração do INFARMED, tendo em atenção a cobertura farmacêutica e a comodidade das populações do local actual e as do local proposto, atendendo ainda à viabilidade económica e à melhoria da qualidade de serviço a prestar às populações, nomeadamente nos casos de farmácias únicas em freguesias onde exista estabelecimento hospitalar, centro de saúde ou extensão.

(...)

8. No caso de transferência dentro da mesma localidade, poderá deixar de observar-se o disposto na alínea b) do n.º 1 do n.º 2.º, desde que seja previsível a melhoria da qualidade da assistência farmacêutica, não ocorra alteração da cobertura farmacêutica e os proprietários das farmácias situadas a distância inferior à ali prevista declarem por escrito a sua não oposição, não havendo, neste caso, lugar à aplicação do disposto no n.º 3.

9. A declaração de não oposição prevista no número anterior não é necessária quando, sendo previsível a melhoria da qualidade da assistência farmacêutica e não ocorrendo alteração da cobertura farmacêutica, a farmácia a transferir não se aproximar de centro de saúde, extensão, estabelecimento hospitalar ou farmácia localizada a menos de 500m, não se aplicando o regime previsto no n.º 3.

(...)

Ainda que a farmácia reúna os requisitos necessários para pedir a sua transferência, as regras do artigo 16.º dificultam o sucesso dessa diligência. Nos termos do n.º 3, apresentado um pedido de transferência, o INFARMED publica um aviso no Diário da República, após o que as restantes farmácias do concelho podem candidatar-se à instalação no local pretendido.<sup>37</sup> A abertura deste “concurso” constitui um desincentivo, embora eventualmente não de grande monta, a que as farmácias procurem os melhores locais para se instalarem: se a procura desses locais exigir algum investimento, a abertura do “concurso” permite o *free-riding* pelos restantes concorrentes, uma vez que o local passa a estar identificado.

Se a sujeição do pedido de transferência a um regime de “concurso” constitui, em si mesma, uma barreira à mobilidade geográfica das farmácias, essa barreira é reforçada pelos critérios de hierarquização previstos no n.º 5, que privilegiam a farmácia mais próxima do local para onde se concretiza a transferência.

A transferência de farmácias está sujeita às mesmas regras de capitação e, em geral, de distância mínima entre farmácias que a abertura originária. O n.º 8 deste artigo prevê, no entanto, que, no caso de transferências dentro da mesma localidade, não se observe a regra de distância mínima “desde que seja previsível a melhoria da qualidade da assistência farmacêutica, não ocorra alteração na cobertura farmacêutica e os

<sup>37</sup> Este regime não é aplicável nos casos previstos nos n.ºs 8 e 9.

proprietários das farmácias situadas a distância inferior à ali prevista declarem por escrito a sua não oposição (...).” Estando verificadas as duas primeiras condições, a necessidade da terceira parece corresponder a uma, desnecessária, restrição anti-concorrencial.

## 5. O atendimento “fora-de-horas” é condicionado

O horário de funcionamento é uma outra variável competitiva importante nos mercados retalhistas. O Decreto-Lei n.º 48547/68, no seu artigo 62.º, proíbe as farmácias que não estejam de “serviço permanente” de atender clientes fora das suas “horas normais de abertura”, excepto em casos de “comprovada urgência”. O artigo considera como estando em “serviço permanente” as farmácias que estejam a cumprir “serviço de turnos devidamente aprovado” bem como as que “não estejam sujeitas a horário de abertura e encerramento”.

*Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de Agosto de 1968*

Artigo 62.º

### (Aviamento fora de horas)

1. Nenhum farmacêutico pode recusar o aviamento de receita que lhe seja apresentada durante as horas normais de abertura da farmácia.
2. Fora do período a que se refere este artigo, as farmácias que não se encontrem de serviço permanente só podem atender clientes em casos de comprovada urgência.
3. Para os efeitos deste artigo, consideram-se de serviço permanente as farmácias que não estejam sujeitas a horário de abertura e encerramento e aquelas que, funcionando em regime de turnos devidamente aprovado, se encontrem no turno de dia.

O alcance desta norma depende do que se entenda por “horas normais de abertura da farmácia”. Tanto quanto pudemos determinar, não existe norma legal que imponha às farmácias qualquer horário específico de funcionamento. As farmácias parecem estar apenas sujeitas às regras municipais aplicáveis a qualquer estabelecimento comercial e, na medida em que o seu funcionamento requeira o recurso a trabalho assalariado, às

disposições dos contratos colectivos de trabalho vigentes no sector. Ou seja, parece que, com estes condicionalismos, a farmácia é livre de fixar o seu horário normal de abertura.

*Portaria n.º 256/81, de 10 de Março*

1.º

Sem prejuízo do horário de abertura normal praticado pelas farmácias será aprovada anualmente pela Direcção-Geral de Saúde uma escala de serviço permanente das farmácias, destinado à satisfação das necessidades urgentes do público que funcionará nos termos constantes dos números seguintes.

2.º

Todas as farmácias deverão cumprir o turno permanente que lhes couber na escala.

3.º

1. O serviço permanente implica, para a farmácia de turno, a obrigação de manter o estabelecimento aberto ininterruptamente, desde a hora de abertura normal de determinado dia até às 22 horas do mesmo dia e, a partir de então, permanecer no estabelecimento, devidamente assinalado como de serviço permanente, o farmacêutico ou seu auxiliar legalmente habilitado, a fim de atender o público que o solicite, mediante chamada.

(...)

O serviço de turnos constitui uma obrigação legal para as farmácias, como resulta da Portaria n.º 256/81. Sendo as farmácias livres de fixar o seu horário de funcionamento, a fixação de um serviço de turnos obrigatório parece indiciar o receio de que o mercado não garanta o fornecimento de medicamentos “fora-de-horas”, nomeadamente em horário nocturno e de fim-de-semana. A proibição do n.º 2 do artigo 62.º serviria assim para assegurar que as farmácias forçadas a prestar um serviço não rentável não vissem ainda a sua rentabilidade afectada por concorrentes que, de forma pontual, decidissem oferecer os seus serviços, pelo que o seu potencial efeito anti-concorrencial seria provavelmente muito limitado. Note-se, no entanto, que a razoabilidade deste argumento depende do carácter pontual da oferta do serviço pelo concorrente. Se o concorrente estivesse sistematicamente aberto “fora-de-horas”, a

rentabilidade do serviço de turnos seria afectada mas pelo facto de se ter tornado desnecessário: o mercado garantiria a prestação do serviço.

Na generalidade dos países que estudámos existe algum tipo de mecanismo, imposto legalmente ou resultado de auto-regulação da profissão, para assegurar o fornecimento de medicamentos fora das horas normais de funcionamento. Na Irlanda e no Reino Unido, o contrato que as farmácias assinam com as autoridades de saúde, caso pretendam dispensar receitas dos respectivos SNS, impõe um horário de funcionamento.

## **6. A publicidade à actividade é proibida e a publicidade ao medicamento regulamentada**

Embora a distinção na prática nem sempre seja fácil, a literatura económica atribui à publicidade duas importantes funções. Por um lado, é um instrumento de persuasão que permite ao vendedor tentar alterar a percepção que o consumidor potencial tem sobre o seu produto ou serviço, levando-o a comprar em condições em que não o faria na ausência de publicidade. O objectivo da persuasão pode ser o de levar o consumidor a adquirir um tipo de produto que não adquiriria ou o de levar a adquirir a variedade do produto oferecida pelo vendedor em detrimento das dos seus concorrentes. Por outro lado, a publicidade é um instrumento de informação que permite ao vendedor divulgar a existência do seu produto e as suas características. A disponibilidade de ampla informação sobre as alternativas disponíveis é indispensável ao bom funcionamento dos mercados, pelo que a teoria económica encara positivamente a publicidade informativa. Já no que respeita à publicidade persuasiva não existe um consenso tão claro.

No mercado da venda a retalho de medicamentos coexistem dois tipos de restrições legais à publicidade: as que incidem sobre os medicamentos e as que incidem sobre a actividade das farmácias.

O regime legal da publicidade aos medicamentos de uso humano, estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 100/94, de 19 de Abril, apresenta duas características principais: por um lado, procura restringir a publicidade à sua função informativa; por outro, no caso de medicamentos sujeitos a receita médica, proíbe a publicidade dirigida ao consumidor final.

*Decreto-Lei n.º 100/94, de 19 de Abril*

Artigo 2.º

**(Princípios gerais)**

(...)

3. Os medicamentos cuja dispensa depende obrigatoriamente de receita médica só podem ser anunciados ou publicitados em publicações técnicas ou suportes de informação destinados exclusivamente a médicos e outros profissionais de saúde.

A não coincidência do agente económico que decide o que adquirir (o médico prescriptor) com o que de facto adquire (o utente) é, do ponto de vista económico, uma das importantes especificidades do mercado do medicamento. No caso dos medicamentos que carecem de receita médica, esta não coincidência, para lá de incentivada pela assimetria de informação entre profissionais de saúde e consumidores, é exigida por lei. A proibição da publicidade destes medicamentos dirigida ao consumidor final reforça esta separação, evitando que o consumidor procure interferir na decisão do prescriptor.

As regras que procuram restringir a publicidade à função informativa diferem consoante a publicidade seja dirigida aos profissionais de saúde ou ao público em geral, sendo mais restritivas no segundo caso. No caso da publicidade dirigida aos profissionais de saúde, o artigo 6.º deste Decreto-Lei estabelece uma lista de elementos que devem obrigatoriamente ser mencionados: resumo das características do medicamento, sua classificação para efeitos de dispensa, preço das várias apresentações e regime de comparticipação. Saliente-se a obrigatoriedade destes dois últimos elementos que claramente procuram levar o prescriptor a ter em conta nas suas decisões as implicações económicas para o consumidor. Quanto à publicidade dirigida ao público, é objecto de uma lista positiva de elementos de inclusão obrigatória (artigo 4.º) e uma lista negativa de elementos que não podem ser incluídos (artigo 5.º).

Mas, para lá de publicidade aos medicamentos, as farmácias poderiam fazer publicidade à sua própria actividade. As regras existentes nesse domínio, constam do Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos.

*Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos (Decreto-Lei n.º 288/2001, de 10 de Novembro)*

Artigo 106.º

**Publicidade da actividade profissional**

1. É proibida a publicidade, por qualquer meio, da actividade profissional.

(...)

Embora esta proibição incida sobre os farmacêuticos, e não directamente sobre as farmácias, num contexto em que a propriedade destas últimas pertence necessariamente aos primeiros, corresponde na prática a uma proibição absoluta da publicidade da farmácia. Ao contrário do que acontece na legislação relativa ao medicamento, não se procura aqui fazer qualquer distinção entre publicidade persuasiva e informativa.

Evidentemente, esta proibição constitui uma restrição à actuação concorrencial das farmácias. No entanto, no contexto normativo actual, que impõe uma estrutura de mercado atomizada e, como veremos, impede a concorrência pelo preço, mesmo na ausência desta proibição não seria de esperar que as farmácias recorressem intensamente à publicidade. Ainda assim, parece razoável esperar, por exemplo, que a publicidade fosse utilizada aquando da entrada no mercado para informar rapidamente os consumidores sobre esse facto. Pode também antever-se que as farmácias pudessem fazer alguma publicidade aos serviços oferecidos, particularmente se a sua actividade no âmbito dos cuidados farmacêuticos vier a desenvolver-se e não estiver inteiramente uniformizada. De assinalar ainda que, tendo os medicamentos não sujeitos a receita médica passado a poder ser vendidos fora das farmácias, esta restrição cria uma discriminação objectiva entre os diferentes operadores, em desfavor das farmácias. Num eventual contexto normativo em que às farmácias fosse conferida a possibilidade de concorrer pelo preço, a proibição da publicidade assumiria um carácter mais claramente anti-concorrencial.

A proibição da publicidade à actividade não é invulgar entre as profissões liberais auto reguladas, normalmente invocando argumentos relacionados com a dignidade profissional.<sup>38,39</sup>

A existência de consideráveis restrições à publicidade de medicamentos, nomeadamente daqueles que estão sujeitos a receita médica, é comum a todos os países que estudamos. Já publicidade à actividade das farmácias é permitida na Alemanha, na Holanda, na Irlanda e no Reino Unido, embora sujeita a rigorosas regras de ordem deontológica, destinadas a limitá-la a uma função informativa.

## **7. As farmácias têm que cumprir determinados requisitos quanto aos recursos humanos que empregam**

As normas relativas aos recursos humanos da farmácia mais relevantes em termos concorrenciais são as que dizem respeito ao director técnico.

*Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de Agosto de 1968*

### Artigo 83.º

1. Nenhuma farmácia pode laborar sem farmacêutico responsável que efectiva e permanentemente assuma e exerça a sua direcção técnica.
2. A direcção técnica de farmácia é assegurada pelo seu proprietário farmacêutico ou por um dos sócios no caso de sociedade comercial.
3. A direcção técnica (...) pode ter um número variável de farmacêuticos-adjuntos (...), podendo um dos farmacêuticos adjuntos substituir o director técnico na sua ausência ou impedimento.
- (...)
5. É expressamente proibida a acumulação do exercício de direcção técnica de farmácia ou do exercício de farmacêutico-adjunto com o desempenho de qualquer outra actividade de natureza pública ou privada durante o horário de abertura da farmácia ao público.

<sup>38</sup> “(...) the claim used by professional bodies that advertising should be prohibited because it threatens the integrity and ethical responsibility of the profession by commercializing it.” (Garoupa, 2004)

<sup>39</sup> Neste domínio, registre-se que o novo Estatuto da Ordem dos Advogados, aprovado pela Lei 15/2005, de 26 de Janeiro, vem permitir a publicidade dessa profissão, desde que tendo a natureza de informação objectiva.

A obrigação de ter um director técnico farmacêutico, e, portanto, licenciado, impõe às farmácias um custo a que a generalidade dos estabelecimentos de venda a retalho, e aliás a generalidade das empresas, não estão obrigados. Em termos económicos, o facto de o director técnico ser o proprietário não reduz em nada este custo, dando-lhe, quando muito, a natureza de custo de oportunidade.

Argumenta-se que se trata de uma obrigação necessária para que a farmácia esteja habilitada a cumprir devida e integralmente as suas funções. Ao director técnico estão cometidas por lei funções de grande relevo na actividade da farmácia, visando salvaguardar a saúde pública, especificadas no artigo 86.º.

No actual regime legal, que impõe que o director técnico seja o proprietário e não permite a nenhum proprietário deter mais do que uma farmácia, não tem particular impacto competitivo a proibição de que ninguém possa acumular a direcção técnica de mais do que uma farmácia, prevista no artigo 93.º do mesmo decreto. No entanto, na ausência dessas restrições, esta última proibição limitaria a possibilidade das farmácias aproveitarem economias de escala. Este inconveniente tem que ser ponderado contra as vantagens que resultam de garantir a presença permanente do director no estabelecimento.

Assinale-se, por fim, que sobre o director técnico impende a peculiar restrição de só poder residir fora da localidade em que se situa a farmácia mediante autorização do INFARMED (artigo 87.º). Se a propriedade e a direcção técnica não tivessem que ser asseguradas pela mesma pessoa, esta restrição constituiria uma barreira à entrada no mercado de trabalho dos directores farmacêuticos.

*Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de Agosto de 1968*

Artigo 86.º

Cabe ao director técnico:

- a) Assumir a responsabilidade pela execução de todos os actos farmacêuticos praticados na farmácia, cumprindo-lhe respeitar e fazer respeitar os regulamentos referentes ao exercício da profissão farmacêutica;
- b) Prestar ao público esclarecimentos quanto ao modo de utilização dos medicamentos, nomeadamente tratando-se de tóxicos perigosos;
- c) Manter os medicamentos e substâncias medicamentosas em bom estado de conservação, de modo a serem fornecidos nas devidas condições de pureza e eficiência;
- d) Promover que na farmácia sejam observadas boas condições de higiene e segurança;
- e) Prestar a sua colaboração às entidades oficiais e promover as medidas destinadas a manter um aprovisionamento suficiente de medicamentos.

*Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de Agosto de 1968*

Artigo 93.º

Nenhum farmacêutico pode exercer a direcção técnica de mais de uma farmácia, salvo nos casos expressamente previstos por lei

A obrigação de o funcionamento da farmácia ser dirigido por um director técnico farmacêutico é um princípio comum a todos os países que analisámos.

## **8. As farmácias não podem concorrer pelo preço na maioria dos produtos que vendem**

Ao contrário do que acontece em vários outros países, em Portugal a remuneração da farmácia provém exclusivamente do preço que cobra na venda de medicamentos e outros produtos, não incluindo qualquer montante fixo por acto

praticado ou medicamento dispensado.<sup>40</sup> Com excepção dos medicamentos manipulados, que têm um peso residual no mercado, a remuneração da farmácia está assim incluída no preço de venda ao público de um produto fabricado por outra entidade.

A legislação sobre a actividade farmacêutica restringe fortemente qualquer possibilidade de as farmácias concorrerem pelo preço.

*Decreto-Lei n.º 48547, de 27 de Agosto de 1968*

Artigo 36.º

2. São especialmente proibidas:

a) A concessão de descontos, comissões, benefícios ou bónus sobre os preços dos medicamentos oficialmente marcados ou a atribuição de dádivas tendentes a conceder uma vantagem ao cliente, quando não sejam permitidas pelos regulamentos em vigor sobre o respectivo comércio ou estabelecidas pelos acordos a que se refere o n.º 2 do artigo 37.º;

(...)

O artigo 36.º, de que consta esta proibição, tem por objecto fundamental a defesa da dignidade e moral profissional dos farmacêuticos. Para lá deste tipo de argumento, as restrições à concorrência pelo preço no seio de profissões liberais são, por vezes, defendidas como uma forma de evitar um fenómeno de selecção adversa: o vendedor que ofereça menor qualidade tem condições para ter custos, e consequentemente preços, mais baixos, expulsando do mercado vendedores que optem por oferecer maior qualidade, sem que o consumidor o possa evitar, dada a assimetria de informação que nestes mercados, em regra, existe. A dificuldade de observação da qualidade dos serviços oferecidos, pelo menos antes deles serem efectivamente prestados, é, diz-se, uma das características que distingue estes mercados. No caso específico da farmácia, argumenta-se ainda, com uma conotação negativa, que a concorrência pelo preço poderia estimular o consumo. Em geral, a teoria económica entende o aumento do consumo resultante de uma baixa de preços como um facto positivo, correspondendo a uma maior satisfação do consumidor. No entanto, alega-se que os medicamentos devem

---

<sup>40</sup> A imprensa deu recentemente conta da intenção do Governo de vir a alterar esta situação.

apenas ser consumidos se medicamento necessários, e não em resposta ao estímulo resultante do seu menor preço.<sup>41</sup>

Na interpretação do artigo 36.º, há que ter em conta dois aspectos. Primeiro, a disposição só se aplica a medicamentos, não impedindo a concorrência pelo preço noutros produtos que as farmácias vendem. Em segundo lugar, refere-se apenas a medicamentos que tenham preços “oficialmente marcados”.

O regime de preços dos medicamentos, com exclusão dos que são de venda livre, dos genéricos e dos veterinários, é regulado pela Portaria 29/90. Este regime é ainda aplicável a medicamentos que não carecem de receita médica mas que são comparticipados, de acordo com o n.º 2, artigo 1.º, da Portaria 713/2000.

*Portaria n.º 29/90, de 13 de Janeiro*

2.º

Os regimes de preços a que se refere o n.º 1.º consistem na fixação anual dos preços das especialidades farmacêuticas.

3.º

1. Os preços de venda ao público (PVP) de especialidades farmacêuticas nacionais ou importadas a introduzir pela primeira vez no mercado nacional, ou os referentes a alterações da fórmula farmacêutica e da dosagem, não poderão exceder o valor máximo que resultar da comparação com preços de referência nos estádios de produção ou importação (PVA) em vigor em determinados países de referência para especialidades idênticas ou similares, quando existam, sem taxas nem impostos, acrescido das margens de comercialização, taxas e impostos vigentes em Portugal.

(...)

Os aspectos fundamentais do regime vigente são os seguintes. O preço dos medicamentos é fixado por períodos de um ano (artigo 2.º). O preço de venda ao público é proposto pelo fabricante (ou importador, conforme o caso) do medicamento e sujeito a

<sup>41</sup> “To meet public health objectives authorities have put mechanisms in place, which allow them to control the prices of the products and services which are provided. They (the price control mechanisms) also ... contribute to avoiding unnecessary consumption of medicines (...) that might derive from promoting purchasing on the basis of special price conditions.” (Pharmaceutical Group of the European Union, 2003)

aprovação pela DGE – Direcção Geral da Empresa<sup>42</sup>. No caso de um medicamento que está a ser introduzido no mercado, o preço proposto não pode ultrapassar um valor máximo que é definido tendo em conta os preços de venda ao armazenista praticados em Espanha, França e Itália, acrescido de determinadas margens para armazenistas e farmácias: em regra, o preço de venda ao armazenista em Portugal não pode ultrapassar o preço mais baixo desses países; se, no entanto, a média dos dois menores preços exceder o menor deles em 30%, o preço proposto pode exceder o mais baixo por um terço dessa média (artigo 3.º). O artigo 6.º da Portaria n.º 618-A/2005 veio determinar que ao preço assim determinado sejam deduzidos 3%. A mesma portaria reduziu as margens máximas permitidas para armazenistas e farmácias, que eram de 8% e 20%, respectivamente, na Portaria n.º 29/90, para 7,45% e 19,15%.

No caso de medicamentos já existentes no mercado, a Portaria n.º 29/90 previa, em regra, uma revisão anual dos preços que não poderiam ser aumentados em mais do que o que resultasse da aplicação de certos índices determinados conjuntamente pelos Ministérios das Finanças, da Saúde e da Economia (artigo 5.º). No entanto, a Portaria n.º 618-A/2005 veio suspender a aplicação desta norma e impor uma redução geral de preços de 6% para o ano de 2005.

Para os medicamentos a que se referem estes diplomas, vigora, portanto, por determinação legal, um regime em que é o fabricante que, respeitado o condicionamento que resulta da comparação internacional, propõe o preço de venda ao público do seu produto, acautelando determinadas margens para os restantes intervenientes na cadeia de distribuição. O retalhista (a farmácia) está impedido de conceder descontos sobre esse preço. A existência de uma margem percentual fixa para armazenistas e farmácias é um dos aspectos controversos da lei. De facto, tem sido assinalado que a percentagem fixa cria um incentivo económico para que, dentro da possibilidade limitada que tem de influenciar o produto adquirido pelo consumidor, a farmácia tente vender o mais caro (Taylor, Mrazek & Mossialos, 2004).

---

<sup>42</sup> Que sucedeu à Direcção Geral da Concorrência e Preços a que se refere a portaria.

*Portaria n.º 577/2001, de 7 de Junho*

2.º

1. Os preços de venda ao público (PVP) de medicamentos genéricos a introduzir no mercado nacional deverão ser inferiores, no mínimo em 35%, ao preço de venda ao público do medicamento de referência, com igual dosagem e na mesma forma farmacêutica.

(...)

4 - O disposto no n.º 1 não é aplicável aos medicamentos genéricos a introduzir no mercado para os quais exista grupo homogêneo, devendo o respectivo preço de venda ao público ser, nestes casos, igual ou inferior ao preço de referência desse grupo.

3.º

Para efeito de aprovação dos PVP, as empresas detentoras de autorização de introdução no mercado (AIM) de medicamentos genéricos devem apresentar os preços pretendidos à Direcção-Geral do Comércio e da Concorrência (DGCC), os quais podem ser praticados 45 dias após a data da recepção do pedido, caso a DGCC não tenha efectuado, até aquela data, comunicação em contrário.

5.º

Os preços máximos de venda ao público dos medicamentos genéricos serão objecto de revisão anual, a qual se processará na data fixada na legislação em vigor para a revisão dos preços dos medicamentos sujeitos a receita médica, sendo aplicável o índice de referência que for fixado para estes medicamentos.

6.º

Os preços de venda ao público dos medicamentos genéricos, aprovados conforme o previsto neste diploma, contemplam as seguintes margens máximas de comercialização:

- a) Para o armazenista: margem de 8% calculada sobre o preço de venda ao público, deduzido do IVA;
- b) Para a farmácia: margem de 20% calculada sobre o preço de venda ao público, deduzido do IVA.

O regime de preços dos medicamentos não sujeitos a receita médica era, até ao corrente ano, estabelecido pela Portaria 713/2000 que previa a liberdade de proposta do preço de venda ao público pelo produtor, reservando as mesmas margens máximas de 8% e 20% para armazenistas e farmácias, sujeito embora à possibilidade de intervenção pela Direcção Geral da Empresa, caso o preço fixado fosse entendido como não justificado ou inaceitável. No entanto, com a autorização para a sua venda fora das farmácias, o Decreto-Lei n.º 134/2005 veio estabelecer um regime de preços livres para os medicamentos não sujeitos a receita médica abrangidos por esta decisão, o que parece dispensar as farmácias de respeitar o preço indicado pelo produtor, salvo qualquer restrição contratual em sentido contrário.

As regras relativas à fixação do preço dos medicamentos genéricos, constantes da Portaria n.º 577/2001, de 7 de Junho, são muito semelhantes ao regime antes vigente para os medicamentos não sujeitos a receita médica, estabelecendo, no entanto, um limite ao preço que pode ser praticado: o preço deve ser, pelo menos, 35% inferior ao do respectivo medicamento de referência, no caso de não existir grupo homogéneo<sup>43</sup>, ou igual ou inferior ao preço de referência desse grupo, no caso contrário.

Portanto, na venda de medicamentos sujeitos a receita médica, que assegura a larga maioria do seu volume de negócios, às farmácias é vedado concorrer pelo preço, em face da proibição de descontos sobre os preços “marcados oficialmente” constante do artigo 36.º do Decreto-Lei n.º 48547, de 1968. Por sua vez, o preço dos “medicamentos manipulados”, isto é, dos medicamentos fabricados pela própria farmácia, é estritamente regulado pela Portaria n.º 769/2004, de 1 de Julho.

---

<sup>43</sup> Grupo homogéneo é, de acordo com a alínea b) do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 270/2002, de 2 de Dezembro, o “conjunto de medicamentos com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias activas, forma farmacêutica, dosagem e via de administração, no qual se inclua pelo menos um medicamento genérico existente no mercado”. E o preço de referência do grupo homogéneo é, de acordo com o n.º 1 do artigo 4.º do mesmo diploma, o “preço de venda ao público (PVP) do medicamento genérico existente no mercado que integre aquele grupo e tenha o PVP mais elevado.”

*Portaria n.º 769/2004, de 1 de Julho*

1.º

### **Princípio geral**

O cálculo do preço de venda ao público dos medicamentos manipulados por parte das farmácias de oficina obedece ao disposto na presente portaria e é efectuado com base no valor dos honorários da preparação, no valor das matérias-primas e no valor dos materiais de embalagem.

2.º

### **Cálculo do valor dos honorários**

1. O cálculo dos honorários da preparação tem por base um factor (F) cujo valor é de (euro) 4.

(...)

4. Os honorários são calculados consoante as formas farmacêuticas do produto acabado e as quantidades preparadas, nos termos constantes do anexo à presente portaria, que dela faz parte integrante.

3.º

### **Cálculo do valor das matérias-primas**

1. Os valores referentes às matérias-primas são determinados pelo valor da aquisição multiplicado por um dos factores seguintes, consoante a maior das unidades em que forem utilizadas ou dispensadas:

(...)

4.º

### **Cálculo do valor dos materiais de embalagem**

1. Os valores referentes aos materiais de embalagem são determinados pelo valor de aquisição multiplicado pelo factor 1,2.

(...)

5.º

**Preço de venda ao público**

O preço de venda ao público dos medicamentos manipulados é o resultado da aplicação da fórmula: (Valor dos honorários + Valor das matérias-primas + Valor dos materiais de embalagem) x 1,3, acrescido do IVA à taxa em vigor.

O preço a praticar deve resultar da soma de três parcelas: um valor de honorários, outro de matérias-primas e um último pela embalagem (art 1.º). O valor de honorários deve ser obtido através da multiplicação de dois factores: um factor F (4 euros, em 2004, mas sujeitos a actualização de acordo com o IPC) e outro dependendo da natureza do produto e da quantidade, fixado em anexo à portaria (artigo 2.º). A parcela referente a matérias-primas é calculada aplicando um multiplicador definido na portaria (regressivo com a quantidade) ao custo de aquisição da matéria-prima (artigo 3.º). Finalmente, a parcela referente à embalagem deve corresponder a 120% do seu custo de aquisição (artigo 4.º). O preço a praticar ao público deve ser 130% da soma destas três parcelas. Não nos foi possível apurar se à fixação destes factores e multiplicadores subjaz qualquer justificação económica.

Os medicamentos manipulados são porventura aqueles em relação aos quais o argumento de que a concorrência pelo preço se poderia traduzir num fenómeno de selecção adversa é mais plausível, quer pela intervenção directa do farmacêutico no seu fabrico, quer pelo menor controlo por entidades oficiais a que estes produtos, pela sua natureza, estão sujeitos. Estes medicamentos representam, no entanto, uma fracção residual do mercado.

No caso da generalidade dos restantes produtos vendidos nas farmácias, parece vigorar um regime de preços livres<sup>44</sup>, embora com eventuais práticas de fixação do preço de revenda pelos produtores.

Dos países que analisámos, a Bélgica e a Espanha são aqueles em que a remuneração das farmácias toma moldes mais semelhantes aos que vigoram em Portugal, tal como aliás acontece noutros aspectos normativos. Em ambos os países,

<sup>44</sup> Os meios auxiliares de diagnóstico para diabéticos, cujos preços são fixados pela Portaria 509-B/2003, constituem uma excepção.

existe uma margem legal sobre o preço de venda ao público dos medicamentos reservada às farmácias. Na Bélgica, a margem prevista para as farmácias é de 31%, existindo, no entanto, um valor máximo de 7,44€ por embalagem. Para medicamentos não genéricos participados de preço de venda ao público superior a 41,31€, a margem é acrescida de 2,32% sobre a parte do preço de venda ao público que exceda 24€. Para medicamentos genéricos, as margens são livres. Em Espanha, a margem é de 27,9%, se o preço de venda ao público do medicamento for inferior a 141,43€, tomando um valor fixo de 37,94€ para preços superiores. Nos medicamentos genéricos, no entanto, a margem sobe para 33%.

A Alemanha adoptou em 2004 um novo sistema de remuneração das farmácias que passaram a receber um montante fixo de 8,10€ por embalagem, acrescido de uma margem de 3% sobre o preço tabelado de grossista. Na Holanda, Irlanda e Reino Unido, vigoram sistemas semelhantes, recebendo as farmácias um montante fixo por receita e, nalguns casos, um valor variável dependente de factores diversos. A diversidade destes sistemas cria sensíveis dificuldades às comparações internacionais das margens das farmácias.

### ***C. A diversidade do enquadramento normativo do sector, a nível europeu***

Ao longo das secções anteriores, a par do enquadramento normativo vigente em Portugal, foram sendo sucintamente apresentadas as soluções adoptadas nos países do *benchmark*. Nesta secção final do capítulo, ensaia-se uma breve síntese da diversidade de soluções existentes, ilustrada na Tabela 25. Um tratamento mais desenvolvido deste tema pode ser encontrado no Anexo I, onde se apresenta ainda uma descrição da evolução recente de alterações no sector retalhista de medicamentos na Islândia e na Noruega.

Mesmo ao nível muito genérico de descrição utilizado na tabela, da vintena de regras que consideramos, apenas três são comuns a todos os países: a proibição de vender medicamentos que carecem de receita médica fora das farmácias, a obrigatoriedade de o funcionamento da farmácia ser objecto de direcção ou supervisão por um farmacêutico e a não fixação dos preços dos medicamentos não sujeitos a receita médica pelo Estado. Mas, não só são muito escassas as regras comuns a todos os países,

como também não existem dois países sequer em que o conjunto do normativo utilizado seja idêntico. Mesmo entre países entre os quais se poderia esperar alguma afinidade natural, como a Bélgica e a Holanda, há quase 60 anos unidos no Benelux, ou o Reino Unido e a Irlanda, são vários os pontos de divergência.

A principal conclusão que a leitura da tabela suscita é, portanto, a de que, ao contrário do que por vezes é afirmado, não parece existir um modelo padrão de regulação do sector das farmácias, pelo menos no que a estes seis países respeita.

**Tabela 25 – Síntese da legislação do sector das farmácias nos países do *benchmark***

|   | Por | Ale               | Bel | Esp | Hol | Irl | R.U. |
|---|-----|-------------------|-----|-----|-----|-----|------|
| Proibição da venda de medicamentos com receita médica fora das farmácias                  | Sim | Sim               | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim  |
| Proibição da venda de todos os medicamentos sem receita médica fora das farmácias         | Não | Não               | Sim | Sim | Não | Não | Não  |
| Proibição da venda de alguns medicamentos sem receita médica fora das farmácias           | Não | Sim               | –   | –   | ?   | Sim | Sim  |
| Proibição da venda de produtos não relacionados com saúde nas farmácias                   | Sim | Sim               | Sim | Sim | Não | Não | Não  |
| Proibição da propriedade de farmácia por não farmacêutico / sociedade de farmacêuticos    | Sim | Sim               | Não | Sim | Não | Não | Não  |
| Proibição de funcionar sem farmacêutico a superintender / dirigir o estabelecimento       | Sim | Sim               | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim  |
| Existência de restrições à entrada em termos de capitação ou localização                  | Sim | Não               | Sim | Sim | Não | Não | Não  |
| Existência de esquemas activos de apoio à instalação em zonas mal cobertas                | Não | Não <sup>45</sup> | Não | Não | Não | Não | Sim  |
| Possibilidade de venda de medicamentos por médicos, sob autorização especial              | Não | Não               | Sim | Não | Sim | Sim | Sim  |
| Necessidade de contrato com o Estado ou seguradora para processar receitas do SNS         | Não | Sim               | Sim | Não | Sim | Sim | Sim  |
| Proibição de cada farmacêutico ou sociedade ser proprietário de mais de uma farmácia      | Sim | Não               | Não | Sim | Não | Não | Não  |
| Existência de outras restrições à concentração  | Sim | Sim               | Não | Não | Não | Não | Não  |
| Proibição total da venda à distância, nomeadamente pela <i>Internet</i>                   | Sim | Não               | Sim | Sim | Não | Não | Não  |
| Proibição da publicidade às farmácias   | Sim | Não               | Sim | Sim | Não | Não | Não  |
| Proibição absoluta de substituição por genérico   | –   | –                 | Sim | –   | –   | –   | Sim  |
| Permissão de substituir por genérico, apenas se expressamente autorizada pelo prescriptor | –   | –                 | –   | –   | Sim | Sim | –    |
| Obrigaçã o da substituição por genérico, salvo se expressamente negada pelo prescriptor   | Sim | Sim               | –   | Sim | –   | –   | –    |
| Preços de medicamentos com receita médica fixados pelo Estado                             | Sim | Não               | Sim | Sim | Sim | Sim | Não  |
| Preços de medicamentos sem receita médica fixados pelo Estado                             | Não | Não               | Não | Não | Não | Não | Não  |
| Pagamento à farmácia por acto ou item (total ou parcialmente)                             | Não | Sim               | Não | Não | Sim | Sim | Sim  |

<sup>45</sup> Um esquema deste tipo existiu até 2004.

## 4) Avaliação, Recomendações e Indicadores

No capítulo anterior descrevemos de forma detalhada as normas de enquadramento da actividade das farmácias de oficina que apresentam um potencial efeito anti-competitivo. O presente capítulo procede agora à identificação daquelas em que esse efeito é mais intenso e avalia em que medida estas apresentam benefícios que justifiquem a sua manutenção.

### ***A. Metodologia e critérios de avaliação***

A multiplicidade das normas descritas no capítulo anterior e a estreita interacção que existe entre muitas delas desaconselham que cada norma seja estudada isoladamente. Por isso, a análise efectuada neste capítulo incide sobre “blocos” de normas, em geral definidos com base na concomitância dos seus efeitos. De acordo com a nossa proposta, esta análise toma por referencial o paradigma estrutura-comportamento-performance. Assim, num primeiro momento, considera-se o impacto de cada bloco de normas sobre a estrutura do mercado e o comportamento dos agentes que nele actuam. Esse impacto é classificado num de três níveis: reduzido, moderado ou forte. No entanto, mais do que perceber, em si mesmo, o efeito das normas na estrutura de mercado ou no comportamento dos agentes, o objectivo da análise é o de avaliar em que medida estas se traduzem em custos ou benefícios a nível da performance do mercado.

Em qualquer leitura do paradigma estrutura-comportamento-performance, a performance é uma realidade multi-dimensional (Scherer & Ross, 1990). Para efeitos deste trabalho, consideramos que a performance se pode decompor nos seguintes elementos:

- *Eficiência produtiva.* A eficiência produtiva refere-se à capacidade das empresas para minimizarem o custo da sua actividade. Consideramos duas vias pelas quais uma determinada norma pode afectar a eficiência produtiva. Por um lado, pode condicionar o pleno aproveitamento de economias de escala ou de gama. Isto é, pode impedir a empresa de atingir a escala de actividade ou de vender a gama de produtos ou serviços para a qual minimizaria os seus custos unitários. Por outro, a

norma pode permitir, ou mesmo impor, que a empresa não trabalhe com o mínimo custo possível, dada a sua escala de actividade e gama de produtos e serviços. Por exemplo, a norma pode impor custos desnecessários à actividade da empresa ou reduzir o incentivo para que esta procure minimizar o seu custo, como acontece, em geral, com as normas que abrigam as empresas da concorrência.

- *Eficiência alocativa.* Um mercado é eficiente, do ponto de vista alocativo, quando proporciona o máximo de satisfação aos agentes económicos por ele afectados. Num mercado de produto homogéneo, a eficiência alocativa depende fundamentalmente do preço praticado: em geral, preços que se desviem do nível concorrencial implicam uma perda de eficiência. No entanto, se o produto não é homogéneo, a eficiência alocativa pode depender também de outras características do produto. A facilidade de acesso à farmácia é uma importante condicionante da satisfação dos seus utilizadores. Esta facilidade de acesso depende, por sua vez, da localização da farmácia e do seu horário de abertura. A qualidade do serviço prestado é igualmente um factor a considerar.
- *Saúde pública.* No sector em análise, a saúde pública pode ser considerada um outro aspecto da eficiência alocativa: se o funcionamento da farmácia implica um risco para a saúde pública, põe em causa a satisfação dos consumidores que a ela recorrem. No entanto, dado o particular relevo que argumentos desta natureza assumem na explicação do enquadramento normativo das farmácias, entendemos tratá-la de forma autónoma. O funcionamento das farmácias pode ter implicações de diversa natureza sobre a saúde pública. Entendemos que, na avaliação das normas que regulam o sector, há que considerar pelo menos as suas implicações sobre a qualidade dos medicamentos vendidos, sobre a verificação e respeito da prescrição médica, sobre o uso indevido, intencional ou acidental, dos medicamentos, sobre a farmacovigilância e sobre a capacidade para retirar atempadamente do mercado determinados medicamentos, quando tal seja determinado pelas autoridades oficiais.<sup>46</sup>

---

<sup>46</sup> Quando questionado sobre qual o contributo da profissão para a defesa do interesse público, o Grupo Farmacêutico da União Europeia afirma o seguinte. "(...) in the case of pharmacists 'public interest' should be understood as contributing to the correct administration of public health. Community pharmacists play a key role in protecting public health by guaranteeing a safe and efficient distribution of medicines. The network of Community pharmacies guarantees that at the point of delivery, there is always a pharmacist available, who, as highly trained professional and an 'expert on medicines' can provide all necessary information to ensure that the therapy is correctly followed to secure the best

- *Equidade.* As normas que regulam o funcionamento das farmácias podem ter implicações em termos de equidade. Por exemplo, as normas podem levar a que alguns consumidores consigam benefícios em troca de custos impostos a outros consumidores. Ou podem levar a que alguns concorrentes sejam favorecidos em relação a outros. As normas que discriminem entre concorrentes sem que isso seja indispensável para defender o interesse público são indesejáveis por razões de equidade.
- *Contas públicas.* O mercado do medicamento tem, entre outras especificidades, a característica de o consumo ser fortemente subsidiado pelo Estado. Por isso, o funcionamento do sector tem grande repercussão nas contas públicas, importando perceber qual o impacto que o seu enquadramento normativo tem a este nível.
- *Progresso técnico.* O enquadramento normativo de um qualquer sector de actividade pode promover ou, pelo contrário, entravar o progresso técnico e tecnológico, nomeadamente a adopção de novas soluções que permitam satisfazer de forma mais adequada os consumidores.

Esta concepção multi-dimensional da performance tem, a nosso ver, a virtude de corresponder ao espírito da Lei da Concorrência, à luz da qual nos é solicitado que apreciemos as normas que enquadram o funcionamento das farmácias. Entendemos esta solicitação num sentido lato. De facto, a Lei nº 18/2003, que aprova o regime jurídico da concorrência, não contém qualquer artigo que explique, em termos gerais, a sua finalidade, nem é antecedida por preâmbulo em que tal seja feito. Assim, os propósitos da Lei têm que deduzir-se das suas disposições. Os artigos 4.º e 5.º parecem particularmente relevantes para definir os critérios pelos quais se deve guiar a nossa análise. No artigo 4.º, a Lei proíbe acordos, decisões e práticas empresariais “(...) que tenham por objecto ou como efeito impedir, falsear ou restringir de forma sensível a concorrência no todo ou em parte do mercado nacional (...)”. A Lei não proíbe, no entanto, aqueles acordos, decisões e práticas em termos absolutos, aceitando-os (artigo 5.º) quando “contribuam para melhorar a produção ou distribuição de bens e serviços ou para promover o desenvolvimento técnico ou económico (...)”.

---

outcome. In addition, the efficient network of pharmacies ensures that these products are stored correctly, the medicines are available at all times, and when problems are identified a quick recall is implemented or certain precautions regarding use are observed.” (Pharmaceutical Group of the European Union, 2003) Parece-nos que os factores que enumeramos no texto sintetizam adequadamente a visão que a própria profissão farmacêutica tem do seu contributo para a saúde pública.

Embora estas disposições não sejam directamente aplicáveis a normas e práticas que emanam do Estado, como são as que constituem o objecto deste relatório, consideramos que o critério geral de avaliação que devemos utilizar se pode delas deduzir: as normas que enquadram a actividade das farmácias devem ser consideradas indesejáveis se impedirem, falsearem ou restringirem a concorrência de forma sensível sem que, em contrapartida, contribuam para a melhoria da produção ou distribuição de bens ou serviços ou para o desenvolvimento técnico ou económico. O impedimento ou restrição da concorrência entendemo-lo como correspondendo ao nosso propósito de avaliar o impacto das normas sobre a estrutura do mercado e o comportamento dos agentes. Quanto ao eventual contributo das normas para a produção ou distribuição ou para o desenvolvimento técnico ou económico interpretamo-lo como correspondendo ao impacto da norma sobre os seis elementos da performance antes descritos.

Para cada um dos blocos de normas em análise, quando se justifique, sintetizamos a nossa avaliação dos seus efeitos na performance, em termos qualitativos, numa tabela como a seguinte:

|                       | <b>Negativo</b> | <b>Neutro</b> | <b>Positivo</b> |
|-----------------------|-----------------|---------------|-----------------|
| Eficiência produtiva  |                 |               |                 |
| Eficiência alocativa  |                 |               |                 |
| Saúde pública         |                 |               |                 |
| Equidade              |                 |               |                 |
| Progresso tecnológico |                 |               |                 |
| Contas públicas       |                 |               |                 |

Para formar a nossa opinião sobre o efeito das normas quanto a cada um destes critérios, socorremo-nos de uma multiplicidade de elementos. Os dados quantitativos fundamentais que suportam a nossa avaliação são apresentados no Anexo II. Aí apresentamos um modelo económico do funcionamento do mercado das farmácias que, com base na análise econométrica que fizemos, utilizamos para estudar o impacto de alterações no normativo legal vigente, em particular no que respeita à liberdade de entrada no sector e ao regime de fixação de preços. Os resultados apresentados são um importante elemento de suporte à avaliação que fazemos das normas nessas matérias, nomeadamente em termos de eficiência produtiva e alocativa.

A nossa avaliação não se resume, nem poderia seriamente fazê-lo, a esses elementos quantitativos: o impacto das normas sobre a saúde pública, a equidade ou o progresso técnico não é susceptível de ser reduzido a um número e não tentamos fazê-lo. No entanto, uma avaliação das normas que regulam este sector não poderia esquecer estes aspectos. Nestes domínios, a avaliação que fazemos é eminentemente qualitativa e baseia-se na opinião que formamos pelo estudo da informação a que tivemos acesso e pelo contacto com as pessoas e instituições que tivemos a oportunidade de entrevistar.

Como referimos, o sector é objecto de um pesado enquadramento normativo que condiciona de múltiplas formas o seu nível de competitividade. Não nos é, por isso, possível quantificar o impacto monetário de cada uma dessas normas *per se*. No entanto, os elementos sobre a rentabilidade das farmácias que apresentamos no capítulo 2 constituem, a nosso ver, evidência inequívoca de que as farmácias beneficiam de uma rentabilidade supra-normal muito elevada por força do enquadramento normativo que as abriga da concorrência.

A criação de um ambiente mais concorrencial no sector diminuiria essa rentabilidade supra-normal. Em si mesmo, este seria um mero efeito redistributivo, transferindo rendimento dos farmacêuticos para os consumidores e o Estado. Na medida em que se entenda que a distribuição do rendimento que resulta das actuais normas é indesejável, o problema poderia ser atacado sem alterar, no essencial, o enquadramento normativo do sector. Bastaria reduzir as margens de que as farmácias beneficiam na venda dos seus produtos. O actual Governo deu já passos nesse sentido, com a aprovação da Portaria n.º 618-A/2005 que, precisamente, procedeu a uma redução dessas margens, com efeito a partir do mês de Setembro. Mas, mais do que um instrumento para corrigir problemas de distribuição de rendimento, a concorrência é um instrumento para promover a eficiência na afectação dos recursos.

## **B. Avaliação**

Para efeitos de avaliação, agrupamos as principais normas identificadas no capítulo anterior em quatro blocos. O primeiro bloco estabelece um conjunto de “condições básicas de exercício da actividade”, definindo o que é uma farmácia e as regras a que está obrigada no seu funcionamento. O segundo é constituído por normas que visam condicionar o número e a localização das farmácias. O terceiro reúne as

normas que condicionam o acesso à propriedade da farmácia. Finalmente, o quarto bloco agrupa as normas que condicionam o comportamento concorrencial das farmácias.

## 1. Condições básicas de exercício da actividade

O primeiro bloco de normas que analisamos estabelece um conjunto de regras básicas de funcionamento do sector.

**Tabela 26 – Condições básicas de exercício da actividade (1)**

|   |          |
|---|----------|
| Para poderem exercer a sua profissão, os farmacêuticos têm que se inscrever na Ordem dos Farmacêuticos  | pág. 74  |
| A abertura e funcionamento das farmácias estão condicionados à obtenção de alvará junto do INFARMED.  | pág. 66  |
| A farmácia não pode funcionar sem farmacêutico que “efectiva e permanentemente” assegure a respectiva direcção técnica, assumindo a responsabilidade por todos os actos farmacêuticos aí praticados | pág. 101 |
| Obrigaçao de vender qualquer medicamento solicitado, mesmo que não exista no stock da farmácia  | pág. 90  |
| Obrigaçao de prestar informação aos consumidores  | pág. 90  |
| Obrigaçao de informar sobre a existência de genéricos   | pág. 90  |
| Proibiçao da publicidade de medicamentos sujeitos a receita médica dirigida ao público  | pág. 98  |

A obrigatoriedade de inscrição dos farmacêuticos na respectiva Ordem poderia eventualmente constituir uma barreira à entrada no mercado, particularmente se a inscrição envolvesse um custo muito expressivo. No entanto, não parece que os cerca de 200 euros de jóia e os cerca de 15 euros de quota mensal em que incorre um membro da Ordem apontem nesse sentido.<sup>47</sup> A estes custos haverá, é certo, que somar os que decorrem da frequência periódica de actividades formativas que a Ordem dos

<sup>47</sup> A Ordem dos Farmacêuticos segue uma política de diferenciação das condições de inscrição, em função do tempo decorrido desde a conclusão da licenciatura, de forma a incentivar a inscrição dos jovens farmacêuticos. Especificamente, a jóia de inscrição é de 165€, até dois anos depois de concluída a licenciatura, de 210€, entre os dois e os cinco anos, e de 273€, a partir desse limite. A quota mensal é de 12,50€ até dois anos depois da licenciatura (excepto se exercer funções de direcção técnica ou for proprietário ou co-proprietário de farmácia) e de 17,25€ a partir de então.

Farmacêuticos exige no âmbito do processo de revalidação das carteiras profissionais que iniciou recentemente. Haverá ainda que ter em conta que a inscrição na Ordem pressupõe a conclusão do curso de Ciências Farmacêuticas que, essa sim, implica um custo significativo. No entanto, como assinalamos na caracterização do sector, o elevado número de alunos que frequentam esta licenciatura demonstra que esta barreira não é particularmente efectiva. Assinale-se, por outro lado, que estas regras se aplicam de forma não discriminatória a todos os farmacêuticos, não garantindo às farmácias já instaladas no mercado qualquer vantagem sobre os candidatos à entrada. Além disso, a obrigatoriedade de inscrição na Ordem, e exigências associadas, tem virtualidades que não devem ser esquecidas, nomeadamente na promoção da deontologia profissional que se traduz em melhor serviço para os consumidores. Aliás, normas de cariz similar existem na generalidade dos países que analisámos. A barreira normativa que merece discussão mais aprofundada é a que exige que a propriedade da farmácia pertença exclusivamente a farmacêuticos, não a que exige que estes últimos tenham que estar inscritos na Ordem.

A necessidade de uma autorização administrativa para iniciar e manter a actividade constitui uma barreira à entrada no sector das farmácias, nomeadamente porque implica custos adicionais para o candidato à entrada. Tendo a natureza de custos afundados, os custos associados à obtenção do alvará conferem alguma vantagem competitiva às empresas já instaladas sobre os candidatos à entrada. No entanto, entendemos que existem razões que justificam a existência desta norma ou de outra de efeito análogo. Por um lado, a comercialização de medicamentos tem exigências, nomeadamente em termos das condições físicas do local de venda, que excedem as que se aplicam a muitos outros produtos. Por outro, há toda a conveniência em que a autoridade que regula o sector disponha de um registo permanente e actualizado de todos as empresas e locais de venda, tendo em vista o cumprimento da sua missão de farmacovigilância e a possibilidade de proceder à atempada retirada do mercado de determinados medicamentos. Não sendo a única, a exigência de alvará para o exercício da actividade é uma das formas possíveis para assegurar estes objectivos. Admitir a existência do alvará não é, no entanto, equivalente a defender a forma como estes são actualmente atribuídos, questão que tratamos desenvolvidamente em ponto posterior.

A obrigatoriedade de dispor de farmacêutico que exerça a direcção técnica da farmácia onera, evidentemente, a exploração desta actividade e, desta forma, poderá igualmente ter algum efeito em termos de desincentivo à entrada. No entanto, há óbvias vantagens em termos de qualidade de serviço e saúde pública em garantir que a dispensa de medicamentos seja supervisionada por alguém com capacidade científica e profissional adequada. Normas semelhantes existem em todos os países do *benchmark*.

Também a obrigatoriedade de vender qualquer medicamento que seja solicitado pelo comprador poderia desincentivar nalguma medida a entrada, uma vez que pode levar as farmácias a incorrer em custos acrescidos de stockagem. Assinala-se, no entanto, que este custo é minorado, em parte significativa, pelo eficaz sistema logístico que liga grossistas de medicamentos e farmácias, com os primeiros a colocarem rapidamente na farmácia qualquer medicamento de que esta careça. E, ainda que implique um custo para a farmácia, esta norma desempenha um importante papel na garantia do respeito integral pela prescrição médica. Além disso, também esta norma se aplica de forma não discriminatória, não garantindo qualquer vantagem ao incumbente sobre o candidato à entrada.

O eventual custo decorrente das obrigações de prestação de informação aos consumidores, e concomitantes efeitos em termos de detenção da entrada, parecem ser muito limitados. Além disso, esta norma incide de forma não discriminatória sobre todos os concorrentes e tem potenciais contrapartidas na qualidade do serviço prestado, na saúde pública e mesmo, no que à informação sobre genéricos respeita, nas contas públicas.

Se bem que as farmácias pudessem eventualmente ter interesse, no quadro da sua actuação comercial, em publicitar os produtos que vendem, e nomeadamente os medicamentos sujeitos a receita médica que constituem a larga maioria do seu volume de negócios, essa hipótese é pouco plausível. Estando estes medicamentos generalizadamente disponíveis em qualquer farmácia, a publicidade que alguma delas fizesse iria, em grande parte, reverter em favor dos seus concorrentes. É portanto improvável que as farmácias, mesmo se fossem livres de o fazer, pudessem estar interessadas em investir significativamente neste tipo de actividade. Por isso, entendemos que a proibição da publicidade a medicamentos sujeitos a receita médica

não tem um impacto significativo na concorrência entre farmácias.<sup>48</sup> Em contrapartida, esta norma poderá eventualmente ter impacto positivo na saúde pública ao reduzir o risco de que o paciente procure pressionar o médico no sentido de prescrever determinado medicamento com base em informação publicitária ou até de que, à margem da lei, procure adquirir o medicamento sem a necessária prescrição.

|                       | Negativo | Neutro | Positivo |
|-----------------------|----------|--------|----------|
| Eficiência produtiva  |          | X      |          |
| Eficiência alocativa  |          |        | X        |
| Saúde pública         |          |        | X        |
| Equidade              |          | X      |          |
| Progresso tecnológico |          | X      |          |
| Contas públicas       |          |        | X        |

Em síntese, entendemos que o impacto anti-concorrencial deste bloco de normas é reduzido e que estas podem, pelo contrário, traduzir-se em benefícios a nível de vários dos elementos da performance do sector, como descrito na tabela anterior. Consequentemente, entendemos não recomendar alterações a este bloco de normas.

A Tabela 27 enumera um segundo bloco de normas que consideramos que estabelecem ainda condições básicas de funcionamento da actividade farmacêutica.

**Tabela 27 – Condições básicas de exercício da actividade (2)**

|  |         |
|--|---------|
| Existência de restrições aos locais onde se podem vender medicamentos                        | pág. 62 |
| A venda à distância, nomeadamente <i>on-line</i> , não é permitida                           | pág. 62 |
| A gama de produtos que podem ser vendidos nas farmácias é estabelecida por lei               | pág. 85 |
| Na farmácia não se podem prestar outros serviços de saúde que não a dispensa de medicamentos | pág. 85 |

Em Portugal foi recentemente autorizada a venda de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias, em locais que cumpram determinados requisitos, continuando aquelas a ter o exclusivo da venda dos medicamentos sujeitos a receita médica. A limitação da venda de medicamentos sujeitos a receita médica às farmácias e

<sup>48</sup> Questão diferente é a do impacto na concorrência entre fabricantes de medicamentos que ultrapassa o âmbito do nosso trabalho.

os requisitos exigidos aos estabelecimentos autorizados a vender os restantes medicamentos restringem a concorrência nesta actividade. No entanto, existem importantes razões de saúde pública para que existam restrições aos locais onde se podem vender medicamentos.

Os consumidores de medicamentos debatem-se, em muitos casos, com insuficiente formação e informação para poderem escolher autonomamente os medicamentos que devem utilizar. Por este motivo, em Portugal, como em todos os países que analisamos, grande parte dos medicamentos só podem ser vendidos mediante prescrição médica. Nesses casos, é importante que no local de venda estejam técnicos devidamente preparados de forma a dispensar o medicamento de acordo com o que foi prescrito, bem como a interpretar a prescrição e detectar eventuais lapsos que possam ter ocorrido. É igualmente importante que estes técnicos estejam preparados para aconselhar os consumidores quanto ao uso adequado do medicamento, diminuindo o risco de problemas de saúde decorrentes da sua incorrecta utilização. A presença de técnicos devidamente preparados dificilmente poderia ser assegurada se os medicamentos pudessem ser vendidos livremente em qualquer local.

A presença destes técnicos no local de venda é igualmente importante para que estes possam cumprir as suas obrigações no âmbito do sistema de farmacovigilância, detectando e alertando as autoridades relevantes para eventuais problemas decorrentes da utilização do medicamento. Além disso, é importante que os locais em que os medicamentos são vendidos sejam do conhecimento das autoridades, quer para permitir a adequada fiscalização do cumprimento das normas que devem presidir à comercialização de medicamentos, quer para viabilizar as operações de retirada do mercado que se revelem necessárias.

Atendendo a estas ponderosas razões, entendemos que é compatível com os propósitos da Lei da Concorrência que existam restrições aos estabelecimentos que podem vender medicamentos. Importa, no entanto, que estas restrições não vão além do que é necessário para assegurar a saúde pública. Encontram-se, na Europa, diferentes soluções neste domínio.

Entre os seis países que analisámos, a Bélgica e a Espanha proíbem a venda de quaisquer medicamentos fora das farmácias, tal como acontecia anteriormente em Portugal. Na Alemanha, na Holanda, na Irlanda e no Reino Unido, alguns

medicamentos podem ser vendidos noutros estabelecimentos. Nenhum destes países, no entanto, permite a venda de todos os medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias.<sup>49</sup> Em todos os casos, a solução adoptada é a de permitir a venda fora de farmácia apenas dos medicamentos constantes de uma lista restrita, definida tendo em conta nomeadamente critérios de segurança no uso não acompanhado. Considerando a segurança garantida por via do produto, estes países colocam restrições muito reduzidas aos estabelecimentos que podem vender estes medicamentos, não exigindo nomeadamente a presença de técnicos especialmente qualificados.

Em Portugal, a solução adoptada é de permitir a venda de todos os medicamentos não sujeitos a receita médica fora da farmácia, salvo os que sejam comparticipados pelo Estado, mas em contrapartida de exigir a presença de técnicos qualificados no local de venda. Quando comparada com a solução prevalecente nos restantes países europeus que permitem a venda de medicamentos fora da farmácia, esta solução tem vantagens e inconvenientes. A vantagem é a de potencialmente permitir o acesso a um vasto leque de medicamentos fora da farmácia. A desvantagem é a de, ao fazer exigências de recursos humanos aos estabelecimentos que pretendam vender estes medicamentos, reduzir o número dos que estarão interessados em fazê-lo, não garantindo uma facilidade geográfica de acesso tão acentuada como acontece naqueles países. Tratando-se de matéria objecto de alteração legislativa muito recente, ainda não tendo sido possível avaliar o seu impacto, entendemos não emitir qualquer recomendação nesta matéria.

Portugal, à semelhança da Bélgica e da Espanha, não permite a venda à distância de medicamentos, nomeadamente a sua venda pela *Internet*. Esta restrição limita a concorrência e dificulta o desenvolvimento de novas formas de servir o interesse do consumidor que poderiam diminuir eventuais problemas de acesso à farmácia. No entanto, tal como no caso anterior, há razões de saúde pública que justificam uma cuidadosa ponderação sobre a conveniência de eliminar esta restrição. As mais relevantes parecem ser as que se prendem com as desvantagens, em termos de aconselhamento do utilizador e de farmacovigilância, que podem decorrer do desaparecimento do contacto face a face entre consumidor e farmacêutico, com

---

<sup>49</sup> Como se explica no capítulo anterior, não pudemos confirmar integralmente a situação vigente na Holanda.

eventuais consequências em termos de uso indevido do medicamento. Não parece, no entanto, que estas dificuldades sejam inultrapassáveis.<sup>50</sup>

Quanto aos restantes factores que, no início deste capítulo, incluímos sob a designação de saúde pública, não parece que a venda à distância de medicamentos por estabelecimentos sujeitos ao cumprimento dos requisitos legais, como são as farmácias, tenha qualquer impacto negativo sobre a qualidade dos medicamentos, sobre a verificação e respeito pela prescrição médica ou sobre a retirada de medicamentos do mercado quando tal seja determinado pelas autoridades competentes. Muito pelo contrário, parece até provável que a possibilidade de venda à distância por parte de estabelecimentos devidamente qualificados tivesse um impacto positivo nessas matérias, ao reduzir o campo de actuação da miríade de entidades de credibilidade duvidosa que actualmente se dedicam ilegalmente à venda de medicamentos pela *Internet*, como resulta da análise empírica de Arruñada (2003).<sup>51</sup>

Entendemos que as autoridades competentes deveriam, por isso, analisar a possibilidade de permitir às farmácias a venda de medicamentos à distância, nomeadamente pela *Internet*, se for possível garantir um grau de segurança nesse comércio análogo ao que é garantido na venda ao balcão. O estudo da experiência de países que já o permitem, como a Alemanha, a Holanda, a Irlanda e o Reino Unido, poderá facilitar a construção de uma solução adequada ao contexto português.

As farmácias portuguesas são, por determinação legal, estabelecimentos especializados na venda de medicamentos, existindo uma lista restrita de outros produtos que podem comercializar: “acessórios de farmácia, produtos destinados à higiene e à profilaxia, águas mineromedicinais, produtos dietéticos e artigos de perfumaria, de óptica, de acústica médica e de prótese geral”, para além de produtos de fitofarmácia.

Do ponto de vista económico, a imposição da especialização tem o inconveniente de inviabilizar a exploração de economias de escala e gama na actividade

---

<sup>50</sup> Aliás, note-se que mesmo na situação actual, a venda do medicamento não envolve muitas vezes o contacto face a face entre farmacêutico e o utilizador, sendo a aquisição feita por entreposta pessoa.

<sup>51</sup> Este autor, numa análise empírica às farmácias *online* conclui que “(...) where online pharmacies are allowed to act legally, market forces enhance quality, as private insurers require professional standards, and specialized third parties make a business of certifying them. (...) Overall, this evidence supports licensing online pharmacies, especially considering that prohibiting them is ineffective against fraudulent sites.”

retalhista, resultando eventualmente num maior custo de operação que, em última análise, será suportado pelo consumidor. Sendo, em si mesmo, uma consequência negativa desta norma, este acréscimo de custo pode constituir uma barreira à entrada em mercados de pequena dimensão, onde não seja possível rentabilizar um estabelecimento especializado na venda de determinada categoria de produtos. Ou seja, a imposição da especialização das farmácias pode aumentar os custos de distribuição dos medicamentos, e consequentemente os seus preços, e dificultar o acesso aos consumidores de áreas escassamente povoadas ou economicamente débeis.

Assinale-se ainda que a decisão de permitir a venda de alguns medicamentos fora das farmácias vai, em relação a parte do seu negócio, colocá-las em concorrência com outros tipos de estabelecimentos que não estão sujeitos à mesma restrição, discriminação que é questionável em termos concorrenciais. No entanto, nos contactos que fizemos na nossa investigação, os responsáveis pelas principais organizações de farmacêuticos não mostraram preocupação nesta matéria.

Alega-se, em defesa da situação actual, que uma alteração do carácter especializado das farmácias poderia ter impacto negativo na sua reputação e na confiança de que gozam junto dos consumidores. Sendo naturalmente verdade que tal pode ocorrer, não está em causa impor que as farmácias devam ser estabelecimentos com uma gama diversificada de produtos mas antes saber se isso lhes deve ser consentido, permitindo aos consumidores escolher entre farmácias com diferentes modelos de negócio.

Ainda assim, uma vez que entendemos que o efeito anti-concorrencial da norma actual é reduzido, não consideramos prioritárias alterações nesta matéria.

As desvantagens económicas da especialização, anteriormente referidas, são igualmente invocáveis no que respeita à proibição de que na farmácia sejam prestados serviços de saúde, para lá da própria dispensa de medicamentos. Acrescente-se, neste caso, aos efeitos negativos nos custos da farmácia, os que se verificam sobre o consumidor que, em muitas circunstâncias, poderia ficar beneficiado pela possibilidade de lhe serem prestados diversos serviços de saúde no mesmo local.

Existe, no entanto, na legislação, a preocupação de autonomizar a dispensa do medicamento da prática de outros serviços de saúde. Em parte, tal parece corresponder

ao desejo de marcar claramente a diferença entre as competências específicas das diversas profissões de saúde, evitando que o consumidor menos informado possa ser induzido em erro pela sua coexistência. Em parte, corresponde claramente ao propósito de evitar que os incentivos económicos que correspondem à prática de uma profissão condicionem a prática de outra, como discutimos mais detalhadamente adiante, a propósito das normas que impedem outros profissionais de saúde de se associar com farmacêuticos na exploração de farmácia.

Dado o suficiente mérito que atribuímos a estes argumentos e o reduzido impacto anti-concorrencial que atribuímos a esta restrição, entendemos não formular propostas de alteração nesta matéria.

## 2. Condicionamento administrativo do número e localização das farmácias

Como se analisou no capítulo anterior, a entrada de novas farmácias no mercado português é regulada de forma a assegurar que o seu número e distribuição geográfica correspondem ao que é determinado por entidades administrativas. A Tabela 28 recorda as principais normas nesta matéria.

**Tabela 28 – Condicionamento administrativo da entrada (1)**

|   |         |
|---|---------|
| A entrada de uma nova farmácia no mercado só é possível mediante a vitória em concurso aberto por iniciativa administrativa para uma localização específica | pág. 67 |
| A entrada de uma nova farmácia só é possível se, no concelho de instalação, existir um determinado número mínimo de habitantes por farmácia                 | pág. 67 |
| A entrada de uma nova farmácia só é possível se a nova farmácia se situar a uma determinada distância mínima das farmácias já existentes                    | pág. 67 |
| A farmácia não se pode instalar a menos de uma determinada distância de centros de saúde e hospitais  | pág. 72 |

O condicionamento da entrada no mercado à obtenção de autorização em concurso de iniciativa administrativa e sujeita ao cumprimento de requisitos de capitação e distância mínima entre farmácias tem um forte impacto na estrutura do mercado. O objectivo da existência destas normas não é outro, aliás, senão impedir que

o número e distribuição geográfica das farmácias sejam aqueles que resultariam do livre jogo das forças de mercado. De acordo com a análise quantitativa que apresentamos no Anexo II, a liberalização da entrada no mercado, mantendo-se as normas vigentes em matéria de preço e margens, conduziria a um crescimento muito acentuado do número de farmácias em actividade, com evidentes vantagens em termos de facilidade de acesso por parte dos consumidores: de facto, é previsível que o número médio de habitantes por farmácia descesse abaixo dos 2.000, situando-se entre os valores actualmente existentes na Bélgica e na Grécia.<sup>52</sup> A manutenção do actual regime de condicionamento da entrada só poderia, assim, justificar-se caso lhe pudessem ser atribuídos efeitos positivos muito significativos a nível da performance do sector. Importa, por isso, perceber quais os benefícios que justificam a existência deste regime.

Evidentemente, as restrições à entrada no sector das farmácias contribuem para proteger a sua viabilidade económica, dando aliás cumprimento ao disposto no artigo 50.º do Decreto-Lei n.º 48547, de 1968, que precisamente dispõe que as condições de autorização da abertura de novas farmácias devem ter em conta o seu impacto a esse nível. Não parece que esta disposição se coadune com os objectivos da Lei da Concorrência, à luz da qual nos é solicitado que analisemos a situação do sector: a ideia de que a concorrência, precisamente por pôr em causa a viabilidade económica das empresas, cria um poderoso incentivo para que estas procurem garantir a maior satisfação dos consumidores está subjacente à existência de legislação para defender a concorrência, que não os concorrentes. Entendemos, portanto, que os efeitos sobre a viabilidade económica das farmácias não são um benefício relevante à luz do critério de análise que nos foi proposto. Consequentemente, entendemos também recomendar que, no Decreto-Lei n.º 48547 e nos restantes diplomas legais que regulam a actividade das farmácias, sejam eliminadas todas as referências à respectiva viabilidade económica, ficando as decisões das autoridades públicas condicionadas apenas a critérios de protecção da saúde e serviço às populações.

Argumenta-se, em defesa da existência deste tipo de restrições à entrada, que existe um risco significativo de que o livre jogo das forças do mercado não conduzisse a uma adequada cobertura do território nacional, negando a determinados grupos populacionais um acesso adequado a produtos indispensáveis, como são os

---

<sup>52</sup> Ver Anexo II.

medicamentos. O Grupo Farmacêutico da União Europeia, por exemplo, afirma que “Many countries link the establishment of new pharmacies to the number of inhabitants in a given area or to the characteristics of the territory (e.g. low population density, mountainous areas). The application of such population and geographical criteria has proven to be a key element in the organisation of national healthcare systems, designed to guarantee high quality, accessible pharmacy services throughout the national territory.” (Pharmaceutical Group of the European Union, 2004)

No contexto português, parece existir nomeadamente o receio de que a liberalização da entrada conduzisse a uma concentração das farmácias nos grandes centros urbanos, implicando um acesso deficiente para os consumidores de zonas rurais, menos populosas ou economicamente menos favorecidas. Em defesa das normas vigentes em Portugal, alega-se frequentemente que garantem uma boa cobertura farmacêutica do território e uma distribuição das farmácias mais homogénea do que a de outras profissões de saúde. Numa publicação recente, a ANF sustenta que existe em Portugal “(...) uma rede geograficamente equilibrada e adaptada à distribuição da população. Este equilíbrio – entre o litoral e o interior, entre as cidades e as aldeias, entre as regiões mais ricas e as mais pobres – não tem paralelo com nenhuma outra rede de equipamentos de saúde nem com a disponibilidade de outros técnicos.” (Associação Nacional das Farmácias, 2005)

Embora legítimos, entendemos que os receios em relação à capacidade do mercado para assegurar uma boa cobertura farmacêutica do território não são justificados. Em primeiro lugar, a realidade de diversos países europeus mostra que a distribuição de medicamentos e a prestação de serviços farmacêuticos se pode fazer sem este tipo de regulamentação. De facto, entre os seis países que nos foi solicitado que analisássemos, apenas a Bélgica e a Espanha adoptam regimes de condicionamento da entrada de alguma forma análogos ao português. Na Alemanha, na Holanda, na Irlanda e no Reino Unido não existe condicionamento administrativo da entrada no mercado nem, conseqüentemente, restrições à entrada com base em critérios de capitação ou distância entre farmácias.<sup>53</sup> E, no entanto, três destes quatro países, a Alemanha, a

---

<sup>53</sup> Como assinalamos no capítulo anterior, tanto na Irlanda como no Reino Unido, uma farmácia que pretenda dispensar receitas passadas no quadro do respectivo Sistema Nacional de Saúde necessita de assinar um contrato com as autoridades locais de saúde, o que tem algum efeito de detenção da entrada. No Reino Unido, a obtenção do contrato envolve a satisfação de um critério de “necessidade” ou

Irlanda e o Reino Unido, apresentam capitações por farmácia da mesma ordem de grandeza da existente em Portugal. A evidência internacional não parece portanto corroborar os receios enunciados antes.

Em segundo lugar, há que assinalar a excepcionalidade da solução de condicionamento administrativo da entrada que vigora no sector, no contexto da economia portuguesa. A generalidade dos bens e serviços indispensáveis à vida contemporânea, seja no sentido biológico, como os alimentos, seja no sentido social, como os combustíveis, por exemplo, são distribuídos por todo o território nacional sem que exista um regime semelhante. Não temos conhecimento de qualquer evidência que permita sustentar que a cobertura do território nesses domínios apresente deficiências significativas, nem de qualquer proposta para condicionar a entrada nesses sectores para resolver eventuais deficiências. Mesmo no domínio da saúde, a situação no sector das farmácias é excepcional. E se é certo que a distribuição das farmácias no território é mais uniforme do que a de outros serviços de saúde, a verdade é que, olhando aos dados divulgados pela ANF que já citámos (Associação Nacional das Farmácias, 2005), tal não parece ter impacto significativo na satisfação dos utentes: de acordo com esses dados, a satisfação dos portugueses com as farmácias é sensivelmente idêntica à sua satisfação com os consultórios/clínicas privados e com os centros de diagnóstico, sectores em que vigora um regime de livre entrada.

Finalmente, e mais importante, há que notar que o regime actual não cria qualquer incentivo para a instalação de farmácias que não existisse igualmente num regime de livre entrada. O que o regime actual faz é restringir a entrada nas zonas que os candidatos à entrada consideram mais atractivas “desviando-os”, dessa forma, para outras zonas, em termos relativos, menos atractivas. No entanto, aqueles que se instalam nestas zonas menos atractivas não beneficiam de nenhum tipo de subsidiação e, portanto, só o fazem se têm a expectativa de uma actividade rentável. Ora, não é razoável supor que num regime de livre entrada haja menos interessados em explorar

---

“conveniência” que torna a barreira mais relevante. Na Irlanda, a obtenção do contrato é apenas condicionada ao cumprimento de determinados requisitos de funcionamento, não havendo restrições geográficas ou de capitação. É, no entanto, importante assinalar que esse tipo de restrições existiu entre 1996 e 2002. Purcell (2004) afirma que “An immediate visible consequence of the introduction of the Regulations was the decline in the number of new pharmacies with community contracts. Prior to the introduction of the regulations (during 1991 to 1996), the growth in contract pharmacies was greater than the growth in population. After 1996, the growth rate in the number of contract pharmacies dropped below that of the population growth rate.”

oportunidades de negócio rentáveis do que existem num regime de entrada condicionada. Logo, de um ponto de vista de teoria económica, não é de esperar que a liberalização da entrada pudesse resultar em qualquer tendência significativa para uma redução da cobertura farmacêutica nas zonas menos atractivas.

A noção de que as normas actuais são necessárias para assegurar uma boa cobertura das zonas menos atractivas só faz sentido num contexto em que o número de farmácias é fixo, seja por determinação legal, seja por insuficiência dos recursos, nomeadamente recursos humanos, necessários à sua operação. Nesse caso, face a um cenário de liberalização da entrada, as farmácias de zonas menos atractivas poderiam transferir-se para zonas mais atractivas, levando a uma degradação da cobertura farmacêutica nas primeiras. Mas, precisamente, a liberalização da entrada faz com que o número de farmácias não seja fixo, respondendo antes às necessidades do mercado: caso as farmácias actualmente instaladas nas zonas menos atractivas as abandonassem, outras apareceriam para explorar as oportunidades de mercado de negócio aí existentes. A possibilidade da insuficiência de recursos humanos, nomeadamente de farmacêuticos, poder restringir este efeito não parece, no contexto nacional, plausível: como assinalamos no capítulo 2, a evidência relativa aos concursos que têm sido abertos pelo INFARMED revela a existência de um grande número de farmacêuticos interessados na abertura de novas farmácias e as escolas nacionais lançam anualmente mais de meio milhar de novos licenciados no mercado.

Afirmar que a liberalização da entrada não levaria a uma degradação da cobertura farmacêutica não é, no entanto, equivalente a afirmar que não se verificariam alterações no padrão de distribuição espacial das farmácias. Num regime de livre entrada, é de esperar que esta se verifique de forma mais intensa nas zonas mais atractivas, por existir mais procura insatisfeita, acontecendo em menor medida nas que são menos. Como mostramos na Tabela 13, as zonas de maior densidade populacional têm, hoje em dia, uma maior capitação por farmácia. Parece, portanto, provável que sejam essas as zonas com maior potencial para atrair novas farmácias.

A evidência empírica de países que procederam recentemente à liberalização da entrada no sector das farmácias vai precisamente no sentido que aqui apontamos, tendo o número global de farmácias aumentado substancialmente. O aumento foi muito

acentuado em zonas urbanas mas a cobertura das zonas rurais não se degradou.<sup>54</sup> Também a análise quantitativa que apresentamos no Anexo II aponta no mesmo sentido. Embora as limitações dos dados estatísticos que serviram de base à análise impliquem que se deva encarar com cautela a desagregação geográfica dos resultados de nível nacional, os resultados apontam para que, num cenário de liberalização da entrada, se verificasse uma tendência generalizada para o aumento do número de farmácias em quase todo o território, embora mais acentuada nas principais zonas urbanas: cerca de um terço das novas farmácias abririam nos dez concelhos mais populosos.

Considerados estes argumentos, parece que o efeito em termos de acesso à farmácia do regime de condicionamento administrativo da entrada que actualmente vigora é o de prejudicar a cobertura farmacêutica nas zonas mais atractivas sem, em contrapartida, criar qualquer incentivo para a instalação de farmácias em zonas não rentáveis. Por este motivo, estas normas têm um impacto indesejável em termos de eficiência alocativa.

O impacto destas normas em termos de eficiência produtiva é indeterminado. Por um lado, ao restringirem o número de farmácias, as normas permitem-lhes aumentar a sua escala de actividade, beneficiando eventualmente de economias de custos. Como explicamos no Anexo II, em mercados com as características do aqui analisado, a livre entrada tenderia a resultar num número de empresas que ultrapassaria o óptimo social, resultando em desperdício de custos fixos. Este efeito é particularmente acentuado se, como acontece actualmente em Portugal, o estímulo à entrada é reforçado por normas que impedem a concorrência pelo preço entre as empresas presentes no mercado. Mas, por outro lado, ao protegerem as empresas de uma concorrência mais intensa, estas normas reduzem o incentivo à busca da maior eficiência produtiva, podendo inclusive repercutir-se negativamente no ritmo de progresso no sector.

Salvaguardado que esteja o cumprimento das condições básicas de exercício da actividade discutidas anteriormente, não vemos que as restrições à entrada de novas farmácias tragam qualquer impacto em termos de saúde pública, para lá dos inconvenientes em termos de acesso que assinalamos, mas que classificamos como uma questão de eficiência alocativa. Em termos de equidade, o único eventual efeito das actuais normas é o de discriminar geograficamente entre consumidores, não sendo claro

---

<sup>54</sup> Ver a descrição das experiências islandesa e norueguesa no Anexo I.

que este efeito possa ser considerado positivo. Finalmente, o efeito das normas nas contas públicas é provavelmente diminuto e de sinal indeterminado: por um lado, obrigam a despesa com a tramitação dos concursos de abertura de novas farmácias; por outro, restringem o número de farmácias a fiscalizar pelas autoridades.

|                       | <b>Negativo</b> | <b>Neutro</b> | <b>Positivo</b> |
|-----------------------|-----------------|---------------|-----------------|
| Eficiência produtiva  |                 | ?             |                 |
| Eficiência alocativa  | X               |               |                 |
| Saúde pública         |                 | X             |                 |
| Equidade              |                 | ?             |                 |
| Progresso tecnológico |                 | X             |                 |
| Contas públicas       |                 | ?             |                 |

Tratando-se de normas que restringem fortemente a concorrência e não se lhes vislumbrando impacto positivo em nenhum dos elementos da performance do sector, entendemos que devem ser eliminadas as restrições administrativas à entrada no sector das farmácias, nomeadamente as que decorrem do condicionamento da entrada à vitória em concurso de iniciativa administrativa e as actuais restrições de capitação por farmácia. Sendo eliminadas as restrições à entrada de novas farmácias no sector, entendemos que igualmente deveriam sê-lo as restrições ao trespasse e cessão de exploração de farmácias já existentes, até porque essas restrições poderiam passar a ser ultrapassadas através da simulação do encerramento e abertura de uma nova farmácia.

Quanto à imposição de uma distância mínima entre farmácias, e entre farmácias e centros de saúde e hospitais, entendemos que não existem razões que justifiquem a manutenção destas normas mas atribuímos menor grau de prioridade à sua eliminação, uma vez que são menos limitativas do número de farmácias em actividade. Em qualquer caso, a manter-se uma restrição de distância entre farmácias, não vislumbramos argumento que justifique que a distância mínima não seja uniformizada no menor valor actualmente permitido, ou seja, 300 metros.

Como argumentámos anteriormente, o actual regime de condicionamento da entrada não cria qualquer incentivo para a venda de medicamentos e a prestação de serviços farmacêuticos em zonas em que essa actividade não seja rentável: como argumenta o Tribunal de Defesa de la Competencia (1995) a propósito do regime análogo que vigora em Espanha, é um regime que limita o número máximo de

farmácias em cada zona e não um regime que garanta a existência de um número mínimo destes estabelecimentos, onde eles se revelem necessários, como faria sentido para assegurar a boa cobertura do território. Se, porventura, após a liberalização da entrada, as autoridades competentes entendessem que existiam zonas do território nacional que ainda não beneficiavam de uma cobertura adequada, haveria que considerar a hipótese de criar mecanismos para eliminar esse problema. O Reino Unido utiliza um mecanismo designado *Essencial Small Pharmacy Scheme*, que vai ser substituído no próximo ano por um mecanismo alternativo, para garantir um rendimento adicional às farmácias que se instalam em determinadas zonas que as autoridades consideram ter uma cobertura farmacêutica deficiente.<sup>55</sup> Na Bélgica, na Holanda, na Irlanda e no próprio Reino Unido, procura também resolver-se esse problema permitindo, em casos muito particulares, que os médicos possam vender medicamentos. No nosso próprio país, soluções como os postos de medicamentos são utilizadas para o mesmo efeito. Estas ou outras soluções poderiam ser consideradas para lidar com este tipo de problema.

Pretendendo restringir a entrada de novas farmácias, a legislação em vigor estabelece os critérios a utilizar para seleccionar os concorrentes que são autorizados a entrar no mercado.

**Tabela 29 – Condicionamento administrativo da entrada (2)**

|  |         |
|--|---------|
| O número de anos de experiência profissional é tido em conta na atribuição da classificação de cada concorrente                                      | pág. 80 |
| O número de anos de residência no concelho em que se pretende instalar a farmácia é tido em conta na atribuição da classificação de cada concorrente | pág. 80 |
| A idade do candidato e a classificação obtida na licenciatura são critérios de desempate   | pág. 80 |

Com a aceitação da nossa recomendação de liberalizar a entrada no sector, estas normas perderiam a sua razão de existir. No entanto, enquanto vigorar um regime de *numerus clausus*, é inevitável a necessidade de algum critério para hierarquizar os candidatos à entrada. Nesse contexto, os critérios actuais têm, pelo menos, o mérito de ser objectivos.

<sup>55</sup> Em Portugal, o n.º 4 da base I da Lei n.º 2125, de 1965, prevê já a possibilidade de incentivos públicos à instalação de farmácias.

A ponderação do número de anos de residência no concelho como um dos dois critérios que definem a pontuação atribuída a cada candidato é o aspecto mais controverso destas normas. Nomeadamente em concelhos de reduzida população, este critério pode reduzir significativamente o número de potenciais candidatos à entrada, sem que se vislumbre que tenha qualquer relação com as considerações de saúde pública que subjazem à regulamentação do sector. Além disso, constitui um entrave à livre mobilidade de recursos que é uma condição necessária ao bom funcionamento do processo concorrencial.

A consideração destes ou de outros critérios semelhantes não é, no entanto, a única forma viável de proceder à hierarquização dos candidatos à entrada. Numa análise ao enquadramento legal da actividade das farmácias em Espanha, que apresenta grande similitude com o existente em Portugal, García-Fontes e Motta (1997) sugerem que o Estado leiloe os alvarás que pretende atribuir. Num contexto em que as farmácias obtêm claramente lucros supra-normais por força das restrições legais à entrada no sector, esta solução tem a vantagem de transferir para o Estado parte desses lucros, permitindo que sejam utilizados em prol de objectivos públicos. Uma vez que entendemos que o impacto anti-concorrencial dos critérios de hierarquização de candidaturas, em si mesmos, é reduzido, e que recomendamos a abolição do processo de controlo da entrada que os torna necessários, não formulamos qualquer recomendação concreta nesta matéria, limitando-nos a assinalar que existem outras alternativas para além das que têm sido utilizadas no nosso país.

Para além das normas discutidas anteriormente, o regime legal da entrada no sector contém ainda várias restrições à possibilidade de apresentar candidatura para o efeito que são recordadas na Tabela 30.

**Tabela 30 – Condicionamento administrativo da entrada (3)**

|  |         |
|--|---------|
| Não pode concorrer para a abertura de uma nova farmácia quem tenha obtido alvará para o efeito nos últimos dez anos  | pág. 79 |
| Não é permitido apresentar candidatura a mais de 2 concursos para a abertura de nova farmácia em cada período de 12 meses  | pág. 79 |
| Não é permitido apresentar candidatura para a abertura de uma nova farmácia se se obteve autorização para o efeito nos últimos cinco anos e não se concretizou a respectiva instalação | pág. 79 |

Mais uma vez, aceite a nossa recomendação de liberalizar a entrada no sector, estas normas perdem a sua razão de existir. A não ser aceite essa recomendação, estas normas têm o efeito de diminuir o número de potenciais oponentes aos concursos para abertura de novas farmácias, efeito que pode ser considerado anti-concorrencial. No entanto, os dados estatísticos sobre candidaturas que apresentamos anteriormente mostram que o número de oponentes a cada concurso é, ainda assim, muito elevado, pelo que o efeito prático destas normas em termos de mercado é reduzido. Por isso, não emitimos qualquer recomendação a este propósito.

A legislação em vigor condiciona não só a localização *ab initio* da farmácia mas também as suas posteriores alterações.

**Tabela 31 – Condicionamento administrativo da entrada (4)**

|  |         |
|--|---------|
| As farmácias só podem mudar de localização dentro do concelho em que se instalaram inicialmente  | pág. 93 |
| A mudança de localização dentro do concelho carece de autorização do INFARMED  | pág. 93 |
| A mudança de localização só é possível decorridos 5 anos sobre a atribuição do alvará para a localização actual  | pág. 93 |
| O pedido de mudança de localização implica a abertura de um “concurso” com as restantes farmácias do concelho que podem solicitar a transferência para o mesmo local   | pág. 93 |
| Havendo mais do que um interessado na transferência, tem prioridade aquele cuja farmácia seja mais próxima do novo local de instalação   | pág. 93 |
| Na apreciação dos pedidos de transferência, o INFARMED deve, entre outros factores, ter em conta a viabilidade económica das farmácias   | pág. 93 |
| Nos casos de transferência dentro da mesma localidade, a nova localização não respeitar as regras gerais de distância mínima entre farmácias desde que, entre outros factores, as farmácias que se encontrem a menos do que essa distância manifestem a sua não oposição | pág. 93 |

A localização do estabelecimento é, no caso das farmácias, como no de qualquer outro tipo de estabelecimento comercial, um factor determinante do serviço prestado aos consumidores e, por isso, um argumento competitivo dos mais importantes. As restrições à livre escolha da localização são, por isso, anti-concorrenciais. A ser aceite a nossa recomendação no sentido da liberalização da entrada no sector das farmácias, estas normas perderiam a sua razão de ser: mesmo que não fossem alteradas, uma farmácia que pretendesse alterar a sua localização e não conseguisse a necessária autorização poderia simplesmente encerrar no local actual e voltar a abrir no novo. Sendo rejeitados os nossos argumentos a favor da liberalização da entrada no sector, e continuando a localização inicial das farmácias a ser administrativamente condicionada, faz obviamente sentido que a sua alteração também o seja. No entanto, mesmo nesse enquadramento, as normas que regulam a transferência parecem desnecessariamente restritivas.

Estando a transferência sujeita a autorização administrativa, e estando a autoridade vinculada a considerar a “cobertura farmacêutica”, a “comodidade das populações” e a “qualidade do serviço prestado”, para além da “viabilidade económica”, na apreciação dos pedidos de transferência, não se vê qualquer benefício em restringir geográfica ou temporalmente a possibilidade de transferência. Entendemos portanto que, mesmo mantendo-se o essencial das actuais regras de condicionamento da entrada no sector, não se justifica a exigência de um prazo de cinco anos após a atribuição de alvará para que a transferência seja possível nem a impossibilidade de transferência de farmácias entre concelhos. Quanto a esta última questão, o facto de o Estado ter aberto, a título excepcional, a possibilidade de transferências de Lisboa e Porto para os concelhos vizinhos é, aliás, prova de que não é desejável impedi-la em absoluto.<sup>56</sup>

Pelos mesmos motivos, entendemos que não existe qualquer benefício que justifique que a autorização dos pedidos de transferência de localização fique condicionada a um “concurso” aberto às restantes farmácias do concelho, nem os critérios de hierarquização previstos para esse concurso. Estas regras não têm outro efeito que não o de diminuir a probabilidade de conseguir a transferência da localização e, dessa forma, desincentivar a tentativa de o conseguir.

---

<sup>56</sup> Portarias 936-B/99 e 936-C/99.

Finalmente, como já defendemos antes, entendemos que as decisões do INFARMED deveriam guiar-se exclusivamente por critérios de saúde pública e serviço às populações. Não havendo nenhum motivo para recear a escassez de candidatos à exploração de farmácias, não parece compatível com os propósitos da legislação da concorrência que as suas decisões tenham em conta a viabilidade económica das farmácias existentes ou fiquem condicionadas ao seu assentimento.

### 3. Condicionamento da propriedade

A propriedade de farmácias não é permitida a qualquer agente económico, sendo condicionada em função da sua formação académica.

**Tabela 32 – Condicionamento da propriedade (1)**

|  |          |
|--|----------|
| Só farmacêuticos ou sociedades de farmacêuticos podem ser proprietários de farmácias   | pág. 74  |
| A direcção técnica da farmácia deve ser assegurada pelo respectivo proprietário (salvo em determinadas situações excepcionais) | pág. 101 |
| Cada farmacêutico ou sociedade de farmacêuticos só pode ser proprietário de uma farmácia                                       | pág. 78  |

A reserva da propriedade de farmácia para farmacêuticos constitui uma óbvia barreira à entrada no sector. No entanto, na situação actual, esta barreira tem um impacto anti-concorrencial reduzido, embora com tendência para se acentuar caso, de acordo com o que defendemos antes, sejam eliminadas as restrições ao número de farmácias em actividade.

De facto, na situação actual, em que o número de farmácias autorizadas a entrar no mercado é condicionado administrativamente, esta barreira não tem impacto a esse nível: de acordo com os elementos que apresentamos na Ilustração 9, existem numerosos candidatos à entrada para cada concurso que o INFARMED abre. São as características, e não o número, dos novos empresários de farmácia que, actualmente, são afectadas por esta restrição. Ao exigir uma formação uniforme a todos os novos empresários, esta restrição limita a sua diversidade. Não é possível excluir *a priori* que empresários de farmácia com outras formações pudessem trazer para o sector soluções alternativas que melhor satisfizessem as necessidades dos consumidores. Como é óbvio,

não há também qualquer garantia de que isso acontecesse efectivamente mas, ao restringir a “bolsa de talento” de que são extraídos os proprietários de farmácia e coarctar a possibilidade de escolha pelos consumidores, a situação actual cria uma potencial perda de eficiência no sector. Estes efeitos são, no entanto, impossíveis de quantificar.

Sendo liberalizada a entrada no sector, como propomos, o efeito anti-concorrencial desta reserva de propriedade poderia tornar-se mais relevante. Embora os elementos disponíveis sugiram que existem recursos humanos suficientes para criar um número substancial de novas farmácias, mesmo que a propriedade destas continue reservada a farmacêuticos, a eliminação desta restrição multiplicaria o número de candidatos à entrada. Evidentemente, num mercado livre, nem todos os candidatos à entrada se tornam efectivamente novos empresários mas a simples existência de uma ampla “bolsa” de candidatos é um poderoso incentivo para que as empresas presentes no mercado não descurem a permanente procura das melhores soluções para garantir a satisfação dos consumidores. Por outro lado, a diversidade entre os proprietários de farmácia seria, em si mesma, um factor favorável a um ambiente mais concorrencial no sector. Num sector cujas rotinas de funcionamento foram moldadas num ambiente pouco concorrencial, esta não é uma questão de somenos.

O efeito da reserva de propriedade sobre o número de candidatos à entrada é ampliado pela impossibilidade de cada farmacêutico, ou sociedade de farmacêuticos, deter mais do que uma farmácia. Dado o carácter localizado do mercado das farmácias, se esta restrição não existisse, os detentores de farmácias seriam, eles próprios, potenciais candidatos à entrada noutros mercados locais, o que não acontece na situação actual.

A reserva de propriedade para os farmacêuticos tem óbvias consequências no plano da equidade. Esta norma cria uma discriminação entre os potenciais proprietários de farmácia, reservando o lucro da actividade de distribuição ao público de medicamentos para quem tem uma determinada formação académica, que só é defensável se gerar benefícios em matéria de interesse público que a justifiquem.

A reserva da propriedade de farmácia para farmacêuticos é habitualmente defendida argumentando que dessa forma se assegura que a dispensa de medicamentos respeita o conhecimento técnico e científico no domínio da Farmácia e a deontologia

profissional dos farmacêuticos, em vez de obedecer a meros critérios de rentabilidade económica. A noção de que existe uma potencial contradição entre estes dois tipos de critérios de gestão da farmácia está aliás expressa no dispositivo legal que estabelece que “O farmacêutico deve abster-se de exercer a sua profissão como simples comércio (...)” (artigo 12.º, Decreto-Lei 48547, de 1968).

No entanto, para assegurar o mesmo objectivo de protecção da saúde pública na dispensa de medicamentos, a legislação portuguesa contém já um conjunto de outras disposições. Como vimos, a lei exige nomeadamente que nenhuma farmácia possa laborar sem ter um farmacêutico que “efectiva e permanentemente” exerça a sua direcção técnica. A este director cabe, entre outras, a responsabilidade por “(...) todos os actos farmacêuticos praticados na farmácia (...)”. A lei prevê igualmente que os farmacêuticos, e portanto os directores técnicos, tenham que se inscrever na Ordem dos Farmacêuticos, sujeitando-se às respectivas regras deontológicas e regime disciplinar. A lei obriga ainda a farmácia a vender qualquer medicamento que lhe seja solicitado, a respeitar a prescrição médica e a prestar ao cliente os conselhos que este solicite. Analisamos já estas restrições sob a epígrafe “condições básicas de exercício da actividade” e, não lhes detectando efeito anti-concorrencial relevante, recomendamos a respectiva manutenção. A questão que se coloca é a de saber se, vigorando estas normas, a reserva de propriedade para os farmacêuticos dá um contributo adicional para a defesa da saúde pública que justifique a aceitação do seu carácter discriminatório e do consequente potencial impacto anti-concorrencial.

A posição predominante, embora não unânime, entre os farmacêuticos é afirmativa. Por exemplo, o Grupo Farmacêutico da União Europeia defende que “Keeping the financial management of a pharmacy separate from the professional management is not desirable as it can lead to interference of the first aspect in the second one, and limit the independence of the professional responsible for the services.” (Pharmaceutical Group of the European Union, 2003) Entendemos, no entanto, que há fortes argumentos em sentido contrário.

O primeiro argumento é de natureza lógica. A venda de medicamentos tem implicações no rendimento do proprietário da farmácia, seja este o seu director técnico ou não. Se o responsável directo pela venda, o director técnico, é proprietário da farmácia, as consequências dos seus actos farmacêuticos vão ter reflexos directos na sua

situação financeira. Se, pelo contrário, o responsável pela venda é um profissional contratado, as consequências desses actos farmacêuticos só indirecta e potencialmente se reflectem na sua situação financeira, se tiverem um impacto suficientemente importante na rentabilidade da farmácia para que o seu proprietário tome medidas que afectem esse responsável. Sendo assim, não parece que a solução mais favorável para evitar que os actos farmacêuticos sejam influenciados por considerações de interesse financeiro seja a primeira.

Os três argumentos restantes são de ordem empírica. O segundo é o da excepcionalidade da solução da reserva de propriedade de farmácia. A reserva de propriedade é apresentada como um mecanismo para proteger o consumidor, uma vez que as assimetrias de informação que caracterizam este mercado o impediriam de, por si próprio, avaliar a qualidade dos bens que lhe são vendidos ou dos serviços que lhe são prestados pela farmácia, colocando-o na dependência do vendedor. No entanto, a existência de assimetrias de informação entre vendedores e compradores, em grau mais ou menos acentuado, é um fenómeno ubíquo nas modernas economias, não sendo de modo algum exclusivo da dispensa de medicamentos, nem dos serviços de saúde.<sup>57</sup> Já a solução da reserva de propriedade é, essa sim, absolutamente excepcional.<sup>58</sup> O funcionamento do mercado sob regulamentação adequada permite, em geral, solução satisfatória para os problemas decorrentes das assimetrias de informação. Note-se que em mercados em que o vendedor interage repetitivamente com os compradores, o primeiro tem fortes razões para não explorar as assimetrias de informação de que beneficia sob pena de, a prazo, a sua reputação e, conseqüentemente, a sua rentabilidade serem prejudicadas.

A este propósito, é de notar que, mesmo no campo restrito da “cadeia do medicamento”, a reserva de propriedade da farmácia é uma solução sem paralelo: o medicamento tem que ser produzido, prescrito (em muitos casos), dispensado e administrado (nalguns casos). Destes quatro estágios, apenas o da dispensa está sujeito a reserva de propriedade. Ora, parece difícil aceitar que seja a esse nível que as assimetrias de informação são mais acentuadas ou que os riscos para a saúde pública são

---

<sup>57</sup> Pense-se, para nos limitarmos apenas a actividades que se traduzem em riscos para a vida e integridade física do comprador, na construção civil, nos transportes aéreos ou na indústria automóvel. A generalidade dos compradores são incapazes de avaliar se a casa que compram, o avião em que viajam ou o automóvel que adquirem assegura níveis satisfatórios de segurança.

<sup>58</sup> No contexto nacional só tem porventura paralelo nas sociedades de advogados.

mais significativos: não existindo restrição de propriedade para pessoas com determinada formação académica na produção de medicamentos ou no exercício da medicina e da enfermagem, não é evidente porque é que esta é indispensável no caso da farmácia.

O terceiro argumento é precisamente o da existência de diversos países desenvolvidos onde a propriedade de farmácia não está reservada a farmacêuticos, sem que tenhamos encontrado qualquer evidência de que daí decorram inconvenientes para os respectivos cidadãos. De facto, dos seis países que analisamos, apenas dois, a Alemanha e a Espanha, reservam a propriedade de farmácia para farmacêuticos. Na Bélgica, na Holanda, na Irlanda e no Reino Unido, não farmacêuticos podem aceder à propriedade de farmácias. Não parece existir qualquer evidência sistemática de que os cidadãos destes últimos países gozem de um serviço farmacêutico menos favorável do que os dos primeiros. A este propósito, vale a pena citar novamente o Grupo Farmacêutico da União Europeia: “PGEU members are well aware of the differences in the health care systems of the various EU Member States. Such differences are also reflected in the way certain pharmacy services are organised. (...) These differences however are not an obstacle for Community pharmacists in their pursuit of the common goal of ensuring the provision of high quality pharmacy services throughout Europe.” (Pharmaceutical Group of the European Union, 2002)

O último argumento decorre da realidade das farmácias portuguesas. É voz corrente na profissão que, ao arrepio da lei, existem numerosas farmácias cujo director técnico não é o seu real proprietário. No entanto, independentemente da veracidade dessas alegações, os casos em que essa separação ocorre de forma legal são frequentes: de facto, o artigo 84.º do Decreto-Lei n.º 48547, de 1968, admite que, em casos determinados, a farmácia possa ser dirigida por farmacêutico que não seja o seu proprietário. De acordo com os elementos que nos foram fornecidos pelo INFARMED, que apresentamos na Ilustração 7, no último quinquénio existiram anualmente em Portugal mais de duas centenas de farmácias nessas condições. Este número muito significativo parece demasiado elevado para que os alegados riscos para a saúde pública decorrentes da propriedade de farmácia por não farmacêuticos, ou da sua direcção por alguém que não um proprietário farmacêutico, não se tivessem já manifestado de forma evidente.

A nossa conclusão é portanto a de que a reserva de propriedade de farmácia para farmacêuticos não proporciona qualquer benefício inequívoco em termos de saúde pública que pudesse contrapor-se ao seu carácter discriminatório e ao seu potencial efeito anti-concorrencial.

O impacto da barreira à entrada resultante da reserva da propriedade para farmacêuticos é, como já referimos, ampliado pela proibição de que cada proprietário de farmácia detenha mais do que um destes estabelecimentos. Esta última norma não tem quaisquer virtualidades em termos de protecção da saúde pública, nem estas são aliás invocadas em sua defesa. Argumenta-se, antes, que tem um efeito pró-concorrencial, ao garantir a existência de uma estrutura de mercado atomizada, propícia ao bom funcionamento da concorrência, e que a sua eliminação poderia conduzir a um processo de acelerada concentração que, precisamente, reduzisse ou inviabilizasse o processo concorrencial.<sup>59</sup> No entanto, no actual contexto normativo, que limita estritamente o comportamento competitivo das farmácias, as eventuais vantagens concorrenciais de uma estrutura de mercado atomizada não têm oportunidade de manifestar-se.

A legislação da concorrência, à luz da qual nos é solicitado que avaliemos a situação existente, encara a concentração como um fenómeno ambivalente. Por um lado, a concentração cria condições que podem facilitar práticas anti-concorrenciais. Por outro, pode permitir ganhos de eficiência na operação das empresas. Daí que os processos de concentração estejam sujeitos a um regime de autorização prévia e não de proibição. Ora a norma em apreço, para obviar a eventuais impactos anti-concorrenciais da concentração de farmácias, impede de forma absoluta os benefícios em termos de eficiência que esta poderia acarretar, não sendo portanto conforme ao espírito da legislação da concorrência.

Independentemente, ou para além, do impacto desta norma a nível concorrencial, argumenta-se ainda que favorece a existência de um forte tecido empresarial de pequenas e médias empresas<sup>60</sup>, que contribui para a implementação de um determinado

---

<sup>59</sup> De acordo com declarações de um representante do Grupo Farmacêutico Europeu “(...) in Norway, after strong pressure from big pharmaceutical wholesalers, pharmacy ownership was liberalised from 2001. In just over a year, the number of independent pharmacies has gone from 356 to 78.” (Matias, 2003)

<sup>60</sup> O mesmo representante do Grupo Farmacêutico da União Europeia afirma que “(...) legislation on the ownership of pharmacies also contributes to the promotion of small and medium size enterprises which are the pillar of European economy.” (Matias, 2003)

modelo de exercício da profissão que o legislador desejaria incentivar e que concorre para assegurar oportunidades de exercício da profissão aos jovens farmacêuticos. O objectivo último da legislação da concorrência é promover a eficiência na afectação dos recursos ao dispor da sociedade, de forma a garantir a maior satisfação aos cidadãos que a compõem, e não implementar modelos pré-determinados de organização do tecido empresarial e das actividades profissionais ou garantir a existência de oportunidades profissionais para as pessoas com determinada formação. Não significa isto que estes aspectos não possam constituir objectivos legítimos para o legislador. No entanto, não os consideramos susceptíveis de gerar benefícios relevantes à luz da legislação da concorrência.

Globalmente, entendemos que os efeitos das normas que temos vindo a discutir se podem sintetizar da seguinte forma:

|                       | <b>Negativo</b> | <b>Neutro</b> | <b>Positivo</b> |
|-----------------------|-----------------|---------------|-----------------|
| Eficiência produtiva  | X               |               |                 |
| Eficiência alocativa  | X               |               |                 |
| Saúde pública         |                 | X             |                 |
| Equidade              | X               |               |                 |
| Progresso tecnológico |                 | X             |                 |
| Contas públicas       |                 | X             |                 |

Recomendamos, por isso, que seja eliminada a reserva da propriedade de farmácia em favor dos farmacêuticos e, para o viabilizar, a obrigatoriedade de que a direcção técnica da farmácia seja exercida pelo seu proprietário.

A necessidade de verificar o cumprimento das normas relativas à reserva da propriedade parece ser o principal fundamento para o carácter intransmissível do alvará de farmácia. Desaparecendo essa reserva, e passando a alvará a comprovar a verificação das condições de funcionamento do estabelecimento e da obrigação de registo junto das autoridades, parece não haver razão para impedir a transmissão do alvará, que ficaria sujeita apenas ao averbamento da identificação do novo proprietário.

Entendemos também que a proibição de que cada proprietário detenha mais do que uma farmácia constitui uma restrição excessiva, inviabilizando o aproveitamento de ganhos de eficiência. Com a revogação desta disposição, os processos de concentração de farmácias ficariam sujeitos ao regime geral previsto na secção III da Lei n.º 18/2003

que, precisamente, visa promover uma adequada ponderação dos riscos concorrenciais da concentração contra os benefícios que também pode proporcionar. No entanto, dado o carácter localizado dos mercados de farmácia, nessa situação, seria possível promover um conjunto de processos de concentração que viabilizassem o exercício de poder de mercado a nível local sem que nenhuma dessas operações tivesse que ser notificada à Autoridade da Concorrência, ao abrigo dos critérios definidos no artigo 9.º da referida lei. Por este motivo, entendemos que seria recomendável substituir a norma em análise por outra de carácter menos restritivo, em vez de proceder à sua simples revogação.

Uma possibilidade seria, à semelhança do que ocorre por exemplo na Alemanha, limitar o número de farmácias que cada proprietário pode deter. Eventualmente, este limite poderia ser fixado por área geográfica: por exemplo, poderia proibir-se que alguém fosse proprietário de mais de  $x$  farmácias por concelho. Esta solução tem a vantagem da simplicidade, não se prestando a ambiguidades de interpretação, mas o número em causa seria sempre arbitrário e sem relação directa com o propósito de evitar o exercício de poder de mercado. Em alternativa, poderia proibir-se a ultrapassagem de determinada quota de mercado por área geográfica ou sujeitar as operações de concentração que ultrapassassem essa quota a apreciação prévia da Autoridade da Concorrência, independentemente do preenchimento dos critérios do artigo 9.º. Eventualmente, de forma a simplificar a implementação desta norma numa fase inicial de ajustamento da estrutura de mercado em que é provável que as operações de concentração sejam numerosas, a quota poderia ser definida em termos de número de farmácias e não de volume de negócios.

Passando a ser possível a propriedade de várias farmácias pelo mesmo proprietário e desaparecendo a reserva do exercício da actividade para agentes económicos com uma determinada formação académica, o alvará, ou outro tipo de licença para exercício de actividade, deveria passar a comprovar que o estabelecimento comercial, e não o seu proprietário, reúne as condições necessárias para o exercício da actividade.

Para lá de estar reservada a farmacêuticos, a possibilidade de obtenção de alvará de farmácia não é sequer extensiva a todos estes profissionais.

**Tabela 33 – Condicionamento da propriedade (3)**

|   |         |
|---|---------|
| O reconhecimento de títulos na área da Farmácia ao abrigo das disposições comunitárias nessa matéria não é extensível à criação de novas farmácias ou às que tenham sido abertas ao público há menos de três anos | pág. 77 |
|---|---------|

A legislação comunitária que regula o reconhecimento de diplomas e outros títulos na área da farmácia, entre outras, prevê a possibilidade de que os Estados membros não reconheçam diplomas estrangeiros para efeito de abertura de novas farmácias e de exploração das que existam há menos de três anos. Portugal, à semelhança de outros Estados membros, transpôs esta norma para o direito interno.

Trata-se de uma norma obviamente anti-concorrencial, uma vez que restringe o número de candidatos à entrada. Além do mais, neste caso, a restrição incide sobre agentes económicos em relação aos quais não são sequer invocáveis os argumentos de falta de preparação científica adequada ou de ausência de vinculação à deontologia profissional que discutimos anteriormente. No entanto, o efeito prático desta norma não é provavelmente muito acentuado, dado o elevado número de candidatos à entrada que, mesmo nas circunstâncias actuais, existem. Por outro lado, não tendo sido Portugal o único Estado membro a fazer uso da possibilidade de estabelecer este tipo de restrição, não é irrazoável que a sua supressão seja considerada num contexto de reciprocidade. Embora isso não seja actualmente prioritário, caso o país seja confrontado com problemas de deficiente cobertura farmacêutica por escassez de profissionais, esta norma deveria ser revogada.

Para além das que temos vindo a analisar, existem ainda normas que condicionam o acesso à propriedade de farmácia a quem exerça determinadas actividades económicas.

**Tabela 34 – Condicionamento da propriedade (4)**

|  |         |
|--|---------|
| Os profissionais de saúde que não os farmacêuticos não podem associar-se com farmacêuticos para a exploração de farmácia nem celebrar outros contratos que lhes permitam a obtenção de lucro com a venda de medicamentos | pág. 87 |
| Os laboratórios farmacêuticos e os grossistas de medicamentos não podem vender directamente ao público   | pág. 83 |

Defendemos antes que deve ser eliminada a actual reserva da propriedade de farmácia para os farmacêuticos. Tal não significa que o acesso à propriedade de farmácia deva necessariamente ser irrestrito. As normas da Tabela 34 procuram evitar que profissionais de saúde, fabricantes e grossistas de medicamentos possam estar directamente envolvidos na venda de medicamentos ao público. Mesmo abrindo a propriedade de farmácia a não farmacêuticos, é possível manter este tipo de restrições, importando avaliar se há motivos para o fazer.

Embora sendo enunciada de forma genérica, a restrição relativa aos profissionais de saúde parece ter em vista sobretudo aqueles que têm a possibilidade de prescrever medicamentos, ou seja, os médicos. O que se pretende é evitar que as decisões em termos de prescrição possam ser influenciadas pelo lucro que o médico poderia obter com a venda dos medicamentos, caso fosse proprietário de farmácia. Como afirma um representante da profissão farmacêutica: “(...) restrictions on doctors owning pharmacies contribute to ensure that prescribing is based solely on clinical need.” (Matias, 2003) Não se pode *a priori* excluir que um médico proprietário de farmácia pudesse ser tentado a prescrever de forma menos parcimoniosa do que seria recomendável, com um eventual impacto negativo na saúde e nas contas públicas.<sup>61</sup>

Por este motivo, e também no sentido de prevenir qualquer suspeição sobre as decisões médicas, atento um princípio de prudência, não recomendamos a eliminação desta restrição. Notamos aliás que, por exemplo, na Irlanda, os médicos não podem ser proprietários de farmácias, embora a propriedade de farmácia seja, em princípio, aberta

<sup>61</sup> É notória a contradição entre este argumento e o que a profissão farmacêutica invoca para defender a reserva de propriedade para farmacêuticos. Alega-se que quando a decisão de prescrever e a propriedade da farmácia estejam reunidas na mesma pessoa, o interesse económico decorrente da propriedade de farmácia se poderia sobrepor à deontologia profissional do médico, levando a prescrever incorrectamente. Ao mesmo tempo, alega-se que quando as decisões de dispensa do medicamento e a propriedade da farmácia estejam reunidas na mesma pessoa, a deontologia profissional do farmacêutico se sobreporá ao seu interesse económico.

a qualquer agente económico. O mesmo acontece na Islândia e na Noruega que, em períodos recentes, liberalizaram a propriedade de farmácia. A restrição não deve, no entanto, ir além do necessário para atingir os seus objectivos, pelo que não deve decorrer da condição de licenciado em Medicina mas antes incidir exclusivamente sobre os médicos em exercício de actividade. A inscrição na Ordem dos Médicos poderia, para este efeito, ser o critério para determinar a aplicabilidade da restrição.

Evitar que o vendedor de medicamentos procure induzir o consumo desnecessário do ponto de vista médico, com as respectivas consequências em termos de saúde e contas públicas, é igualmente uma das razões invocadas para defender que os produtores de medicamentos não devem ser proprietários de farmácias (ou vender directamente ao público). Neste caso, no entanto, razões de ordem concorrencial podem ser invocadas no mesmo sentido. Por um lado, porque os fabricantes de medicamentos têm algum poder de mercado, pelo menos nos produtos sob patente, existe o risco de que pudessem privilegiar os retalhistas que controlassem, uma prática conhecida na literatura económica como *foreclosure*<sup>62</sup>, reforçando a tendência para a concentração a este nível da actividade. Simetricamente, dado o carácter localizado dos mercados das farmácias, o seu proprietário tem também inevitavelmente algum grau poder de mercado.<sup>63</sup> Neste contexto, o controlo do segmento retalhista da cadeia vertical em que a farmácia se insere pode eventualmente ser utilizado para favorecer um determinado fabricante em detrimento de outros, o que poderia ter consequências indesejáveis sobre a gama de medicamentos disponível no mercado.<sup>64</sup> Assim, nas liberalizações do mercado da farmácia que promoveram recentemente, tanto a Islândia como a Noruega continuaram a excluir a propriedade de farmácias por fabricantes de medicamentos. Novamente atento um princípio de prudência, entendemos que se deveria, em Portugal, adoptar uma solução análoga.

Os argumentos anteriores são menos relevantes no que respeita à integração vertical entre grossistas e farmácias. Por um lado, este tipo de integração tem um

---

<sup>62</sup> Sobre este tema, a referência fundamental é Rey e Tirole (em publicação).

<sup>63</sup> Naturalmente, esse poder de mercado é mais acentuado no enquadramento normativo actual do que se forem adoptadas as nossas recomendações no sentido de liberalizar a entrada.

<sup>64</sup> “Before the medicine reaches the patient, it has been developed by a manufacturer, stocked by a wholesaler distributor that has then supplied the medicine to a pharmacy for dispensing. It is of key importance that the three parties involved in this process are independent from each other. This ensures that all medicines and not only the medicines of a certain producer are stocked by wholesalers and supplied to the pharmacy network.” (Pharmaceutical Group of the European Union, 2003)

potencial de gerar ganhos de eficiência, nomeadamente à custa de ajustamentos na logística que liga farmácias e armazéns de medicamentos e do desaparecimento de alguns custos de transacção, que parece estar largamente ausente nos casos anteriores. Por outro lado, os eventuais riscos para a saúde pública decorrentes da integração entre grossistas e farmácias parecem também menores do que nos casos anteriores: os incentivos do grossista para induzir o consumo ou para privilegiar os produtos de um fabricante sobre os de outros não são diferentes dos que tem a própria farmácia. Além disso, pode argumentar-se que, em Portugal, as farmácias controlam já directamente parte significativa do mercado grossista, como vimos no capítulo 2, pelo que existe já um significativo grau de integração entre grossistas e retalhistas: o que está em causa é apenas saber se, a par da integração a montante que já é possível, se deve permitir a integração a jusante.

A possibilidade de integração a jusante entre grossistas e farmácias justifica algumas preocupações sobre o seu impacto no processo concorrencial: claramente, reforça a probabilidade de um rápido movimento de concentração no sector das farmácias, na sequência da eventual liberalização da sua propriedade. Há também o risco de que numa estrutura de mercado em que predominem as ligações verticais entre grossistas e farmácias, a entrada de novos operadores independentes no mercado se debata com dificuldades que não existiram num cenário em que se mantenha a separação entre os dois níveis de actividade. Neste contexto, caberia à Autoridade da Concorrência evitar que a transformação estrutural que certamente se seguirá a uma liberalização da propriedade de farmácia resultasse na criação de posições dominantes no mercado que pusessem em risco o processo concorrencial que se pretende incentivar.

Olhando à realidade internacional, a generalidade dos países que não restringem a propriedade de farmácia a farmacêuticos admitem a integração entre grossistas e retalhistas. No entanto, é de realçar que na Noruega, onde a liberalização do mercado das farmácias ocorreu recentemente, há alguma insatisfação com as suas consequências, que ficaram aquém do esperado, nomeadamente em termos de vantagens para os consumidores. De acordo com os autores que analisaram este mercado, nomeadamente Anell (em publicação), o rápido processo de integração vertical e concentração horizontal que se seguiu à liberalização é, em grande medida, responsável por esse resultado.

Em face do exposto, entendemos que não há razões ponderosas para manter a impossibilidade de detenção de farmácias por grossistas de medicamentos mas que esta não é uma alteração normativa prioritária. A verificar-se esta alteração, deverá ser acompanhada de uma postura particularmente vigilante por parte da Autoridade da Concorrência, para evitar que os objectivos pró-concorrenciais das alterações normativas no sector das farmácias sejam inviabilizados pelos comportamentos empresariais.

#### **4. Condicionamento da actuação comercial das farmácias**

As farmácias estão sujeitas a diversas normas que condicionam a sua actuação comercial.

**Tabela 35 – Condicionamento da actuação comercial (2)**

|   |          |
|---|----------|
| Os preços de venda ao público dos medicamentos sujeitos a receita médica e dos medicamentos não sujeitos a receita médica mas comparticipados são fixados pelo Estado | pág. 103 |
| As farmácias não podem conceder descontos sobre o preço fixado pelo Estado  | pág. 103 |

Estas normas restringem directamente o comportamento comercial das farmácias, constituindo fortes restrições anti-concorrenciais. Importa, por isso, perceber se geram benefícios que justifiquem a sua existência.

Entendemos que existem motivos que justificam que, pelo menos na situação actual, o Estado limite os preços que as farmácias podem cobrar pelos medicamentos. Desde logo, motivos de natureza concorrencial. Dada a natureza localizada dos mercados das farmácias, estas tendem a gozar necessariamente de algum poder de mercado. No actual enquadramento normativo, em que a entrada no mercado é condicionada, este poder de mercado é muito significativo. No entanto, mesmo que seja adoptada a nossa proposta de liberalizar a entrada no sector, as farmácias continuarão a gozar de algum poder de mercado, nomeadamente nos mercados de reduzida dimensão, incapazes de sustentar um número significativo de concorrentes. Num contexto de preços absolutamente livres, o modelo que analisamos no Anexo II sugere que os preços praticados neste tipo de mercados locais poderiam subir significativamente. Uma vez

que esta subida dos preços é um reflexo do exercício de poder de mercado, não promovendo uma melhor afectação de recursos, justifica-se que o Estado tenha uma intervenção regulamentadora no sentido de a condicionar. Por outro lado, embora não sendo o comprador, o Estado incorre em pesados encargos com a aquisição dos medicamentos pelo público em geral, através do mecanismo da comparticipação. É, por isso, admissível que não queira deixar a fixação de preços ao mero jogo de mercado entre vendedores e compradores que suportam apenas uma parte, muitas vezes reduzida, do preço, de forma a acautelar os seus interesses financeiros.

A protecção dos interesses dos consumidores sujeitos ao exercício de poder de mercado e dos interesses financeiros do Estado poderia, no entanto, ser assegurada de forma menos restritiva para a concorrência. Bastaria que o Estado fixasse o preço relevante para determinação da comparticipação, permitindo às farmácias praticar descontos no co-pagamento que cabe ao consumidor. Ou, o que é equivalente, que os preços fixados pelo Estado tenham o carácter de preços máximos, sobre os quais é paga a comparticipação, sendo permitido à farmácia praticar preços inferiores.

A possibilidade de concorrência pelo preço cria um poderoso incentivo para que as empresas procurem as formas mais eficientes de conduzir os seus negócios. Ao excluir este tipo de concorrência entre as farmácias, as normas actuais impedem que este mecanismo contribua para a performance do sector. A prazo, este efeito tende a traduzir-se em maiores custos de operação do que os que seriam indispensáveis ao desenvolvimento da actividade que, em última análise, se repercutem em preços mais elevados para os utilizadores dos seus serviços e para quem os financia.

Ao longo do trabalho que desenvolvemos, foram-nos apresentados três argumentos contra a possibilidade das farmácias praticarem descontos. O primeiro é o argumento de “dignidade e moral profissional” que é invocado no Decreto-Lei n.º 48547, de 1968, para os proibir. Não estamos em condições de avaliar se a dignidade e moral profissional dos farmacêuticos seria ou não afectada pela prática de descontos. No entanto, ainda que o fosse, entendemos que a protecção da dignidade de um determinado grupo profissional mediante o sacrifício dos interesses económicos dos consumidores não é compatível com os objectivos da Lei da Concorrência.

O segundo argumento é o de que a proibição dos descontos seria uma forma de garantir a liberdade de escolha dos consumidores. Este argumento parece traduzir o

entendimento de que os consumidores devem escolher o estabelecimento onde fazem as suas compras exclusivamente com base na qualidade do serviço que lhes é oferecida; caso o consumidor pudesse ser tentado a escolher com base noutros critérios, como o preço, essa possibilidade deve, segundo este argumento, ser-lhe negada, impedindo a existência de diferenças entre os vendedores nessa matéria.

Entendido literalmente, este argumento representa a negação das virtualidades da concorrência que justificam a existência de legislação para a proteger e deve ser rejeitado. No entanto, subjacente ao argumento, está a importante questão de saber se a possibilidade de concorrer pelo preço não resultaria em prejuízo da saúde pública, por conduzir a uma degradação da qualidade do serviço prestado abaixo de níveis considerados adequados.

A este propósito é necessário ter em conta as significativas assimetrias de informação que impedem a generalidade dos consumidores das farmácias de uma perfeita avaliação da qualidade dos produtos e serviços que lhes são oferecidos. Estas assimetrias existem independentemente da possibilidade de conceder descontos. O argumento de que se justifica impedir a concorrência pelo preço para garantir que os consumidores escolhem com base na qualidade faz, por isso, pouco sentido, uma vez que os consumidores só a conseguem observar de forma imperfeita. Precisamente por esta razão, o legislador optou por regulamentar detalhadamente diversos aspectos do funcionamento da farmácia e a profissão rege-se por um código deontológico rigoroso. Ora, a nossa proposta não implica qualquer alteração nesses domínios: as farmácias continuariam sujeitas à mesma regulamentação destinada a garantir a qualidade do seu serviço e os farmacêuticos sujeitos às mesmas obrigações deontológicas.

Num ambiente mais concorrencial do que o actual, em que as farmácias tenham que fazer um maior esforço para assegurar a sua clientela, é até previsível que exista um maior incentivo para apostar nos aspectos mais “observáveis” da qualidade de serviço, como a prestação de informação ao consumidor, os horários de abertura, etc. Naturalmente, é também de prever que haja uma maior diversidade entre as farmácias, com algumas a apostar em ir além das exigências legais nestes domínios, enquanto outras, eventualmente, se limitarão a cumprir as exigências locais, apostando mais na concessão de descontos, como acontece em muitos outros sectores de actividade caracterizados pela existência de assimetrias de informação entre vendedores e

compradores. No entanto, desde que haja uma adequada fiscalização do cumprimento das regras legais e deontológicas, que garantem o nível de qualidade de serviço que o legislador entendeu adequado, não parece haver razão para recear que daí decorra degradação significativa da qualidade de serviço.

Um terceiro argumento alega que a prática de descontos ou, em geral, de preços mais baixos, induziria o consumo de medicamentos, com eventuais efeitos indesejáveis em termos de saúde e mesmo de contas públicas. Este argumento não é, no contexto actual, plausível. Note-se que, no quadro da abertura da possibilidade de venda dos medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias, o Governo determinou já a liberalização dos respectivos preços. A nossa proposta de que às farmácias seja permitida a prática de descontos só é, por isso, relevante, no que respeita aos medicamentos sujeitos a receita médica. Ora, precisamente, a aquisição destes medicamentos só é possível mediante prescrição médica. Não é crível que a possibilidade de as farmácias praticarem descontos leve os médicos a prescrever mais medicamentos nem, portanto, que tenha qualquer efeito significativo de indução do consumo destes medicamentos. O único efeito que a esse nível se pode admitir como possível é o de que alguns consumidores que não compram os medicamentos que lhes são prescritos por falta de capacidade económica o possam eventualmente vir a fazer, se lhes forem concedidos descontos. No entanto, a existir, este efeito será certamente de pequena escala e, em qualquer caso, esta indução do consumo não pode senão considerar-se uma consequência positiva desta proposta.

Defendemos anteriormente que deve ser liberalizada a entrada no sector das farmácias. No entanto, se essa liberalização ocorrer mantendo-se o actual enquadramento normativo dos preços das farmácias, de acordo com a análise que apresentamos no Anexo II, a sua consequência será um aumento do número de farmácias para níveis muito elevados, semelhantes aos dos países da Europa em que o número de habitantes por farmácia é mais reduzido. Embora este número muito elevado de farmácias tenha vantagens em termos de acesso, implica também um desperdício de custos fixos de operação destes estabelecimentos e o não aproveitamento de economias de escala. Por este motivo, é conveniente que a liberalização da entrada seja acompanhada da possibilidade de concorrência pelos preços, através de descontos. Desta forma, o actual lucro supra-normal das farmácias tenderá a ser transferido para os

consumidores por via dos preços praticados, diminuindo o incentivo para uma entrada excessiva de novas farmácias. Por outro lado, a autorização dos descontos poderá não se traduzir, na prática, em preços mais baixos se não existir a pressão concorrencial que resulta da possibilidade de entrada no mercado de novos operadores. É, por isso, conveniente que a liberalização da entrada e a autorização da prática de descontos sejam concomitantes.

O diferente impacto destas medidas em diferentes zonas do país deve, no entanto, ser explicitado. Evidentemente, tendo as farmácias a possibilidade de, em alguma medida, escolher os preços que pretendem praticar, estes deixarão de ser uniformes ao longo do território, tendendo a ser mais baixos onde a concorrência for mais acentuada. Em contrapartida, onde a cobertura farmacêutica for menos densa, a concorrência pelo preço tenderá a não se fazer sentir, mas verificar-se-á a entrada de novas farmácias. O instrumento que beneficiará os consumidores não será, por isso, uniforme, sendo nuns casos o preço e noutros uma melhor acessibilidade às farmácias.

Em nossa opinião, o actual regime de preços das farmácias, quando analisado por comparação com a alternativa que propomos, tem os seguintes efeitos:

|                       | <b>Negativo</b> | <b>Neutro</b> | <b>Positivo</b> |
|-----------------------|-----------------|---------------|-----------------|
| Eficiência produtiva  | X               |               |                 |
| Eficiência alocativa  | X               |               |                 |
| Saúde pública         |                 | X             |                 |
| Equidade              |                 | X             |                 |
| Progresso tecnológico | ?               |               |                 |
| Contas públicas       |                 | X             |                 |

Propomos, portanto, que, como temos vindo a discutir, as farmácias sejam autorizadas a praticar descontos sobre os preços fixados para os produtos que vendem, nomeadamente os medicamentos sujeitos a receita médica.

Como já notamos, a autorização da prática de descontos não é, por si só, condição suficiente para que estes venham efectivamente a ser praticados, sendo conveniente criar condições estruturais no mercado que estimulem, ou pelo menos não restrinjam, a concorrência pelo preço. A liberalização da entrada é uma dessas condições. Pelo menos desde o trabalho de Stigler (1964) que os economistas reconhecem que é também importante que os potenciais concorrentes não disponham de

informação rigorosa e atempada sobre os preços praticados pelos seus rivais. Num trabalho muito recente sobre o tema afirma-se que “Collusion will be abetted by any practice, such as information gathering and dissemination by a trade association, which speeds the detection of, and hence response to, defections from an agreement. One role of trade associations is to make pricing and sales figures publicly available as quickly as possible.” (Porter, 2005)

O sector das farmácias suscita, nesta matéria, especial preocupação. O interesse público decorrente do funcionamento do sistema de comparticipação exige, por si só, que haja, neste sector, um exercício de centralização de informação sobre a actividade que não é comum noutras indústrias. Em Portugal, este exercício passa directamente pelas associações empresariais do sector que, pelos seus associados, fazem a cobrança das comparticipações devidas pelo Estado. Esta actividade das associações empresariais não é, em si mesma, anti-concorrencial.<sup>65</sup> Há, no entanto, o risco de que, num contexto de liberalização da concorrência pelo preço, a informação a que dá origem possa ser utilizada para entravar o processo concorrencial. No caso particular da ANF, a informação susceptível de ser utilizada para esse efeito parece ser ainda mais exhaustiva, nomeadamente por via dos serviços que a associação presta aos associados em matéria informática. Caso seja acolhida a nossa proposta de autorizar a prática de descontos, entendemos que a Autoridade da Concorrência deveria fazer uma investigação específica neste campo, no sentido de apurar se é possível compatibilizar as actividades de recolha e centralização de informação desenvolvidas pelas associações do sector com o normal funcionamento do processo concorrencial.

### **Tabela 36 – Condicionamento da actuação comercial (2)**

|  |         |
|--|---------|
| Os farmacêuticos não podem publicitar a sua actividade | pág. 98 |
|--|---------|

Entre as normas que regulam o funcionamento do sector, encontram-se as que regulam a publicidade dos medicamentos, que já analisamos anteriormente, e em relação às quais não propomos nenhuma alteração. No entanto, para além destas, o

<sup>65</sup> Os proveitos financeiros que a ANF tem obtido com a intermediação financeira que faz entre o recebimento do Estado e o pagamento às farmácias têm sido objecto de aceso debate. Entendemos que, em si mesmo, esta actividade de intermediação não tem implicações na concorrência entre farmácias, sendo antes uma questão de distribuição do rendimento, pelo que não nos pronunciamos sobre ela. A questão fundamental, do ponto de vista concorrencial, como defendemos no texto, é o risco de utilização anti-concorrencial da informação que esta actividade permite obter.

Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos proíbe a publicidade à actividade profissional dos farmacêuticos. Estando regulamentada a publicidade aos medicamentos, por razões de saúde pública, esta proibição parece desnecessariamente restritiva da concorrência.

A comunicação com os potenciais consumidores, de que a publicidade é um instrumento por excelência, faz parte dos mecanismos normais de funcionamento de um mercado. A natureza da actividade desenvolvida pelos farmacêuticos poderá justificar alguma limitação à natureza e conteúdo da publicidade mas não parece haver qualquer razão para a proibir em absoluto. De facto, o próprio Grupo Farmacêutico da União Europeia (2002) afirma que “(...) the PGEU is convinced that service providers have the right to inform the public on the services available. However, any communication in this respect has to be limited to factual information, must be truthful and honest, and has to be transmitted in a professional way that does not denigrate the services provided by a fellow professional.” Entendemos que estes são critérios adequados que não restringem desnecessariamente o comportamento concorrencial das farmácias, ao contrário do que acontece com a actual proibição.

Saliente-se que a proibição em vigor incide sobre os farmacêuticos e não especificamente sobre as farmácias. Caso a propriedade de farmácia seja aberta a não farmacêuticos, esta norma poderia, se interpretada literalmente, criar uma situação de desigualdade concorrencial injustificada em desfavor das farmácias detidas por farmacêuticos. Parece, portanto, que seria conveniente eliminar este risco.

Incluímos ainda entre as normas que condicionam a actividade comercial das farmácias as que se relacionam com os seus horários de abertura ao público.

**Tabela 37 – Condicionamento da actuação comercial (3)**

|  |         |
|--|---------|
| Obrigação de prestar serviço de turnos   | pág. 96 |
| Obrigatoriedade de ter acesso livre e directo   via pública durante vinte e quatro horas por dia   | pág. 72 |
| Caso não se encontrem de turno, as farmácias não podem atender clientes fora do seu horário normal | pág. 96 |

A presta o de serviço de turnos constitui uma obriga o legal das farmácias que parece decorrer do receio de que o mercado fosse incapaz de garantir o fornecimento de medicamentos em horários nocturnos e de fim-de-semana. Não é certo

que assim fosse. Pelo menos nos principais centros urbanos, não custa a crer que, mesmo na ausência de obrigação legal, algumas farmácias optassem por prestar serviço nocturno. No entanto, é inegável que o serviço de turnos tem desempenhado um papel de relevo na prestação de serviço às populações pelo que, na ausência de evidência conclusiva nesse sentido, entendemos não recomendar alterações a esta restrição ao comportamento das farmácias.

Incluímos neste grupo de normas a obrigatoriedade de que todas as farmácias tenham acesso permanente à via pública porque a entendemos como uma norma instrumental, destinada a garantir que todas estão habilitadas a prestar o serviço de turnos. Evidentemente, esta norma restringe o comportamento concorrencial das farmácias em termos de localização, dificultando nomeadamente a sua implantação em locais como centros comerciais.<sup>66</sup> Considerando, no entanto, o seu papel na garantia do serviço de turnos, entendemos não recomendar alterações nesta matéria.

Finalmente, entendemos também não emitir qualquer recomendação quanto à proibição das farmácias venderem fora do horário estabelecido. O eventual efeito anti-concorrencial desta norma é reduzido.

### ***C. Recomendações***

Nesta secção sintetizamos as recomendações que resultam da avaliação anterior. Enunciamos primeiro quatro recomendações que consideramos prioritárias e cuja adopção, por si só, resultaria em alterações estruturais e comportamentais de grande vulto, no sector, resultando num significativo aumento da possibilidade de concorrência entre as farmácias. Apresentamos de seguida um conjunto de outras recomendações que reforçariam o efeito das primeiras mas que, em si mesmas, são menos decisivas para a performance do sector.

#### **1. 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.

---

<sup>66</sup> Não é, no entanto, uma dificuldade inultrapassável, como demonstram diversos exemplos que já se encontram pelo país.

Nomeadamente, devem ser revogadas as referências que lhe são feitas no artigo 50.º do Decreto-Lei n.º 48547, de 1968, e no n.º 6 do artigo 16.º da Portaria n.º 936-A/99. As decisões das autoridades de saúde em matéria de autorização da actividade das farmácias devem basear-se exclusivamente em critérios de defesa da saúde pública e satisfação dos interesses dos consumidores.

**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.

A comprovação da verificação destes requisitos e do cumprimento da obrigação legal de registo poderia continuar a passar, como actualmente, pela emissão de alvará, embora possam ser consideradas soluções alternativas. Tendo defendido a manutenção da obrigatoriedade da farmácia ter um farmacêutico que exerça a sua direcção técnica, entre os requisitos para a obtenção e manutenção do alvará poderia figurar a verificação desta condição, para lá de outras que sejam consideradas indispensáveis à protecção da saúde pública. A manter-se um requisito de distância mínima entre farmácias, esta deve ser uniformizada pelo valor mais reduzido actualmente permitido, 300 metros, não se justificando a existência de excepções.

**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 certa percentagem das farmácias existentes num determinado concelho ou que a ultrapassagem desse limiar fique sujeita a autorização por parte da Autoridade da Concorrência.

A manutenção de uma norma desta natureza destina-se a prevenir que fenómenos de concentração a nível local, não abrangidos pelos critérios de notificação previstos no artigo 9.º da Lei n.º 18/2003, possam criar posições dominantes que entrem o processo concorrencial. Caso a referida percentagem implique a proibição da concentração, e não apenas a sua sujeição à apreciação da Autoridade de Concorrência, deveria ser superior aos 30% previstos naquele artigo para efeitos de notificação. A existência desta norma não deverá excluir o sector da aplicação das normas gerais de controlo de concentrações previstas na referida Lei.

**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 copagamento a efectuar pelo utente respeita.

Nomeadamente, deve ser suprimida a proibição da prática de descontos constantes da alínea a) do n.º 2 do artigo 36.º do Decreto-Lei n.º 48547, de 1968.

**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.

Evidentemente, a liberalização da prática de descontos pode não ser suficiente para que estes efectivamente venham a ser praticados. Dado o ambiente pouco concorrencial em que o sector funciona, um fenómeno de inércia poderia levar a que, mesmo após a liberalização, os preços actuais funcionassem como um “ponto focal”, do qual as farmácias não se desviassem. É também possível que a reduzida tradição de concorrência no sector origine práticas explícitas de cartelização do mercado. A liberalização da entrada pode dar um importante contributo para prevenir estes efeitos: as novas farmácias, tendo que ganhar a sua clientela, teriam um forte incentivo para

conceder descontos aos consumidores. Entendemos, portanto, que as Recomendações 2 e 4 devem ser implementadas em simultâneo.

## 2. 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.

Nomeadamente, devem ser revogados o n.º 2 da base II da Lei 2125, de 1965, e o n.º 2 do artigo 83.º do Decreto-Lei n.º 48547, de 1968. O desaparecimento destas restrições multiplicaria o número de potenciais candidatos à entrada no mercado, reforçando o efeito da recomendação 2.

**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.

Concretamente, deve ser revogado o n.º 2 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 31/88. Tal como com a recomendação 5, a adopção desta recomendação multiplicaria o número dos potenciais candidatos à entrada, reforçando o efeito da recomendação 2. Uma vez que normas discriminatórias semelhantes estão em vigor em diversos outros países da União Europeia é de admitir, se não existirem sinais de escassez de farmacêuticos no mercado, que alterações a esta norma possam ser pensadas num contexto de reciprocidade.

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

Entendemos que é informativa a publicidade que cumpre os critérios enunciados na citação do Grupo Farmacêutico da União Europeia que invocamos anteriormente: ser factual, verdadeira e honesta, e que não denigra a imagem dos concorrentes. A publicidade feita pelas farmácias não estaria, obviamente, exceptuada das regras legais aplicáveis à publicidade de medicamentos.

**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.

A venda de medicamentos pela *Internet* por empresas obrigadas por regras legais e deontológicas, como são as farmácias, é provavelmente a única medida susceptível de diminuir os riscos para a saúde pública que resultam da proliferação de empresas que se dedicam a essa actividade de forma ilegal.

**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.

Concretamente, devem ser revogados os números 2, 3 e 5 do artigo 17.º da Portaria n.º 936-A/99 e alterado o seu n.º 6 em conformidade com o aqui proposto.

#### ***D. Efeitos e indicadores***

A adopção das recomendações anteriores resultará numa profunda transformação do sector das farmácias em Portugal. A análise que efectuamos leva-nos a considerar previsíveis os seguintes efeitos:

- O número de farmácias em actividade aumentará, melhorando as condições de acessibilidade por parte dos consumidores, embora nas

zonas mais densamente povoadas se possam verificar movimentos de racionalização, na tentativa de aproveitar economias de escala;

- Num ambiente concorrencial é de esperar que nem todas as farmácias que entrem no mercado consigam sobreviver pelo que, ao contrário do que acontece actualmente, o sector passará a conviver com movimentos simultâneos de entrada e saída de empresas; é provável, em particular, que a uma fase inicial de entrada de grande número de novas farmácias se siga um período de ajustamento caracterizado predominantemente pela diminuição do seu número;
- As farmácias experimentarão novas formas de organização empresarial, sendo de esperar movimentos de concentração horizontal e, na medida em que seja permitida, integração vertical entre grossistas e retalhistas; o número de operadores independentes a nível nacional diminuirá significativamente, enquanto que as farmácias integradas em cadeias se tornarão uma realidade comum;
- As farmácias recorrerão a argumentos competitivos como o preço e o horário de abertura, em benefício do consumidor final; esse efeito será mais acentuado nas zonas mais densamente povoadas, onde há mais farmácias; passará a existir maior diversidade entre as farmácias, que procurarão adaptar o seu comportamento competitivo ao mercado local em que actuam.

Consideramos provável que estes efeitos se produzam muito rapidamente e entendemos que, para que estes se repercutam positivamente no consumidor final, é indispensável que a Autoridade da Concorrência esteja preparada para acompanhar de muito perto o sector, estando vigilante em relação ao potencial uso indevido da informação sobre o mercado que é gerada pelos mecanismos de pagamento às farmácias das participações devidas pelo Estado, analisando atentamente os movimentos de concentração com que será confrontada e atalhando a tentativas de cartelização que poderiam entravar o processo concorrencial.

À luz dos critérios que utilizamos para avaliar o enquadramento normativo actual, entendemos que é previsível que adopção das nossas recomendações resulte nos seguintes impactos:

- Ganhos a nível de eficiência produtiva, alocativa e progresso técnico; a maior intensidade concorrencial incentivará as empresas de farmácia a procurarem maximizar a sua eficiência operacional e a adoptar estratégias em termos de localização, horários de funcionamento e preços que favorecerão os consumidores e a maior margem de manobra na definição da sua estrutura organizativa permitirá a adopção de novas soluções nessa matéria;
- Um impacto positivo em termos de equidade ao eliminar discriminações actualmente existentes no acesso ao mercado que entendemos não serem necessárias à defesa do interesse público;
- Efeitos neutros em termos de saúde pública e contas públicas; como argumentamos antes, entendemos que as recomendações que apresentamos não têm impacto negativo na saúde pública; quanto às contas públicas, como também argumentamos, são previsíveis diversos efeitos de sinais contrários mas de reduzida magnitude.

Para monitorar o impacto da adopção das nossas recomendações, propomos que sejam acompanhados os indicadores seguintes.

**Indicador 1.** Número de farmácias de oficina em actividade no país

Na sequência das nossas recomendações, o número de empresas de farmácia deixará de coincidir com o número de farmácias de oficina em actividade, uma vez que cada empresa poderá deter mais do que uma farmácia. Para avaliar o impacto das recomendações na acessibilidade geográfica, é o número de farmácias, não o de empresas, que importa acompanhar.

**Indicador 2.** Número de farmácias de oficina em actividade por concelho

Sendo provável que se verifiquem alterações no padrão espacial de distribuição das farmácias, é importante acompanhar a sua evolução a um nível suficientemente desagregado, como o concelho, para detectar eventuais problemas de cobertura

farmacêutica. Em particular, um estudo dos movimentos de entrada e saída por concelho permite avaliar se a liberalização da entrada e saída de empresas no sector propicia, como se espera, uma distribuição geográfica das farmácias mais homogénea ou se, pelo contrário, o livre jogo do mercado implica uma maior concentração das farmácias em grandes zonas urbanas e um desfavorecimento dos consumidores em zonas com menos população.

**Indicador 3.** Índices de concentração a nível nacional e concelho

O cálculo de índices de concentração com base no número de farmácias detidas por cada entidade, que não coloca especiais exigências informativas se o registo dos estabelecimentos junto das autoridades de saúde incluir a indicação do seu proprietário, permitirá uma noção aproximada das transformações do sector a este nível.

**Indicador 4.** Quota de mercado das farmácias pertencentes a empresas verticalmente integradas

Para lá da concentração horizontal, uma das consequências previsíveis da adopção das nossas propostas é, se tal for permitido, o aparecimento de cadeias de farmácias verticalmente integradas com a actividade grossista.

**Indicador 5.** Infracções às normas de funcionamento do sector

Entre as actividades do INFARMED encontra-se a fiscalização das farmácias. Essa actividade deveria originar a produção sistemática de estatísticas que permitissem o acompanhamento da evolução do cumprimento das normas a que o sector se encontra obrigado. Seria conveniente que essas estatísticas fossem preparadas de forma a permitir uma análise por classes de farmácias: farmácias pertencentes a farmacêuticos versus outras farmácias, farmácias integradas em cadeias versus farmácias independentes, farmácias verticalmente integradas versus as restantes, farmácias urbanas versus farmácias rurais, etc.

Seria igualmente conveniente que passasse a ser realizado periodicamente um inquérito por amostragem a consumidores das farmácias no sentido de obter elementos para a construção dos seguintes dos seguintes indicadores.

**Indicador 6.** Grau de satisfação com o serviço prestado

Este indicador deveria igualmente ser calculado para aspectos particulares do serviço, como a facilidade de acesso, o tempo de espera, o aconselhamento por parte do farmacêutico, etc. O indicador seria objecto de análise agregada mas também por classes de farmácias.

**Indicador 7.** Descontos obtidos

Indicador importante para avaliar da intensidade da concorrência no mercado, no que respeita aos preços dos medicamentos sujeitos a receita médica. Também este indicador seria objecto de análise por classes de farmácias. Paralelamente, seria desejável que passasse a haver um acompanhamento dos preços médios de venda ao público dos medicamentos não sujeitos a receita médica, que foi liberalizado, que permitisse nomeadamente comparar os preços praticados em farmácias e noutros tipos de estabelecimentos.

## 5) Anexo I. Regulação do mercado distribuidor de medicamentos nos países do benchmark

Os termos em que a Autoridade da Concorrência solicitou o presente estudo previam expressamente a realização de um exercício de *benchmarking* incidindo sobre seis países membros da União Europeia: Alemanha, Bélgica, Espanha, Holanda, Irlanda e Reino Unido. A informação recolhida, nesse âmbito, foi sendo invocada no corpo do relatório, onde apropriado. Este anexo apresenta de forma um pouco mais desenvolvida a informação que foi possível recolher sobre cada um dos países.

Para além da resultante de fontes publicadas, devidamente identificadas nas referências bibliográficas apresentadas no final do relatório, a informação aqui apresentada tem igualmente por base contactos que foram desenvolvidos com entidades dos seis países em causa. Para o efeito, contactámos a congénere local da Autoridade da Concorrência bem como, pelo menos, uma entidade representativa das farmácias ou dos farmacêuticos. A colaboração que, na maioria dos casos, nos prestaram foi de grande utilidade para a realização deste *benchmarking*. Esta colaboração, que agradecemos, não responsabiliza de nenhuma forma estas entidades pelo conteúdo do presente relatório.

Em todos os países que estudámos, a distribuição de medicamentos é objecto de regulamentação mais ou menos apertada. Tal como em Portugal, os objectivos explícitos desta regulamentação vão no sentido de garantir a segurança e o acesso, promover a qualidade do serviço, limitar o custo com medicamentos e facilitar a possibilidade de escolha do doente. As soluções encontradas para promover estes objectivos apresentam considerável diversidade, demonstrando não existir um modelo único a nível europeu.

## **A. Alemanha<sup>67</sup>**

Tal como em Portugal, na Alemanha, as farmácias podem vender medicamentos e outros produtos relacionados com a saúde. Para além de medicamentos, as farmácias vendem ainda produtos químicos e reagentes destinados a laboratórios, produtos de higiene pessoal e pesticidas. Podem ainda oferecer alguns serviços que incluem testes de gravidez, medição da tensão arterial e análises ao sangue.

As farmácias têm o exclusivo da venda de medicamentos sujeitos a receita médica e também da venda de medicamentos não sujeitos a receita médica “restritos a farmácias”. Os veterinários podem vender medicamentos aos donos dos animais, para tratamento dos mesmos.

Os medicamentos de venda livre (um leque limitado compreendendo nomeadamente vitaminas e minerais) podem ser vendidos em lojas e supermercados. Exige-se, no entanto, que o responsável pelo estabelecimento tenha os conhecimentos legalmente considerados necessários para o efeito. Caso um estabelecimento pretenda vender estes medicamentos, deverá apresentar comprovativo de que o respectivo responsável tem experiência no acondicionamento, criação de rótulos, armazenamento e marketing deste tipo de medicamentos, bem como conhecimento da regulamentação aplicável. Como comprovativos podem ser aceites certificados de treino profissional ou de participação em cursos de formação, podendo ser requerido um exame feito pelas autoridades competentes. Caso a empresa tenha mais do que um estabelecimento em que pretende vender medicamentos de venda livre, deverá haver um responsável devidamente habilitado em cada um deles.

A venda de medicamentos fora das farmácias tem um peso diminuto no mercado: em 2002, só 7% das embalagens de medicamentos vendidos foram comercializadas fora das farmácias, correspondendo a apenas 1% do volume de negócios do mercado farmacêutico. Nesse ano, os medicamentos sujeitos a receita médica representavam 79% do volume total de negócios e a 44% das embalagens (OCDE, 2004b).

---

<sup>67</sup> Na Alemanha, pudemos contar com a colaboração da ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, a União Federal das Associações Alemãs de Farmacêuticos, e do BundesKartellamt, a Autoridade da Concorrência local.

As farmácias são obrigadas a vender qualquer medicamento receitado por um médico. Esta obrigação legal não existe para os restantes medicamentos mas, na prática, é muito raro uma farmácia recusar uma venda.

O comércio de medicamentos através da *Internet* e à distância passou a ser permitido a partir de 2004, sob condições rigorosamente reguladas. Medicamentos sujeitos a receita médica e “restritos a farmácias” só podem ser vendidos desta forma por farmácias que detenham uma licença para o efeito. O comércio electrónico de medicamentos cresceu rapidamente nos primeiros meses: entre Janeiro e Julho de 2004, cerca de 600 farmácias obtiveram licenças para o fazer e cerca de 5.000 fazem parte de uma rede de farmácias baseadas na *Internet*. Em Julho daquele ano, 5% dos contactos de clientes com farmácias eram já feitos por esta via.

As farmácias têm que ser detidas e geridas por um farmacêutico, não podendo pertencer a sociedades. A profissão é muito regulada, sendo os proprietários de farmácias obrigatoriamente membros de associações de farmacêuticos. Uma farmácia pode ser vendida livremente, desde que o novo dono também seja farmacêutico. Em caso de morte do proprietário, o cônjuge viúvo pode manter a farmácia por motivos económicos, até que volte a casar-se. Os filhos podem igualmente manter a propriedade da farmácia até fazerem 23 anos. Caso o filho mais novo seja estudante de Farmácia, o período de transferência pode ser prolongado até este completar os estudos. Laboratórios farmacêuticos e grossistas não podem deter farmácias.

Até 2004, cada farmacêutico só podia ser dono de uma farmácia, com excepção de zonas muito remotas, de modo a melhorar o acesso de doentes a serviços farmacêuticos nessas regiões. Desde aquele ano, com a implementação da lei de modernização (*Modernisierungsgesetz*) dos fundos de doença inseridos no seguro social de saúde alemão (SHI), o farmacêutico pode deter até quatro farmácias, desde que administre pessoalmente a farmácia principal e que as três “filiais” se encontrem no mesmo condado que esta, ou em condados limítrofes, e que cada uma tenha um farmacêutico responsável.

A presença do farmacêutico na farmácia é obrigatória, sendo sua a responsabilidade pelos serviços prestados. Só em casos excepcionais (doença, férias, etc) pode estar ausente, durante um período máximo de três meses por ano. O

farmacêutico pode desenvolver outras actividades, desde que não prejudiquem as suas funções na farmácia e não sejam incompatíveis com os princípios da profissão.

Não há quaisquer restrições (de capitação, geográficas ou numéricas) à localização das farmácias podendo uma nova farmácia ser aberta junto a farmácias já existentes. A transferência de uma farmácia para nova localização também não é regulada.

Todas as farmácias estão sujeitas ao horário normal do comércio, devendo ainda assegurar noites de funcionamento num sistema rotativo, de forma a garantir um adequado acesso a medicamentos a qualquer hora.

A publicidade a medicamentos sujeitos a receita médica é estritamente proibida. Pelo contrário, outros produtos farmacêuticos podem ser publicitados nos meios de comunicação social, desde que sejam apresentados os riscos envolvidos e as contra-indicações, e a publicidade não seja comparativa. Existem restrições adicionais para a publicidade a medicamentos destinados a determinadas doenças, nomeadamente doenças infecciosas. A publicidade às farmácias não é proibida. No entanto, na prática, está fortemente regulada pelas leis que regem a profissão, de forma a evitar a indução do consumo de medicamentos.

Todos os medicamentos são incluídos no sistema público de participação, excepto os que vão para uma lista negativa, composta por produtos com reduzido valor terapêutico. Os preços são condicionados, indirectamente, pelo sistema de preços de referência. O produtor pode definir o preço livremente. Sobre esse preço é depois aplicada a margem do grossista, que varia consoante o valor do medicamento, conforme a Tabela 38.

**Tabela 38 – Margens do grossista na Alemanha**

| Preço do produtor   | Margem do grossista |
|---------------------|---------------------|
| Até 3,00€           | 15%                 |
| 3,01€ a 3,74€       | 0,45€               |
| 3,75€ a 5,00€       | 12%                 |
| 5,01€ a 6,66€       | 0,60€               |
| 6,67€ a 9,00€       | 9%                  |
| 9,01€ a 11,56€      | 0,81€               |
| 11,57€ a 23,00€     | 7%                  |
| 23,01€ a 26,82€     | 1,61€               |
| 26,83€ a 1200,00€   | 6%                  |
| Superior a 1200,01€ | 72,00€              |

Fonte: ABDA

As margens das farmácias são reguladas mas as farmácias podem negociar descontos com os armazenistas que aumentem a sua margem efectiva. No entanto, não podem fazer descontos aos seus clientes. Entre 1980 e 2003, as taxas de margem das farmácias eram decrescentes com o preço do medicamento. Desde 2004, a margem das farmácias para medicamentos sujeitos a receita médica é de um valor fixo de 8.10€ por embalagem acrescido de uma componente variável de 3% sobre o preço do grossista.

Noventa por cento da população está coberta pela rede de seguradoras que constituem o sistema de seguro social (SHI) e os restantes 10% têm seguros privados. No caso de venda de medicamentos sujeitos a receita médica a pessoas cobertas pelo SHI, as farmácias são obrigadas a fazer um desconto de 2€ por embalagem. O co-pagamento do doente para medicamentos sujeitos a receita médica é de 10% do preço da embalagem (com um máximo de 10€ e um mínimo de 5€), salvo nos casos de isenção (crianças e pessoas com doenças graves).

As margens das farmácias são também reguladas na venda de medicamentos não sujeitos a receita médica cobertos pelo SHI. Ao preço do grossista deve então acrescentar-se o seu valor, que depende do valor do medicamento, conforme a Tabela 39. As farmácias são obrigadas a dar ao SHI um desconto de 5% sobre o seu preço de venda.

**Tabela 39 – Margens da farmácia para medicamentos de venda livre cobertos pelo SHI, na Alemanha**

| Preço do grossista | Margem da farmácia |
|--------------------|--------------------|
| Até 1,22€          | 68%                |
| 1,23€ a 1,34€      | 0,83€              |
| 1,35€ a 3,88€      | 62%                |
| 3,89€ a 4,22€      | 2,41€              |
| 4,23€ a 7,30€      | 57%                |
| 7,31€ a 8,67€      | 4,16€              |
| 8,68€ a 12,14€     | 48%                |
| 12,15€ a 13,55€    | 5,83€              |
| 13,56€ a 19,42€    | 43%                |
| 19,43€ a 22,57€    | 8,35€              |
| 22,58€ a 29,14€    | 37%                |
| 29,15€ a 35,94€    | 10,78€             |
| 35,95€ a 543,91€   | 30%                |
| Superior a 543,92€ | 8,263% + 118,24€   |

Fonte: ABDA

Os preços de medicamentos não sujeitos a receita médica não cobertos pelo SHI são livres. Não existe participação para os mesmos, com excepção de doentes com menos de 12 anos (OCDE, 2004b).

Desde 2001, as farmácias são obrigadas, a menos que o prescriptor o proíba, a substituir pelo genérico ou importação paralela mais barata enquanto que, até então, a substituição só podia ser feita caso o prescriptor o autorizasse expressamente. A substituição só pode ser feita se os produtos tiverem a mesma substância activa, eficácia e tamanho de embalagem.

## **B. Bélgica<sup>68</sup>**

Na Bélgica, os medicamentos só podem, em princípio, ser vendidos em farmácias. No entanto, em certas circunstâncias, médicos e veterinários que tenham autorização para armazenar medicamentos podem comprá-los nas farmácias e vendê-los aos seus doentes ou donos de animais. Esta possibilidade foi criada em 1958, de forma a permitir o acesso adequado a medicamentos em zonas remotas onde não existissem farmácias. Dadas as condições actuais, em que a Bélgica é um dos países da Europa com um menor número de habitantes por farmácia, considerou-se recentemente não haver já necessidade desta solução, pelo que uma lei de Fevereiro 2005 cancelou a atribuição de novas autorizações, mantendo-se em vigor as que existiam à data. No início de 2005, havia 28 médicos com autorização para vender medicamentos aos seus doentes.

As farmácias só podem vender medicamentos e produtos relacionados com a saúde, como produtos dietéticos.

Qualquer pessoa ou empresa pode deter uma farmácia. A venda de uma farmácia é permitida, desde que esteja aberta há mais de 5 anos. A transferência e herança de farmácias são livres, desde que o preço da farmácia não seja superior à soma dos valores das instalações, equipamentos, produtos em stock e 150% do lucro bruto médio obtido nos últimos 5 anos.

É obrigatória a presença de um farmacêutico na farmácia, sendo sua a responsabilidade do que aí se passa. Existem fortes restrições a actividades paralelas por parte de farmacêuticos que trabalhem em farmácias, não podendo estes ter qualquer negócio relacionado com a medicina ou com o comércio de produtos não farmacêuticos, nem trabalhar na indústria ou no comércio grossista.

A abertura de uma nova farmácia requer a autorização do Ministério de Saúde Pública. De forma a poder vender medicamentos comparticipados, a farmácia tem ainda que obter um contrato com o *Institut National d'Assurance Maladie*.

A localização de novas farmácias está, em princípio, sujeita a critérios demográficos e geográficos, incluindo distâncias e densidade populacional: consoante a

---

<sup>68</sup> A APB – Association Pharmaceutique Belge e o Conseil de la Concurrence forneceram-nos informação sobre este país.

comuna tenha mais de 30.000, entre 7.500 e 30.000, ou menos de 7.500 habitantes, poderá ter um número máximo de farmácias igual ao número de habitantes dividido, respectivamente, por 3.000, 2.500 e 2.000. A abertura de uma farmácia adicional pode dar-se se: (1) a farmácia mais próxima estiver a mais de 1 quilómetro da nova farmácia e esta cobrir pelo menos 2.500 habitantes; (2) a farmácia mais próxima estiver a mais de 3 quilómetros da nova farmácia e esta cobrir pelo menos 2.000 habitantes; (3) a farmácia mais próxima estiver a mais de 5 quilómetros da nova farmácia e esta cobrir pelo menos 1.500 habitantes. No entanto, a entrada de novas farmácias no mercado, e portanto os critérios descritos, está congelada desde 8 Dezembro 1999 e até 8 Dezembro 2009, excepto quando haja fortes motivos de saúde pública. (*Arrêté Royal* de 8 Dezembro 1999)

Não há restrições à concentração. No entanto, cada farmacêutico só pode ser responsável por uma farmácia, como director técnico.

De um modo geral, as farmácias estão abertas durante o horário normal do comércio, entre as 8.30 e as 18.30, havendo pequenas variações entre regiões. Os turnos nocturnos são organizados localmente.

A publicidade a medicamentos sujeitos a receita médica e a farmácias é proibida. O mesmo se passa com a venda pela *Internet* de medicamentos.

A substituição por genéricos por parte da farmácia é proibida, salvo em casos excepcionais – caso o medicamento receitado esteja esgotado, ou em caso de emergência sendo, ainda assim, necessária a autorização do prescriptor. Está prevista para breve a prescrição por substância activa, deixando ao farmacêutico a escolha do medicamento, em função do seu preço e das características e preferências do doente.

Até finais de 2001, o Ministério dos Assuntos Económicos definia o preço máximo para medicamentos e seguidamente o Ministério dos Assuntos Sociais decidia quanto à comparticipação, com base em comparações de preços com produtos semelhantes do ponto de vista terapêutico. Desde 2002, o preço e o valor clínico do novo medicamento são avaliados por duas comissões distintas, sendo o Ministério da Saúde quem decide sobre a comparticipação. O preço de medicamentos genéricos não pode ser superior a 74% do preço do medicamento de marca de referência.

A margem para grossistas e farmácias na venda de medicamentos não genéricos não compartilhados (incluindo os medicamentos não sujeitos a receita médica) é regulada, sendo adicionada ao preço de fabricante. Para os grossistas, é de 13,1% do preço de venda às farmácias, excluindo o IVA, até um valor máximo de €2,18 por embalagem. Para as farmácias, é de 31% do preço de venda ao público, excluindo o IVA, até um valor máximo de €7,44 por embalagem. Desde 1999, estas margens não se aplicam a genéricos.

Para medicamentos não genéricos compartilhados, estas margens são acrescidas para medicamentos com preços de venda ao público superiores a €41.31. Nesses casos, aplica-se uma taxa adicional de 0,68% e de 2,32% para grossistas e farmácias, respectivamente, sobre o valor do PVP (excluindo o IVA) que excede €24.

Para medicamentos genéricos, as margens de distribuição são livres, não devendo, no entanto, exceder, em valor absoluto, as que são aplicadas aos seus medicamentos não genéricos de referência (*Association Pharmaceutique Belge*, 2005).

É comum a atribuição de descontos dos grossistas às farmácias e estas, por sua vez, fazem muitas vezes descontos aos seus clientes, equivalentes a 4-10% do valor dos seus co-pagamentos e compras de medicamentos não sujeitos a receita médica no ano anterior (Eggermont, 2001).

### **C. Espanha<sup>69</sup>**

A Espanha é, dos países estudados, aquele cujo enquadramento normativo da actividade farmacêutica é mais próximo do português.

Só as farmácias podem vender medicamentos, sendo indispensável a presença de um farmacêutico para a sua venda ao público. A venda de medicamentos através da *Internet* é proibida.

Só farmacêuticos (individualmente, ou em grupo) podem ser proprietários de farmácias. A venda de uma farmácia só pode ser feita para outro farmacêutico ou grupo de farmacêuticos. Em caso de morte do proprietário, os descendentes só podem manter a propriedade desde que cumpram os requisitos profissionais ou estejam a estudar para os obter. As Comunidades Autónomas têm legislação própria, pelo que em alguns casos existem condições específicas para estas transmissões.

Cada farmacêutico só pode ser proprietário ou co-proprietário de uma farmácia. Farmacêuticos detentores de farmácias não podem ter qualquer interesse económico em laboratórios. Médicos, dentistas e veterinários estão proibidos de ter qualquer interesse económico na produção ou distribuição de medicamentos ou produtos relacionados com a saúde. Farmacêuticos que trabalhem em farmácias estão proibidos de ter qualquer interesse financeiro na indústria.

A abertura de novas farmácias requer uma autorização do governo regional. A ordenação territorial das farmácias é feita de acordo com a densidade geográfica, características geográficas e dispersão da população, com o objectivo declarado de garantir uma cobertura farmacêutica adequada (Lei 16/1997). De um modo geral, é condição necessária para a abertura de uma nova farmácia uma população mínima de 2.800 habitantes por estabelecimento. As Comunidades Autónomas, em função da concentração da população, podem estabelecer limites mais altos, com um limite máximo de 4.000 habitantes por farmácia. Uma vez superado este valor, pode ser aberta uma farmácia adicional, desde que sirva pelo menos 2.000 pessoas. As Comunidades Autónomas podem estabelecer populações mínimas mais baixas em zonas rurais, turísticas, montanhosas e naquelas em que, pelas suas características, não sejam

---

<sup>69</sup> O Tribunal de Defensa de la Competencia forneceu-nos informação relativa ao mercado espanhol.

aplicáveis os critérios gerais. A distância mínima entre farmácias é de 250 metros. Em função da concentração populacional, as Comunidades Autónomas podem estabelecer distâncias inferiores. Podem ainda estabelecer limites à proximidade das farmácias relativamente a prestadores de cuidados de saúde. Cada farmácia tem que ter um acesso directo para a via pública. Entre 1993 e 2003, o número de farmácias aumentou em 1.919 (10,4%), das quais 250 entre 2002 e 2003.

Dentro da margem que a lei nacional deixa às Comunidades Autónomas para regular a entrada no sector, Navarra adoptou a situação mais liberal (*Ley Foral 12/2000*): esta lei fixa um número mínimo necessário de farmácias que resulta da divisão da população por 2.800; todas as povoações com mais de 700 habitantes deverão ter pelo menos uma farmácia; em 13 Zonas Básicas de Saúde deve haver, no mínimo, uma farmácia por cada 1.400 habitantes; o número máximo de farmácias em Navarra será de uma por cada 700 habitantes, e a distância entre duas farmácias terá que ser superior a 150 metros. Daqui resulta que Navarra é a Comunidade Autónoma com menor número de habitantes por farmácia.

As farmácias podem fixar livremente o seu horário de funcionamento. No entanto, estão obrigadas a garantir um número mínimo de horas de funcionamento, fixado pelos governos regionais, relativamente a turnos nocturnos, férias e emergências.

À semelhança do que ocorre em Portugal, o farmacêutico deve proceder à substituição por genérico a menos que o prescritor o proíba expressamente.

Uma comissão do Ministério da Saúde decide o preço a adoptar para os novos medicamentos e outra comissão decide sobre a sua inclusão no mecanismo de comparticipação, sem que haja novas alterações do preço. Em ambos os momentos, os custos são tidos em conta, bem como uma avaliação terapêutica. Os co-pagamentos são, regra geral, de 40% do preço. Cidadãos com mais de 65 anos, reformados, deficientes, e seus dependentes estão isentos. Doentes crónicos, mediante informação dada na receita, pagam apenas 10%, até um valor máximo. O preço de medicamentos genéricos não pode ser superior a 70% do preço do medicamento de marca de referência.

Tal como em Portugal, as farmácias são remuneradas por via da margem obtida na venda dos medicamentos e outros produtos. A margem legal dos grossistas e das farmácias na venda ao público de especialidades farmacêuticas de uso humano é,

respectivamente, de 8,6% 27,9% sobre o preço de venda ao público, sem impostos. No entanto, caso o preço de laboratório seja superior a 89,62€, a margem dos grossistas é de 8,43% e a das farmácias é de 37,94€, por embalagem. Para os medicamentos genéricos, a margem das farmácias é de 33%. As farmácias são livres de definir os preços para alguns medicamentos de venda livre (as especialidades farmacêuticas publicitárias).

É proibida a publicidade a farmácias e a medicamentos sujeitos a receita médica. Pode ser feita publicidade a alguns medicamentos de venda livre (Real Decreto 1416/1994). Estes são intitulados “especialidades farmacêuticas publicitárias”, estando expressamente excluídos do sistema de participação. A sua classificação baseia-se num conjunto de critérios, nomeadamente o facto do seu consumo não depender do diagnóstico de um médico, de se destinarem ao combate de síndromes e sintomas muito ligeiros e de não serem administrados por injeção. Os restantes medicamentos de venda livre não podem ser publicitados.

## **D. Holanda<sup>70</sup>**

Só as farmácias podem vender medicamentos sujeitos a receita médica, podendo ainda vender outros produtos, relacionados ou não com a saúde. Está prevista a publicação de uma nova Lei do Medicamento no segundo semestre deste ano mas, pelo menos até lá, os medicamentos não sujeitos a receita médica só podem ser vendidos fora das farmácias, em locais como supermercados, mediante uma licença para o efeito. Actualmente, há cerca de 800 supermercados com esta licença. Os veterinários podem vender medicamentos para os animais tratados. Em zonas rurais, os médicos de família podem vender medicamentos aos seus doentes, se a farmácia mais próxima estiver a mais de 5 quilómetros.

A venda de medicamentos (sujeitos, ou não, a receita médica) pela *Internet* é permitida, desde que o vendedor seja uma farmácia, um grossista, ou outra entidade habilitada para a distribuição ao balcão de cada tipo de medicamento (Catalán, 2004).

Não há restrições à propriedade de farmácias, inclusivamente por empresas, desde que exista um “farmacêutico superintendente”, ou director técnico, que não pode ser responsável por mais do que uma farmácia. Este farmacêutico não pode exercer medicina, mesmo que seja qualificado para tal. Não existem também restrições à venda de farmácias e, em caso de morte do proprietário, os descendentes podem manter a propriedade, sob certas condições.

Não há restrições geográficas ou demográficas formais à localização de novas farmácias. No entanto, dado que os farmacêuticos são obrigados a ter um contrato com a seguradora mais importante da região, caso esta recuse o contrato a abertura pode ser inviabilizada.

Não existe qualquer restrição à concentração específica do sector, havendo uma significativa integração vertical (entre armazenistas e farmácias) e horizontal (redes de farmácias). Em 2003, 50% das farmácias tinham algum tipo de integração.

A publicidade a farmácias e a medicamentos de venda livre é permitida. É proibida a publicidade a medicamentos sujeitos a receita médica.

---

<sup>70</sup> A Nederlandse Mededingingsautoriteit, a Autoridade da Concorrência holandesa, forneceu-nos informação sobre a regulamentação do sector das farmácias neste país.

A substituição por genéricos por parte da farmácia é permitida e promovida. No entanto, caso o médico receite um medicamento patenteado, a substituição só pode ser feita mediante a sua autorização.

O preço para novos medicamentos sujeitos a receita médica é a média do praticado na Bélgica, Alemanha, França e Reino Unido, enquanto o preço dos medicamentos de venda livre não é regulado. A decisão de comparticipação depende da avaliação económica do medicamento, não envolvendo geralmente alterações do preço.

O pagamento às farmácias por parte do Estado assume a forma de uma tarifa fixada anualmente por embalagem, pelo que estas têm incentivos para vender as embalagens mais pequenas. Este valor é definido por negociação entre as farmácias, o *Health Care Tariff Board* e as seguradoras. No caso de doentes cobertos pelo sistema de seguro social (cerca de dois terços da população), esta tarifa não é cobrada; nestes casos, a farmácia recebe um valor fixo anual por doente, independente do número de prescrições. No caso de medicamentos sujeitos a receita médica, o doente paga a diferença entre o preço do medicamento e o preço de referência. Se o medicamento vendido tiver um preço abaixo do preço de referência, a farmácia pode cobrar ao doente (ou à sua seguradora) o preço do medicamento vendido, acrescido de um terço da diferença.

A farmácia pode fazer descontos aos clientes, no máximo de 6,82% do preço de compra. Para os genéricos, o desconto pode ir até ao preço do equivalente de marca mais barato.

Os medicamentos não sujeitos a receita médica não têm preços regulados. O doente paga a totalidade, a menos que seja para tratamento de doenças crónicas e esta informação conste na receita. Em geral, as farmácias definem os preços destes medicamentos de forma a obterem margens semelhantes às dos medicamentos sujeitos a receita médica. Habitualmente, medicamentos manipulados são reembolsados na totalidade.

## **E. Irlanda<sup>71</sup>**

Na Irlanda, só as farmácias podem vender medicamentos sujeitos a receita médica que, em 2000, constituíram 60% do valor das vendas totais das farmácias. Existe, no entanto, a possibilidade de médicos (“*dispensing doctors*”) venderem medicamentos aos seus pacientes, se os seus consultórios estiverem a mais de 3 milhas da farmácia mais próxima ou se o doente viver a uma distância superior relativamente à farmácia mais próxima. A maioria dos medicamentos não sujeitos a receita médica (medicamentos “*pharmacy-only*”) também só pode ser vendida nas farmácias, ou por médicos nas circunstâncias descritas acima. Em 2003, esta categoria de medicamentos representava cerca de 15% das vendas das farmácias. Os restantes 23% das vendas das farmácias foram de produtos não médicos, cosméticos e produtos de higiene. As farmácias oferecem também alguns serviços, tais como testes de gravidez e de colesterol.

A presença de um farmacêutico na farmácia é obrigatória, sendo sua a responsabilidade da venda de medicamentos. Farmacêuticos que sejam responsáveis por uma farmácia podem exercer outras actividades, desde que isto não ponha em causa as suas funções.

Medicamentos de venda livre que podem ser vendidos fora das farmácias incluem vitaminas, aspirina, paracetamol, medicamentos para a tosse, cremes anti sépticos e alguns medicamentos homeopáticos. Estes produtos representam apenas 2% das vendas de medicamentos (Purcell, 2004). Apesar de poderem ser vendidos noutros locais, 90% das vendas deste tipo de medicamentos dão-se, no entanto, nas farmácias (AESGP, 2001). Qualquer estabelecimento comercial pode vender medicamentos de venda livre, desde que tenha uma licença para tal, conferida pelo *Irish Medicines Board*, não sendo necessária a presença de um farmacêutico.

A venda de medicamentos sujeitos a receita médica através da *Internet* é proibida.

Actualmente, não existe qualquer mecanismo de incentivos e apoio financeiro à abertura de farmácias em zonas isoladas. No entanto, uma das recomendações do

---

<sup>71</sup> A Competition Authority irlandesa, a Irish Pharmaceutical Union e a Pharmaceutical Society forneceram-nos detalhada informação sobre o mercado irlandês.

*Pharmacy Review Group* no seu estudo sobre o mercado retalhista do medicamento foi precisamente a criação de incentivos positivos à abertura de farmácias onde estas sejam escassas (*Pharmacy Review Group*, 2003).

Os proprietários de farmácias podem ser farmacêuticos (individualmente ou em grupo) ou sociedades. Um não farmacêutico não pode, em nome individual, ser proprietário de uma farmácia. No entanto, uma sociedade formada por não farmacêuticos pode ser proprietária de farmácias. Em caso de morte do proprietário, o seu cônjuge pode manter a propriedade da farmácia nos 5 anos seguintes, devendo no entanto existir, durante esse período, um farmacêutico responsável. Em 2001, 24,2% das farmácias pertenciam a farmacêuticos individuais, 1,5% a sociedades de farmacêuticos, 63,9% a sociedades detidas por farmacêuticos, 0,4% a representantes legais de proprietários falecidos e apenas 10% a sociedades detidas por não farmacêuticos (*Pharmacy Review Group*, 2003).

É obrigatória a existência de um farmacêutico responsável em todas as farmácias. A principal barreira à entrada na Irlanda tem sido o número restrito de lugares em cursos de Farmácia: até 2002, existia uma única universidade que conferia formação em Farmácia em toda a Irlanda. A abertura de um segundo curso em 2002 veio alargar a oferta mas levará alguns anos até produzir impacto no mercado. Tal como acontece em Portugal, a Irlanda não permite que farmacêuticos formados fora da Irlanda possam gerir ou supervisionar novas farmácias ou farmácias que estejam abertas há menos de três anos. Em 2001, 80% de todos os farmacêuticos irlandeses trabalhavam em farmácia de oficina (Purcell, 2004).

As farmácias irlandesas só podem conceder aos seus clientes as condições previstas nos diversos esquemas de partilha pública de medicamentos<sup>72</sup> caso tenham um contrato com a autoridade de saúde local, o *Health Board*.<sup>73</sup> Para obter esse contrato, entre 1996 e 2002, uma nova farmácia não podia situar-se a menos de 250 metros das já existentes, em zonas urbanas, nem a menos de 5 quilómetros, em zonas rurais. Durante aquele período, uma nova farmácia tinha que provar ao *Health Board* local que, pelo menos, 4.000 habitantes, em zonas urbanas, ou 2.500 habitantes, em

---

<sup>72</sup> Existem quatro esquemas diferentes: GMS – *general medical services*; DPS – *drugs payment scheme*; LTI – *long term illness scheme*; e, HTS – *high tech drugs scheme*.

<sup>73</sup> Em 2001, das 1.200 farmácias irlandesas, apenas 22 não tinham contrato com um *Health Board* (Competition Authority, 2001).

zonas rurais, recebiam um serviço insuficiente por parte das farmácias existentes. Estas restrições à localização das farmácias foram eliminadas em 2002, depois de uma recomendação nesse sentido do *Irish Attorney General*. No entanto, continua a ser necessário contrato com os *Health Service Executive (HSE)* (que vieram, desde Janeiro de 2005, substituir os *Health Boards*) para que os clientes beneficiem dos referidos sistemas de comparticipação.

Para a abertura de uma farmácia, o seu proprietário e o farmacêutico responsável devem notificar a *Pharmaceutical Society of Ireland*, candidatando-se a um contrato com o *Health Service Executive*, de forma a oferecer serviços em nome do Estado aos doentes elegíveis. A atribuição desse contrato depende do cumprimento dos critérios estabelecidos pelos *Pharmacy Acts*.

Nesse contrato é estabelecido um horário de funcionamento, que a farmácia é obrigada a cumprir. Qualquer alteração posterior tem que ser aprovada pelo *Health Service Executive*. Na prática, quase todas as farmácias estão abertas até às 18 ou 19 horas, estando encerradas aos domingos. Em zonas urbanas, algumas encerram mais tarde. Em algumas regiões, estão instituídos sistemas de turnos nocturnos, que garantam o acesso a medicamentos fora de horas.

Não há limites ao número de farmácias por proprietário. Em 2003, cerca de 30% das farmácias estavam englobadas em cadeias. No entanto, a maior cadeia detinha, nesse ano, apenas 3% das farmácias irlandesas (*Pharmacy Review Group*, 2003). O mesmo já não se passa ao nível do comércio grossista, onde 90% do mercado está nas mãos de três empresas. Há também uma forte relação entre produtores, grossistas e farmácias – cada armazenista tem um programa de ajuda financeira às farmácias, que leva a uma relação duradoura entre ambos, criando uma barreira à entrada no mercado grossista. A título de exemplo, a multinacional *Celesio* detém a *Cahill May Roberts*, uma das três maiores distribuidoras na Irlanda, bem como a *Unicare Pharmacy Chain*, a maior cadeia de farmácias, que engloba 54 farmácias. Por seu lado, a *Unipharm*, a terceira maior distribuidora, é integralmente detida por farmacêuticos de retalho, tendo quase 40% de todos os retalhistas como accionistas.

A publicidade a medicamentos sujeitos a receita médica é proibida (*Medicinal Products Advertising Decree*, 1994). A publicidade a medicamentos não sujeitos a receita médica é permitida, estando no entanto sujeita ao *Code of Advertising*

*Standards*. É considerada não ética a publicidade a farmácias. As exceções a esta regra incluem publicidade “discreta” à abertura de uma nova farmácia, alteração de horários, mudança de instalações, prestação de novos serviços, presença em listas telefónicas (incluindo apenas os contactos e horário de funcionamento) e calendário de turnos nocturnos (*Irish Pharmaceutical Union, 2005*).

A substituição por genéricos por parte da farmácia não é permitida, a menos que o prescriptor a autorize expressamente na receita.

O preço cobrado pelo fabricante ao armazenista para medicamentos sob patente é o valor mais baixo entre a média da Dinamarca, França, Alemanha, Holanda e Reino Unido e o preço no Reino Unido. Caso o medicamento não exista em nenhum destes países, o preço é negociado entre representantes do produtor (ou importador) e o *Department of Health and Childen*. As decisões de comparticipação dependem da avaliação económica do medicamento.

A forma como as farmácias são remuneradas assume diversas formas, nomeadamente em função do esquema de comparticipação de que o cliente beneficia (Purcell, 2004). Quando o cliente está integrado no esquema “*General Medical Services*” (GMS, que cobre cerca de 30% da população), não paga pelos medicamentos. Neste caso, o Estado devolve à farmácia o custo dos medicamentos (preço tabelado de grossista), acrescido de um valor fixo por item vendido (“*flat rate professional dispensing fee*”). Se o cliente tem uma doença crónica inteiramente comparticipada pelo Estado, fica incluído no esquema “*Long Term Illness*” (LTI). Neste caso, o Estado paga 150% do custo total dos medicamentos (preço tabelado de grossista) à farmácia, bem como um valor fixo por item vendido. Quando o cliente está integrado no esquema “*Drug Payment Scheme*” (DPS, que cobre cerca de 30% da população), paga integralmente a sua despesa com medicamentos até €85 por mês, sem beneficiar de qualquer comparticipação pública. Caso a despesa não ultrapasse esse valor, o Estado não paga nada à farmácia. Caso ultrapasse, o cliente paga os primeiros €85 à farmácia, e o Estado paga 150% do custo total dos medicamentos (preço tabelado de grossista), retirando a este valor os €85 já pagos pelo doente. Para além disto, paga ainda à farmácia um valor fixo por item vendido.

Em qualquer destes casos, se a farmácia conseguir comprar os medicamentos ao grossista a um preço inferior ao tabelado, pode ficar com a diferença, que vai aumentar

a sua margem de lucro. Caso se trate de medicamentos receitados no sector privado ou, no caso do DPS, caso a despesa seja inferior a €85, o cliente paga a totalidade do seu preço à farmácia. Nesses dois casos, a farmácia pode fixar o preço que entender sendo que, regra geral, o preço cobrado corresponde ao preço de grossista, acrescido de 50% e de uma “*dispensing fee*”, sendo este valor acrescido de IVA.

Para medicamentos de venda livre, a farmácia pode definir o seu preço, que geralmente corresponde ao preço de grossista, acrescido de 50%, acrescido do IVA.

## **F. Reino Unido<sup>74</sup>**

No Reino Unido, os medicamentos encontram-se classificados em três categorias: medicamentos sujeitos a receita médica (POM – *prescription-only*), medicamentos de venda exclusiva em farmácia (P – *pharmacy-only*) e medicamentos de venda livre (GSL – *General Sales List*). As duas primeiras categorias, POM e P, só podem ser vendidas em farmácias. Os medicamentos podem ser classificados como “*pharmacy-only*” pela sua composição, instruções de uso ou tamanho da embalagem: frequentemente, para um mesmo medicamento, as embalagens de maior dimensão só podem ser vendidas em farmácia mas é autorizada a venda em qualquer local de embalagens mais pequenas. Em regiões remotas, onde poderia haver dificuldade no acesso a uma farmácia, alguns médicos de família podem vender medicamentos: em 2003, havia 5.071 médicos autorizados a fazê-lo (AESGP, 2001).

Os medicamentos GSL podem ser vendidos nas farmácias e fora delas (em locais como supermercados ou bombas de gasolina), desde que o local seja passível de ser fechado. No entanto, cerca de 50% dos medicamentos GSL são vendidos em farmácias (AESGP, 2001), devido a dois motivos fundamentais: por um lado, o cliente precisa muitas vezes de aconselhamento quanto à escolha da medicação e forma de a tomar e, por outro, admite-se que exista alguma confusão por parte dos clientes quanto à distinção entre medicamentos P e medicamentos GSL.

Para além dos medicamentos, as farmácias vendem ainda cosméticos, produtos de higiene, tratamentos de pele e cabelo, perfumes e produtos para bebé.

Não há restrições à propriedade das farmácias, que podem ser detidas por um indivíduo ou uma sociedade. No entanto, caso o proprietário não seja farmacêutico, é obrigatória a existência de um farmacêutico responsável. Não há restrições à venda de farmácias.

A concentração é permitida, não havendo restrições ao número de farmácias detidas por cada proprietário, desde que exista um farmacêutico responsável em cada uma delas. Na última década, a concentração reforçou-se. De acordo com os elementos

---

<sup>74</sup> Recebemos informação sobre o Reino Unido do Office of Fair Trading, da National Pharmacy Association e da Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. Alguma da informação apresentada refere-se especificamente à Inglaterra, uma vez que dentro do Reino Unido há alguma diversidade na regulamentação do sector.

apresentados na Tabela 40, entre 1971 e 2001, o peso das farmácias integradas em cadeias de mais de 5 farmácias passou de 16% para quase 50%.

**Tabela 40 – Percentagem de farmácias pertencentes a cadeias com mais de cinco estabelecimentos, em Inglaterra**

| Ano         | %  |
|-------------|----|
| <b>1971</b> | 16 |
| <b>1975</b> | 24 |
| <b>1981</b> | 27 |
| <b>1985</b> | 26 |
| <b>1991</b> | 32 |
| <b>1995</b> | 34 |
| <b>2001</b> | 48 |

Fonte: Department of Health

Por sua vez, na Tabela 41, apresentam-se os pesos relativos das principais cadeias de farmácias no Reino Unido, em 2002, segundo dados do *Department of Health* e do jornal *The Independent*.

**Tabela 41 – Quotas de mercado das principais cadeias de farmácias do Reino Unido (2002)**

| Empresa                               | Quota no total de farmácias (%) |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Lloydspharmacy</b>                 | 10,9                            |
| <b>Boots the Chemists</b>             | 10,5                            |
| <b>Moss Pharmacy</b>                  | 6,4                             |
| <b>L Rowland &amp; Co</b>             | 2,5                             |
| <b>National Co-operative Chemists</b> | 2,4                             |
| <b>Superdrug</b>                      | 1,9                             |
| <b>Tesco</b>                          | 1,7                             |
| <b>Cohens Chemist Group</b>           | 0,9                             |
| <b>Sainsbury's</b>                    | 0,9                             |
| <b>Safeway</b>                        | 0,9                             |
| <b>Asda</b>                           | 0,6                             |
| <b>Outros</b>                         | 60,4                            |

Fonte: Department of Health; The Independent

O farmacêutico tem que estar presente para a venda de qualquer medicamento que só possa ser vendido nas farmácias. Pode, no entanto, exercer outras actividades, como a optometria, desde que sejam compatíveis com as suas funções na farmácia.

A actual legislação que regula as farmácias data de 1987. É possível abrir uma nova farmácia em qualquer localização, inclusive no interior de supermercados e grandes superfícies<sup>75</sup> mas a venda de medicamentos sujeitos a receita médica receitados através do NHS é regulada. Para que possa aviar receitas do NHS, a farmácia terá que obter um contrato com o *Primary Care Trust* local, provando que a abertura é necessária ou desejável para que a população local tenha uma provisão adequada de produtos farmacêuticos. Ora, dado que cerca de 80% do volume de negócios médio de uma farmácia resulta desses contratos, estes regulam de facto a entrada no mercado (daí que, das 12.380 farmácias existentes em 2003, 12.250 tivessem contrato com o NHS).<sup>76</sup> A partir do momento que a farmácia tem um contrato com o *Primary Care Trust* local, é obrigada a ter disponíveis todos os medicamentos prescritos, não podendo recusar a sua venda.

A venda de medicamentos (sujeitos, ou não, a receita médica) pela *Internet* é permitida, desde que o vendedor seja uma farmácia, um grossista, ou outra entidade habilitada para a distribuição tradicional de cada tipo de medicamento (Catalán, 2004).

As farmácias são obrigadas, regra geral, a garantir um mínimo de 40 horas semanais de funcionamento, a menos que obtenham autorização do *Primary Care Trust* para estarem abertas menos tempo. Alterações ao horário de funcionamento devem ser dadas a conhecer ao *Primary Care Trust* com três meses de antecedência, sendo à partida aceites desde que as 40 horas estejam garantidas.

Em 2003, 79% da população e 98% dos centros de saúde estavam a menos de 1 quilómetro de uma farmácia. Dois terços das farmácias estão a menos de 500 metros da farmácia mais próxima. Entre 1991 e 2001 o aumento no número de farmácias foi de 4 por ano (*House of Commons Health Committee*, 2003). Entre 1980 e 1985 (antes da actual legislação), o aumento fora de 130 por ano.

Enquanto que, na maioria dos países estudados, a tentativa de promover uma adequada distribuição de farmácias no território se faz exclusivamente pela aplicação de restrições à abertura de farmácias nas zonas mais atractivas, o Reino Unido aplica também uma política activa de apoio à abertura em zonas menos atractivas. Na Inglaterra e em Gales, o *ESPS – Essential Small Pharmacy Scheme* apoia farmácias que,

<sup>75</sup> Desde 1990, quando foram autorizadas, já foram abertas 450 farmácias no interior de supermercados.

<sup>76</sup> Das 130 farmácias que não tinham contrato com o NHS em 2003, 94 eram do grupo Boots.

não sendo economicamente viáveis devido à sua localização, são consideradas vitais para a comunidade onde se inserem, atribuindo-lhes um rendimento adicional de £4.130 por mês. Actualmente, o ESPS apoia 244 farmácias. Foi recentemente anunciado o desaparecimento do ESPS, a partir de 31 de Março de 2006, e a sua substituição por um mecanismo alternativo.

As farmácias não podem fazer publicidade a medicamentos sujeitos a receita médica. As farmácias podem ser publicitadas, bem como os restantes produtos que aí sejam vendidos, desde que o código ético seja respeitado. Até Outubro de 2005, a publicidade será proibida para medicamentos para insónias crónicas, diabetes e outras doenças metabólicas, doenças malignas, doenças infecciosas graves (como o HIV e tuberculose) e doenças sexualmente transmissíveis.

É proibida a substituição por genéricos por se considerar que poria em causa o poder de decisão do prescritor (*website da Association of the British Pharmaceutical Industry*). No entanto, a prescrição directa de genéricos tem um peso muito grande, levando a uma das taxas de penetração de genéricos mais elevadas da Europa.

Os produtores de medicamentos sob patente têm liberdade na fixação do preço. No entanto, os medicamentos têm que ser incluídos no “*Pharmaceutical Price Regulation Scheme*”, para que seja possível o seu reembolso. Na prática, a maioria das empresas farmacêuticas tem um acordo voluntário com o Estado que regula o preço dos medicamentos de marca e impõe um limite à margem de lucro que podem receber. Desde que este limite seja respeitado, têm a liberdade de escolher o preço de lançamento do medicamento no mercado. Quanto aos medicamentos genéricos, até 2000 os preços não eram regulados. Desde então, está implementado um sistema (*Maximum Price Scheme*) que impõe preços máximos a uma lista de genéricos vendidos mediante receita do NHS. Este esquema não se aplica a genéricos de venda livre. Os preços dos medicamentos de venda livre não são controlados. No entanto, na prática, a maioria dos produtores estabelece preços mínimos a cobrar pelas farmácias aos seus clientes (Kullman, 2001).

O pagamento às farmácias com contrato com o NHS tem dois componentes: o reembolso dos custos do medicamento vendido (suportado pelo Estado) e um valor fixo por item vendido (suportado pelo cliente). No entanto, para cerca de 85% das receitas médicas, os clientes estão isentos de pagar a sua parte, em função do seu nível de

rendimento, da idade, por serem doentes crónicos ou, no caso das mulheres, por gravidez ou por terem tido um filho recentemente. Aplica-se o “*Drug Tariff System*”: os medicamentos são classificados de acordo com o seu nome genérico e é definido um “preço-base” para cada um, que será o valor fixo reembolsado às farmácias após a venda. Isto cria um incentivo para as farmácias tentarem comprar os medicamentos ao preço mais baixo, de forma a reter a diferença, e a vender o genérico mais barato, o que leva à concorrência de preços entre os produtores de genéricos e de medicamentos já fora da patente.

### ***G. Experiências recentes de desregulamentação do mercado farmacêutico: Islândia e Noruega***

Nas últimas duas décadas, a regulamentação do sector das farmácias tem sido objecto de escrutínio intenso, em diversos países europeus, estando normalmente em causa a ponderação entre os seus potenciais efeitos anti-concorrenciais e as suas implicações em termos de protecção da saúde pública. Em diversos países, as entidades encarregadas da defesa da concorrência avançaram com sugestões no sentido de desregulamentar, de forma mais ou menos acentuada, o seu funcionamento: assim aconteceu, por exemplo, em Espanha (Tribunal de Defensa de la Competencia, 1995) e no Reino Unido (Office of Fair Trading, 2003). Nestes países, no entanto, as reformas propostas não foram implementadas e a regulamentação do sector permanece, no essencial, inalterada.

Em contrapartida, verificaram-se processos de desregulamentação muito significativa em dois países do norte da Europa: a Islândia e a Noruega. Tendo-se passado já alguns anos desde a implementação dessas reformas, a experiência recente destes países fornece elementos de reflexão importante para a avaliação da regulamentação do sector das farmácias em Portugal. Nesta secção, fazemos uma breve descrição dessa experiência, tendo por principal fonte Anell (em publicação).

Tradicionalmente, na Islândia, a propriedade das farmácias era reservada a farmacêuticos individuais, a entrada no mercado carecia de autorização governamental, os preços dos medicamentos eram regulamentados e a venda de medicamentos fora das farmácias era proibida. Em 1996, o sector foi objecto de uma significativa desregulamentação: a propriedade e a entrada no mercado foram efectivamente liberalizadas, embora laboratórios farmacêuticos e médicos em exercício de actividade continuem a não poder deter farmácias; o governo manteve a prerrogativa de fixar os preços máximos dos medicamentos sujeitos a receita médica mas foi autorizada a prática de descontos tanto a nível do grossista como da farmácia; o preço dos restantes medicamentos foi liberalizado. Apenas a obrigatoriedade de venda de medicamentos nas farmácias permaneceu inalterada.

A desregulamentação do sector teve um impacto imediato muito significativo. Dois anos depois da liberalização da entrada, o número de farmácias tinha crescido

40%, embora esse crescimento tenha sido muito mais acentuado em Reykjavik, única área urbana significativa do país, onde atingiu os 67%, do que noutras zonas, onde se ficou por 17% (Morgall & Almarsdottir, 1999). Para colocar estes valores em perspectiva convém recordar que Reykjavik concentra perto do 60% dos escassos 290 mil habitantes da Islândia. Nos períodos mais recentes, o número de farmácias parece ter estabilizado, embora se assinalem alguns encerramentos em zonas rurais e algumas aberturas adicionais em Reykjavik. Em termos gerais, a liberalização parece ter resultado, portanto, numa melhor cobertura farmacêutica do país, embora seja de assinalar que a dimensão média das farmácias diminuiu.

O aumento no número de farmácias foi acompanhado pelo aparecimento da concorrência pelo preço entre elas: muitas farmácias passaram a oferecer descontos aos consumidores. Este processo não aconteceu uniformemente ao longo do país, sendo mais intenso nas zonas com maior densidade de farmácias. Consequentemente, os preços efectivamente pagos pelos consumidores deixaram de ser uniformes a nível nacional. Ao contrário da expectativa governamental, a concorrência pelo preço não foi suficiente para conter a despesa pública com medicamentos, que continuou a crescer.

A concorrência manifestou-se igualmente no alargamento dos horários de abertura das farmácias, embora também este efeito tenha sido mais acentuado nas zonas com maior densidade de farmácias.<sup>77</sup> Apesar de os consumidores de Reykjavik se mostrarem satisfeitos com os resultados deste processo, nas zonas rurais existem algumas manifestações de insatisfação com esta quebra na homogeneidade dos preços e serviços das farmácias. (Almarsdóttir et al., 2000)

A liberalização da propriedade e o acréscimo da concorrência desencadeou um processo de rápida concentração horizontal do sector. Em 2004, dois grupos detinham 85% das 59 farmácias islandesas, havendo uma única farmácia independente. A forte concentração do mercado tem exigido a atenção da Autoridade de Concorrência islandesa para impedir que a concorrência seja posta em causa.

---

<sup>77</sup> Na sua intervenção na conferência sobre a regulação das profissões liberais, promovida pela Comissão Europeia, o representante do Grupo Farmacêutico da União Europeia mencionou que uma das consequências da liberalização do mercado islandês terá sido o facto de deixar de existir serviço nocturno de farmácias (Matias, 2003). Não nos foi possível encontrar outras referências a este facto. O site da Embaixada dos Estados Unidos na Islândia (<http://www.usa.is/page.asp?ID=600>) indica que existem duas farmácias abertas todos os dias das 8 às 24 horas. Não temos qualquer informação sobre o tipo de serviço nocturno que existiria antes da liberalização.

Na Noruega, onde a regulamentação do sector era semelhante à islandesa, a desregulamentação do sector das farmácias foi mais gradual, mas igualmente mais profunda, do que na Islândia. O processo iniciou-se em 1995 com a liberalização do preço dos medicamentos que não carecem de receita médica. Em 2001, passaram a ser permitidos descontos nos preços dos medicamentos, tanto a nível grossista como retalhista, e a instalação e a propriedade das farmácias foram liberalizadas, embora não sendo permitidas a laboratórios farmacêuticos e médicos. Mais tarde, em 2003, passou a ser permitida a venda de alguns produtos não sujeitos a receita médica (essencialmente analgésicos, nebulizadores nasais e anti-ácidos) fora das farmácias, em estabelecimentos detentores de uma autorização para o efeito.

O impacto destas alterações no mercado norueguês foi substancialmente diferente do que o verificado na Islândia, o que parece ter-se devido à história e estrutura do sector. Antes de 2001, embora entidades independentes, cerca de 80% das farmácias norueguesas tinham integrado uma estrutura intitulada Apokedjan, destinada a funcionar como uma central de compras, permitindo-lhes reforçar o seu poder negocial face aos grossistas. Antecipando a liberalização da propriedade no sector, em 2000, a Apokedjan acordou um processo de integração vertical com uma das duas principais entidades grossistas do país, a Tamro. Por intervenção da Autoridade de Concorrência norueguesa, a Apokedjan foi obrigada a desligar-se de um grande número de farmácias, tendo sido estabelecido que nenhum grupo seria autorizado a deter mais de 40% das farmácias do país. A ligação entre a Tamro e a Apokedjan marcou o padrão de desenvolvimento futuro da estrutura de mercado, caracterizado por processos de integração vertical e concentração horizontal. Em 2004, três grupos que integram os estágios grossistas e retalhistas do sector eram proprietários de 77% das farmácias norueguesas e mantinham alianças de diferente natureza com outros 20%.

Neste contexto de concentração acelerada do sector a partir do seu interior, a concorrência pelo preço, que marcou o processo de desregulamentação na Islândia, não se materializou. Em parte por este motivo, em 2003, as autoridades norueguesas autorizaram a venda de alguns medicamentos fora das farmácias. A desregulamentação resultou, no entanto, num significativo crescimento do número de farmácias que, entre 2001 e 2003, cresceu 32%, que foi acompanhado por uma redução da sua dimensão média. A maioria das novas farmácias instalaram-se em zonas urbanas mas houve

igualmente uma muito ligeira redução no número de municípios noruegueses que não dispõem de qualquer farmácia, que passou de 210 para 200. Tal como na Islândia, houve um alargamento do horário de abertura das farmácias.

## 6) Anexo II. Uma análise econométrica do impacto de alterações no enquadramento normativo do sector das farmácias em Portugal:

O objectivo deste anexo é proceder a uma análise quantitativa do sector das farmácias em Portugal que permita extrair conclusões sobre os potenciais efeitos de eventuais alterações ao seu enquadramento normativo. A análise incide exclusivamente sobre dois dos aspectos mais marcantes, do ponto de vista concorrencial, desse enquadramento: a existência de restrições à entrada e à concorrência pelo preço. Pretende-se perceber que consequências teria uma liberalização da entrada no sector, acompanhada ou não pela possibilidade das farmácias poderem passar a concorrer pelo preço.

A metodologia proposta assenta na análise de um modelo teórico de comportamento das farmácias de oficina e dos consumidores bem como nas características da estrutura de custos das farmácias. O modelo apresentado é um modelo clássico de competição espacial *a la* Hotelling (1929). Este tipo de modelo foi utilizado para analisar o sector das farmácias por Waterson (1993), na Austrália, e Jansson (1999), em Espanha.

A primeira parte do anexo apresenta o modelo utilizado e descreve as suas implicações qualitativas. Na segunda parte, procede-se, então, a uma análise quantitativa do mercado português, considerando-se vários cenários correspondentes a diferentes opções normativas.

### A. O modelo teórico

#### 1. Procura afecta a cada farmácia

Considera-se que uma determinada farmácia  $i$  capta utentes em número  $Q_i$  na região que a circunda, definida simplifadamente por um círculo de raio  $r$ .

$$Q_i = \int_0^r Y 2\pi x dx = Y\pi r^2 \quad (1)$$

Nesta equação,  $Y = \bar{Y}\bar{q}$  representa a quantidade de receitas consumida por quilómetro quadrado, sendo que  $\bar{Y}$  representa a densidade populacional e  $\bar{q}$  o consumo *per capita* de produtos farmacêuticos. O número aproximado de farmácias numa determinada região<sup>78</sup> corresponde ao rácio entre a área da região e a área adstrita a cada farmácia.

$$N = \frac{A}{\pi r^2} \quad (2)$$

## 2. Custo de transporte/deslocação

Considera-se que os consumidores têm uma perda de utilidade, que designamos por custo de transporte, que está associada à distância que têm de percorrer para se deslocarem à farmácia. Apesar da designação, este custo não se refere apenas ao custo monetário do transporte, incluindo também a valorização por parte dos consumidores da proximidade da farmácia. Admitimos que este custo é função da distância em quilómetros (designada por  $x$ ) a uma farmácia.

$$C_T(x) = vx^\tau \quad (3)$$

Na expressão anterior,  $v$  representa a valorização dos consumidores da proximidade de uma farmácia e  $\tau$ , que se pretende  $\tau \geq 1$ , define a sensibilidade à distância dessa valorização. Por exemplo, para  $\tau = 1$ ,  $v$  representa o custo de um quilómetro adicional na distância à farmácia mais próxima.

Na selecção da farmácia em que se vai abastecer, a decisão dos consumidores baseia-se na consideração conjunta do preço dos medicamentos e do custo de deslocação à farmácia. Entre duas farmácias  $i$  e  $j$  que se encontram a uma distância  $u$  uma da outra, com preços médios por receita  $p_i$  e  $p_j$ , respectivamente, um consumidor que se encontre a uma distância  $r$  da farmácia  $i$  e  $u-r$  da farmácia  $j$  estará indiferente entre deslocar-se à farmácia  $i$  ou  $j$  se:

$$p_i + vr^\tau = p_j + v(u-r)^\tau. \quad (4)$$

<sup>78</sup> No caso presente, a unidade territorial de análise é o concelho dados os limites impostos pela inexistência de informação quantitativa mais detalhada

Esta equação traduz indirectamente o poder de mercado relativo de cada farmácia, uma vez que exprime as consequências para a área adstrita a determinada farmácia de alterações no seu preço.

### 3. Função de custo da farmácia de oficina

Admitimos que a farmácia de oficina tem uma função custo que se pode representar por:

$$C(Q) = F + cQ, \quad (5)$$

onde  $F$  representa os custos fixos da actividade,  $Q$  o número de receitas aviadas e  $c$  um custo marginal por receita aviada que inclui o preço de custo dos medicamentos bem como o custo de financiamento do stock e impostos sobre lucros. Esta função é necessariamente uma simplificação e entendemo-la como uma aproximação a uma função de custo que é válida para uma determinada dimensão de farmácias de oficina, dimensão essa implicitamente definida pelo valor a atribuir a  $F$ .

Esta função custo implica a existência de economias de escala. Tomamos como definição de economias de escala, que designamos por  $S$ , a relação entre o custo médio e o custo marginal.

$$S = \frac{C(Q)}{Q} \frac{1}{C'_Q(Q)} = \frac{F}{cQ} + 1 \quad (6)$$

### 4. Lucro

O lucro de uma farmácia  $i$  é dado por:

$$L_i = p_i Q_i - C(Q_i). \quad (7)$$

O *breakeven* é atingido quando  $L_i = 0$ , o que exige as seguintes margens mínimas:

$$\frac{p_i - c}{p_i} = 1 - \frac{1}{S} = \frac{\frac{F}{cQ_i}}{1 + \frac{F}{cQ_i}}. \quad (8)$$

## 5. O equilíbrio do modelo com livre entrada no mercado mas preços fixos

O modelo anterior pode ser utilizado para caracterizar as condições de equilíbrio correspondentes a diferentes enquadramentos normativos. Uma primeira possibilidade é a da liberalização da entrada de farmácias no mercado, continuando os preços de venda a ser fixados administrativamente. Neste cenário, espera-se que o número de farmácias se ajuste até que todas atinjam o ponto de “breakeven”. No modelo apresentado isso representa uma quantidade vendida que permita cobrir os custos fixos:

$$Q = \frac{F}{p - c} . \quad (9)$$

Usando a relação estabelecida entre a quantidade vendida e o número de farmácias numa determinada região, obtemos que o número de farmácias deverá ser aproximadamente:

$$N = \frac{(p - c)YA}{F} . \quad (10)$$

## 6. O equilíbrio do modelo com um número fixo de empresas mas preços livres

Num cenário alternativo, a entrada no mercado poderia continuar a ser determinada por decisões administrativas, como acontece actualmente, mas sendo permitido às farmácias concorrer por via do preço praticado. Por simplificação, admitimos neste caso que o número de farmácias é fixo. O preço praticado pela farmácia repercute-se nas suas vendas por via do seu efeito sobre a sua área de influência. A relação entre estas variáveis é dada pela diferenciação da relação entre  $p_i$  e  $r$  implicitamente definida na equação (4).

$$\left. \frac{\partial r_i}{\partial p_i} \right|_{p_i} = - \frac{1}{v\tau(r_i^{\tau-1} + (u - r_i)^{\tau-1})} \quad (11)$$

Ou seja, a área servida pela farmácia está inversamente relacionada com os preços que pratica: um aumento dos preços implicaria uma diminuição da sua área de influência. Esta diminuição é tanto maior quanto menor for a valorização por parte dos consumidores da distância à farmácia.

A sensibilidade da procura que uma farmácia enfrenta a variações no preço é obtida através do efeito que estas têm na área de influência da farmácia:

$$\left. \frac{\partial Q_i}{\partial p_i} \right|_{p_j} = \frac{\partial Q_i}{\partial r_i} \left. \frac{\partial r_i}{\partial p_i} \right|_{p_j} = - \frac{2\pi r_i Y}{v\tau (r_i^{\tau-1} + (u-r_i)^{\tau-1})}. \quad (12)$$

Uma vez que na definição da função custo está implícito o pressuposto, para fins de análise, que as farmácias são idênticas e supondo adicionalmente que, dentro de uma determinada unidade territorial de análise, as farmácias se distribuem homoganeamente no território, conclui-se que numa situação de equilíbrio a cada farmácia ficariam adstritas áreas de influência idênticas ou seja  $r_i = u - r_i$ . Logo:

$$\left. \frac{\partial Q_i}{\partial p_i} \right|_{p_j} = - \frac{2\pi r_i^2 Y}{2v\tau r_i^\tau} = \frac{Q_i}{v\tau r_i^\tau}. \quad (13)$$

Admite-se que as farmácias fixam os preços de forma a maximizar o seu lucro e que o equilíbrio numa situação de preços livres é o equilíbrio de *Nash* do jogo correspondente à fixação simultânea desses preços, definido neste caso pela condição:

$$Q_i + p_i \left. \frac{\partial Q_i}{\partial p_i} \right|_{p_j} - C'_Q(Q_i) \left. \frac{\partial Q_i}{\partial p_i} \right|_{p_j} = 0. \quad (14)$$

Donde se obtém:

$$p_i = c + v\tau r_i^\tau = c + v\tau \left( \frac{A}{\pi N} \right)^{\tau/2}. \quad (15)$$

Ou seja, o preço situa-se acima do nível de concorrência perfeita, evidenciando um poder de mercado local associado ao custo de deslocação à farmácia.

O lucro da farmácia é, neste caso:

$$L_i = \pi Y v \tau r_i^{\tau+2} - F = \pi Y v \tau \left( \frac{A}{\pi N} \right)^{\tau/2+1} - F. \quad (16)$$

Com base nesta expressão, verifica-se que o número mínimo de quilómetros quadrados por farmácia é de:

$$\frac{A}{N} \geq \pi \left( \frac{\pi Y v \tau}{F} \right)^{-\frac{2}{\tau+2}}. \quad (17)$$

## 7. O equilíbrio do modelo com entrada e preços livres

Finalmente, num terceiro cenário, quer os preços praticados quer a entrada no mercado seriam liberalizados. Admite-se, neste caso, que o comportamento das farmácias relativamente à sua estratégia de preços seja idêntica à do cenário anterior mas que se verifique uma entrada ou saída de farmácias até que o lucro obtido seja nulo. Sendo assim, o equilíbrio do modelo é caracterizado por:

$$N = \frac{A}{\pi} \left( \frac{\pi Y v \tau}{F} \right)^{\frac{2}{\tau+2}} \quad (18)$$

$$p_i = c + v \tau \left( \frac{A}{\pi N} \right)^{\tau/2} = c + v \tau \left( \frac{\pi Y v \tau}{F} \right)^{-\frac{\tau}{\tau+2}} \quad (19)$$

$$L_i = 0 \quad (20)$$

## 8. Definição de um óptimo social

Para efeito de comparação, é ainda útil caracterizar o óptimo social. O aumento do número de farmácias numa determinada região tem, de acordo com o modelo postulado, um efeito positivo e um negativo sobre o bem-estar social. O efeito positivo é dado pela diminuição do que chamamos custo de transporte, uma vez que mais farmácias implicam necessariamente uma menor distância média de cada consumidor à farmácia. O efeito negativo de um aumento do número de farmácias corresponde a um aumento dos custos fixos da actividade de distribuição de medicamentos. Estas duas componentes estão traduzidas na seguinte expressão:

$$NY \int_0^r 2\pi v x^{\tau+1} dx + NF = NY \frac{2\pi v}{\tau+2} r^{\tau+2} + NF, \quad (21)$$

onde a primeira parcela representa o valor para os consumidores da distância à farmácia e a segunda parcela o montante de custos fixos. O mínimo desta expressão é atingido para um número de farmácias de:

$$N = \frac{A}{\pi} \left( \frac{\pi Y v \tau}{F} \right)^{\frac{2}{\tau+2}} \left( \frac{1}{\tau+2} \right)^{\frac{2}{\tau+2}}. \quad (22)$$

Fixando um preço que permita atingir um lucro nulo obtemos:

$$p_i = c + \frac{FN}{AY} = c + v\tau \left( \frac{\pi Y v \tau}{F} \right)^{-\frac{\tau}{\tau+2}} \left( \frac{1}{\tau+2} \right)^{\frac{2}{\tau+2}}. \quad (23)$$

O aspecto importante a realçar deste exercício é que tanto o nível de preços como o número de farmácias são substancialmente inferiores aos que resultam de uma política de livre entrada e de preços livres. Para valores plausíveis do parâmetro  $\tau$ , como sejam os valores 1 ou 2, tanto o número de farmácias como a margem entre preço e custo marginal são sensivelmente metade do que resultaria de uma política de livre entrada e preços livres. Este resultado é relativamente robusto face a alterações dos parâmetros do modelo e realça o facto de que qualquer intervenção deverá ponderar os benefícios de proximidade para os consumidores com os custos de replicar custos fixos associados a cada estabelecimento de farmácia de oficina.

## 9. Uma extensão do modelo e sumário

Os resultados anteriores assumem que a dimensão total do mercado não se altera com o número de farmácias: isto é, assumem que o consumidor não deixa de comprar por causa da distância a que situam as farmácias, embora a distância seja relevante para escolher em que farmácia comprar. Se, pelo contrário, os consumidores alterarem o seu padrão de consumo de acordo com a proximidade da farmácia, mais farmácias resultarão em mais consumo. Esta possibilidade pode ser tida em conta no modelo,

fazendo  $Y = \bar{Y}q \left( \frac{r}{\bar{r}} \right)^\gamma$  donde

$$Q_i = \int_0^r Y 2\pi x dx = \frac{\bar{Y}q}{\bar{r}^\gamma} r^{\gamma+2} \frac{2\pi}{\gamma+2}. \quad (24)$$

Os resultados anteriores correspondem ao caso particular desta expressão em que  $\gamma = 0$ . A Tabela 42, abaixo, sumaria os resultados apresentados e as consequências desta extensão do modelo.

Tabela 42 – Níveis de equilíbrio do preço e do número de farmácias para diversos cenários

|                    | $\gamma$        | Cenário                            | Preço   | Número de farmácias   | Notação   |
|--------------------|-----------------|------------------------------------|---|---|---|
| Modelo base        | $\gamma = 0$    | Entrada livre e preços fixos       | $p$   | $N_L = \frac{A}{\pi} \frac{\tilde{Y}_0}{v\tau} (p - c)$                   | $\tilde{Y}_0 = \pi v \tau \frac{\bar{Y}\bar{q}}{F}$<br>$k_1 = -\frac{\tau}{\tau + 2}$<br>$k_2 = \frac{2}{\tau + 2}$   |
|                    | $\gamma = 0$    | Entrada controlada e preços livres | $c + v\tau \left( \frac{A}{\pi N} \right)^{\tau/2}$   | $N$   |   |
|                    | $\gamma = 0$    | Entrada livre e preços livres      | $c + v\tau \tilde{Y}_0^{k_1}$   | $\frac{A}{\pi} \tilde{Y}_0^{k_2}$   |   |
|                    | $\gamma = 0$    | Ótimo social                       | $c + v\tau \tilde{Y}_0^{k_1} \left( \frac{k_2}{2} \right)^{k_2}$  | $\frac{A}{\pi} \tilde{Y}_0^{k_2} \left( \frac{k_2}{2} \right)^{k_2}$      |   |
| Extensão do modelo | $\gamma \neq 0$ | Entrada livre e preços fixos       | $p$   | $N_L \left( \frac{\pi N_L}{A} \right)^{k_3 - 1} k_3^{k_3}$                | $\tilde{Y}_\gamma = \pi v \tau \frac{\bar{Y}\bar{q}}{\bar{r}^\gamma} \frac{1}{F}$<br>$k_1 = -\frac{\tau}{\gamma + \tau + 2}$<br>$k_2 = \frac{2}{\gamma + \tau + 2}$<br>$k_3 = \frac{2}{\gamma + 2}$ |
|                    | $\gamma \neq 0$ | Entrada controlada e preços livres | $c + v\tau \left( \frac{A}{\pi N} \right)^{\tau/2} k_3$   | $N$   |   |
|                    | $\gamma \neq 0$ | Entrada livre e preços livres      | $c + v\tau \tilde{Y}_\gamma^{k_1} k_3^{\frac{-\tau + \gamma + 2}{\tau + \gamma + 2}}$                           | $\frac{A}{\pi} \tilde{Y}_\gamma^{k_2} k_3^{2k_2}$                         |   |
|                    | $\gamma \neq 0$ | Ótimo social                       | $c + v\tau \tilde{Y}_\gamma^{k_1} \left( \frac{k_2}{2} \right)^{\frac{\gamma + 2}{\tau + \gamma + 2}} k_3^{-1}$ | $\frac{A}{\pi} \tilde{Y}_\gamma^{k_2} \left( \frac{k_2}{2} \right)^{k_2}$ |   |

## **B. Aplicação do modelo teórico ao caso das farmácias portuguesas**

### **1. Função de custo da farmácia de oficina**

No cálculo dos custos fixos e marginais das farmácias de oficina foram utilizados dados contabilísticos de uma amostra de cerca de 70 farmácias para os anos 1998 a 2002, variando este número ligeiramente de ano para ano. As farmácias incluídas são todas as presentes na base de dados Coface MOPE. Foram consideradas duas variáveis de custo: o custo total exceptuando custos extraordinários (designada por CT) e o custo total exceptuando custos extraordinários e custo das mercadorias vendidas (designada por CTO). A unidade de quantidade utilizada foi a receita aviada. É necessariamente uma aproximação grosseira à unidade de produto vendida na farmácia mas tendo em conta os dados disponíveis é a única cujo cálculo é possível e para a qual existem cálculos comparáveis efectuados noutros países. O número de receitas aviadas (representado por Q) foi calculado dividindo o volume de vendas da farmácia pelo valor médio de uma receita (PVP) calculado pelo INFARMED para o ano a que dizem respeito as vendas. O valor monetário médio de uma receita foi utilizado como indicador do preço praticado pelas farmácias. Foi utilizada ainda uma variável correspondente ao montante de activos fixos da farmácia, como medida da dimensão do estabelecimento.

Os resultados da estimação da função custo encontram-se na Tabela 43. Todos os cálculos são feitos a preços de 2002. Para este ano, o preço médio por receita (PVP) foi de 38,81€.

**Tabela 43 – Função de custo da farmácia de oficina (I)**

|           | CT             | CT (FE)        | CTO            | CTO (FE)       |
|-----------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|           | Coef<br>t-stat | Coef<br>t-stat | Coef<br>t-stat | Coef<br>t-stat |
| Constante | 22091<br>4.81  | 61629<br>4.25  | 22679<br>4.63  | 20659<br>1.83  |
| Q         | 35.56<br>190.8 | 34.32<br>65.0  | 5.46<br>27.4   | 6.29<br>15.3   |
| AF*Q      | 0.0031<br>5.2  | 0.0014<br>1.4  | 0.0044<br>6.9  | 0.0020<br>2.6  |
| T*Q       | 1.52<br>35.15  | 1.63<br>24.97  | -0.01<br>-0.14 | 0.29<br>5.79   |

FE - Estimação com efeitos fixos por farmácia

A Tabela 44 apresenta uma estimação alternativa, em que se utiliza o volume de vendas (V) como variável representativa da quantidade vendida. Neste caso, a interpretação do coeficiente associado à variável V é a de um custo marginal em percentagem do preço. No caso dos modelos em que a variável explicada é CT, a diferença deste coeficiente para a unidade pode ser interpretada como a margem líquida da farmácia, uma vez que são considerados todos os custos da actividade. Para os modelos em que a variável explicada é CTO, o coeficiente reflecte os custos marginais não directamente relacionados com a aquisição das mercadorias vendidas.

**Tabela 44 – Função de custo da farmácia de oficina (II)**

|           | CT                | CT (FE)           | CTO               | CTO (FE)        |
|-----------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------|
|           | Coef<br>t-stat    | Coef<br>t-stat    | Coef<br>t-stat    | Coef<br>t-stat  |
| Constante | 23,269<br>5.5     | 22,814<br>2.29    | 23,722<br>4.63    | 21,570<br>1.83  |
| V         | 0.92<br>204.9     | 0.92<br>96.6      | 0.14<br>26.1      | 0.16<br>14.3    |
| AF*V      | 0.00009<br>6.0    | 0.00008<br>4.2    | 0.00012<br>6.6    | 0.00007<br>3.1  |
| T*V       | -0.00237<br>-2.04 | -0.00155<br>-1.01 | -0.00731<br>-5.19 | 0.00070<br>0.39 |

FE - Estimação com efeitos fixos por farmácia

As estimativas da Tabela 43 apontam para um valor de custos fixos (F) de cerca de 23.000€ e um custo marginal de 35,50€ por receita, sendo que a componente que não diz respeito ao custo das mercadorias vendidas é de cerca de 5,39€. Estes valores implicam uma margem líquida  $(p - c_{marginal\ total})/p$  média total de 8,5%  $((38,8 - 35,5)/38,8)$ , o que é compatível com os resultados da Tabela 44  $(1 - 0.92 = 8\%)$  e uma margem bruta  $(p - c_{merc\ vend})/p$  sobre o preço de compra de aproximadamente 22,6%  $((38,8 - 35,5 + 5,46)/38,8)$ .

O indicador S calculado de acordo com a expressão apresentada anteriormente aponta para a existência de algumas economias de escala. As margens mínimas que asseguram um lucro nulo encontram-se cerca de 2 a 4 pontos percentuais abaixo das actuais (Tabela 45). Estes valores implicam uma redução possível na margem sobre o preço de custo de, para algumas farmácias, até 5%.

**Tabela 45 – Economias de escala**

| Percentil | 10%   | 25%   | 50%   | 75%   | 90%   |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|
| S         | 1.016 | 1.021 | 1.028 | 1.043 | 1.064 |
| (p-c)/p   | 1.6%  | 2.0%  | 2.7%  | 4.1%  | 6.0%  |

Cálculos semelhantes foram efectuados num relatório preparado por Myers & Stauffer (2002) para uma amostra de farmácias no Texas, com os seguintes resultados:  $F=\$59.306$ ,  $c=\$5,3$  e um volume médio de receitas aviadas por ano de 59.500. Convertendo estes valores à paridade dos poderes de compra resulta  $F=€39.023$ ,  $c=€3,48$  ou seja valores mais elevados de custos fixos e mais baixos de custos marginais reflectindo provavelmente farmácias de oficina de maior dimensão. Notamos, no entanto, que frequentemente é apresentado o argumento de que a contabilidade das farmácias de oficina em Portugal não reflecte a remuneração do farmacêutico que é proprietário, por esta estar incluída no lucro. Se adicionarmos 30.000 euros aos custos anuais de cada farmácia, valor baseado nas remunerações para director-técnico previstas nos contratos colectivos de trabalho que a ANF assina com o Sindicato Nacional dos Farmacêuticos, e incluirmos o respectivo benefício fiscal resultante do acréscimo de custos, o custo fixo passaria a ser de aproximadamente €42.000, bastante próximo dos resultados obtidos nos EUA.

## 2. Consumo *per capita* ao nível concelhio

O modelo teórico de base considerado pressupõe que o volume de vendas global das farmácias não varia com alterações no número destes estabelecimentos. Esta situação verificar-se-ia se os consumidores não alterassem de forma significativa o seu consumo com variações de distância a uma farmácia (embora uma maior distância implique um custo). Uma análise empírica revela, no entanto, que o volume de negócios *per capita* das farmácias num determinado concelho depende do número médio de quilómetros quadrados servidos pela farmácia, ou seja, da distância média de um consumidor a uma farmácia.<sup>79</sup>

<sup>79</sup> Os dados relativos ao volume de negócios concelhio que utilizamos têm por base os dados que a ANF nos forneceu a nível de regiões NUT III. Estimamos uma relação entre volume de negócios e população e número de farmácias utilizando uma forma funcional flexível. Em seguida, estimamos o volume de negócios por concelho aplicando esta relação estimada ao número de farmácias e população de cada concelho. Este valor de volume de negócios é o utilizado nos cálculos efectuados. Obtivemos igualmente

Estes resultados são apresentados na Tabela 46. A unidade de observação é o concelho e a variável em estudo é o (logaritmo do) volume de negócios do sector das farmácias *per capita*. As variáveis explicativas, expressas em logaritmo, são  $\sqrt{A/\pi N}$ , designada por *r*, a percentagem da população com mais de 65 anos (*p65+*), a percentagem da população com menos de 5 anos (*p05-*), o índice de poder de compra *per capita* (PCpc) e o factor de dinamismo relativo (FDR).

**Tabela 46 – Consumo *per capita***

|             | Vol. Neg. pc   |                |                |
|-------------|----------------|----------------|----------------|
|             | Coef<br>t-stat | Coef<br>t-stat | Coef<br>t-stat |
| constante   | 7.52<br>16.0   | 7.05<br>14.9   | 7.21<br>15.1   |
| <i>r</i>    | -0.26<br>-12.7 | -0.21<br>-8.5  | -0.23<br>-8.7  |
| <i>p65+</i> | 0.54<br>7.1    | 0.57<br>7.7    | 0.58<br>7.9    |
| <i>p05-</i> | 0.20<br>2.1    | 0.28<br>3.0    | 0.28<br>3.0    |
| PCpc        |                | 0.18<br>4.0    | 0.15<br>3.3    |
| FDR         |                |                | 0.02<br>2.1    |
| $R^2$       | 0.372          | 0.407          | 0.416          |

Como já se referiu, a análise revela que o volume de negócios das farmácias é negativamente afectado pela distância a que, em média, se encontram os consumidores. Além disso, a estrutura etária da população tem um forte impacto nesse volume de negócios: em concelhos com uma maior percentagem de idosos e crianças, o volume de negócios *per capita* das farmácias é mais elevado. Verifica-se ainda que o volume de negócios das farmácias é positivamente afectado pelo poder de compra concelhio e pelos movimentos demográficos pendulares, relacionados sobretudo com o turismo, (variável FDR).

---

dados de volume de negócios concelhio junto do INE. Estes dados baseiam-se em amostras de empresas da CAE 5231. Em alguns concelhos, o número de empresas na amostra do INE é muito reduzido e noutros os dados são omitidos por questões de confidencialidade. Optamos, por isso, por utilizar os dados fornecidos pela ANF que se baseiam numa amostra mais alargada. No entanto, o valor do volume de negócios resultante das duas fontes é, em geral, semelhante.

### 3. Implicações de diferentes enquadramentos normativos para o sector das farmácias

A utilização do modelo anteriormente apresentado para efeitos de previsão das consequências de eventuais alterações ao enquadramento normativo da actividade das farmácias exige a calibração dos respectivos parâmetros,  $\nu$ ,  $\tau$  e  $\gamma$ .

Para  $\tau$ , consideramos alternativamente valores de 1 e 2, correspondendo a funções de custo de distância lineares e quadráticas, as mais utilizadas em trabalhos análogos. No cenário em que consideramos  $\tau = 1$ , atribuímos a  $\nu$  um valor de 0,50€, que implica um custo por quilómetro inferior ao que resulta do preçário a que estão sujeitos os táxis. No cenário em que  $\tau = 2$ , consideramos  $\nu = 0.1$ . Com esta especificação, os dois cenários levam ao mesmo custo de transporte quando o consumidor tem que se deslocar 5 quilómetros até à farmácia. O cenário em que o custo de transporte é quadrático,  $\tau = 2$ , implica que o consumidor é pouco sensível a distâncias pequenas, implicando custos mais baixos para distâncias abaixo daquele limiar. Em contrapartida, para distâncias superiores a 5 quilómetros, este cenário implica um rápido crescimento do custo de transporte, que passa a ser superior ao do cenário alternativo. Finalmente, para  $\gamma$ , consideramos valores entre 0 e -0.3, com o primeiro valor a corresponder ao cenário de não alteração da dimensão do mercado com a alteração do número de farmácias e o segundo a compreender o valor máximo do coeficiente da variável  $r$  nas estimações apresentadas na Tabela 46.

#### a) Implicações de uma política de liberalização de preços

A margem entre o preço e o custo marginal é actualmente de cerca de 3,3€, correspondentes a 8% do preço de venda<sup>80</sup>. De acordo com o modelo apresentado, a liberalização do preço praticado pelas farmácias resultaria numa margem de  $\nu\tau(A/\pi N)^{\tau/2}$ . Calculamos esta margem para cada um dos concelhos do continente português, atribuindo a  $A$  e  $N$  os valores da respectiva área e número actual de farmácias. Tomando para valores de  $\nu$ ,  $\tau$  e  $\gamma$  os discutidos anteriormente, obtemos a seguinte distribuição para as margens (percentis por população abrangida):

<sup>80</sup> Recorde-se que utilizamos o valor médio de uma receita como indicador do preço.

**Tabela 47 – Margem no cenário de liberalização de preços**

| $\tau$ | $\gamma$ | 10%  | 25%  | 50%  | 75%  | 90%  |
|--------|----------|------|------|------|------|------|
| 1      | 0        | 0.23 | 0.63 | 1.00 | 1.70 | 2.73 |
| 1      | -0.1     | 0.24 | 0.67 | 1.05 | 1.79 | 2.87 |
| 1      | -0.2     | 0.25 | 0.70 | 1.11 | 1.89 | 3.03 |
| 1      | -0.3     | 0.27 | 0.74 | 1.18 | 2.01 | 3.21 |
| 2      | 0        | 0.04 | 0.32 | 0.80 | 2.32 | 5.95 |
| 2      | -0.1     | 0.04 | 0.34 | 0.84 | 2.45 | 6.27 |
| 2      | -0.2     | 0.05 | 0.36 | 0.89 | 2.58 | 6.61 |
| 2      | -0.3     | 0.05 | 0.38 | 0.94 | 2.73 | 7.00 |

Nota: Percentis por população abrangida

Em qualquer dos cenários considerados, a mediana do valor da margem ronda 1€, substancialmente abaixo, portanto, do valor actualmente vigente. Os cenários em que se consideram custos de transporte lineares ( $\tau = 1$ ), indicam que a quase totalidade da população beneficiaria de preços mais reduzidos, caso estes fossem liberalizados. Um cenário com custos quadráticos aponta também para que a maioria da população beneficiasse de preços mais baixos mas resulta em diferenças regionais mais acentuadas: os preços cairiam fortemente em zonas de forte densidade populacional mas aumentariam em áreas de baixa densidade populacional, em virtude do poder de mercado de que beneficiariam as farmácias locais. Uma interpretação qualitativa da informação da tabela permite-nos dizer que quanto maior for a desvantagem associada a uma distância crescente à farmácia, mais a solução de preços livres se aproximará de um cenário de concorrência perfeita nos grandes centros urbanos e maior será o poder de monopólio associado à distância em zonas de baixa densidade populacional.

Para evitar o exercício de poder de mercado que é patente para os percentis mais elevados da população, entendemos que uma eventual liberalização dos preços deveria sê-lo apenas no sentido da baixa: isto é, de permitir às farmácias praticar preços inferiores a um máximo legalmente fixado. Por outro lado, os valores mais reduzidos constantes da Tabela 47 devem ser encarados com cautela. Calcula-se que a margem líquida mínima que suporta os custos fixos para os valores médios de venda de uma farmácia seja de aproximadamente 0,78€, sendo portanto irrealista que as margens descessem para alguns dos valores apontados no cenário  $\tau = 2$ . Assim, na Tabela 48, apresentamos os resultados alternativos que seriam obtidos impedindo as margens de ultrapassar os seus níveis actuais ou de baixar abaixo do limiar necessário para garantir a rentabilidade da farmácia, considerando o valor de custos fixos já discutido.

**Tabela 48 – Margem no cenário de liberalização de preços com restrições**

| $\tau$ | $\gamma$ | 10%  | 25%  | 50%  | 75%  | 90%  |
|--------|----------|------|------|------|------|------|
| 1      | 0        | 1,02 | 1,12 | 1,43 | 1,76 | 2,75 |
| 1      | -0,1     | 1,02 | 1,12 | 1,43 | 1,86 | 2,89 |
| 1      | -0,2     | 1,02 | 1,12 | 1,43 | 1,96 | 3,05 |
| 1      | -0,3     | 1,02 | 1,12 | 1,43 | 2,08 | 3,23 |
| 2      | 0        | 1,02 | 1,12 | 1,43 | 2,16 | 3,30 |
| 2      | -0,1     | 1,02 | 1,12 | 1,43 | 2,49 | 3,30 |
| 2      | -0,2     | 1,02 | 1,12 | 1,43 | 2,62 | 3,30 |
| 2      | -0,3     | 1,02 | 1,12 | 1,43 | 2,77 | 3,30 |

Nota: Percentis por população abrangida

Verifica-se na maioria dos concelhos a concorrência conduz ao lucro supra-normal nulo uma vez que o número de farmácias impede que qualquer uma delas possa exercer controlo de preços na sua área de influência.

### **b) Implicações de uma política de liberalização de entrada**

Como resulta do ponto anterior, as margens actuais das farmácias excedem significativamente o que, em média, seria necessário para assegurar um lucro nulo. Em caso de liberalização da entrada seria, por isso, de esperar um aumento do número de farmácias em actividade. De acordo com o modelo teórico, o número de farmácias dependeria do parâmetro  $\gamma$ . A Tabela 48 apresenta a variação prevista no número de farmácias, para diversos valores desse parâmetro.

**Tabela 49 – Variação no número de farmácias com liberalização da entrada**

| $\gamma$       | 0,00 | -0,10 | -0,20 | -0,30 |
|----------------|------|-------|-------|-------|
| $\Delta N$ (a) | 3372 | 3722  | 4156  | 4706  |
| $\Delta N$ (b) | 2270 | 2505  | 2796  | 3164  |

a) Todos os concelhos

b) Todos os concelhos excepto os 10 maiores em termos de população (25% população)

No cenário base, em que  $\gamma = 0$ , isto é, em que a procura não depende do número de farmácias, poder-se-ia esperar que o número de farmácias em actividade mais do que

duplicasse.<sup>81</sup> Nos cenários em que se admite que a procura aumenta quando a distância à farmácia se reduz, o número de novas farmácias é substancialmente mais elevado. Para  $\gamma = 0$ , o modelo prevê que o número de farmácias aumente para mais de 5.500, a que corresponde um número de habitantes por farmácia da ordem dos 1.800. Este valor está próximo, por exemplo, do existente na Bélgica, onde a entrada de novas farmácias foi suspensa. Por sua vez, para  $\gamma = -0,3$ , o modelo prevê que o número de farmácias em Portugal ronde as 7.000, correspondendo a cerca de 1.500 habitantes por farmácia. Embora este forte crescimento no número de farmácias possa surpreender, entendemos que é plausível: na região autonómica espanhola de Navarra, onde se verifica uma situação análoga à que aqui se procura perspectivar, isto é, a entrada no mercado é livre mas as margens são controladas, o número de habitantes por farmácia é da ordem dos 1.100, substancialmente abaixo do aqui previsto.

Analisamos em seguida o efeito de uma liberalização simultânea da entrada e dos preços.

### **c) Implicações de uma política de liberalização de entrada e dos preços**

As Tabelas 50 e 51 ilustram os efeitos médios de uma liberalização simultânea da entrada e dos preços. Como se poderia esperar, este cenário aponta para resultados intermédios em relação aos anteriormente considerados. Em média, as margens situar-se-iam abaixo das actualmente praticadas mas acima das que resultariam de uma política que liberalizasse apenas os preços. Num cenário de liberalização apenas dos preços, em que admitíamos que o número de farmácias era fixo, verificava-se que os preços poderiam descer para níveis que tornariam algumas farmácias não rentáveis (ver Tabela 47), o que nos levou a considerar o cenário alternativo da Tabela 48 em que impedíamos níveis excessivamente baixos das margens. No cenário presente, não é necessário um procedimento análogo: uma vez que se admite ajustamentos no número de farmácias, seja no sentido da entrada seja da saída do mercado, qualquer tendência para a queda excessiva dos preços será sustida por uma redução no número de

---

<sup>81</sup> Por razões de compatibilidade com os elementos contabilísticos utilizados, os resultados apresentados correspondem a variações em relação à situação existente em 2002. Em 2003 e 2004, o número de farmácias em actividade aumentou já em 184 que devem, portanto, ser deduzidas às variações aqui apresentadas.

farmácias. Qual dos cenários apresentará preços mais baixos dependerá do que admitirmos serem os custos fixos que as farmácias tenham de suportar.

O efeito no número de farmácias em actividade é bastante sensível aos valores atribuídos aos parâmetros do modelo. Note-se que o modelo não restringe o número de farmácias de equilíbrio que tanto pode ser superior como inferior ao número de farmácias actualmente existentes. E, de facto, para certos cenários, o modelo prevê uma redução no número de farmácias em actividade. Isto acontece quando se admite que a procura é insensível à distância à farmácia ( $\gamma = 0$ ), particularmente se os custos de transporte forem lineares ( $\tau = 1$ ). Quando se conjugam estes dois valores dos parâmetros, o modelo prevê, caso tanto os preços como a entrada sejam livres, uma diminuição de cerca de 400 nas farmácias em actividade. No entanto, os números médios apresentados escondem fortes disparidades entre os concelhos. Os casos de redução do número de farmácias ocorrem sobretudo em áreas de elevada densidade populacional e onde já existe um elevado número de farmácias, particularmente em Lisboa e Porto, onde se verificaria uma forte competição através do preço. Em contrapartida, em zonas de baixa densidade populacional, a concorrência não se faria sentir de forma significativa e verificar-se-ia a entrada de novas farmácias. Se excluirmos da análise os dez concelhos mais populosos do país, o modelo prevê que neste cenário entrem no mercado 42 novas farmácias.

**Tabela 50 – Margens num cenário de liberalização de preços e entrada**

| $\tau$ | $\gamma$ | 10%  | 25%  | 50%  | 75%  | 90%  |
|--------|----------|------|------|------|------|------|
| 1      | 0        | 0.39 | 0.73 | 1.06 | 1.62 | 2.26 |
| 1      | -0.1     | 0.41 | 0.76 | 1.09 | 1.66 | 2.31 |
| 1      | -0.2     | 0.43 | 0.78 | 1.12 | 1.70 | 2.36 |
| 1      | -0.3     | 0.45 | 0.81 | 1.15 | 1.74 | 2.40 |
| 2      | 0        | 0.47 | 0.83 | 1.17 | 1.76 | 2.43 |
| 2      | -0.1     | 0.22 | 0.56 | 0.98 | 1.85 | 3.04 |
| 2      | -0.2     | 0.23 | 0.58 | 1.00 | 1.87 | 3.04 |
| 2      | -0.3     | 0.25 | 0.60 | 1.01 | 1.88 | 3.03 |

Nota: Percentis por população abrangida

**Tabela 51 – Variação do número de farmácias**

|          | $\gamma$   | 0,00 | -0,10 | -0,20 | -0,30 |
|----------|------------|------|-------|-------|-------|
| $\tau=1$ | $\Delta N$ | -411 | -206  | 30    | 301   |
| $\tau=2$ | $\Delta N$ | -195 | 40    | 302   | 592   |

Já quando se admite que a procura depende da distância à farmácia da forma sugerida pelas estimações que efectuamos nessa matéria ( $\gamma = -0,3$ ), o modelo prevê um aumento de 300 a 600 no número de farmácias, no conjunto do país. No entanto, também neste cenário haveria uma racionalização no número de farmácias em actividade nas principais zonas urbanas e um forte aumento no resto do país. Por este motivo, o modelo indica que um cenário de liberalização da entrada e da prática de descontos levaria a uma redução da dispersão da distância média a uma farmácia com um ligeiro aumento da distância média (quando ponderada pela população abrangida), como se verifica na Tabela 52.

**Tabela 52 – Distância média (km) a uma farmácia (percentis por população abrangida)**

| $\tau$ | $\gamma$ | 10%  | 25%  | 50%  | 75%  | 90%  |
|--------|----------|------|------|------|------|------|
| 1      | 0        | 0.52 | 0.98 | 1.41 | 2.15 | 2.99 |
| 1      | -0.1     | 0.54 | 0.97 | 1.37 | 2.03 | 2.77 |
| 1      | -0.2     | 0.56 | 0.96 | 1.32 | 1.92 | 2.57 |
| 1      | -0.3     | 0.58 | 0.95 | 1.28 | 1.82 | 2.38 |
| 2      | 0        | 0.69 | 1.12 | 1.47 | 2.01 | 2.58 |
| 2      | -0.1     | 0.71 | 1.11 | 1.43 | 1.92 | 2.42 |
| 2      | -0.2     | 0.74 | 1.10 | 1.39 | 1.83 | 2.27 |
| 2      | -0.3     | 0.76 | 1.09 | 1.36 | 1.75 | 2.13 |
| Actual |          | 0.21 | 0.56 | 0.92 | 1.75 | 2.34 |

#### **4. Comparação entre política de liberalização de entrada e de preços e “óptimo social”**

O óptimo definido anteriormente considera todos os custos da actividade de retalho das farmácias: os custos fixos da actividade farmacêutica e os custos da distância à farmácia. Como resultado da minimização da soma destes custos resulta uma situação que em economia se designa por óptimo social. O aspecto importante a realçar

deste exercício é que tanto o nível de preços bem como o número de farmácias é substancialmente inferior ao que resulta de uma política de livre entrada e de preços livres, como se pode verificar pelos resultados da Tabela 53 e da Tabela 54.

**Tabela 53 – Rácio entre margem de entrada livre e óptimo social**

|          | $\gamma$   | 0,00 | -0,10 | -0,20 | -0,30 |
|----------|------------|------|-------|-------|-------|
| $\tau=1$ | <b>p-c</b> | 0,48 | 0,49  | 0,50  | 0,51  |
| $\tau=2$ | <b>p-c</b> | 0,50 | 0,52  | 0,53  | 0,56  |

**Tabela 54 – Rácio entre número de farmácias de entrada livre e óptimo social**

|          | $\gamma$ | 0,00 | -0,10 | -0,20 | -0,30 |
|----------|----------|------|-------|-------|-------|
| $\tau=1$ | <b>N</b> | 0,48 | 0,45  | 0,41  | 0,38  |
| $\tau=2$ | <b>N</b> | 0,50 | 0,47  | 0,44  | 0,41  |

Este resultado é válido para um número alargado de cenários.

Os resultados deste exercício realçam o facto de que mesmo uma escolha por uma estrutura de mercado de preços e entrada livre tem subjacente uma opção política envolvendo um *trade-off* entre custos de um determinado sistema de distribuição e o benefício para os consumidores desse mesmo sistema. De um ponto de vista estritamente económico, devido à existência de um poder de monopólio resultante dos custos de transporte do consumidor, a solução de mercado livre leva à existência de um número excessivo de farmácias e a preços mais elevados do que os que corresponderiam ao óptimo social. Note-se, no entanto, que este problema não é exclusivo do sector das farmácias, sendo comum em muitas outras actividades comerciais.

Num mercado com estas características, o óptimo social só poderia ser alcançado por via reguladora. Para ser eficiente, a regulação tem, no entanto, pesados requisitos informativos. Além disso, presta-se à captura pelos interesses afectados pela sua acção. Por isso, é improvável que a regulação possa também levar ao óptimo social. A opção política é sempre, inevitavelmente, entre soluções imperfeitas.

## 5. Síntese e comentários finais

As Tabelas 55 a 57 sintetizam alguns dos resultados obtidos. Todas têm uma estrutura idêntica, referindo-se a Tabela 55 ao conjunto do território nacional, a Tabela

56 aos dez concelhos mais populosos e a Tabela 57 aos restantes concelhos. As colunas iniciais das tabelas referem-se às margens obtidas pelas farmácias: Mg B e Mg L representam a margem bruta e a margem líquida em percentagem do volume de vendas e p-c é o valor monetário da margem entre o preço médio e o custo marginal. É importante notar que se trata de margens comerciais médias e não das margens legalmente estabelecidas para a venda dos medicamentos. N corresponde ao número de farmácias e DM à distância média a uma farmácia. Vneg é a variação percentual no volume de negócios das farmácias face à situação actual e reflecte o potencial de diminuição da despesa com medicamentos. Esta variação inclui duas componentes: uma correspondendo a uma alteração dos preços e outra correspondendo a uma alteração da quantidade vendida que ocorre nos cenários em que há alteração no número de farmácias numa determinada área. Finalmente, VFr é o valor actual dos lucros supra-normais de uma farmácia média, havendo que recordar que a remuneração do farmacêutico se encontra, por correcção nossa, incluída no custo fixo da farmácia. Incluem-se todos os cenários discutidos e adicionalmente vários cenários de regulação directa das margens. Pode verificar-se que reduções de 3 a 4 pontos percentuais na margem bruta seriam comportáveis pelas farmácias embora, evidentemente, com um forte impacto na sua rentabilidade e valorização. Quedas superiores nas margens brutas só seriam, para a actual estrutura de custos, comportáveis mediante uma redução no número de farmácias que permitisse o aproveitamento de economias de escala.

**Tabela 55 – Simulações: resultados para todos os concelhos**

| Cenário       | Mg B  | Mg L | p-c    | N     | DM   | Vneg  | VFr       |
|---------------|-------|------|--------|-------|------|-------|-----------|
| Actual        | 22,6% | 8,5% | 3,30 € | 2.480 | 1,74 | -     | 1.903.612 |
| PL EF         | 19,2% | 4,5% | 1,68 € | 2.480 | 1,74 | -4,2% | 263.748   |
| PF EL         | 22,6% | 8,5% | 3,30 € | 6.636 | 1,09 | 13,4% | -         |
| PL EL         | 18,4% | 3,6% | 1,31 € | 2.491 | 1,52 | -2,0% | -         |
| Óptimo Social | 16,9% | 1,8% | 0,66 € | 1.021 | 2,38 | -3,9% | 126.546   |
| MF 20% - EF   | 20,0% | 5,5% | 2,05 € | 2.480 | 1,74 | -3,2% | 652.244   |
| MF 19% - EF   | 19,0% | 4,3% | 1,59 € | 2.480 | 1,74 | -4,4% | 188.156   |
| MF 18% - EL   | 18,0% | 3,1% | 1,13 € | 2.026 | 1,98 | -4,9% | -         |

Notas: Mg B-margem bruta; Mg L-margem líquida; PL-preço livre; PF-preço fixo; EL-entrada livre; EF-entrada fixa; MF-margem bruta fixa; DM distancia média à farmácia em Km; VNeg-Variação no volume de negócios do sector face ao ano base; VF-valor da farmácia, taxa de actualização utilizada 3%. As margens são medias ponderadas pela população que abrangem.

**Tabela 56 – Simulações: resultados para os 10 concelhos mais populosos**

| Cenário       | Mg B  | Mg L | p-c    | N     | DM   | Vneg   | VFr       |
|---------------|-------|------|--------|-------|------|--------|-----------|
| Actual        | 22,6% | 8,5% | 3,30 € | 733   | 0,56 | -      | 2.094.544 |
| PL EF         | 19,2% | 4,5% | 1,68 € | 733   | 0,56 | -5,1%  | -         |
| PF EL         | 22,6% | 8,5% | 3,30 € | 2.089 | 0,29 | 14,2%  | -         |
| PL EL         | 16,8% | 1,7% | 0,60 € | 267   | 0,75 | -22,5% | -         |
| Óptimo Social | 16,1% | 0,8% | 0,30 € | 109   | 1,18 | -23,2% | 45.838    |
| MF 20% - EF   | 20,0% | 5,5% | 2,05 € | 733   | 0,56 | -3,2%  | 770.853   |
| MF 19% - EF   | 19,0% | 4,3% | 1,59 € | 733   | 0,56 | -4,4%  | 279.943   |
| MF 18% - EL   | 18,0% | 3,1% | 1,13 € | 638   | 0,53 | -4,3%  | -         |

Notas: Mg B-margem bruta; Mg L-margem líquida; PL-preço livre; PF-preço fixo; EL-entrada livre; EF-entrada fixa; MF-margem bruta fixa; DM distancia média à farmácia em Km; VNeg-Variação no volume de negócios do sector face ao ano base; VF-valor da farmácia, taxa de actualização utilizada 3%. As margens são medias ponderadas pela população que abrangem.

**Tabela 57 – Simulações: todos concelhos excepto os 10 mais populosos**

| Cenário       | Mg B  | Mg L | p-c    | N     | DM   | Vneg  | VF        |
|---------------|-------|------|--------|-------|------|-------|-----------|
| Actual        | 22,6% | 8,5% | 3,30 € | 1.747 | 2,14 | -     | 1.823.501 |
| PL EF         | 19,5% | 4,9% | 1,83 € | 1.747 | 2,14 | -3,8% | 374.411   |
| PF EL         | 22,6% | 8,5% | 3,30 € | 4.547 | 1,37 | 13,0% | -         |
| PL EL         | 18,9% | 4,2% | 1,56 € | 2.224 | 1,78 | 7,3%  | -         |
| Óptimo Social | 17,2% | 2,1% | 0,78 € | 912   | 2,79 | 4,9%  | 160.409   |
| MF 20% - EF   | 20,0% | 5,5% | 2,05 € | 1.747 | 2,14 | -3,2% | 602.478   |
| MF 19% - EF   | 19,0% | 4,3% | 1,59 € | 1.747 | 2,14 | -4,4% | 149.644   |
| MF 18% - EL   | 18,0% | 3,1% | 1,13 € | 1.388 | 2,47 | -5,2% | -         |

Notas: Mg B-margem bruta; Mg L-margem líquida; PL-preço livre; PF-preço fixo; EL-entrada livre; EF-entrada fixa; MF-margem bruta fixa; DM distancia média à farmácia em Km; VNeg-Variação no volume de negócios do sector face ao ano base; VF-valor da farmácia, taxa de actualização utilizada 3%. As margens são medias ponderadas pela população que abrangem.

Os resultados tornam claro que a actual legislação, que controla simultaneamente a entrada de novas farmácias e o preço dos medicamentos, impede ajustamentos no mercado que poderiam beneficiar significativamente os consumidores, quer por via da redução das suas despesas na farmácia, quer da garantia de uma maior proximidade à farmácia. Estas restrições permitem às farmácias existentes beneficiar de uma margem supra-normal. Este excedente poderia ser transferido para os consumidores ou para o Estado, quer por via concorrencial, quer por via regulamentar. Uma política de liberalização de preços, entendida como a possibilidade de praticar

descontos em relação a um preço máximo fixado pelo Estado, traduzir-se-ia directamente num menor custo para o consumidor e constituiria um poderoso incentivo para que as farmácias procurassem minimizar os seus custos de funcionamento desde que as condições que permitam que o mercado funcione estejam pré-estabelecidas. Por sua vez, uma liberalização da entrada implicaria uma transferência do excedente para os consumidores mas sob a forma de uma maior proximidade de uma farmácia, o que tem por contrapartida, do ponto de vista da sociedade, um acréscimo dos custos fixos com o funcionamento das farmácias: uma liberalização da entrada acompanhada da manutenção das actuais margens das farmácias resultaria num forte aumento no número destes estabelecimentos. Uma conjugação destas duas políticas reduziria este efeito e acentuaria a tendência para a redução das margens das farmácias. Evidentemente, o Estado pode procurar obter os mesmos resultados por via regulamentar, nomeadamente por via de uma redução das margens das farmácias, o que lhe permitiria partilhar da redução na despesa com medicamentos, por via de participações de menor montante absoluto.

## Referências bibliográficas

- Almarsdóttir, A. B., Morgall, J. M., & Bjornsdóttir, I. 2000. A question of emphasis: Efficiency or equality in the provision of pharmaceuticals. International Journal of Health Planning and Management, 15: 149-161.
- Anell, A. & Hjelmgren, J. 2002. Implementing competition in the pharmacy sector: lessons from Iceland and Norway. Applied Health Economics and Health Policy, 1(3): 149-156.
- Anell, A. em publicação. Deregulating the pharmacy market: The case of Iceland and Norway. Health Policy.
- Apifarma. 2004. A indústria farmacêutica em números. Lisboa: Apifarma - Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica.
- Arruñada, B. 2001. Las farmacias y el passo de los siglos. Revista de Administración Sanitaria, 5(19): 119-134.
- Arruñada, B. 2003. Quality safeguards and regulation of online pharmacies. Health Economics, 13(4).
- Associação Nacional das Farmácias. 2005. Quem ganha com a venda de medicamentos fora das farmácias?, Farmácia Saúde, Vol. Edição Especial Maio 2005.
- Bedsted, T., Jørgensen, K. P., Keiding, H., & Olsen, L. W. 2003. Pharmaceutical prices in Europe: A linear structure. In L. W. Olsen, Essays on George Rasch and his contributions to statistics. Copenhagen: Institute of Economics - University of Copenhagen.
- Bernheim, B. D. & Whinston, M. D. 1990. Multimarket contact and collusive behavior. Rand Journal of Economics, 21: 1-26.
- Catalán, J. 2004. Internet medicine sales and the need for homogeneous regulation. International Journal of Medical Marketing, 4(4): 342-349.
- Cavaco, A. M., Dias, J. P. S., & Bates, I. P. 2005. Consumers' perceptions of community pharmacy in Portugal: A qualitative exploratory study. Pharmacy World & Science, 27(1): 54-60.
- Centro de Estudos Municipais e de Acção Regional – CEMAR. 1999. Sondagem nacional sobre a prestação dos serviços de saúde.
- Centro Studi Farindustria. 2004. Fatti e cifre 2004. Roma: Farindustria.
- Centro Studi Farindustria. 2004. Indicatori farmaceutici. Roma: Farindustria.
- Centro Studi Farindustria. 2005. Indicatori farmaceutici. Roma: Farindustria.
- COAG Senior Officials Working Group. 2002. Commentary on the National Competition Policy Review of Pharmacy. Barton: Council of Australian Governments.
- Competition Authority. 2001. Submission of the Competition Authority to the Pharmacy Review Group. Dublin: Competition Authority (Irlanda).
- Danzon, P. M. & Chao, L.-W. 2000a. Does regulation drive out competition in pharmaceutical markets? Journal of Law and Economics, XLIII: 311-357.

- Danzon, P. M. & Chao, L.-W. 2000b. Cross-national price differences for pharmaceuticals: how large, and why? Journal of Health Economics, 19(2): 159.
- Danzon, P. M. & Furukawa, M. F. 2003. Prices and availability of pharmaceuticals: Evidence from nine countries. Health Affairs: DOI 10.1377/hlthaff.w3.521.
- Danzon, P. M. & Kim, J. D. 1998. International price comparisons for pharmaceuticals: Measurement and policy issues. Pharmacoeconomics: 115.
- Danzon, P. M. 2001. Reference pricing: Theory and evidence: The Wharton School, University of Pennsylvania.
- Department of Health. 2004b. The new contractual framework for community pharmacy: Department of Health (Reino Unido).
- Department of Health; Making the best use of the pharmacy workforce: a consultation paper; <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/09/80/84/04098084.pdf>.
- Eggermont, M. & Kanavos, P. 2001. Belgium - Pharmaceutical prices and reimbursement policies. In P. Kanavos (Ed.), Overview of Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Regulation in Europe: London School of Economics.
- Europe Economics. 2005. Estudo do sistema de comparticipação de medicamentos e a sua adequação à reforma da saúde, incluindo o regime de preços dos medicamentos a comparticipar pelo Estado: Relatório final.
- European Observatory on Health Systems. 1999. United Kingdom: Organização Mundial de Saúde.
- European Observatory on Health Systems. 2000a. Belgium: Organização Mundial de Saúde.
- European Observatory on Health Systems. 2000b. Germany: Organização Mundial de Saúde.
- European Observatory on Health Systems. 2000c. Spain: Organização Mundial de Saúde.
- European Observatory on Health Systems. 2004. Netherlands: Organização Mundial de Saúde.
- Evans, J. 2003. Competition in the Irish health sector. Artigo apresentado na conferência Dublin Economic Workshop, Kenmare.
- Evans, W. N. & Kessides, I. N. 1994. Living by the "Golden Rule": Multimarket contact in the U.S. airline industry. The Quarterly Journal of Economics, 109(2): 341-366.
- Gal, D. 2003. Remuneration in community pharmacies in Portugal.
- García-Fontes, W. & Motta, M. 1997. Regulación de las oficinas de farmacia: Precios y libertad de entrada. In G. L. Casanovas & D. R. Palenzuela (Eds.), La regulación de los servicios sanitarios en España. Madrid: Civitas.
- Garoupa, N. 2004. Regulation of professions in Portugal: A case study in rent-seeking. Comunicação apresentada na conferência Desenvolvimento económico português no espaço europeu, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

- Holmes, E. R., Tipton, D. J., & Desselle, S. P. 2002. The Impact of the Internet on Community Pharmacy Practice: A Comparison of a Delphi Panel's Forecast with Emerging Trends. Health Marketing Quarterly, 20(2): 3-29.
- Hotelling, H. 1929. Stability in competition. Economic Journal, XXXIX(March): 41-57.
- House of Commons Health Committee. 2003. The control of entry regulations and retail pharmacy services in the UK: Fifth report of session 2002-2003: House of Commons (Reino Unido).
- Huttin, C. 1996. A critical review of the remuneration systems for pharmacists. Health Policy, 36(1): 53-68.
- Indecon International Economic Consultants. 2002. Assessment of the 1996 pharmacy regulations. Dublin: Pharmacy Review Group, Department of Health and Children (Irlanda).
- Indecon International Economic Consultants. 2003. Indecon review of proposed regulatory models for the pharmacy sector. Dublin: Pharmacy Review Group, Department of Health and Children (Irlanda).
- INFARMED - Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento. 1998. Cobertura farmacêutica: Estudo comparativo da distribuição de farmácias a nível nacional e europeu. Lisboa: INFARMED - Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento.
- INFARMED - Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento; Legislação farmacêutica compilada; [http://www.infarmed.pt/pt/legislacao/leg\\_farm\\_comp/index.html](http://www.infarmed.pt/pt/legislacao/leg_farm_comp/index.html); 1 de Maio, 2005.
- Institut für Höhere Studien. 2003. Economic impact of regulation in the field of liberal professions in different member states. Luxemburgo: DG Concorrência, Comissão Europeia.
- Jansson, E. 1999. Libre competencia frente a regulación en la distribución minorista de medicamentos. Revista de Economía Aplicada, VII(19): 85-112.
- Kanavos, P. & Reinhardt, U. 2003. Reference pricing for drugs: is it compatible with U.S. health care? Health Affairs, 22(3): 16-30.
- Kanavos, P., Costa-i-Font, J., Merkur, S., & Gemmill, M. 2004. The economic impact of pharmaceutical parallel trade in European Union member states: A stakeholder analysis. London: London School of Economics and Political Science - LSE Health and Social Care.
- Kempton, L.; IP Update: Internet advertising & sales of non-prescription medicines permitted under EU law; [http://www.wragge.com/publications/hottopics/default\\_1477.html](http://www.wragge.com/publications/hottopics/default_1477.html); 15 de Maio, 2005.
- Kullman, D. 2001. United Kingdom - Pharmaceutical prices and reimbursement policies. In P. Kanavos (Ed.), Overview of pharmaceutical pricing and reimbursement regulation in Europe: London School of Economics.
- Lopez-Casasnovas, G. & Puig-Junoy, J. 2000. Review of the literature on reference pricing. Health Policy, 54(2): 87-123.
- Makinen, M. M., Rautava, P. T., & Forsstrom, J. J. 2005. Do online pharmacies fit European internal markets? Health Policy, 72(2): 245-252.

- Martikainen, J., Kivi, I., & Linnosmaa, I. em publicação. European prices of newly launched reimbursable pharmaceuticals - a pilot study. Health Policy.
- Matias, L. 2003. PGEU Presentation. Comunicação apresentada na conferência Regulation of Professional Services, Brussels.
- Mc Guinn, T. & Trou, J. 2001. Ireland - Pharmaceutical pricing and reimbursement. In P. Kanavos (Ed.), Overview of Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Regulation in Europe: London School of Economics.
- Meneu, R. 2002. Alternatives to pharmaceutical distribution and reimbursement. Gaceta Sanitaria, 16(2): 171-179.
- Mesquita, A. 2000. Direito Farmacêutico Anotado (2ª ed.): Publicações Farmácia Portuguesa.
- MHRA. 2005. The Blue Guide - Advertising and promotion of medicines in the UK. London: MHRA - Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. 2004. Por un uso racional del medicamento - Plan estratégico de política farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Morgall, J. M. & Almarsdottir, A. B. 1999. No struggle, no strength: how pharmacists lost their monopoly. Social Science & Medicine, 48(9): 1247-1258.
- Motta, M. 2004. Competition policy: Theory and practice: Cambridge University Press.
- Myers and Stauffer LC. 2002. Determining the cost of dispensing pharmaceutical prescriptions for the Texas Vendor Drug Program. Austin: Texas Health and Human Services Commission.
- National Competition Policy Review of Pharmacy. 2000. Final Report. Canberra.
- Norris, P. 1997. The state and the market: the impact of pharmacy licensing on the geographical distribution of pharmacies. Health & Place, 3(4): 259-269.
- Nunes, J. B., Baptista, I., Contreiras, T., & Falcão, J. M. 2001. Estudo nacional de satisfação dos utentes com as farmácias: Relatório final: Centro de Estudos de Farmacoepidemiologia da Associação Nacional das Farmácias.
- OCDE. 2001. Regulatory reform in Ireland: OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico.
- OCDE. 2002. OECD Health Data 2002. Paris: OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico.
- OCDE. 2004a. OECD Health Data 2004. Paris: OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico.
- OCDE. 2004b. Regulatory reform in Germany: OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico.
- Office of Fair Trading. 2003. The control of entry regulations and retail pharmacy services in the UK.
- Ordem dos Farmacêuticos. 2002. Os farmacêuticos no sistema de saúde.
- Palma, A. C., Ali, N., & Pereira, V.; Abertura e transferência de farmácias: Estudo comparativo da legislação publicada;

[http://www.farmacia.com.pt/modules/UpDownload/store\\_folder/Deontologia/abertura.PDF](http://www.farmacia.com.pt/modules/UpDownload/store_folder/Deontologia/abertura.PDF); 5 de Maio, 2005.

Parker, P. M. & Roller, L.-H. 1997. Collusive Conduct in Duopolies: Multimarket contact and cross-ownership in the mobile telephone industry. The Rand Journal of Economics, 28(2): 304-322.

Pharmaceutical Group of the European Union. 2002. Report from the Commission to the Council and the European Parliament on the state of the Internal Market for services COM(2002) 411 final: PGEU comments.

Pharmaceutical Group of the European Union. 2003. Regulation on liberal professions and its effects: PGEU response.

Pharmaceutical Group of the European Union. 2004. PGEU Position Paper: Proposal for a Directive on Services in the Internal Market (COM(2004) 2 FINAL).

Pharmaceutical Information Centre. 2004. Pharma Facts Finland 2004: Pharmaceutical Information Centre.

Pharmacy Review Group. 2003. Report of the Pharmacy Review Group. Dublin: Pharmacy Review Group, Department of Health and Children (Irlanda).

Philipsen, N. J. & Faure, M. G. 2002. The Regulation of Pharmacists in Belgium and the Netherlands: In the Public or Private Interest? Journal of Consumer Policy, 25(2): 155-201.

Pita, J. R. 1998. História da farmácia. Coimbra: Ordem dos Farmacêuticos, Secção Regional de Coimbra e Livraria Minerva Editora.

Porter, M. E. & Teisberg, E. O. 2004. Redefining competition in health care. Harvard Business Review(June): 65-76.

Porter, R. H. 2005. Detecting collusion. Review of Industrial Organization, 26(2): 147-167.

Productivity Commission. 1999. Submission to the National Review of Pharmacy. Canberra: Productivity Commission (Austrália).

Puig-Junoy, J. 2004. Incentives and pharmaceutical reimbursement reforms in Spain. Health Policy, 67(2): 149-165.

Purcell, D. 2004. Competition and regulation in the retail pharmacy market. Dublin: The Policy Institute.

Rey, P. & Tirole, J. em publicação. A primer on foreclosure. In M. Armstrong & R. H. Porter (Eds.), Handbook of Industrial Organization, Vol. III: Elsevier North-Holland.

Santos, D., Evangelista, R., & Figueiredo, J. 2002. The use of administrative data on pharmaceutical products for price index computation;  
[http://www.ine.pt/prodserv/estudos/ficha.asp?x\\_estudoid=263#](http://www.ine.pt/prodserv/estudos/ficha.asp?x_estudoid=263#); 7 de Maio, 2005.

Savage, D. A. 1994. The professions in theory and history: The case of pharmacy. Business and Economic History, 23(2): 129-160.

Schafermeyer, K., W., Schondelmeyer, S., W., Thomas III, J. and Proctor, K., A. 1992. An analysis of the cost of dispensing third-party prescriptions in chain pharmacies. Journal of Research in Pharmaceutical Economics, 4(3): 3-23.

- Scherer, F. M. & Ross, D. 1990. Industrial market structure and economic performance (3ª ed.): Houghton Mifflin.
- Scherer, F. M. 2004. The Pharmaceutical Industry - Prices and Progress. New England Journal of Medicine, 351(9): 927-932.
- Shaked, A. & Sutton, J. 1981. The Self-Regulating Profession. The Review of Economic Studies, 48(2): 217-234.
- Stigler, G. J. 1964. A theory of oligopoly. Journal of Political Economy, 72: 44-61.
- Taylor, D., Mrazek, M., & Mossialos, E. 2004. Regulating pharmaceutical distribution and retail pharmacy in Europe. In E. Mossialos & M. Mrazek & T. Walley (Eds.), Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality: 196-212: Open University Press.
- The Pew Health Professions Commission. 1995. Critical challenges: Revitalizing the health professions for the twenty-first century. San Francisco: University of California at San Francisco, Center for the Health Professions.
- Tilson, L., McGowan, B., Bennett, K., & Barry, M. 2004. The high cost of medicines in Ireland. The European Journal of Health Economics, 5(4): 341-344.
- Traulsen, J. M. & Almarsdóttir, A. B. 2005. The argument for pharmaceutical policy. Pharmacy World & Science, 27(1): 7-12.
- Traulsen, J. M., Almarsdóttir, A. B., & Bjornsdóttir, I. 2002. The lay user perspective on the quality of pharmaceuticals, drug therapy and pharmacy services - results of focus group discussions. Pharmacy World & Science, 24(5): 196-200.
- Tribunal Constitucional. 1985. Acórdão nº 76/85, de 6 de Maio, Constitucionalidade da Lei da Propriedade de Farmácia, Vol. nº 131: Diário da República, II Série.
- Tribunal Constitucional. 2001. Acórdão nº 187/2001, de 2 de Maio, Constitucionalidade da Lei da Propriedade de Farmácia, Vol. nº 146: Diário da República, II Série.
- Tribunal de Defensa de la Competencia. 1995. La competencia en España: Balance y nuevas propuestas. Madrid: Tribunal de Defensa de la Competencia.
- U.S. Department of Commerce - International Trade Administration. 2004. Pharmaceutical price controls in OECD countries: Implications for U.S. consumers, pricing, research and development and innovation. Washington DC: U.S. Department of Commerce - International Trade Administration.
- Waterson, M. 1993. Retail Pharmacy in Melbourne: Actual and Optimal Densities. Journal of Industrial Economics, 41(4): 403-419.
- World Health Organization - Regional Office for Europe. 1994. Role of the pharmacist in support of the WHO revised drug strategy, Forty-Seventh World Health Assembly, Vol. WHA47.12.
- Urch Publishing. 2001. The guide to European pharmaceutical pricing and reimbursement systems. Londres: Urch Publishing.
- Wertheimer, A. I. & Andrews, K. B. 1995. The economics of mail service pharmacy. Pharmacoeconomics, 7(2): 111-118.

Zurzica, C.; Liberalização do sector farmacêutico;  
[http://www.farmacia.com.pt/modules/UpDownload/store\\_folder/Deontologia/propriedade.PDF](http://www.farmacia.com.pt/modules/UpDownload/store_folder/Deontologia/propriedade.PDF); 5 de Maio, 2005.