



António Pedro de Figueiredo Hipólito de Aguiar

# GESTÃO DA FARMÁCIA ORIENTADA PARA A MAXIMIZAÇÃO SUSTENTÁVEL DO VALOR.

Tese de Doutoramento em Farmácia - Especialidade de sócio-farmácia  
orientada pelo Professor Doutor Francisco Batel Marques e pelo Professor Doutor Luís Manuel Martins  
e apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra.

Fevereiro de 2015



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TESE DE DOUTORAMENTO

# Gestão da farmácia orientada para a maximização sustentada do valor

**António Hipólito de Aguiar**

**Orientadores:**

**Professor Doutor Francisco Batel Marques**

**Professor Doutor Luís Manuel Martins**



FFUC FACULDADE DE FARMÁCIA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Há três métodos para ganhar sabedoria: primeiro, por reflexão, que é o mais nobre; segundo, por imitação, que é o mais fácil; e terceiro, por experiência, que é o mais amargo.

*Confúcio*

## **Agradecimentos**

A concretização de um trabalho de investigação procura, no meu ideal, alcançar uma etapa fundamental à evolução da espécie humana; o conhecimento.

Tratando-se de um estudo relativo a uma área de inserção profissional que vivencio diariamente, e que por razões familiares, está suficientemente enraizada no meu Ser, torna-se, também, um desiderato concretizá-lo.

Faço-o por entender que tenho moralmente e profissionalmente o dever de dar um contributo para a organização de um sector, que se revela fundamental à melhoria das condições de vida da sociedade civil.

Move-me, invariavelmente, um sentimento de curiosidade, que acredito seja fundamental para podermos aspirar a ser melhores naquilo que fazemos. Conhecer mais, creio, só é possível se quisermos compreender melhor o que nos rodeia.

Para percorrermos esse caminho precisamos de quem nos norteie, pelo que importa agradecer, profundamente, a todos quantos me possibilitaram essa aprendizagem.

Ao Professor Doutor Francisco Batel Marques, intelectual de excelência, que soube estimular em mim o gosto pela reflexão do tema, bem como me proporcionou os meios para uma pesquisa mais profícua.

Ao Professor Doutor Luís Martins, que pelo apurado sentido de investigação e sensibilidade para o tema, teve a disponibilidade e a objetividade necessárias para tornar o trabalho mais rico.

À Professora Doutora Margarida Caramona, distinta académica, que pela sua superior qualidade humana e percurso profissional constitui para mim uma referência incontornável da profissão e sempre me motivou a concluir esta tese.

À Dra. Ana Penedones, que me proporcionou, intemporalmente, uma colaboração preciosa para o término deste trabalho.

Ao Dr. Hugo Mendes, que facultou a cedência de dados relevantes para a concretização do estudo.

Ao Dr. Augusto Castelo Branco e ao Dr. Filipe Andrade, que pela disponibilidade evidenciada em cederem informação, contribuíram para uma análise mais sustentada e rigorosa.

Ao Dr. Gonçalo Sousa Rodrigues, pela colaboração tida na procura de um racional de análise que permitisse a sustentação científica da tese.

À Prof<sup>a</sup>. Doutora Odette Santos-Ferreira, Prof<sup>a</sup>. Doutora Ana Paula Martins e Dr. José Aranda da Silva, pelo apoio em muitos momentos da minha vivência profissional.

Por último, mas não menos relevante, à minha família por apoiarem, incondicionalmente, a minha iniciativa em procurar concretizar esta etapa da minha formação enquanto ser humano, privados que foram em muitos momentos da minha companhia e da colaboração em tarefas familiares.

## Resumo

As farmácias em Portugal atravessam um período económico de particular debilidade, que tem vindo a acentuar-se nos últimos anos, espelhado pelas numerosas situações de insolvência, processos especiais de revitalização (PER) de empresas, incumprimentos, com contornos litigiosos, para com fornecedores e incapacidade de resposta às solicitações da população em matéria de abastecimento regular de medicamentos e produtos sanitários, nomeadamente quando comparado com a realidade histórica até então.

De facto, o momento económico e financeiro vivido é particularmente complexo, motivado pela situação de crise económica e financeira internacional e particularmente pelo memorando de entendimento com a TROIKA, no quadro do pedido de resgate de Portugal à comunidade internacional, que tornou visível a degradação das condições financeiras que o País registava antes da celebração desse contrato.

No sector farmacêutico, a introdução de um significativo número de medidas de cariz político, nomeadamente a partir de 2006, criou condições para a diminuição, almejada, dos encargos estatais com o medicamento, enquanto instrumento tecnológico dos sistemas de saúde, e ao fazê-lo produziu efeitos na organização e dinâmica do próprio mercado. Este conjunto de alterações que se registaram motivaram impactos colaterais nos operadores económicos, das quais as farmácias são um exemplo pela dimensão crítica da sua estrutura e dependência do Estado para a sua operacionalidade.

Neste contexto procedemos a um exercício de investigação que pretende descortinar as razões para a ocorrência das fragilidades económicas evidenciadas pelas farmácias na atualidade, através de uma metodologia que privilegiou a compreensão do impacto, quer das medidas políticas, que são revisitadas ao longo do estudo, quer das mudanças verificadas na componente gestonária das farmácias, enquanto empresas.

Para alcançar esse desiderato foi realizado um trabalho de campo que pretendeu avaliar as práticas de gestão existentes numa amostra de farmácias representativas do universo Português, e a sua relação com o desempenho económico alcançado. Procurou-se gerar um racional de análise com base numa comparação sistemática entre amostras de farmácias, entendidas como

representativas do universo Português, e aquelas que possuem, previsivelmente, resultados económico-financeiros diferenciados, suportados que são na existência de uma distinção oficial como "PME Excelência".

No sentido de sustentar a vertente quantitativa do estudo foram construídos rácios de gestão, tendentes a caracterizar a evolução das farmácias num período de 6 anos, de 2006 a 2011, durante o qual se registaram alterações conjunturais no sector, com significativa expressão.

A vertente qualitativa do estudo procurou, com base na auscultação de opiniões provenientes de um inquérito realizado a proprietários ou responsáveis pela gestão de uma farmácia, compreender de que forma as práticas gestionárias utilizadas se diferenciavam no caso das duas amostras consideradas.

Os resultados alcançados permitem concluir do melhor desempenho geral das farmácias incluídas na amostra "PME Excelência", o que nos conduz à constatação da existência de práticas diferenciadas de gestão que concorrem para a explicação da diferente situação económica das farmácias. Permitimo-nos pois, neste contexto, constatar da necessidade de desenvolver melhores rotinas de gestão, bem como utilizar indicadores como barómetros de leitura para uma maior assertividade na condução da atividade empresarial de uma farmácia.

Denotam-se assimetrias regionais de particular relevância concretamente ao nível da relação existente entre número de habitantes, faturação realizada e resultados operacionais alcançados, o que permite reforçar a necessidade da existência de regulação efetiva quanto à distribuição geográfica das farmácias pelo território.

Igualmente ao nível do modelo económico das farmácias conclui-se da relação entre dimensão do nível de faturação alcançado e níveis de operacionalidade e sustentabilidade. Esta constatação revela que deverão ser encontrados novas formas de remuneração dos serviços prestados por estas entidades, que não condicionem o desenvolvimento económico das farmácias com base exclusivamente no volume de negócio.

Salienta-se, igualmente, a necessidade de considerar a atividade empresarial da farmácia como um negócio com contornos específicos, em que a componente de responsabilidade social atinge uma dimensão elevada e condiciona o desempenho e a avaliação da sua prestação, enquanto empresa, pelos consumidores e pelos financiadores do sistema de saúde.

Retiram-se, igualmente, conclusões respeitantes aos vários fatores que a persistirem no mercado, condicionarão, de sobremaneira a manutenção de um modelo profissional de intervenção.

Palavras Chave: Gestão de farmácias, Indicadores económico-financeiros de gestão, PME Excelência, Mercado Farmacêutico

## **Abstract**

Pharmacies in Portugal are currently in a feeble economic position that has worsened in the last few years. This is clear by the numerous cases of insolvency, special processes of revitalization (PER) of companies, non-compliance that leads to litigation processes with suppliers, and the inability to meet the demands of the population in terms of the regular supply of medicines and health products, namely when compared with the historical reality until then.

The economic and financial situation is indeed complex. This was generated by the international economic and financial crisis and by the memorandum of understanding with the TROIKA, under the rescue program of the international community for Portugal. This revealed the degradation of the financial conditions of the country that existed before the contract.

In the pharmaceutical sector, the political measures introduced, namely from 2006, led to cost reduction, longed for in terms of state costs with medicines, as a technological instrument of health systems. This had an effect on the organization and dynamics of the market. These changes had a collateral impact on economic operators, which pharmacies are an example due to the critical dimension of their structure and dependence on the state for their operability.

This led us to a research that aims to unravel the reasons for the occurrence of the economic weaknesses that pharmacies have today. We applied a methodology that focused on understanding the impact of both policies and measures, referred to throughout the study, and the management of pharmacies, as companies.

A fieldwork assessed the existing management practices in a group of pharmacies that represent the universe of Portuguese pharmacies, and the relation with the economic performance achieved. This generated a rational analysis of the management performance of the pharmacies, based on a systematic comparison between those that represented the universe of Portuguese pharmacies, and those that predictably have, differentiated financial results, officially defined as "SME Excellence".

Companies with this distinction have a set of management indicators, classified by authorities as technically robust. This is why the quantitative field of

the study used these as a way of characterizing the differences between SME Excellence management of pharmacies companies, and others. Management ratios were set to characterize the evolution of pharmacies in 6 years, from 2006 to 2011. During this period there were cyclical changes in the sector, with a significant impact.

The qualitative field was based on opinions from a survey of owners or managers of a pharmacy, to understand how the managing practices differed in the case of the two samples.

The results obtained illustrate the best overall performance of "SME Excellence" pharmacies, which leads to the finding of differentiated management practices that explain the different economic situations of pharmacies. An indication of the need for the development of barometer reading indicators, for a greater assertiveness of management, is concluded.

The study identified relevant regional disparities, specifically in terms of the ratio between the number of inhabitants, billing and operational achievements. This reinforces the need for the existence of effective regulation in terms of the geographical distribution of pharmacies throughout the territory.

According to the economic model of pharmacies, there was a relationship between the turnover and the levels of operability and sustainability. This revealed the need to find new ways to pay for services provided by these entities, not affecting the economic development of pharmacies, exclusively based on turnover.

We also highlight the need to consider the pharmacy economic operation, as a business with specific needs, where the social responsibility component is high. This determines performance and the assessment of this performance, as a traditional business, by consumers and the funders of the health system.

It was also concluded that if various factors persist in the market, these will jeopardize the maintenance of a professional intervention model.

Keywords: Pharmacies Management, Economic and financial indicators, SME Excellence, Pharmaceutical Market.

## **Índice Temático**

Agradecimentos	4
Resumo	6
Abstract	9
Índice Temático	11
Lista de Abreviaturas	14
Índice de Figuras	16
Índice de Quadros	19
<b>Capítulo I - Enquadramento geral do tema</b>	<b>22</b>
1.1 Introdução	22
1.2 Estado da Arte	32
1.3 Pertinência do tema e objetivos	35
<b>Capítulo II –Caracterização do sector do retalho farmacêutico</b>	<b>37</b>
2.1 Evolução do gasto farmacêutico nos sistemas de saúde	37
2.1.2 Situação em Portugal	39
2.2 Evolução do mercado ambulatorio de medicamentos em Portugal	41
2.2.1 Mercado de medicamentos genéricos	41
2.3 Caracterização sócio-económica das farmácias	46
2.3.1 Alterações legislativas em Portugal	49
2.3.2 O modelo económico das farmácias	52
2.3.2.1 A remuneração dos atos de natureza técnica	54
2.3.3 Estrutura de custos	57
2.3.4 Os fatores de mercado	58
2.3.4.1 O preço do medicamento	58
2.3.4.2 Margens de comercialização	61
2.3.4.3 Localização, horários e serviços	61
2.3.5 Distribuição geográfica do retalho farmacêutico	

em Portugal	64
2.3.6 A responsabilidade social	67
<b>Capítulo III - Materiais e Métodos</b>	<b>70</b>
3.1 Estudo qualitativo - Auscultação de opiniões	70
3.1.1. Cálculo e seleção da amostra	70
3.1.2 Construção, distribuição e recolha dos resultados do inquérito	71
3.2 Estudo Quantitativo - Análise de indicadores de gestão	72
3.2.1 Seleção da Amostra	72
3.2.2 Construção, distribuição e recolha dos resultados da amostra	73
3.2.3 Instrumentos utilizados	74
3.2.3.1 A Importância dos rácios no contexto da farmácia comunitária	77
3.2.3.2. Rácios utilizados no estudo empírico	78
<b>Capítulo IV - Resultados</b>	<b>81</b>
4.1-Estudo qualitativo - Auscultação de opiniões	81
4.1.1 Estatística descritiva	81
4.1.1.1. Variáveis categóricas	81
4.1.1.2 Variáveis contínuas	82
4.1.2 Caracterização demográfica e jurídica das amostras	84
4.1.2.1 Caracterização demográfica e jurídica da amostra "Farmácias total"	84
4.1.2.2 Caracterização demográfica e jurídica da amostra "Farmácias PME"	86
4.1.2.3 – Apresentação e discussão das restantes variáveis das amostras "Farmácias Total" e "Farmácias PME"	88
4.2 Componente Quantitativa - Análise de indicadores de gestão	108
4.2.1Amostras sem critérios de segmentação	108
4.2.2Amostras com critérios de segmentação	110

4.2.2.1 Segmentação por volume de faturação	110
4.2.2.2 Segmentação por zona geográfica	121
<b>Capítulo V - Discussão dos resultados</b>	126
5.1 Análise da evidência empírica	126
5.2 Limitações do estudo	144
<b>Capítulo VI - Conclusões</b>	146
<b>Referências Bibliográficas</b>	152
Apêndice I	157
Apêndice II	158
Apêndice III	161

## Lista de Abreviaturas

AdC	Autoridade da Concorrência
AIM	Autorização de Introdução no Mercado
ANF	Associação Nacional das Farmácias
APIFARMA	Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica
CEFAR	Centro de Estudos e Avaliação em Saúde-ANF
DCI	Denominação Comum Internacional
DGAE	Direção Geral das Atividades económicas
DG-ECFIN	<i>Directorate – General for Economic and Financial Affairs</i>
EBITDA	Earning Before Interests, Taxes, Depreciation and Amortization.
EFPIA	<i>European Federation of the Pharmaceutical Industries and Associations</i>
EGA	<i>European Generics Association</i>
FIP	<i>International Pharmaceutical Federation</i>
FSE´s	Fornecimento e Serviços Externos
HMR	<i>Health Market Research</i>
IAPMEI	<i>Agência para a competitividade e inovação, I.P.</i>
IMS	<i>International Marketing Systems</i>
INE	Instituto Nacional de Estatística
Infarmed	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
ISCTE	Instituto Universitário de Lisboa
IPC	Índice de Preços do Consumidor
IVA	Imposto sobre Valor acrescentado
MSRM	Medicamentos sujeitos a receita médica
MNSRM	Medicamentos não sujeitos a receita médica
NUTS	Nomenclaturas de Unidades Territoriais
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento
OFT	<i>Office of Fair Trading</i>
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PGEU	<i>Pharmaceutical Group of the European Union</i>
PEST	Análise Política, Social, Económica e Tecnológica
PIB	Produto Interno Bruto
PME	Pequena e Média Empresa
PVA	Preço de Venda ao Armazenista
PVP	Preço de Venda ao Público
ROA	<i>Return on Assets</i>

ROE	<i>Return on Equity</i>
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPR	Sistema de Preços de Referência
SWOT	<i>Strengths; Weaknesses; Opportunities; Threats</i>
TOC	Técnico Oficial de Contas
TROIKA	Comissão Europeia, Banco Central Europeu e Fundo Monetário Internacional
UE	União Europeia
WHO	<i>World Health Organization</i>

## Índice de Figuras

Figura 1: Medidas políticas de intervenção no mercado de medicamentos	37
Figura 2: Evolução dos gastos em medicamentos relativamente aos gastos totais em saúde na Europa (em %)	38
Figura 3: Evolução do gasto em medicamentos <i>per capita</i> (em dólares a preços correntes)	39
Figura 4: Gasto em medicamentos relativamente ao PIB em Países Europeus (em %)	40
Figura 5: Gasto público em saúde em países Europeus (em % do total de despesas com saúde)	40
Figura 6: Evolução do gasto público e privado em saúde, em Portugal (valores absolutos em milhões de Euros)	41
Figura 7: Evolução do mercado de medicamentos em Portugal (milhões de unidades e milhões de euros)	42
Figura 8: Evolução da taxa de comparticipação média e do preço de medicamentos	42
Figura 9: Penetração dos medicamentos genéricos em Países Europeus em 2011 (em % do mercado farmacêutico total)	43
Figura 10: Evolução da venda de medicamentos genéricos em Portugal	44
Figura 11: Estimativa de poupança gerada pelo consumo de medicamentos genéricos no SNS	45
Figura 12: Evolução do preço médio unitário dos medicamentos genéricos	46
Figura 13: Número de habitantes por farmácia em países Europeus	49
Figura 14: Evolução dos encargos do SNS com medicamentos em regime de ambulatório	53
Figura 15: Composição do preço do medicamento na Europa, com base na repartição de margens pelos vários agentes económicos envolvidos	59
Figura 16: Índice de preços ao consumidor para medicamentos	

e outros bens	60
Figura 17: Margens de comercialização de medicamentos dos vários agentes económicos envolvidos, nos países referência a Portugal	62
Figura 18: Distribuição por função desempenhada das horas laborais do responsável da farmácia	89
Figura 19: Distribuição, por intervalo de anos, do tempo de experiência nas funções	90
Figura 20: Distribuição, por intervalo de anos, do tempo de aquisição da farmácia	91
Figura 21: Distribuição percentual, do número de farmácias certificadas, nos dois grupos de amostra considerados	92
Figura 22: Evolução do rácio vendas por empregado para o grupo "Total farmácias"	110
Figura 23: Evolução do rácio EBITDA em função das vendas para a amostra "Total farmácias"	111
Figura 24: Evolução do rácio rendibilidade das vendas para a amostra "Total farmácias"	111
Figura 25: Evolução do rácio vendas por empregado para a amostra "Total Farmácias"	112
Figura 26: Evolução do rácio EBITDA em função das vendas para a amostra "Total farmácias"	112
Figura 27: Evolução do rácio rendibilidade das vendas para a amostra "Total farmácias"	113
Figura 28: Evolução do rácio Vendas por empregado para a amostra "Total Farmácias"	114
Figura 29: Evolução do rácio EBITDA em função das vendas para a amostra "Total Farmácias" e "PME Excelência"	114
Figura 30: Evolução do rácio Rendibilidade das vendas para a amostra	

"Total Farmácias" e "PME Excelência"	115
Figura 31: Evolução do rácio Vendas por empregado para as amostras	
"Total farmácias" e "PME Excelência"	116
Figura 32: Evolução do rácio EBITDA em função das vendas para as amostras	
"Total farmácias" e "PME Excelência"	116
Figura 33: Evolução do rácio Rendibilidade das vendas para as amostras	
"Total farmácias" e "PME Excelência"	117
Figura 34: Evolução do rácio Vendas por empregado para as amostras	
"Total farmácias" e "PME Excelência"	118
Figura 35: Evolução do rácio EBITDA em função das vendas para as amostras	
"Total farmácias" e "PME Excelência"	118
Figura 36: Evolução do rácio rendibilidade das vendas para as amostras	
"Total farmácias" e "PME Excelência"	119
Figura 37: Evolução do rácio Vendas por empregado para as amostras	
"Total farmácias" e "PME Excelência"	120
Figura 38: Evolução do rácio EBITDA em função das vendas para as amostras	
"Total farmácias" e "PME Excelência"	120
Figura 39: Evolução do rácio rendibilidade das vendas para as amostras	
"Total farmácias" e "PME Excelência"	121

## Índice de Quadros:

Quadro 1: Regulação da instalação e propriedade de farmácia na União Europeia	50
Quadro 2: Evolução da quota de mercado de MNSRM entre canais de distribuição	51
Quadro 3: Evolução de indicadores económico-financeiros das farmácias portuguesas	54
Quadro 4: Sistema de remuneração de farmácias na Europa	55
Quadro 5: Serviços farmacêuticos remunerados em países Europeus	56
Quadro 6: Rúbricas da estrutura de custos médios de uma farmácia	58
Quadro 7: Evolução do número de farmácias e do quadro orgânico das farmácias em Portugal	58
Quadro 8: Alterações de preço dos medicamentos em Portugal	60
Quadro 9: Evolução do número de habitantes por farmácia nos distritos de Portugal	65
Quadro 10: Mercado de MSRM por farmácia em cada distrito	66
Quadro 11: Habitantes por farmácia nos 10 Concelhos mais populosos de Portugal	66
Quadro 12: Habitantes por farmácia nos 10 Concelhos menos populosos de Portugal	67
Quadro 13: Relação das variáveis categóricas na amostra "Farmácias Total"	81
Quadro 14: Relação das variáveis categóricas na amostra "Farmácias PME"	82
Quadro 15: Avaliação da variável "Idade"	82
Quadro 16: Avaliação da variável "Distribuição do tempo nas funções exercidas na farmácia"	83
Quadro 17: Avaliação da variável "Tempo de experiência na função"	83
Quadro 18: Avaliação da variável "Tempo de aquisição da farmácia"	83
Quadro 19: Distritos de proveniência da amostra "Farmácias total"	84
Quadro 20: Concelhos de proveniência da amostra "Farmácias total"	85

Quadro 21: Tipologia das áreas de proveniência da amostra "Farmácias total"	86
Quadro 22: Forma jurídica das empresas da amostra "Farmácias total"	86
Quadro 23: Distritos de proveniência da amostra "Farmácias PME"	87
Quadro 24: Concelhos de proveniência da amostra "Farmácias PME"	87
Quadro 25: Tipologia das áreas de proveniência da amostra "Farmácias PME"	87
Quadro 26: Forma jurídica das empresas da amostra "Farmácias PME"	88
Quadro 27: Ações de gestão comercial desenvolvidas pelos responsáveis da amostra "Farmácias total"	93
Quadro 28: Ações de gestão comercial desenvolvidas pelos responsáveis da amostra "Farmácias PME"	94
Quadro 29: Ações de gestão de recursos humanos desenvolvidas pelos responsáveis da amostra "Farmácias total"	95
Quadro 30: Ações de gestão de recursos humanos desenvolvidas pelos responsáveis da amostra "Farmácias PME"	96
Quadro 31: Ações de gestão económico-financeiras desenvolvidas pelos responsáveis da amostra "Farmácias total"	96
Quadro 32: Ações de gestão económico-financeiras desenvolvidas pelos responsáveis da amostra "Farmácias PME"	98
Quadro 33: Descrição de outras ações de gestão metodologicamente organizadas	98
Quadro 34: Indicadores de gestão conhecidos pelas farmácias da amostra "Farmácias total"	99
Quadro 35: Indicadores de gestão conhecidos pelas farmácias da amostra "Farmácias PME"	101
Quadro 36: Indicadores de gestão utilizados pelas farmácias da amostra "Farmácias total"	102
Quadro 37: Indicadores de gestão utilizados pelas farmácias da amostra "Farmácias PME"	103
Quadro 38: Utilização dos indicadores de gestão pelas farmácias da amostra "Farmácias total"	104
Quadro 39: Utilização dos indicadores de gestão pelas farmácias da	

amostra "Farmácias PME"	105
Quadro 40:Fornecedor de indicadores de gestão das farmácias da amostra "Farmácias total"	105
Quadro 41:Fornecedor de indicadores de gestão das farmácias da amostra "Farmácias PME"	106
Quadro 42:Regularidade com que utiliza os indicadores de gestão nas farmácias da amostra "Farmácias total"	106
Quadro 43:Regularidade com que utiliza os indicadores de gestão nas farmácias da amostra "Farmácias PME"	107
Quadro 44:Valorização dos indicadores de gestão nas farmácias da amostra "Farmácias total"	107
Quadro 45:Valorização dos indicadores de gestão nas farmácias da amostra "Farmácias PME"	107
Quadro 46:Forma de valorização dos indicadores de gestão nas farmácias da amostra "Farmácias total"	108
Quadro 47:Forma de valorização dos indicadores de gestão nas farmácias da amostra "Farmácias PME"	108
Quadro 48:Indicadores económico-financeiros, para a amostra " Total farmácias"	109
Quadro 49:Indicadores económico-financeiros para a amostra "PME Excelência"	109
Quadro 50:Vendas por empregados nos diferentes grupos de ensaio	122
Quadro 51:EBITDA em função das vendas nos diferentes grupos de ensaio	123
Quadro 52:Rendibilidade das vendas nos diferentes grupos de ensaio	124
Quadro 53:Margem bruta (em %) nos 10 concelhos mais populosos	124
Quadro 54:Gastos com medicamentos em Portugal, por grupos de rendimento	133
Quadro 55:Evolução do valor de proveitos e custos na farmácia	139

## Capítulo I - Enquadramento geral do tema

### 1.1 Introdução

Numa farmácia funde-se um exercício profissional com um exercício comercial, e em primeira instância estas atividades podem parecer antagónicas.

É que quem vende um produto ou um serviço está preocupado com um determinado retorno financeiro enquanto quem tem que zelar pela melhoria do estado de saúde de outrem deve tomar uma decisão baseada exclusivamente em preceitos técnicos, alheando-se do proveito material que daí possa advir.

No entanto, nas farmácias esta dualidade coexiste desde há muitos anos, e é preciso evocar, sumariamente, a história para enquadrar devidamente esta realidade. De facto, remonta ao século XII, a génese, em várias profissões, de um protótipo relativo a um sistema de garantia de qualidade para a prestação dos seus serviços que foi materializado, posteriormente, através da fundação de congregações de profissionais especializados num determinado domínio. Já no início do século XIX, estas entidades envolveram-se na criação de normativos de qualificação profissional, a partir do momento em que o treino prático é complementado com o ensino teórico universitário.

É o momento de transição; da arte farmacêutica para a ciência farmacêutica, da botica para a farmácia e do boticário para o farmacêutico, e é também neste período histórico que a profissão regista um momento de auto afirmação, e de certo modo de auto regulação, ao fundar a Sociedade Farmacêutica Lusitana <sup>(1)</sup>, instituição precursora da atual Ordem dos Farmacêuticos.

Para prestar um serviço uma profissão precisa de conhecimento, o qual pressupõe uma formação teórica mas também prática que permitirá a aquisição de competências. Ao aglutinarem-se numa estrutura profissional que reúne os detentores dessas mesmas competências os seus membros estão também obrigados ao cumprimento de condutas éticas e deontológicas que pretendem salvaguardar o interesse público.

Uma profissão caracteriza-se pois por um conjunto de prestadores especializados, que cumprem com os requisitos anteriores, e na qual a sociedade pode confiar e responsabilizar, pelos atos praticados. Ora, ao estar norteada por estes princípios, farmácia é uma profissão. Cumulativamente, farmácia é também a

designação do local comercial onde se transacionam bens e prestam serviços e que, historicamente, estabeleceu um primeiro contrato de âmbito social com o Estado. De facto, em Junho de 1852, no Reino Unido, a frase de abertura do primeiro contrato com as farmácias refere que “no interesse da segurança pública, as pessoas que exerçam o negócio de químico-farmacêutico devem ser detentores de conhecimento competente em química geral e farmacêutica e em outras áreas de utilidade”.

Este novo tipo de contrato, tinha como propósito, para o Estado, garantir a segurança pública sobre dispensa e utilização de medicamentos por indivíduo competente e idóneo, enquanto para os farmacêuticos garantia a conquista de um monopólio comercial associado exclusivamente a um título profissional com critérios de exigência para a sua obtenção. Em suma trocaram-se benefícios por responsabilidades <sup>(2)</sup>. Criou-se assim um acordo, que perdurou até aos dias de hoje, em que os profissionais tinham de garantir a qualidade dos medicamentos preparados e dispensados em estabelecimento próprio com licença atribuída pelas autoridades. Igualmente deveriam garantir a operacionalidade desse mesmo espaço, ou seja a criação de uma estrutura orgânica que permitisse gerar uma assistência contínua, neste domínio, à população. E é por isso que a farmácia é também uma empresa.

Note-se que a vertente profissional, contemplada no contrato social, foi para além da área da dispensa do medicamento, expandindo-se posteriormente para outros domínios, relativamente aos produtos disponibilizados, bem como para a prestação de cuidados aos doentes, muitas vezes colmatando mesmo as ausências de outros profissionais de saúde.

Refira-se que nas últimas três décadas foram sendo definidas e implementadas ações estratégicas na conquista de uma sustentação económica. Na década de oitenta, iniciaram-se importantes modificações como a introdução de tecnologia informática, a qualificação do espaço público da farmácia e a formação contínua dos farmacêuticos. Estas abordagens permitiram criar economias de escala que possibilitaram a modernização do espaço, a garantia de uma acessibilidade e cobertura medicamentosa por todo o território, e a evolução para a prestação de serviços de valor acrescentado para a população, nomeadamente a determinação de parâmetros de monitorização do estado de saúde como a tensão arterial e a glicémia no sangue, entre outros <sup>(2)</sup>.

Durante os anos noventa, as farmácias portuguesas e os farmacêuticos passaram a envolver-se gratuitamente em iniciativas diversas de redução de riscos para a saúde pública como a recolha de seringas usadas que, sabe-se, permitiu a troca de 47 milhões de seringas entre 1993 e 2010 evitando cerca de 70% de novas infeções pelo vírus da SIDA <sup>1</sup>.

As farmácias e os seus quadros envolveram-se, igualmente, na proteção ambiental e redução de desperdícios através da recolha de medicamentos fora de validade para incineração, proporcionaram contributos sociais como a recolha de radiografias para reciclagem e doação das verbas angariadas a instituições com fins médicos e sociais, além de inúmeras campanhas de promoção da saúde e prevenção da doença. É também no final da década de 90 que as farmácias passam a ter uma intervenção direta na dispensa e observação da toma de metadona por doentes toxicodependentes.

Já no início do terceiro milénio assiste-se à implementação de programas de gestão da doença na asma e doença pulmonar obstrutiva crónica, diabetes, hipertensão arterial e dislipidémias e, em 2006, à criação de serviços de gestão da terapêutica, modelos assentes no conceito de cuidados farmacêuticos, que as farmácias têm vindo a prosseguir.

No entanto, o medicamento continua a ser o produto que caracteriza a farmácia dos tempos modernos. Na ótica da atividade empresarial este é também o bem que justifica o modelo de negócio adotado, que privilegia a utilização de recursos humanos com elevado nível de diferenciação, principalmente quando comparados com outras atividades de retalho convencional. É por essa razão que podemos caracterizar o medicamento como um bem complexo já que é técnica, científica, social e economicamente diferenciado <sup>(3)</sup>.

Tido como um dos grandes temas da atualidade, interessa a todos: aos doentes e ao público em geral, às profissões de saúde, às indústrias, aos distribuidores, às farmácias, ao sistema político e à governação <sup>(4)</sup>.

---

<sup>1</sup> Uma avaliação económica realizada pela empresa Exigo em 2002 estimou que mais de 7 mil novas infeções por VIH/sida terão sido evitadas por cada 10 mil utilizadores de drogas injetáveis nos primeiros 7 anos do Programa Nacional de Troca de Seringas, representando poupanças estimadas de pelo menos 400 Milhões de euros para o SNS, numa perspetiva conservadora.

A sua existência está, no contexto da utilização pela população, intrinsecamente ligado à atividade empresarial das farmácias porquanto têm sido estas unidades, historicamente, a permitir aos diferentes governos um desígnio constitucional que é o de garantir a proteção na saúde aos cidadãos, considerando que o medicamento concorre significativamente para esse desiderato <sup>2</sup>.

Ao constituir-se como a tecnologia de saúde mais correntemente utilizada pelo sistema de saúde Português, à luz dos gastos públicos com o mesmo, o medicamento é, também, o bem que sustenta a economia da farmácia. É que estas unidades registam uma significativa dependência deste para a sua prosperidade (86,27% do valor de faturação médio de uma farmácia corresponde a medicamentos) <sup>3</sup>.

A farmácia tem pois, como nuclear, este mercado, que é fortemente sensível às tendências das políticas de saúde, já que existe uma intervenção decisiva dos governos na sua organização. Ora, o Estado ao entender considerar este bem como de primeira necessidade, ou na terminologia liberal, um bem de mérito <sup>(5)</sup>, e ao comparticipá-lo maioritariamente no seu valor de mercado (em 63,60% do montante do seu preço público em ambulatório)<sup>4</sup> cria estruturalmente uma função financiadora que nos conduz à discussão doutrinária da sua intervenção na organização da sociedade.

Remetemo-nos por isso, por breves momentos, à discussão filosófica do pensamento económico sobre "a questão do bem-estar económico e social dos indivíduos não poder ser dissociada da definição do papel adequado do Estado, nomeadamente no que diz respeito à redistribuição do rendimento de uma economia. Essa redistribuição pode ser implementada através de vários meios, como sejam os impostos, as transferências, etc. e têm sido várias as teorias que procuram a construção de um modelo de explicação racional.

A economia ou teoria do bem-estar (*Welfare Economics*) assenta numa visão do equilíbrio geral da sociedade, associada ao conceito de "mão invisível". Este conceito ou teoria, enunciado originalmente por Adam Smith em 1776, preconizava que, num contexto de mercado sem qualquer tipo de restrição, a prossecução do

---

<sup>2</sup> Artigo 64º da constituição da República Portuguesa

<sup>3</sup> IMS, International Marketing Systems, dados de mercado 2011

<sup>4</sup> Infarmed, dados do mercado 2012

interesse próprio por parte de cada indivíduo resulta no benefício de todos os participantes, como se uma "mão invisível" zelasse por essa situação.

Ao conceito de "mão invisível" corresponde o teorema fundamental da economia do bem-estar. Significa que, numa situação de concorrência, o equilíbrio dos mercados constitui um *ótimo de Pareto*<sup>5</sup>, ou seja, uma situação em que não é possível melhorar a situação e portanto não existe incentivo para que as partes envolvidas alterem as suas posições, pelo que o bem-estar dos consumidores é máximo. Um segundo teorema da economia do bem-estar tem em consideração a questão da equidade e dos níveis de rendimento dos consumidores. Assim, tendo em conta que a busca do bem-estar é mais eficaz quando efetuada pelos próprios consumidores, já que estes conhecem as suas preferências, é perfeitamente possível separar a questão da equidade na (re)distribuição de recursos, por parte do Estado, e da eficiência na afetação dos recursos, através dos mercados. Desta forma, o Estado poderá definir regras para a redistribuição do rendimento mas deverá deixar aos mercados a tarefa de garantir que os recursos distribuídos são aplicados da forma mais eficiente possível<sup>(6)</sup>.

Uma outra reflexão, a teoria da escolha pública (*Public Choice*) que tem em James Buchanan, prémio Nobel da Economia em 1986, o seu expoente, foi ao longo das últimas décadas, a principal crítica teórica da corrente que fundamenta, como reforçámos atrás, a intervenção do Estado na economia (a teoria do bem-estar). Enquanto esta última se centrava na análise dos «fracassos de mercado», que justificavam a intervenção corretora do Estado, a teoria da escolha pública veio clarificar as «falhas de governo» e os limites da intervenção deste<sup>(7)</sup>. Então, pode inferir-se que a análise sobre o Estado feita por Buchanan aponta para uma divisão em dois momentos; a fase do contrato constitucional, que seria o momento de constituição da sociedade, e o contrato pós-constitucional, entendido como a provisão dos bens públicos.

Nessa componente, a teoria do *Public Choice*, parece criar uma rotura com a teoria económica convencional. É que para Buchanan esta última estava mais centrada nas propriedades puramente formais dos seus modelos, esquecendo-se de entender o próprio objeto da economia, seja qual fosse o processo de mercado e a

---

<sup>5</sup> Vilfredo Pareto, economista e sociólogo italiano de origem francesa nascido em Paris. O ótimo de Pareto corresponde a uma afetação de recursos aos agentes económicos a partir da qual não existe nenhuma reafectação possível que seja preferida por um indivíduo e não implique a perda de bem-estar de um outro.

relação deste processo com o conjunto institucional, no qual as pessoas fazem as suas escolhas. Assim, se a existência do Estado é necessária devido às falhas de mercado, para corrigir externalidades e conseguir uma melhoria do bem-estar através da provisão de bens públicos, a preocupação de Buchanan é, efetivamente, a limitação dos poderes do Estado para evitar as falhas deste <sup>(8)</sup>.

Outro autor, Robert Nozick, elabora, em 1991, na obra "*Anarquia, Estado e Utopia*", uma teoria em defesa de um Estado Mínimo. O autor inicia a tese com uma análise das características do *estado de natureza* (enunciado originalmente por Locke, estabelece que nenhum indivíduo pode prejudicar outro na sua vida, saúde, liberdade ou propriedade), procurando refletir sobre a necessidade ou não do surgimento do Estado. Entendemos a obra de Nozick como uma variante do tipo "mão invisível", numa tentativa de justificar o Estado, ou, ao menos, um Estado mínimo limitado às funções de proteção. Para Nozick o Estado pode ser caracterizado, primeiramente como uma agência de proteção dominante, depois como um Estado "ultra mínimo", e depois, finalmente, como um Estado mínimo <sup>(9)</sup>.

Recordemos que o Estado mínimo da teoria liberal clássica é aquele que oferece proteção contra violência, roubo e fraude, e fiscalização do cumprimento de contratos. Esse Estado assim definido é redistributivo na medida em que obriga algumas pessoas a pagar pela proteção de outras, através da cobrança de impostos <sup>(10)</sup>. Esta particularidade leva-nos a mencionar um critério normativo, a denominada liberdade (negativa). Entendida como um território de autonomia que o cidadão deve deter, imune à intervenção coerciva do Estado o que implica a existência de limites à intervenção deste, a saúde tem, neste contexto, um enquadramento singular. Por um lado, é sabido que o Estado Português contém na sua constituição a configuração da saúde como um bem tendencialmente gratuito logo é da sua responsabilidade provi-lo e em consonância, legítima, regulá-lo como financiador. Numa outra linha de raciocínio sendo a saúde um bem individual e cuja assistência remete para um ato privado, a decisão de cada indivíduo deve ser individual e não regulada pelo Estado <sup>(11)</sup>. Esta circunstância poderá implicar uma decisão criteriosa sobre as contribuições que cada cidadão deseja fazer para a sociedade. Parece-nos pois relevante questionar que função o Estado pretende, ou porventura pode, assumir no sector da Saúde, numa altura em que dá sinais de ter dificuldade em manter o *status quo* que lhe foi confiado desde a conceção da lei fundamental do nosso País.

Façamos pois uma análise quanto à dimensão estrutural desta questão, colocada anteriormente, tendo presente que o Estado Português, a exemplo aliás de muitos outros dispersos pelo mundo, é simultaneamente cliente (em 2011, 56,7 % do montante do consumo dos medicamentos em ambulatório foi da responsabilidade do serviço nacional de saúde)<sup>6</sup>, regulador (estabelece preços, margens de comercialização, regras de abertura e funcionamento de grossistas e retalhistas) e prestador (através da contratualização de profissionais e da gestão de unidades de saúde).

Neste contexto, repare-se que o modelo atual de intervenção do Estado para o sector do medicamento, no sentido redistributivo das finanças públicas, ao ter supostamente critérios diferenciados para comparticipação dos medicamentos em função do tipo de indicação terapêutica e sua utilização (se patologia crónica ou aguda) e as entidades que prescrevem (corporizado por vários documentos legais, nomeadamente portarias, que determinam situações de exceção para justificar, habitualmente, majorações na comparticipação), gere situações de iniquidade. É que o financiamento da saúde deve ser feito conceptualmente de acordo com a capacidade de pagamento por parte das famílias e não em relação às necessidades ou à utilização de cuidados que o estado de saúde possa exigir <sup>(12)</sup>. Isto, apesar de também estar considerado no sistema de comparticipações a condição sócio-económica do indivíduo (uma vez que o cidadão com menores rendimentos-pensionista-beneficia de um aumento da taxa de comparticipação aplicada, pese embora se reconheça a dificuldade de atribuição justa deste benefício por manifestas falhas no controlo tributário). Além desta assimetria, o modelo em vigor parece contribuir para acentuar as características de um mercado atípico. É que se verifica a intervenção do Estado, por forma a corrigir as falhas de mercado devidas a uma situação de concorrência imperfeita (uma vez que é um mercado condicionado pela oferta e não pela procura) bem como da necessidade de produzir externalidades para o cidadão e para a sociedade, já que estes sofrem efeitos de decisões sobre as quais não tomaram parte <sup>(13)</sup>.

Ora, o mercado do medicamento substancia-se quer nos utilizadores, quer nos operadores. Neste âmbito, as farmácias constituíram-se oficialmente como entidades responsáveis pela operacionalização da dispensa dos medicamentos em ambulatório, num regime universal e tendencialmente gratuito tal como preconizado pela criação do serviço nacional de saúde, desde a publicação do despacho ministerial de 29 de Julho de 1978.

---

<sup>6</sup> Infarmed, dados de mercado 2012

É que nesse momento garantida que foi a comparticipação estatal dos fármacos, deu-se o primeiro passo para a distribuição massiva à população, através da rede de farmácias instalada no território nacional, criando ao mesmo tempo um modelo remuneratório para estas, que tinha como base a atribuição de uma margem indexada ao preço de venda pública, dos medicamentos.

Este modelo de financiamento que se tem vindo a perpetuar ao longo de mais de 30 anos, acompanhando o desenvolvimento em volume e valor do mercado, permitiu às farmácia o tão almejado crescimento orgânico que contribuiu para se atingir os níveis de satisfação à população que hoje estão plasmados em estudos realizados <sup>(14)</sup>, e ao Estado um alheamento quase total da sua função prestadora, contrariamente ao que faz noutros domínios, nomeadamente de serviços médicos e de enfermagem por via da sua rede de contratualizados nas unidades hospitalares e em unidades de saúde de proximidade (centros de saúde, unidades de saúde familiar, etc.).

No entanto à estabilidade legislativa de um período, que imperou até início da primeira década do século XXI, sucedeu uma profunda alteração do quadro regulamentar e económico, com modificações legais ao nível da propriedade da farmácia, que passou a ser não exclusivamente de farmacêuticos (2007), possibilidade de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias (2005), alteração de margens de comercialização (2007, 2009 e 2011), redução administrativa do preço dos medicamentos genéricos e não genéricos (2007, 2008, 2010), alteração das regras de formação do preço dos medicamentos (2007, 2012).

Além de todas estas medidas, de realçar a introdução, em 2003, de um sistema de fixação concorrencial do preço dos medicamentos genéricos, denominado preço de referência <sup>7</sup>, que na prática tem criado uma diminuição progressiva do preço destes produtos, já que apenas assume uma comparticipação plena, no respetivo regime de comparticipação, para os medicamentos com os cinco preços mais baixos no mercado. Refira-se, igualmente, que a par todas estas mudanças legais, o Estado estimulou profundamente a utilização dos medicamentos

---

<sup>7</sup> O Sistema de Preços de Referência (SPR) abrange os medicamentos comparticipados, e para os quais já existem medicamentos genéricos autorizados, comparticipados e comercializados. O SPR estabelece um valor máximo a ser comparticipado, correspondendo ao escalão ou regime de comparticipação aplicável, para cada conjunto de medicamentos similares, no qual se incluía pelo menos um medicamento genérico existente no mercado.

genéricos em Portugal, que recorde-se tem atualmente um preço em 50% mais baixo que os medicamentos originais de marca.

Com esta série de alterações o preço médio dos medicamentos, por embalagem vendida ao SNS, envolveu de um valor de 16,72€ (2006) para 15,01€ (2011). Igualmente se analisarmos o preço médio por receita faturada, comparado com o custo marginal da farmácia, verificamos que em 2006 existe um saldo positivo de 4,03€ enquanto em 2011 esse mesmo valor é negativo, da ordem dos 0,17€. Estima-se que menos de 50% do universo Português de farmácias poderão suportar esta situação <sup>(15)</sup>. Conjunturalmente compreende-se pois que a economia da farmácia foi profundamente abalada nos 6 anos do período evocado, colocando em causa a viabilidade e o *modus operandi* gestor, e tendo porventura consequências no modelo tradicional prosseguido, de assistência à população.

Acresce a esta situação o momento financeiro vivido pelo País, comprometido que está com uma agenda exigente imposta pelo memorandum da TROIKA, que no caso do sector farmacêutico determinou uma redução significativa dos encargos do Estado com medicamentos, nomeadamente um rácio desta despesa face ao PIB que decresceu de 1,4% do PIB, em 2011, para 1,25% do PIB em 2012 e 1% do PIB em 2013. Parece-nos pois que importa determinar as consequências deste tipo de medidas na organização futura do sector retalhista farmacêutico, bem como esclarecer, convenientemente, se as causas se devem somente a aspetos conjunturais e/ou se existem componentes relacionados com a realidade gestora da farmácia, enquanto unidade empresarial.

Coloca-se, igualmente, na intervenção tradicional das farmácias junto da sociedade, uma tónica de responsabilidade social que deve ser equacionada e, se possível, mensurada quanto à mais-valia que confere às populações que destas se socorrem diariamente, em número próximo das 350 mil pessoas. É que as farmácias prosseguem uma atividade empresarial, com evidentes contornos comerciais, mas simultaneamente prestam um apoio sanitário permanente às populações. Estes dois contextos, técnico e institucional, como o definem alguns autores <sup>(16)</sup> ao referirem-se à vertente empresarial e social em que as organizações de saúde se confrontam no seu quotidiano reforça, julgamos, a necessidade de caracterizar o valor criado pelas farmácias para as sociedades modernas, e particularmente para os sistemas de saúde.

A dualidade entre propósitos comerciais e sanitários, com a qual iniciámos este espaço de reflexão, é pois um aspeto de evidente relevância quando se pretende caracterizar o percurso mais recente da farmácia, enquanto entidade, e compreender que fatores podem estar na origem das alterações relevantes que se têm feito sentir sobre a sua viabilidade operacional.

A presente tese procurará detalhar os caminhos para responder, convenientemente, a estas questões.

## 1.2 Estado da Arte

Da pesquisa efetuada não resultou nenhum estudo com configuração semelhante ao que se pretende realizar. Assim, este ponto reúne informações e resume algumas das conclusões baseadas nos pontos em discussão.

De facto, alguns autores têm-se debruçado, sobre esta temática, num sentido mais lato, que recorde-se incide, genericamente, na análise do impacto das medidas de cariz político, tomadas recentemente, sobre a economia das farmácias, pelo que a revisão efetuada incidirá sobre os trabalhos que nos possam ajudar a complementar e suportar alguns dos caminhos de investigação prosseguidos.

Pese embora não pareça numerosa a bibliografia existente, alguns trabalhos merecem a nossa reflexão, porquanto ajudam a compreender, quer no âmbito nacional quer internacional, que a alteração significativa da situação económica das farmácias tem que ser entendida como uma questão multidisciplinar, já que presumivelmente não só é conjuntural como também estrutural.

Assim, quando procuramos encontrar referências no contexto internacional, o trabalho de Vogler *et al.* <sup>(17)</sup> é uma referência. Este estudo incide sobre o impacto da regulação/desregulação no sector do retalho farmacêutico em países europeus, referindo que a perda de margens é consequência da introdução de alterações nos esquemas de remuneração da farmácia, pelo menos para medicamentos prescritos comparticipados, que ocorreram em vários países da Europa, na última década.

Já no contexto nacional, Ivo <sup>(18)</sup>, num documento sobre os desafios da gestão do medicamento no contexto dos sistemas de saúde do futuro, refere a importância que teve a implementação de reformas estruturais no sector do medicamento, como a política de medicamentos genéricos, a implementação de um sistema de preços de referência e o novo regime de preço dos medicamentos. Reforça contudo a ideia de que a implementação de sucessivas medidas administrativas desde 2005, com a consequente descida vertiginosa do preço dos medicamentos, que culminaram em 2010 com várias reduções num só ano, criou como que um círculo vicioso que exigirá continuamente a implementação de mais medidas do foro político-administrativo.

Antão e Grenha <sup>(19)</sup>, num trabalho sobre a avaliação económica e financeira do setor das farmácias fazem alusão à degradação significativa do desempenho

financeiro e da rentabilidade das vendas das farmácias, bem como ao declínio dos resultados operacionais do setor, a partir de 2010.

Antão *et al.* <sup>(20)</sup>, numa análise à situação económico-financeira dos principais intervenientes no circuito do medicamento em Portugal, referem que a farmácia no tocante à rentabilidade líquida das vendas apresenta, no período de 2006 a 2009, a evolução mais negativa dos três operadores (indústria farmacêutica, grossistas e farmácias). Referem que a farmácia é mesmo a entidade que apresenta uma tendência de degradação das rentabilidades, em contra ciclo com a generalidade das outras atividades económicas em análise, mais marcada. Nesse trabalho estima-se, igualmente, que as rentabilidades das farmácias iriam sofrer uma diminuição a partir de 2010 e que cerca de 38% das farmácias, essencialmente implementadas em zonas rurais, não são sustentáveis com o cenário económico-financeiro que se fazia sentir.

Barros, *et al.* <sup>(15)</sup>, num estudo sobre a evolução do sector das farmácias e a necessidade de reavaliar a evolução das margens referem que as farmácias dos concelhos mais populosos, e nas quais a densidade é maior, apresentam, comparativamente ao total do País, resultados financeiros com menor expressão (concretamente menor EBITDA). Igualmente aludem a que a proximidade de um cidadão a uma farmácia é um fator relevante de perda de rentabilidade para estas entidades. Neste trabalho estimou-se uma redução na despesa do Serviço Nacional de Saúde de pelo menos 75 milhões de euros, decorrentes da diminuição das margens de lucro do setor da distribuição (54 milhões apenas considerando as farmácias, com quebra de 14%, em média, e sem considerar a redução de preços por outros motivos).

Barros *et al.* <sup>(21)</sup>, num outro estudo sobre a evolução do sector das farmácias, denominado "revisitar o estudo - A situação concorrencial no sector das farmácias" datado de 2005, referem que em 2011, o lucro da farmácia média em Portugal já foi negativo. Estes autores, quando analisaram as margens, verificaram que as atuais são inferiores às que são necessárias para garantir lucro às farmácias.

Escoval *et al.* <sup>(22)</sup>, num estudo promovido pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde, em que é avaliado o impacto da crise na acessibilidade ao medicamento, determinaram que existiram alterações relevantes nas farmácias quanto aos recursos inerentes à dispensa de serviços e medicamentos ao público

(dimensão da equipa técnica, stock de medicamentos). Descortinam também a existência de modificações significativas na relação comercial das farmácias, com os operadores a montante (cumprimento dos prazos de pagamento acordados e fornecimento atempado de todos os medicamentos solicitados a estes).

### 1.3 Pertinência do tema e objetivos

Diferentes abordagens poderiam ser prosseguidas para enquadrar o âmbito deste trabalho, porquanto o sector do medicamento está repleto de relações e interdependências. Na realidade, analisar o comportamento económico das farmácias nos últimos anos e compreender de que forma a componente estrutural e a conjuntural, desse mesmo sector, contribuem para esse desempenho poderia ser feito sob diferentes prismas de abordagem. Reconhece-se, entre outras, a importância em realizar a descrição do panorama político- legal e a respetiva quantificação do impacto das medidas, o que significa tentar compreender como a componente externa/macro condiciona o desempenho interno/micro.

Numa outra perspetiva poder-se-ia também tentar descortinar se a estrutura empresarial das farmácias está adequada à realidade do sector, uma vez que a componente gestonária condiciona, naturalmente, os resultados económicos alcançados. Optámos por esta última, norteados pelo facto de que nos parece pertinente compreender como uma estrutura micro empresarial pode estar, face a uma mudança das condições de mercado, organicamente preparada para garantir a viabilidade da atividade económica que prossegue, e, porventura, a operacionalidade de todo um sector, que destas também depende para manter um desígnio constitucional. É que se até há bem pouco tempo a gestão de uma destas unidades era feita em moldes, porventura, menos profissionais, já que a desenvoltura económica do próprio mercado e a ausência de concorrentes externos, que não farmácias, com venda de produtos do mesmo âmbito assim o permitiam, a alteração do quadro competitivo fez como que "despertar" uma necessidade de apurar muitas práticas gestonárias.

A gestão implica contudo perceber a atividade empresarial com as particularidades específicas do negócio em causa, aspeto que na farmácia muitas vezes se descarta face à impreparação técnica do proprietário, que até ao ano de 2006, recorde-se, era legalmente apenas o farmacêutico, e à vocação assistencial em saúde que este prossegue. Quer-se com isto referir que a orientação para os resultados da empresa/farmácia não será, numa parte significativa das situações, uma realidade exclusivamente presente nas atitudes de gestão tomadas pelo(s) proprietário(s), o que condiciona fortemente os resultados económicos alcançados e, dessa forma, torna o gestor inclusivamente alheado quando à otimização financeira do seu negócio.

Desta forma a relevância científica deste trabalho parece-nos residir na metodologia de investigação aplicada que privilegiou a utilização de evidências empíricas, baseadas em pesquisas de campo. Estas incidiram sobre as razões que conduziram à situação económica presente, procurando, simultaneamente, discernir sobre a diferenciação, que é necessária para garantir a viabilização de uma farmácia. Consideramos que a criação de novo conhecimento resulta de uma expansão da área de abrangência do saber pré-existente, e como tal possui valia científica necessária para constituir um trabalho original.

Para concretizar este trabalho enunciámos como objetivos específicos:

- a) Analisar o desempenho das farmácias, enquanto unidades empresariais, relativamente à sua consistência económica no contexto do sector do medicamento e dos produtos sanitários, que tradicionalmente constituem o seu objeto de negócio.
- b) Compreender as características de que se revestem as práticas gestionárias quotidianas e avaliar o nível de conhecimentos, que o responsável por essa gestão possui com vista a garantir a viabilidade da atividade económica.
- c) Descortinar “caminhos” que municiem os agentes económicos, e demais entidades envolvidas, na definição de estratégias de intervenção social e económica para a farmácia comunitária, que como foi referido, tem características que a têm tornado numa atividade com contornos económicos específicos.

Procuramos, neste enquadramento, responder à seguinte questão de investigação:

-Que fatores estão na origem da crise económico-financeira vivida pelas farmácias na atualidade e de que forma podemos maximizar a proposta de valor por forma a cumprir com a função social destas entidades e simultaneamente garantir um desempenho de gestão com critérios que as aproximem do modelo de uma empresa de excelência?

O resultado desta investigação ao propiciar, presumivelmente, a obtenção de elementos originais, pode interessar e constituir uma mais-valia para todos aqueles que se queiram debruçar sobre a temática relativa à edificação de um modelo de gestão mais eficiente e que, em função de parâmetros tecnicamente validados, dê garantias de sustentabilidade futura e, simultaneamente, crie valor acrescentado ao tecido empresarial Português.

## Capítulo II –Caracterização do sector do retalho farmacêutico

### 2.1 Evolução do gasto farmacêutico nos sistemas de saúde

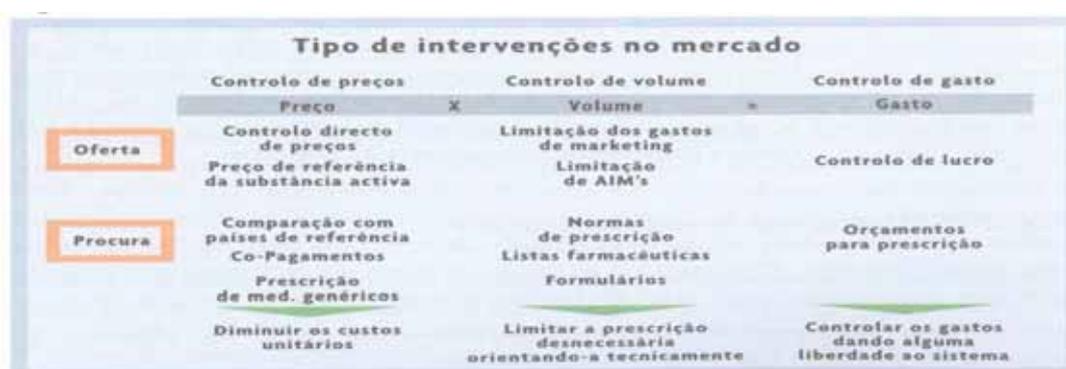
Nos países desenvolvidos, o consumo de tecnologias e de serviços de saúde tem registado crescimentos elevados, motivados pelo envelhecimento da população, pelo aumento das doenças crónicas bem como pela disponibilização de novas e mais dispendiosas tecnologias médicas. O aumento dos gastos públicos com saúde a taxas superiores às do rendimento de cada Estado e a necessidade de reduzir desequilíbrios fiscais motivaram a realização de amplas reformas sanitárias em vários países a partir dos anos 80 <sup>(23)</sup>.

Relativamente aos medicamentos, que representam 20 a 30% das despesas globais de saúde <sup>(24)</sup>, o conjunto de políticas adotadas tem sido bastante amplo, envolvendo a criação de inúmeros organismos vocacionados especificamente para a regulação do mercado farmacêutico, inclusive no que diz respeito a preços e participações do Estado na aquisição desses mesmos bens.

Atuando num contexto económico, quer do lado da procura, quer do lado da oferta, vários governos tem procurado introduzir medidas que proporcionem mecanismos de contenção de custos, sendo que algumas destas têm gerado efeitos apenas no curto prazo enquanto outras estão ainda sob avaliação. Note-se que mesmo não sendo capazes de reduzir os gastos significativamente, muitas medidas têm pelo menos contido a escalada dos mesmos <sup>(23)</sup>.

Esquemáticamente, podemos resumi-las na figura 1:

Figura 1: Medidas políticas de intervenção no mercado de medicamentos



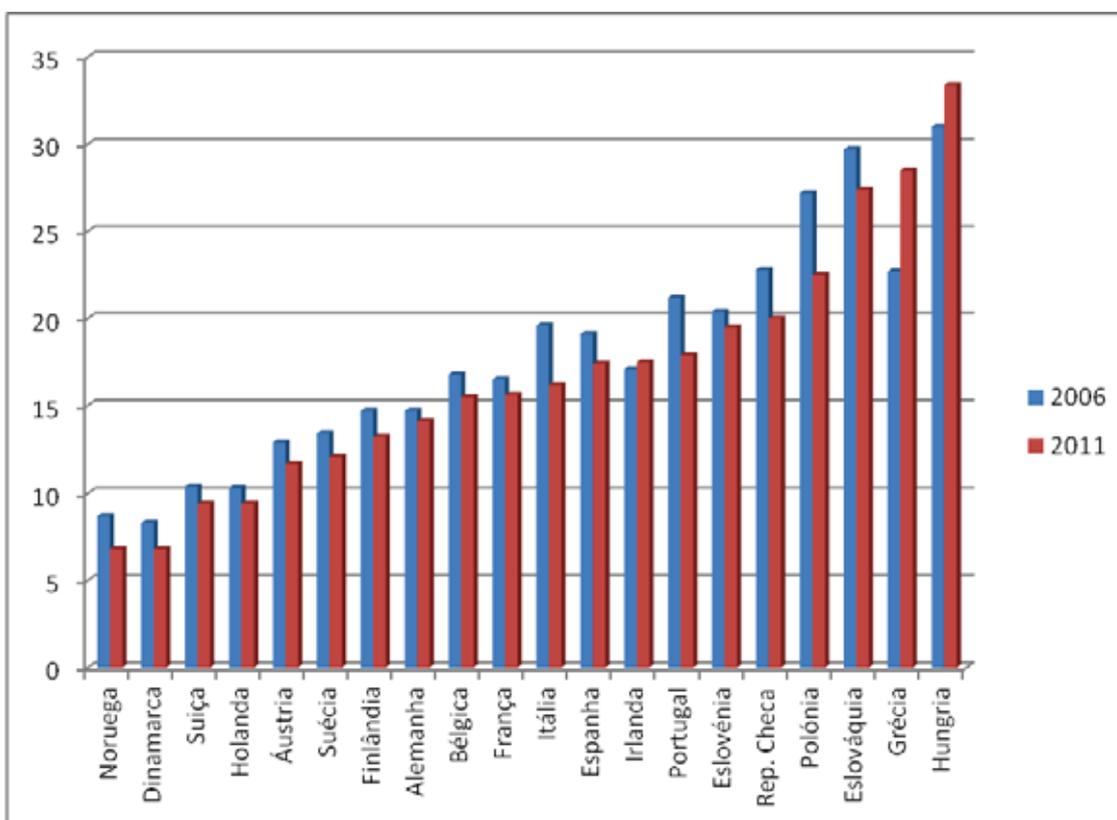
Fonte: Boston Consulting Group "Ensuring cost-Effective access to inovative pharmaceuticals-Do market intervention Work?"

Como corolário do esforço de contenção da despesa, com medidas regulatórias sobre o sector, verifica-se, generalizadamente nos países Europeus, o decréscimo dos gastos farmacêuticos relativamente aos orçamentos de saúde, pese embora o consumo *per capita* tenha aumentado, na larga maioria dos países, ao longo do período estudado.

Em Portugal, tal como Mateus <sup>(25)</sup> já tinha observado regista-se um peso superior, ao da maior parte dos países Europeus economicamente mais desenvolvidos, da despesa de medicamentos na despesa total em saúde.

Verifique-se na figura 2 a evolução desses mesmos gastos.

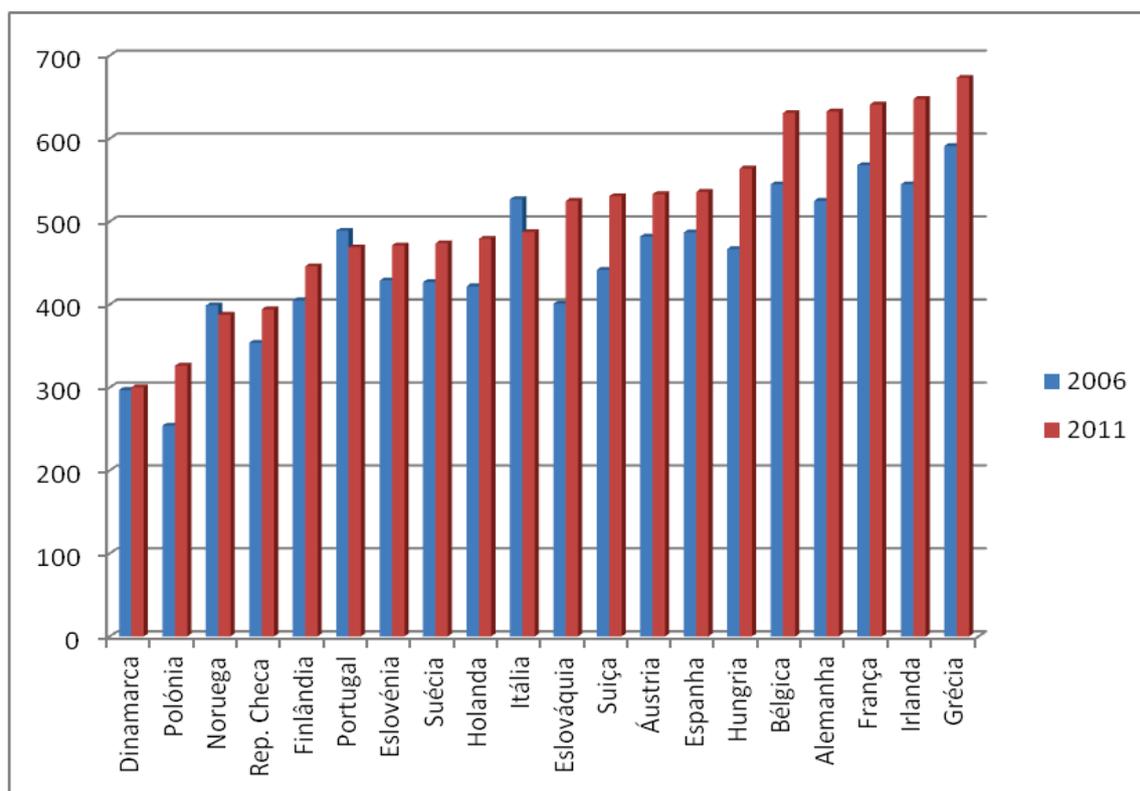
Figura 2: Evolução dos gastos em medicamentos relativamente aos gastos totais em saúde na Europa (em %)



Fonte: OCDE Health Report 2012

Quando situamos Portugal no contexto do gasto em medicamentos *per capita* em função do PIB, verificamos que o nosso País se encontra numa posição intermédia, comparativamente à maioria dos países Europeus, conforme se vislumbra nas figuras 3 e 4, respetivamente.

Figura 3: Evolução do gasto em medicamentos *per capita* (em dólares a preços correntes)



Fonte: OCDE Health Report 2012

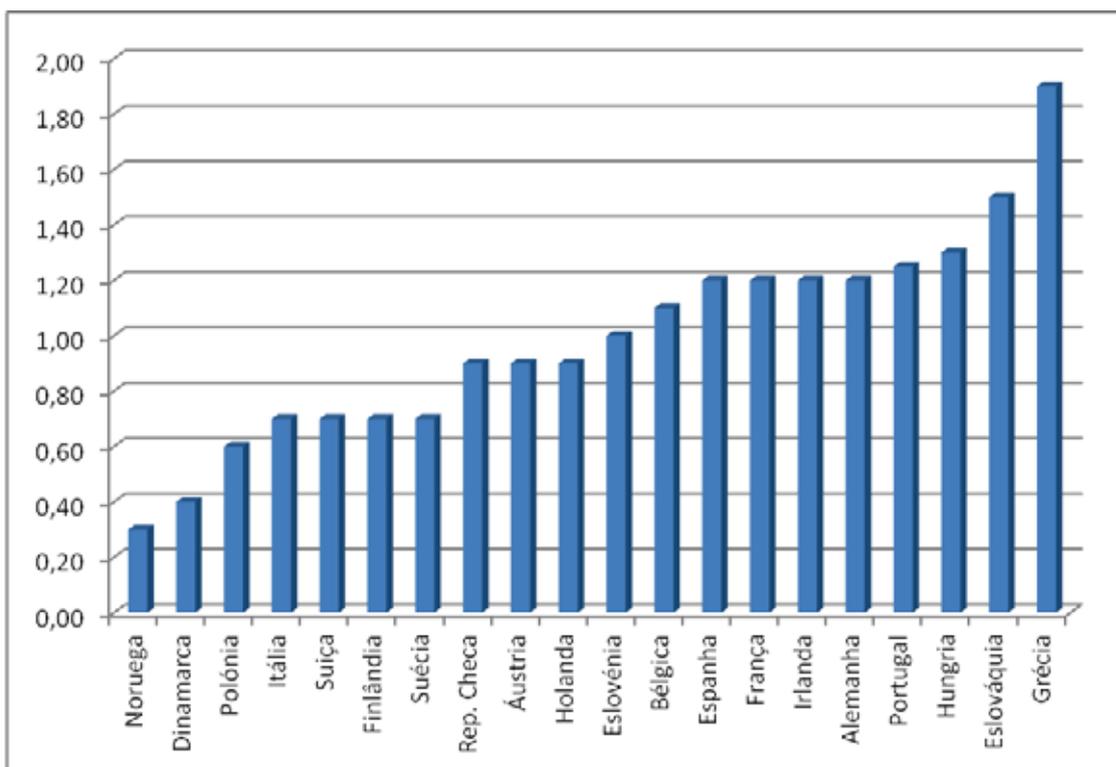
### 2.1.2 Situação em Portugal

Em Portugal o Estado assume-se como responsável pela concretização do direito à proteção da saúde previsto na constituição, através da publicação, em 1979, da Lei que enquadra o Serviço Nacional de Saúde <sup>8</sup>. O Estado assume também o financiamento das instituições de saúde, de cariz público, tendo igualmente responsabilidade, com a publicação da Lei de Bases da Saúde <sup>9</sup>, pela prestação de cuidados, tendencialmente gratuitos. Não estranha pois que o crescimento da despesa em saúde tenha sido historicamente suportado pelo sector público, como já havia sido constatado por Mateus <sup>(25)</sup>. O financiamento privado da despesa em saúde tem, contudo, aumentado nos últimos anos. Na realidade, cerca de 29% de toda a despesa com a saúde em Portugal é privada, através de co-pagamentos ou pagamentos diretos do doente <sup>(26)</sup>.

<sup>8</sup> Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro

<sup>9</sup> Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto

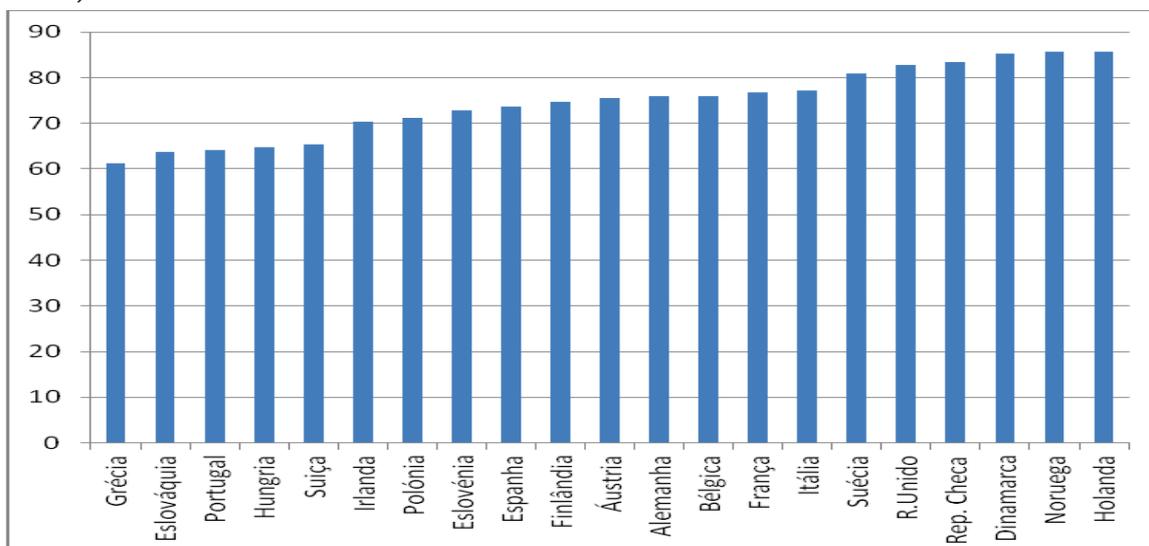
Figura 4: Gasto em medicamentos relativamente ao PIB em Países Europeus (em %)



Fonte: EFPIA Report 2012

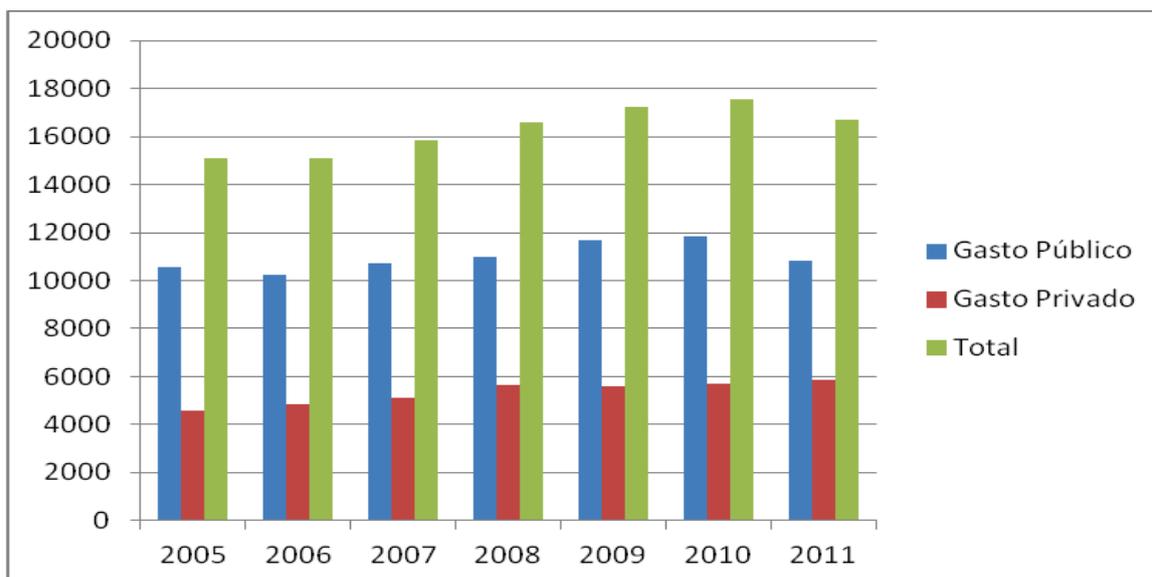
Este dinamismo da despesa privada tem sido inclusive acima do ritmo de evolução do PIB Português, ultrapassando mesmo os registos médios atuais da OCDE e UE. Verifique-se, por contraponto, o gasto público em saúde nos principais países Europeus, bem como a evolução do gasto público e privado em Portugal, nas figuras 5 e 6, respetivamente.

Figura 5: Gasto público em saúde em países Europeus (em % do total de despesas com saúde)



Fonte: Banco Mundial 2012

Figura 6: Evolução do gasto público e privado em saúde, em Portugal (valores absolutos em milhões de Euros)



Fonte: OCDE 2012

## 2.2 Evolução do mercado ambulatório de medicamentos em Portugal

O mercado de medicamentos, em ambulatório, regista uma tendência de crescimento negativa (ver figura 7), tanto em valor como em quantidades, em linha com a política prosseguida, nos últimos anos, no sector do medicamento que apresenta como objetivo a redução do preço destes bens, por forma a reduzir os atuais encargos do Estado nesta matéria <sup>(27)</sup>.

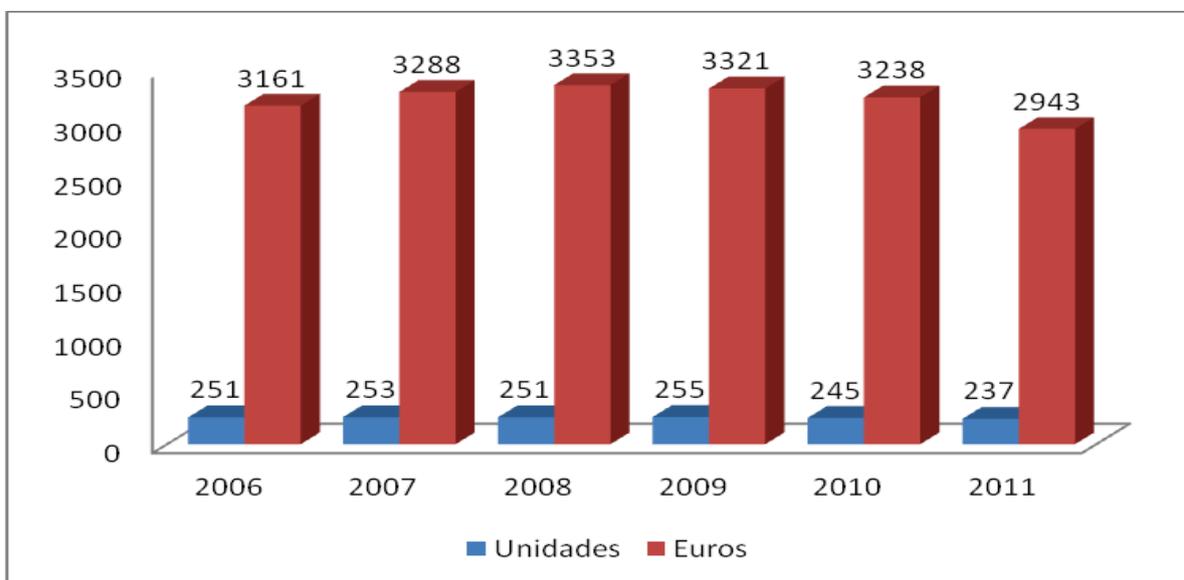
A taxa média de comparticipação dos medicamentos tem diminuído desde 2010, tendo atingido em 2011 um valor de 63% do preço do medicamento, o mais baixo desde 2007. O preço apresenta, igualmente, uma taxa de crescimento negativo, influenciado em grande parte pela redução administrativa de 6% do preço, que foi decretado no final de 2010 (ver figura 8).

### 2.2.1 Mercado de medicamentos genéricos

Os medicamentos genéricos são fármacos equivalentes aos originais de marca, tendo demonstrado que possuem a qualidade, segurança e eficácia, exigidas pela autoridade reguladora, a um menor custo visto que tem um preço 20 a 90% mais baixo que os correspondentes originadores <sup>(28)</sup>. Vários autores e documentos oficiais <sup>(29,30)</sup>, salientam a importância da criação de um mercado de

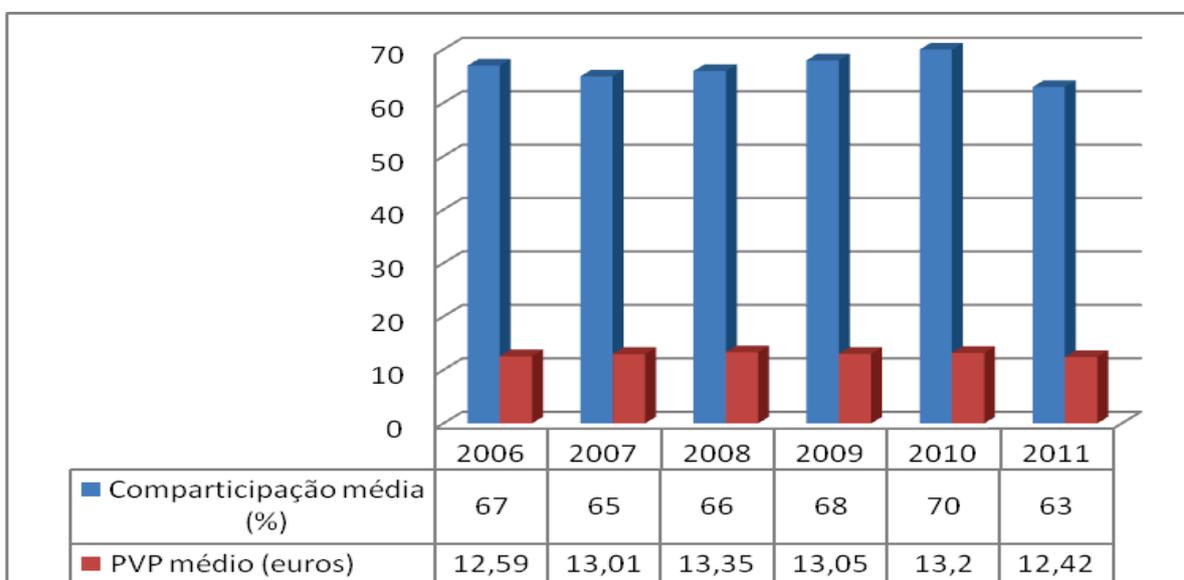
medicamentos genéricos equilibrado e do seu contributo para a manutenção do controlo dos gastos públicos com medicamentos.

Figura 7: Evolução do mercado de medicamentos em Portugal (milhões de unidades e milhões de euros)



Fonte: Infarmed 2012

Figura 8: Evolução da taxa de comparticipação média e do preço de medicamentos

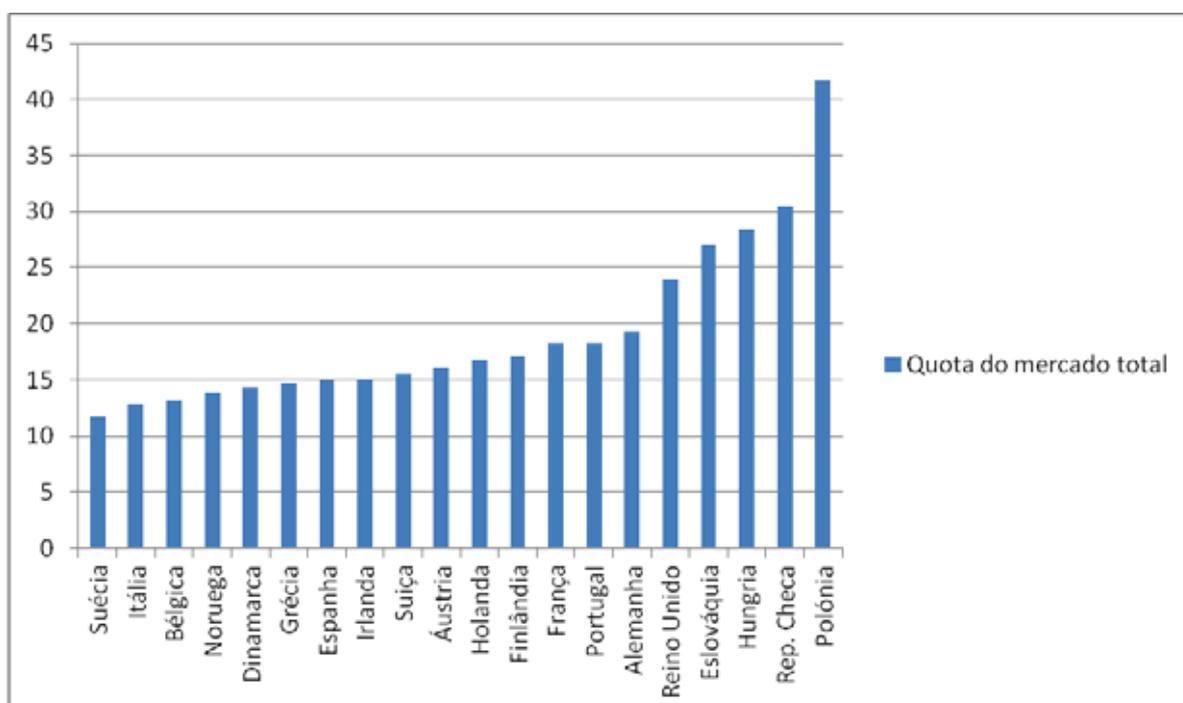


Fonte: Infarmed 2012

O mercado em Portugal é relativamente recente, face ao observado noutros países europeus em que a quota destes medicamentos é habitualmente superior aos

originadores (ver figura 9). Esta situação deve-se não só às próprias características do mercado de medicamentos, bem como a um conjunto de aspetos <sup>(31)</sup> que limitaram, porventura, uma maior penetração no mercado deste tipo de medicamentos. De entre estes, destaca-se a existência de legislação específica, relativa á proteção da propriedade industrial que vigorou até 1995 e que proporcionou o desenvolvimento de um mercado expressivo de cópias de marca, bem como a ausência de incentivos a médicos e farmacêuticos para, respetivamente, realizarem a prescrição e dispensa destes bens, e ainda assim por algumas imperfeições havidas com o sistema de preços de referência, como salientou Portela <sup>(32)</sup>.

Figura 9: Penetração dos medicamentos genéricos em Países Europeus em 2011 (em % do valor do mercado farmacêutico total)

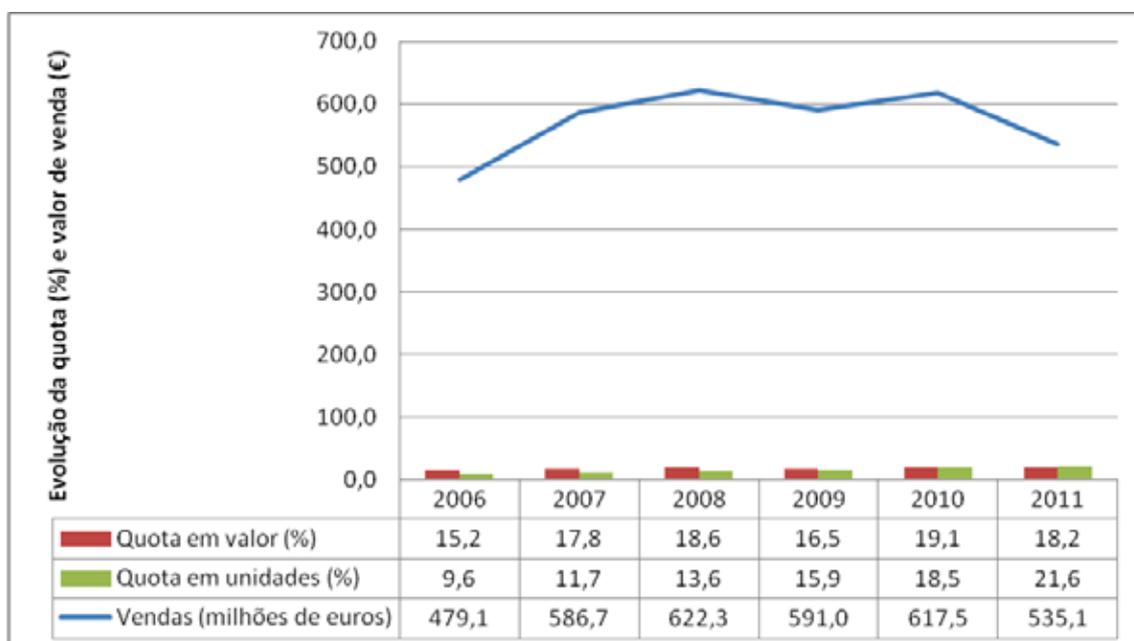


Fonte: EGA 2012

Tomando em consideração este tipo de condicionantes e salientando a manifesta vontade política do XV Governo Constitucional, que encetou uma impactante campanha ao consumidor para os benefícios da utilização deste tipo de medicamentos o mercado de genéricos apresentou um crescimento considerável a partir dos anos de 2004 e 2005, associado, também, à introdução do SPR.

Por esta altura o Estado majorou inclusive, para os pensionistas de menores rendimentos e por diversas vezes (2002 a 2006 em 25% <sup>10</sup>, 2006 a 2009 em 20% <sup>11</sup>) a comparticipação dos medicamentos genéricos, chegando mesmo a assumir para este grupo de utentes o pagamento a 100%, no 2º semestre de 2009 <sup>12</sup>. Tratou-se de medidas legislativas justificadas com a necessidade de proteção aos estratos sociais mais carenciados o que contribuiu também para o consumo preferencial destes fármacos já que se verificou, por esta altura, uma expansão rápida da sua quota de mercado que, em 2011 superou os 20%, relativamente ao mercado total de medicamentos em Portugal. Vejamos pois a evolução da penetração dos medicamentos genéricos em Portugal, na figura 10:

Figura 10: Evolução da venda de medicamentos genéricos em Portugal



Fonte: Infarmed 2012

A variação da capacidade de penetrar no mercado, a que se assistiu nos mercados dos diferentes países, resulta de diferentes políticas implementadas para o desenvolvimento deste mercado. Admite-se que a regulação dos preços tem constituído uma forma, como que automática, de restringir o aumento do valor pecuniário dos medicamentos e desta forma alcançar poupanças imediatas nos sistemas de saúde. Na Europa, segundo a Associação Europeia de Medicamentos

<sup>10</sup> Decreto-Lei nº 270/2002 de 2 de Dezembro

<sup>11</sup> Decreto-Lei nº 127/2006 de 4 de Julho

<sup>12</sup> Decreto-Lei nº 129/2009 de 29 de Maio

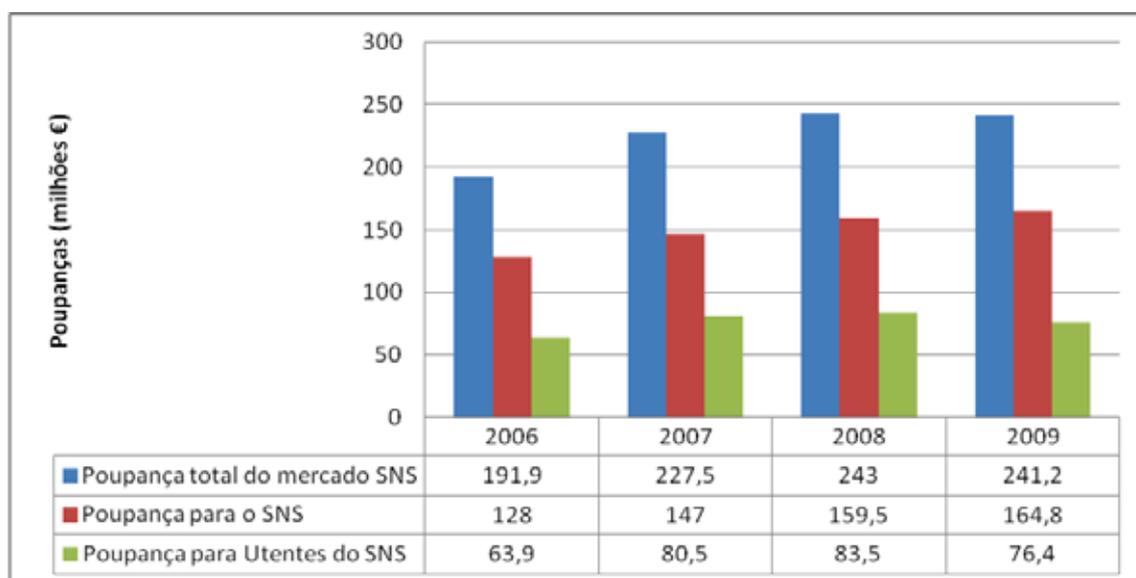
Genéricos <sup>(28)</sup>, esta estratégia é utilizado por 77% dos países europeus, incluindo Portugal.

No entanto existem autores <sup>(33)</sup>, que são da opinião que uma política de sucesso para a promoção de genéricos requer competição do lado da oferta e, nesse âmbito, a regulação de preços não permite alcançar esse desiderato.

Recordemos que, por definição legal, o preço dos medicamentos genéricos era, no período analisado, 35% mais económico, que os respetivos originadores ou 20% inferior, no caso de medicamentos com PVP inferior a 10 euros. No entanto a revisão anual de preços, operada em 2007, determinou uma redução administrativa de 30% sobre o valor pecuniário dos medicamentos genéricos, resultando o seu uso numa fonte de poupança ainda mais significativa para o Estado e para o Consumidor <sup>(34)</sup>.

De acordo com estimativas realizadas pelo Infarmed <sup>13</sup> as poupanças, para o Estado, geradas pela utilização de genéricos em apenas quatro anos, ultrapassaram novecentos milhões de euros conforme se pode vislumbrar na figura 11:

Figura 11: Estimativa de poupança gerada pelo consumo de medicamentos genéricos no SNS (em Euros)

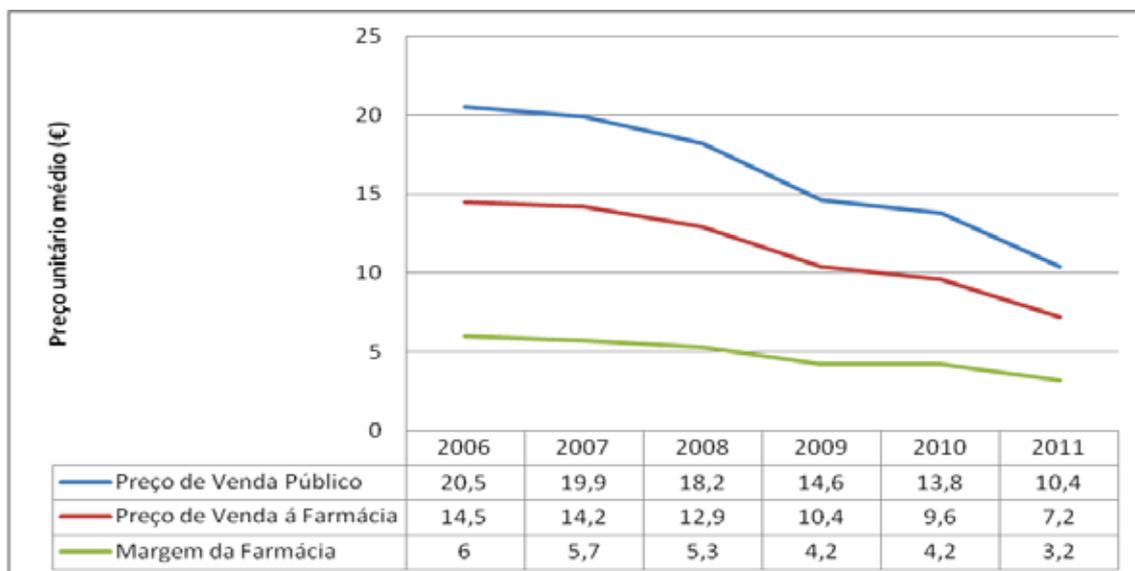


Fonte: Infarmed 2010

<sup>13</sup> INFARMED.notícias n° 36; Out 2010. Disponível em [www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/INFARMED\\_NOTICIAS/](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/INFARMED_NOTICIAS/).pdf [Consultado em 2014-03-09].

Para este resultado tem contribuído, para além do aumento de penetração dos genéricos no mercado, a queda, sistemática, do valor unitário do medicamento genérico ao longo do período analisado. Verifique-se pois a progressão do preço, na figura 12:

Figura 12: Evolução do preço médio unitário dos medicamentos genéricos



Fonte: IMS Data e Infarmed (disponível em <http://www.apifarma.pt/estudos/IndicadoresAPIF/PT/Documents.pdf>) [consultado em 2014-01-15]

### 2.3 Caracterização social e económica das farmácias

As farmácias portuguesas são entidades privadas com direção técnica permanente de farmacêuticos e embora formalmente não incluídas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde primários, gozam de elevada reputação junto da população <sup>(14)</sup>. Com restrições relativamente à sua propriedade <sup>14</sup>, a sua atividade principal é a dispensa de medicamentos e outros produtos de cariz sanitário.

De acordo com a legislação em vigor <sup>15</sup>, as farmácias prosseguem uma atividade de saúde e interesse público e asseguram a continuidade dos serviços que prestam aos utentes. Estes incluem, para além do objeto social principal referente à comercialização de produtos já mencionados, a prestação de serviços farmacêuticos, em especial para apoio à terceira idade, a administração de vacinas

<sup>14</sup> Existem algumas restrições à propriedade da farmácia, nomeadamente não podem ser detidas por profissionais de saúde prescritores de medicamentos, empresas de distribuição de medicamentos, indústria farmacêutica, empresas prestadores de cuidados de saúde ou associações representativas das farmácias.

<sup>15</sup> Decreto-Lei 307/2007, de 31 de Agosto

não incluídas no Plano Nacional de Vacinação da Direcção-Geral de Saúde, bem como a realização de campanhas de informação e programas de cuidados farmacêuticos.

Em Portugal, a atividade das farmácias é objeto de uma exaustiva regulamentação que, em larga medida, determina a estrutura do sector e condiciona a atuação competitiva das empresas que o compõem, já que a entrada de novas farmácias no mercado acontece, exclusivamente, mediante concurso promovido pelo INFARMED. Este é aberto para uma localização específica, estando a instalação da nova farmácia condicionada ao respeito de uma distância mínima de 350 metros às já existentes e à existência de, pelo menos, 3.500 habitantes por farmácia no concelho em causa, bem como a uma distância de mais de 500 metros a unidades públicas de prestação de cuidados de saúde. O número e a localização das farmácias resultam pois de decisões administrativas e não do contexto de forças do mercado, que determina tantas outras atividades económicas.

A regulamentação do sector condiciona também a sua organização empresarial, no tocante à concentração, integração vertical e diversificação da atividade. De facto, cada proprietário não pode ser detentor de mais de quatro unidades, o que impede a concentração no sector. Relativamente à integração vertical, aos laboratórios farmacêuticos e aos armazenistas é proibida a intervenção na estrutura empresarial das farmácias. No tocante à diversificação, a legislação limita os produtos e serviços que podem ser oferecidos na farmácia, implicando que esta deva ser um estabelecimento especializado, dedicado à venda de medicamentos e de outros produtos de alguma forma relacionados com a saúde.

Em termos de atuação no mercado, o enquadramento da atividade das farmácias pode então resumir-se da seguinte forma <sup>(35)</sup>:

**Propriedade:**

- Não existe reserva de propriedade a farmacêuticos;
- Limite máximo de 4 farmácias por proprietário;
- Médicos, distribuidores por grosso, empresas detentoras de AIM, associações profissionais do sector, entre outros, não podem ser direta ou indiretamente, proprietários de farmácia.

**Abertura e Instalação:**

- Existência de critérios demográficos e geográficos;
- Sujeito à concessão de alvará pelo Estado, o qual é atribuído por concurso público.

**Funcionamento:**

Requere:

- Áreas mínimas;
- Horários mínimos (mínimo de 55 horas semanais);
- Recursos humanos regulados (exige-se a presença de 2 farmacêuticos, assumindo um a direção técnica);
- Produtos e serviços regulados, quanto à sua especificidade.

**Publicidade e descontos:**

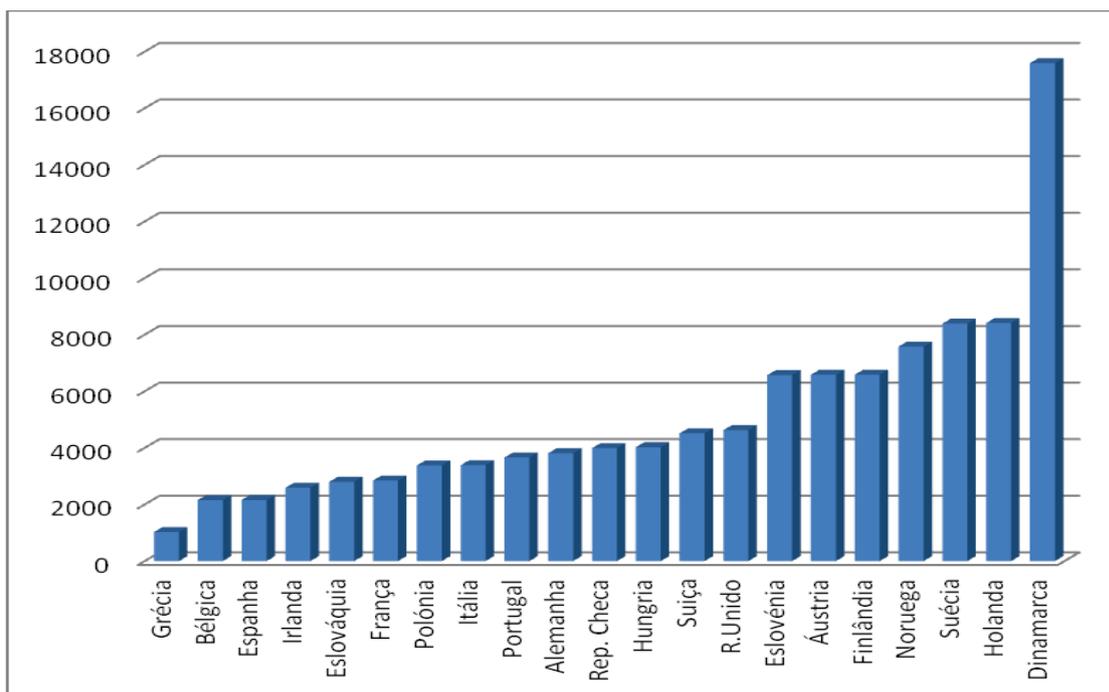
- Permitida a publicidade das farmácias diretamente ao consumidor;
- A lei estabelece o preço máximo a praticar para medicamentos, pelo que é permitida a prática de descontos ao consumidor, bem como nos outros artigos.

Neste quadro regulamentar, Portugal tinha, em 2011, 2901 farmácias. Depois de ter permanecido estável de 2006 a 2009, o número de farmácias apresentou algum crescimento em 2010 (2,4%) e 2011 (1,1%). Neste último ano, a nível nacional, existiam 3.661 habitantes por farmácia.

Este valor é mais elevado do que os encontrados na Grécia (1028), Bélgica (2.159), Espanha (2.160) e Itália (3.387) mas mais reduzido do que os registados na Suécia (8.391), Holanda (8.412) e Dinamarca (17.596), que neste contexto representam os países com maior expressão. Portugal encontra-se, portanto, numa posição intermédia no que respeita ao número de habitantes por farmácia no quadro Europeu. Verifique-se na figura 13 o panorama Europeu neste domínio.

Tal como em Portugal, nos países da União Europeia, a atividade das farmácias é alvo de regulamentação com maior ou menor expressão, tendo objetivos declarados em garantir a segurança e o acesso, promover a qualidade do serviço, limitar o gasto com medicamentos e aumentar a escolha do doente. As soluções encontradas para promover estes objetivos apresentam, no entanto, considerável diversidade, não existindo um modelo único a nível europeu <sup>(36)</sup>. Por ex. a comparação internacional permite constatar que o nosso País é, a par da maioria dos países da União Europeia analisados, um nos quais existe legislação que condiciona a abertura de novas farmácias a critérios geográficos ou de capitação.

Figura 13: Número de habitantes por farmácia em países Europeus



Fonte: PGEU 2011

Já no âmbito da propriedade da farmácia, refira-se que se verifica um cenário diferente do anterior, ou seja a maioria dos Países da União Europeia não condiciona a propriedade das farmácias a farmacêuticos (reserva de propriedade), como igualmente se pode constatar no quadro 1.

Para além de condicionar a estrutura do mercado, a regulamentação do sector condiciona igualmente a atuação concorrencial das farmácias. Na dispensa de medicamentos, como em qualquer atividade comercial, a existência de outros agentes autorizados a comercializar produtos semelhantes ou a utilização de plataformas de venda virtuais é, também, um fator que concorre para a competitividade económica dessas unidades. No contexto Europeu, existem igualmente diferenças significativas entre países, como se pode verificar, no quadro 1.

### 2.3.1 Alterações legislativas em Portugal

Se até 2005, a realidade da farmácia era pautada por legislação que determinava a comercialização de medicamentos em exclusivo nas farmácias, a partir de 2005 com a publicação do Decreto-Lei nº134/2005, de 16 de Agosto, permitiu-se a outras superfícies a comercialização de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM).

Verificou-se, a partir dessa data que, não só empresários a título individual ou organizados em sociedade sem vínculo a empresas alimentares de distribuição, bem como as próprias cadeias de hipermercados que implantaram novas áreas de venda, dentro ou fora da loja principal, criaram espaços exclusivamente dedicados à venda de MNSRM e artigos de higiene e conforto. Em 2011, e com uma evolução muito rápida nos anos de 2006 a 2008 registavam-se já 926 locais de venda, com um ganho de quota de mercado, relativamente às farmácias, de 13%, no final de 2011, como igualmente se expõe no quadro 2:

Quadro 1: Regulação da instalação e propriedade de farmácias na União Europeia

<b>Países</b>	<b>Reserva de propriedade</b>	<b>Critérios Geográficos e demográficos</b>	<b>Autorização de venda de medicamentos pela Internet</b>	<b>Venda de MNSRM fora das farmácias</b>
Alemanha	Sim	Não	Sim	Sim*
Áustria	Sim	Sim	Não	Sim*
Bélgica	Não	Sim	Não	Não
Dinamarca	Sim	Sim	Sim	Sim*
Eslováquia	Não	Não	Não	Não
Eslovénia	Sim	Sim	Não	Sim*
Espanha	Sim	Sim	Não	Não
Finlândia	Sim	Sim	Não	Sim
França	Sim	Sim	Não	Não
Holanda	Não	Não	Sim	Sim*
Irlanda	Não	Não	Não	Sim*
Itália	Sim	Sim	Não	Sim
Polónia	Não	Não	Não	Sim*
Portugal	Não	Sim	Sim	Sim
Reino Unido	Não	Sim	Sim	Sim*
República Checa	Não	Não	Não	Sim*
Suécia	Não	Não	Sim	Sim*

Legenda: \*Países onde apenas uma lista específica de MNSRM pode ser vendida fora das farmácias

Fonte: PGEU, 2011

Quadro 2: Evolução da quota de mercado de MNSRM (%volume) entre canais de distribuição

Anos	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Farmácia	98,3	94,5	90,5	89,1	91,8	87
Outros locais de venda	1,7	5,5	9,5	10,9	8,2	13

Fonte: A Indústria farmacêutica em números, edição 2010, ed. APIFARMA e IMS

Além da liberalização do mercado de MNSRM, no ano de 2007, também a propriedade de farmácia deixou de estar limitada a farmacêuticos <sup>16</sup>. No caso de Portugal, o acesso à propriedade de farmácia a entidades individuais e coletivas vem alterar, previsivelmente, o equilíbrio entre propósitos comerciais e de assistência sanitária que nortearam historicamente a atividade. Note-se que acórdãos jurídicos sustentaram esse reconhecimento que porventura contribuiu, até 2007, para a existência de um racional de indivisibilidade entre propriedade e direção técnica de uma farmácia, que vigorou no nosso ordenamento jurídico desde a década de 30 do século passado <sup>(37)</sup>. O facto de os novos proprietários poderem não ter formação específica na área da saúde crê-se que possa vir a influenciar negativamente o posicionamento da profissão. As razões apontadas residem não só no facto de estes poderem incentivar a dispensa de produtos com risco acrescido de consumo, os medicamentos, mas também por poderem adular a conduta deontológica de profissionais, particularmente farmacêuticos, que estejam na dependência dos proprietários não farmacêuticos. Estes dois aspetos parecem ter dado ênfase, em Maio de 2009, a que o Tribunal de Justiça das Comunidades Europeias proferisse dois acórdãos históricos sobre a propriedade da farmácia. Nestes, foi declarado, de forma inequívoca e sem direito a recurso, que, por razões de saúde pública, relacionadas com a qualidade e a segurança na dispensa dos medicamentos, a propriedade da farmácia possa ser reservada a farmacêuticos.

Outros argumentos concorrenciais típicos de uma atividade comercial foram igualmente objeto de alteração no período em estudo neste trabalho. A publicidade às farmácias, até então proibida, passa a ser permitida pelo Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto, que estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina, pese embora o estatuto da Ordem dos farmacêuticos proíba qualquer forma de publicidade à respetiva atividade profissional. Igualmente a legislação do sector

<sup>16</sup> Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto

inviabilizava, até ao mesmo ano (2007), a concorrência por via do preço ao proibir a concessão de descontos sobre os respetivos preços dos medicamentos oficialmente marcados. A introdução, por via do Decreto-Lei nº65/2007, de 14 de Março, da possibilidade da prática de descontos em medicamentos comparticipados pelo Estado alterou, igualmente, este cenário.

### 2.3.2 O modelo económico das farmácias

As farmácias em Portugal alicerçaram historicamente os seus ganhos económicos na transação de mercadorias, designadamente medicamentos sujeitos e não sujeitos a receita médica, artigos de saúde e bem-estar (que englobam a dermo-cosmética, suplementos alimentares, produtos para bebé, higiene oral, saúde animal, entre outros de âmbito sanitário previstos na legislação).

O segmento primordial de mercado das farmácias, e simultaneamente a principal fonte de rendimento, é o mercado de medicamentos, que representa cerca de 86,27% do mercado total, e de entre estes os sujeitos a receita médica que detém por si só uma quota de cerca de 79,6%<sup>17</sup>. Recordemos que o valor do mercado de medicamentos em ambulatório foi em 2011, a preços correntes, de 2.942 milhões de Euros, o que representa sensivelmente 1,8% do PIB Português. Este mercado tem, contudo, do ponto de vista do tradicional paradigma económico, algumas limitações já que o facto da procura de medicamentos não ser influenciada do mesmo modo que os outros produtos de consumo, porquanto exige-se uma prescrição médica para a sua dispensa, coloca o médico com o protagonismo de modular a procura. Igualmente existe, neste mercado, uma baixa sensibilidade ao preço por parte do consumidor<sup>(38)</sup><sup>18</sup>, pela existência, muito frequente, de um terceiro pagador (por exemplo: o Estado ou as seguradoras), de tal forma que o SNS e os vários sub-sistemas de saúde são os maiores clientes das farmácias, com encargos de cerca de 65,8% do valor do mercado total. A evolução dos encargos do Estado é como se apresenta na figura 14.

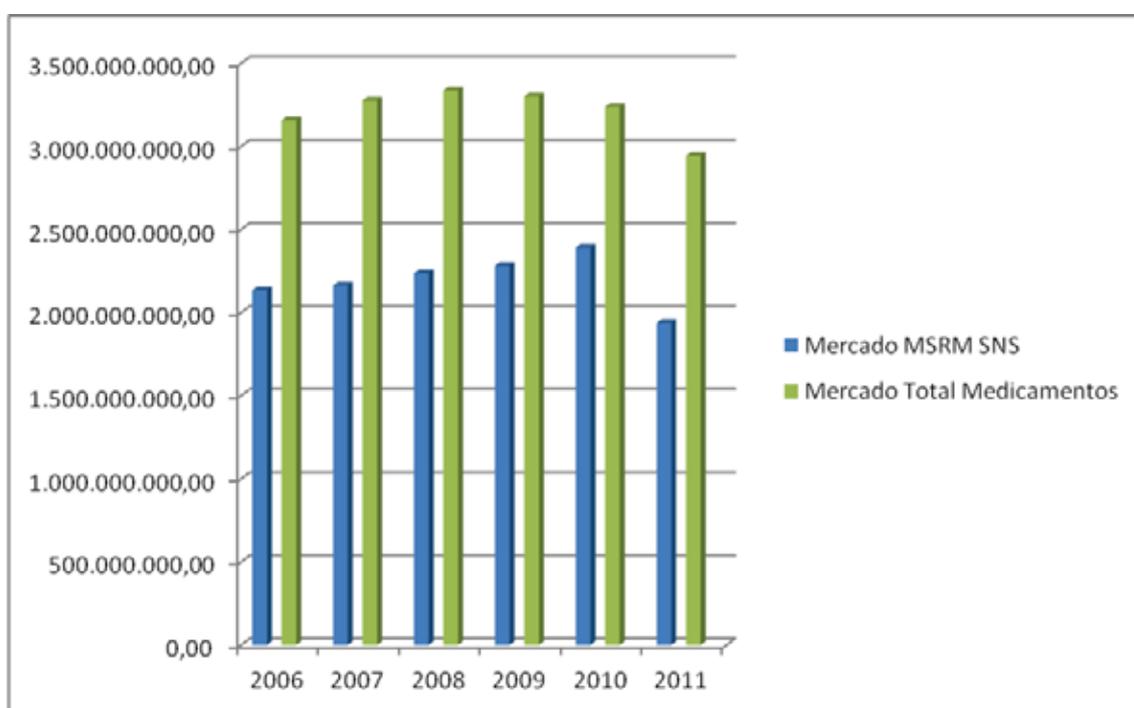
---

<sup>17</sup> Infarmed, dados de mercado 2011

<sup>18</sup> Estes autores analisam a sensibilidade ao preço da procura de quatro compostos substitutos próximos. Os resultados obtidos indicam uma elasticidade da procura ao preço relativamente elevada quando há um produto genérico substituto disponível. Essa elasticidade da procura é menor entre compostos químicos distintos.

As farmácias, pese embora a concorrência de outros espaços, que se instalaram nos últimos anos, dispõem, de hipotéticas vantagens competitivas, diferenciadoras de outros operadores na saúde, tendo como características a proximidade, a confiança, a organização, a rede tecnológica e a disponibilidade e gratuidade de profissionais de reconhecido mérito; o farmacêutico e os técnicos. Compreende-se pois que estas unidades empresariais tenham vindo a ter um ambiente económico particular, nomeadamente quando comparadas com outros sectores retalhistas de atividade, porquanto a oferta e procura tem especificidades próprias de um sector fortemente regulado pelo Estado.

Figura 14: Evolução dos encargos do SNS com medicamentos em regime de ambulatório



Fonte: Infarmed, 2012

O modelo económico das farmácias tem sido pois alicerçado numa exclusiva remuneração pela comercialização dos bens referidos, que em cerca de 80% dos casos (a quota detida pelos medicamentos sujeitos a receita médica) é fixada pelo Estado, o que remete para os restantes 20% uma aplicação, ainda assim condicionada pela disponibilidade noutros canais de distribuição, direta dos mecanismos tradicionais de mercado. Refira-se que embora a legislação publicada em 2008, como frisámos anteriormente, ter permitido a prestação de vários

serviços no espaço da farmácia, três anos volvidos, ou seja em final de 2011, estes representavam somente 0,1% da faturação média de uma farmácia <sup>19</sup>.

Creemos ser perceptível que ao fazer depender maioritariamente do medicamento a sua prosperidade financeira, e tendo este, como já verificámos, uma depreciação significativa nos últimos anos, as farmácias vejam a sua condição económica alterada, como se poderá compreender pela evolução dos resultados, de que damos conta no quadro 3:

Quadro 3: Evolução de indicadores económico-financeiros das farmácias portuguesas

Ano	2007	2009	2011
Vendas	1.284.1140€	1.301.770€	1.162.385€
Margem bruta	25,50%	27,80%	27,30%
Resultado operacional	107.031€	79.752€	45.914€
Resultado liquido	70.439€	39.048€	17.958€

Fonte: ANF 2012

#### 2.3.2.1 A remuneração dos atos de natureza técnica

Encarado como um fator relevante para a sustentabilidade das farmácias, a remuneração dos atos associados à prestação de um serviço profissional tecnicamente diferenciado, é já uma prática corrente em muitos países Europeus, conforme se pode vislumbrar no quadro 4.

O modelo económico das farmácias na Europa não se foca assim, exclusivamente, na remuneração pela comercialização de bens mas, igualmente ou em alternativa, pelo ato de dispensa técnica de uma prescrição ou por serviços farmacêutico, que pode englobar uma extensa relação de itens como referenciamos no quadro 5.

Os sistemas de remuneração podem então ser definidos com base em dois critérios: um que está indexado ao valor pecuniário dos produtos comercializados no espaço da farmácia, que pode tomar a configuração de uma margem linear ou regressiva sobre o preço de transação na cadeia de distribuição, e um outro indexado ao montante pago pelo consumidor pela utilização de serviços

---

<sup>19</sup> Cefar, Análise de Mercado-Observatório da farmácia, Agosto 2011

diferenciados prestados pelos profissionais da farmácia, nos quais se incluem a remuneração em função da capitação e por serviços efetivamente prestados (*fee for service*)<sup>(40)</sup>.

Quadro 4: Sistema de remuneração de farmácias na Europa

País	Margem Regulada	Margem Linear	Margem Regressiva	Fee fixo por prescrição	Fee fixo por item dispensado	Fee fixo por serviços farmacêuticos
Alemanha	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não
Áustria	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não
Bélgica	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim
Dinamarca	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
Eslováquia	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não
Eslovénia	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim
Espanha	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não
Finlândia	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
França	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Holanda	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não
Irlanda	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim
Itália	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim
Polónia	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não
Portugal	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não
Reino Unido	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim
República Checa	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Suécia	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não

Fonte: Adaptado de Kanavos *et al.*<sup>(39)</sup>, completado com dados PGEU 2010

Vejamos pois com maior pormenor como se organizam os diversos sistemas:

-A margem linear, aquela que ancestralmente surgiu em primeira instância no retalho farmacêutico, corresponde a uma percentagem fixa aplicada sobre o preço de venda público do medicamento, podendo ser livre, o que implica ser negociada entre os agentes económicos da cadeia do medicamento, ou regulada pelo Estado. Este sistema de remuneração cria, previsivelmente, um incentivo à dispensa de medicamentos mais caros pois, que em termos absolutos, a margem obtida pela dispensa destes medicamentos é superior.

Em alguns países como a Alemanha, Dinamarca e Irlanda, entre outros, para além desta margem a remuneração das farmácias é complementada com um *fee* por dispensa que pode ser fixo por prescrição ou por item dispensado.

-A margem regressiva, em que são definidos vários escalões, de acordo com o preço público do medicamento, sendo que é atribuída uma taxa de remuneração,

que vai diminuindo à medida que aumenta o valor pecuniário desses mesmos escalões. Este sistema é aquele que vigora na maioria dos países da União Europeia. Em diversas situações esta margem, regressiva, pode ser associada a um *fee*, que igualmente varia em função dos escalões de preço dos medicamentos. Países como a Bélgica, Espanha, França e Itália têm em vigor este tipo de sistema de remuneração <sup>(39)</sup>.

Quadro 5 : Serviços Farmacêuticos remunerados em países Europeus

Serviços farmacêuticos	Remuneração
Aconselhamento no ato de primeira dispensa a um doente, com enfoque no esclarecimento de dúvidas, promoção da adesão à terapêutica e prevenção de problemas (Reino Unido)	Remunerado através de um <i>fee</i> adicional
Serviços de revisão da terapêutica (Alemanha – no âmbito da “Farmácia da Família”, Reino Unido, Suíça)	Remunerado através de um <i>fee</i>
Serviços de apoio e aconselhamento na utilização de dispositivos para autovigilância e inalatórios ( Dinamarca, Reino Unido)	Remunerado através de um <i>fee</i>
Serviços de individualização da terapêutica <i>dose administration aids</i> (Suíça)	Remunerado através de um <i>fee</i>
Serviço de substituição terapêutica por medicamentos mais baratos) (Bélgica, Suíça)	Habitualmente remunerado através de um <i>fee</i> adicional
Administração de medicamentos injetáveis (Reino Unido)	Remunerado através de um <i>fee</i>
Serviços que prevêm a aplicação de protocolos específicos que culminam na indicação farmacêutica de medicamentos para situações <i>minor</i> ou com diagnóstico prévio efetuado (Escócia, Reino Unido)	Remunerado através de um <i>fee</i>
Serviços de continuação terapêutica <i>repeat dispensing</i> (Reino Unido)	Habitualmente remunerado através de um <i>fee</i>
Serviços prestados a lares ( França, Reino Unido)	Habitualmente remunerado através de um <i>fee</i> por cama
Serviço de recolha e entrega de seringas (Reino Unido)	Remunerado através de um <i>fee</i>
Participação em campanhas de promoção da saúde (Reino Unido)	Remunerado através de um <i>fee</i>
Substituição narcótica (Reino Unido)	Remunerado através de um <i>fee</i>
Toma observada de medicamentos (Suíça)	Remunerado através de um <i>fee</i>

Fonte: Ordem dos Farmacêuticos, 2011

Já quanto aos sistemas baseados na utilização de serviços pelo consumidor, descortinamos, tal como referido por Huttin <sup>(40)</sup>, o de capitação e o *fee for service*.

No sistema com base na capitação, a remuneração da farmácia está associada ao número de utentes que um dado farmacêutico tem à sua responsabilidade. A mais-valia comercial da farmácia está assim associada ao doente e não ao valor e volume dos medicamentos dispensados, ou seja a remuneração é indexada ao número de doentes seguidos.

Este sistema de remuneração tem como principal vantagem o facto de integrar um conjunto de serviços farmacêuticos, que procuram dar resposta às necessidades da população incluída no sistema, sem que a remuneração da farmácia esteja dependente da variação do preço do medicamento. A desvantagem, que se reconhece a este sistema, está associada ao facto de limitar a liberdade de escolha dos doentes, pois implica que estes recorram sistematicamente à mesma farmácia.

No sistema de remuneração denominado *fee for service* as farmácias são remuneradas por serviços farmacêuticos prestados aos doentes, os quais são baseados em critérios como o tempo e os recursos humanos necessários para garantir a prestação do serviço com qualidade. A gestão e revisão da terapêutica, a gestão da doença, particularmente a intervenção na doença crónica, a substituição de drogas de abuso por metadona e programas de cessação tabágica, são exemplos de serviços abrangidos por este sistema de remuneração. Ainda de acordo com Huttin <sup>(40)</sup>, o enquadramento normativo relativo ao funcionamento das farmácias tem consequências sobre as contas públicas e por isso o sistema de remuneração das farmácias pode ser utilizado como uma ferramenta para a contenção de gastos de saúde, nomeadamente com medicamentos.

### 2.3.3 Estrutura de custos

Baseando as farmácias a sua intervenção comercial numa elevada componente de diferenciação técnica, o que implica uma presença elevada de funcionários diferenciados do ponto de vista formativo com uma média de 37,6% de farmacêuticos nos seus quadros, a estrutura de custos reflete uma elevada preponderância de recursos humanos, que representam 14,22% <sup>(19)</sup> do valor das vendas, a maior rúbrica de encargos permanente destas empresas, como se pode constatar pelo quadro 6, que revela a estrutura de custos médios de uma farmácia em Portugal.

Verifique-se, no quadro 7, a evolução do número total de funcionários, que regista um aumento médio de uma unidade, no período analisado, perfeitamente em contra ciclo com a evolução económica, como demonstrámos anteriormente.

Quadro 6: Rúbricas da estrutura de custos médios de uma farmácia

Rúbrica	Significado na estrutura de custos (em % do valor das vendas)
Mercadorias	73,61%
Pessoal	14,22%
Gastos de financiamento	1,81%
Fornecimentos e serviços externos	5,56%
Amortizações e depreciações	1,87%
Outros gastos e perdas	1,79%
Impostos	1,14%

Fonte: adaptado de Antão e Grenha, 2010, Universidade de Aveiro e Oliveira e Serra Ida.

Quadro 7: Evolução do número de farmácias e do quadro orgânico das farmácias em Portugal

Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Número de farmácias em Portugal	2670	2666	2676	2696	2763	2901
Número total de funcionários	16825	17408	18298	18883	19923	20378
Número total de farmacêuticos	5727	6166	6496	7178	7320	7672
Média de funcionários por farmácia	6,3	6,5	6,8	7	7,2	7,3

Fonte: Infarmed, IMS e Ordem dos Farmacêuticos

#### 2.3.4 Os fatores de mercado

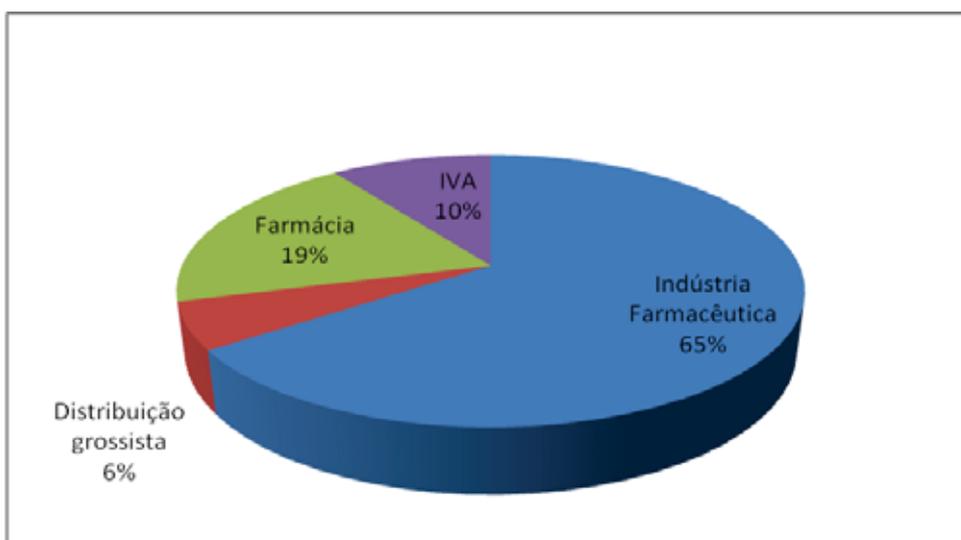
##### 2.3.4.1 O preço do medicamento

O PVP dos produtos comercializados pelas farmácias é formado pela aglutinação do PVA, margem da distribuição (distribuidores por grosso e farmácias) e IVA. Atente-se na figura 15 que procura ilustrar, a composição do preço dos medicamentos na Europa. No caso dos medicamentos sujeitos a receita médica, e especificamente para a formação do preço, ocorre uma indexação a um valor de

referência externo, que em 2011, correspondia à média dos preços mais baixos em Espanha, França, Grécia e Itália.

É baseado nesta comparação internacional que o Ministério da Economia autoriza o preço em Portugal, que desde 2007, corresponde ao preço máximo de venda ao público.

Figura 15: Composição do preço do medicamento na Europa, com base na repartição de margens pelos vários agentes económicos envolvidos



Fonte: EPFIA 2011

Note-se que uma das potenciais distorções do mercado do medicamento relaciona-se com a regulação do preço, pois que o Estado, como dissemos atrás, é também o principal cliente do sector do medicamento, para as farmácias. De facto, a política de preços tem sido uma das principais ferramentas para reduzir custos, o que ditou, inclusive, cinco descidas de preço desde 2006 (ver quadro 8).

Acresce a estas alterações, definidas pelo Estado, o facto de que muitos medicamentos têm descido de preço por iniciativa do próprio detentor da AIM. O Ministério da Saúde, registou, entre Outubro de 2010 e Fevereiro de 2011, 1285 alterações de preço de medicamentos por esta via. Em Maio de 2010 registaram-se, igualmente, a publicação de novas regras para formação de preço e comparticipações <sup>20</sup>.

Esta tendência decrescente dos preços dos medicamentos é também verificada aquando da análise da evolução do índice oficial de preços ao consumidor

<sup>20</sup> Decreto-Lei nº 48A/2010, de 13 de Maio

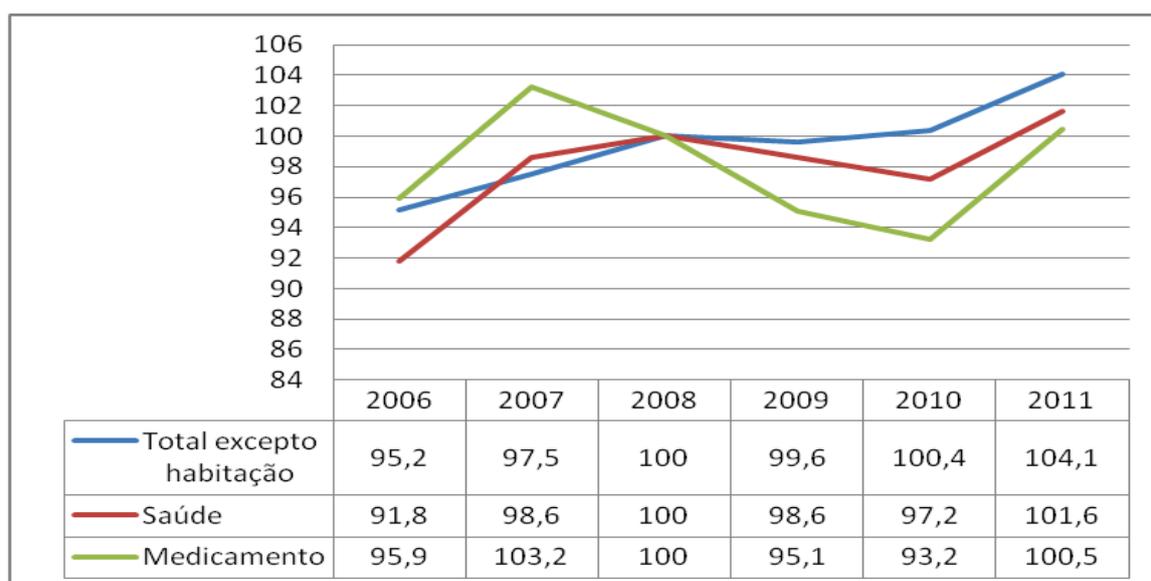
(IPC). Para além de se verificar um decréscimo do índice relativo aos medicamentos de 2007 a 2010, é de destacar que, a partir de 2008, passou também a ser inferior ao IPC total (exceto habitação) e ao IPC Saúde (ver figura 16):

Quadro 8: Alterações de preço dos medicamentos em Portugal

Data	Medida política
Outubro de 2006	Redução administrativa de 6% no preço de todos os medicamentos
Setembro de 2008	Redução administrativa de 30% no preço de todos os medicamentos genéricos
Julho de 2010	Redução média de 7% no preço dos medicamentos de marca
Agosto de 2010	Redução de 20% a 35%, no preço de alguns medicamentos genéricos
Outubro de 2010	Dedução de 6% no preço de todos os medicamentos *

\* O PVP não foi alterado na embalagem mas as farmácias realizavam um valor de venda 6% mais baixo

Figura 16: Índice de preços ao consumidor para medicamentos e outros bens



Fonte: Infarmed 2012

#### 2.3.4.2 Margens de comercialização

No período em análise, recordamos de 2006 a 2011, várias foram as alterações nas disposições legais, tendo consequências visíveis nos resultados económicos alcançados.

Assim, no ano de 2006, a margem legal, para os medicamentos sujeitos a receita médica, era de 19,15%, para todos os medicamentos, excetuando os medicamentos não sujeitos a receita médica cuja margem era livremente fixada pelas farmácias. Em 2007, com a publicação do DL 65/2007, e até ao 1º semestre de 2010, as margens máximas eram de 18,25% sobre o preço de venda público (PVP), deduzido do Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA), para os medicamentos comparticipados e, de 20% para os medicamentos sujeitos a receita médica não comparticipados. Após a publicação do DL 48-A/2010, que trouxe implicações no 2º semestre desse ano, as margens foram repostas para 20%, em ambas as situações, de medicamentos sujeitos a receita médica comparticipados e não comparticipados.

Quanto ao mercado de não medicamentos a margem, excetuando o caso da nutrição infantil, nomeadamente de leites materno-infantis, é de fixação livre nas farmácias. De destacar que apesar de existirem critérios claros para a determinação de preços dos medicamentos e, conseqüentemente para a remuneração da indústria farmacêutica em Portugal, com base num conjunto de países de referência, o modelo organizacional e de remuneração das farmácias não segue qualquer critério comparativo com referências internacionais para definição das margens.

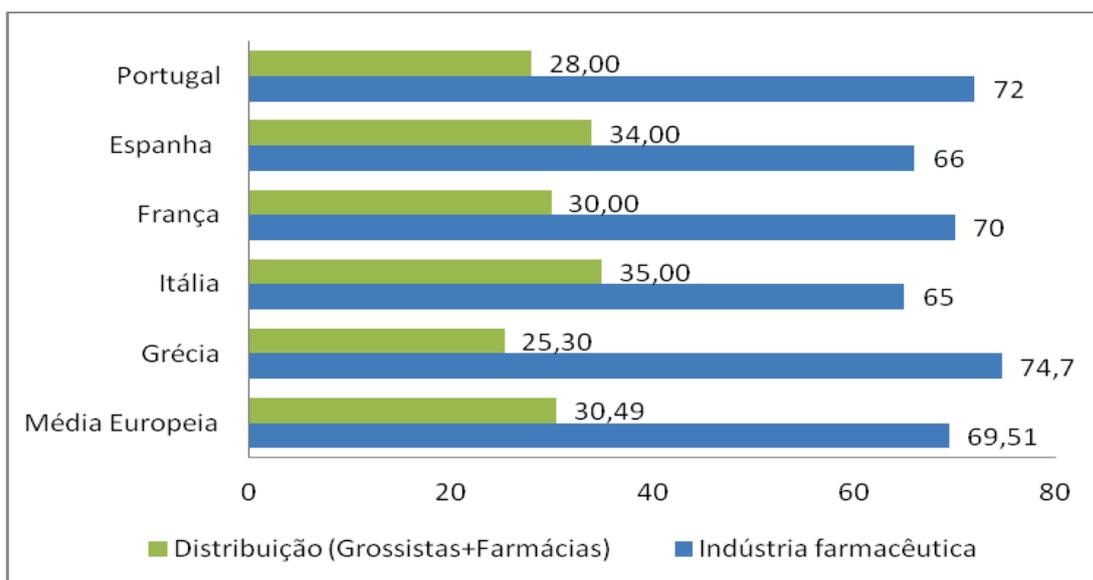
As margens da distribuição em comparação com as praticadas nestes países, que serviam de referência para a formação do preço dos medicamentos em Portugal em 2011, são as evidenciadas na figura 17.

#### 2.3.4.3 Localização, horários e serviços

Uma das expressões da competitividade no sector do retalho farmacêutico é a localização que poderá, efetivamente, induzir um maior ou menor volume de vendas. É compreensível que a proximidade a centros de saúde, hospitais ou clínicas médicas, num centro urbano ou rural, numa zona de comércio ou residencial possam ser fatores críticos para o desempenho económico de uma farmácia.

Fazendo alusão à questão da regulação dos mercados, que neste sector se coloca com especial premência, de acordo com Volkerink *et al.* <sup>(41)</sup> esta concorrência pela localização, em mercados desregulados, poderá levar a população a ter problemas de acesso, especialmente em zonas rurais, ao medicamento.

Figura 17: Margens de comercialização de medicamentos para os vários agentes económicos envolvidos, nos países referência a Portugal para o estabelecimento do PVP



Fonte: EPFIA 2010, OCDE 2008, Hellenic Association of Pharmaceutical companies, 2010; DG-ECFIN, 2011

Uma entidade Britânica, a *Office of Fair Trading*, faz referência, nos seus relatórios <sup>(42,43)</sup> sobre o retalho farmacêutico, que a competição pela localização é uma das principais características da concorrência do sector, particularmente no segmento dos medicamentos sujeitos a receita médica.

Também a dimensão da qualidade ganha uma relevância crescente para os consumidores. Num estudo realizado por Martins *et al.* <sup>(14)</sup>, uma das conclusões retiradas pelos investigadores do ISCTE, é de que os clientes atribuem um elevado nível de reputação às farmácias, sendo a satisfação global com o serviço e a lealdade face a estas unidades muito elevadas. A qualidade do serviço da farmácia é o fator que melhor se associa à satisfação dos clientes, segundo a investigação, que sublinha que nesta área se consideram horários e disponibilidade dos produtos. Também se conclui que a satisfação dos clientes será menor se as farmácias reduzirem o seu nível de envolvimento na comunidade e o investimento na preparação dos seus profissionais.

Outro autor, Power <sup>(44)</sup>, já tinha referenciado que a qualidade dos cuidados de saúde é um aspeto fundamental dos serviços que os farmacêuticos prestam como profissionais de saúde, e que o valor atribuído pelos consumidores a esses cuidados, tem origem no estabelecimento de uma relação fortalecida entre farmacêutico e utente/doente. A capacidade competitiva das farmácias é também induzida pelas preferências dos consumidores, quanto ao número de horas de abertura, ou o conjunto de serviços diferenciados que possam disponibilizar.

Em jeito de resumo podemos enunciar os vários aspetos anteriormente referidos <sup>(45)</sup>:

**Produtos disponíveis:**

.Regulados por lei

**Oferta:**

.Existem 2901 farmácias distribuídas de um modo equitativo pelo território nacional, oferecendo, de um modo geral, o mesmo conjunto de produtos. Eventual diferenciação e concorrência através do leque de serviços disponíveis e horário de funcionamento.

**Procura:**

.As farmácias têm uma influência reduzida na procura efetuada pelo consumidor, o que tem reflexos nas suas vendas, porquanto não são agentes prescritores. Alguma influência na procura é exercida quando o prescritor autoriza a substituição dos medicamentos prescritos por equivalentes terapêuticos e nos Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e demais produtos não medicamentosos.

**Produção:**

.Quota de mercado não significativa de medicamentos manipulados, produzidos, residualmente, na farmácia.

A produção de variados serviços de apoio à monitorização de parâmetros de saúde dos utentes é autorizada por Lei.

**Clientes:**

.Monopsónio, no qual o principal cliente é o Estado

**Fixação de preços:**

.O preço dos medicamentos sujeitos a receita médica é fixado administrativamente pelo Estado. Os restantes produtos disponíveis tem margens não fixadas por Lei, excetuando os referentes a alimentação infantil

**Margens de Lucro:**

.Definidas por lei, para os MSRM, e livre para as restantes categorias de produtos.

### 2.3.5 Distribuição geográfica do retalho farmacêutico em Portugal

Os estudos que tem haviam sido publicados, até 2006, sobre o acesso das populações às farmácias e a conseqüente distribuição das mesmas <sup>(45,46)</sup>,concluem que existe equidade na distribuição pelo território nacional, com uma maior concentração de farmácias nas zonas urbanas, acompanhando assim a distribuição da população.

No entanto com a introdução do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto, esta situação foi alterada. É que esta legislação, que admite a possibilidade de transferência de farmácias dentro do mesmo município, independentemente de concurso público e de licenciamento como até aí a lei prevê, ao promover a deslocalização de farmácias de localidades mais pequenas, principalmente no interior do País, criou dificuldades acrescidas para o acesso aos medicamentos dessas populações. Assim, uma parte significativa de cidadãos passaram a ter que fazer maiores deslocações para poderem ir a uma farmácia, segundo alguns analistas <sup>(46)</sup>.Veja-se pois a evolução da distribuição de habitantes por farmácia, em cada distrito, patente no quadro 9.

Da análise deste quadro importa salientar a existência de 12 distritos de Portugal com uma capitação inferior à determinada por Lei (3500 habitantes), sendo que no período analisado, pelo aumento de número de farmácias generalizado em todo o País, verificou-se um decréscimo do número de habitantes por farmácia, exceção feita aos distritos de Portalegre (que já possuía a capitação mais baixa de todo o País) e Faro, que registaram um ligeiro aumento. Quando cruzamos o número de farmácias existente em cada distrito com o mercado farmacêutico registado, obtemos um potencial mercado por farmácia, que consolida a noção de assimetria regional existente. Note-se que entre uma farmácia situada no distrito com o número de habitantes por farmácia mais baixo, que é Beja, e o

segundo com um valor mais elevado, que é Setúbal, existe uma diferença de valor médio de mercado potencial de cerca de 34%, conforme se pode constatar pela análise do quadro 10.

Quadro 9: Evolução do número de habitantes por farmácia, nos distritos de Portugal

DISTRITO/ANO	2006	2007	2008	2009	2010	2011
AVEIRO	4.013	4.027	4.034	3.999	3893	3779
BEJA	2.929	2.912	3.002	2.947	2807	2727
BRAGA	4.757	4.777	4.790	4.811	4788	4660
BRAGANÇA	3.612	3.583	3.551	3.484	3445	3323
CASTELO BRANCO	3.544	3.521	3.493	3.370	3120	3115
COIMBRA	3.122	3.115	3.102	3.055	2838	2829
ÉVORA	3.223	3.218	3.204	3.055	2783	2733
FARO	3.824	3.867	3.948	3.946	3839	3922
GUARDA	3.183	3.161	3.133	3.128	2878	2728
LEIRIA	4.101	4.120	4.134	3.942	3618	3488
LISBOA	3.377	3.391	3.404	3.422	3413	3405
MADEIRA	Nd	Nd	4996	4136	4157	4137
PORTALEGRE	2.740	2.717	2.685	2.567	2480	2632
PORTO	4.295	4.308	4.315	4.309	4262	4197
SANTARÉM	3.343	3.350	3.353	3.257	3164	3086
SÃO MIGUEL	Nd	Nd	4927	3920	3932	3942
SETÚBAL	4.480	4.523	4.540	4.491	4343	4235
TERCEIRA	Nd	Nd	4665	3775	3768	3767
VIANA DO CASTELO	4.069	4.065	4.059	3.974	3896	3767
VILA REAL	3.286	3.268	3.244	3.191	3070	2952
UISEU	3.801	3.797	3.788	3.656	3476	3313

Fonte: Infarmed 2011; Nd – dados não disponíveis

Constate-se, a um nível mais baixo na hierarquia autárquica, a existência de uma assimetria, ainda mais pronunciada, entre os concelhos mais populosos e os menos populosos. Repare-se que no caso dos concelhos mais populosos, em todos esses, regista-se, com exceção do Porto, um nível de habitantes por farmácia muito superior ao da capitação legal, bem como um poder de compra acima do da média nacional, com exceção do concelho de Vila Nova de Gaia. Já no caso dos concelhos menos populosos, não só tem uma capitação muito baixa, que na maioria dos casos não chega a atingir metade da determinada legalmente para a instalação de uma farmácia, como registam também um poder de compra muito menor por parte da população (no mínimo 28% mais baixo do que o registado em média no País, mas que em alguns casos ultrapassa os 45% a menos).

Quadro 10: Mercado potencial de MSRM por farmácia e distrito (em euros)

DISTRITO/ANO	2006	2007	2008	2009	2010	2011
AVEIRO	947.819	956.514	953.918	864.400	887.831	762.646
BEJA	733.287	710.441	726.963	673.992	708.659	554.732
BRAGA	976.780	920.433	929.984	877.815	926.478	778.523
BRAGANÇA	765.975	774.890	802.252	731.758	787.142	643.270
CASTELO BRANCO	934.762	904.149	898.355	845.055	833.545	713.155
COIMBRA	897.007	880.390	868.738	757.929	760.184	643.518
ÉVORA	1.014.577	953.083	951.431	860.266	827.164	685.148
FARO	982.237	941.747	962.895	897.526	915.893	774.456
GUARDA	799.732	796.331	744.863	706.074	712.910	579.947
LEIRIA	1.121.188	1.045.715	1.067.185	934.810	902.993	759.992
LISBOA	913.316	861.923	885.608	840.941	893.934	745.108
MADEIRA	nd	nd	1.156.825	886.829	928.424	798.234
PORTALEGRE	790.397	786.923	785.324	682.355	753.838	613.687
PORTO	943.413	904.196	921.868	884.199	919.655	768.835
SANTARÉM	918.070	895.873	921.605	820.792	847.618	710.588
SETÚBAL	1.094.222	1.057.842	1.096.615	1.019.111	1.036.252	864.279
VIANA DO CASTELO	1.047.892	1.035.599	1.042.708	938.348	977.310	811.961
VILA REAL	754.735	736.880	758.597	741.756	756.773	638.778
VISEU	864.141	864.498	884.267	815.931	819.163	692.009

Fonte: IMS

Quadro 11: Habitantes por farmácia e poder de compra nos 10 Concelhos mais populosos de Portugal

CONCELHO	POPULAÇÃO	HABITANTES POR FARMÁCIA	PODER DE COMPRA (€)
ALMADA	173906	4.140,6	109,8
AMADORA	175440	4.279,0	105,74
BRAGA	181829	5.050,8	104,17
CASCAIS	207187	4.818,3	132,01
LISBOA	542917	1.898,3	216,88
LOURES	206025	4.682,4	102,38
MATOSINHOS	175735	4.881,5	124,35
PORTO	235554	2.084,5	161,65
SINTRA	378733	5.569,6	101,25
V.N.GAIA	302986	4.734,1	99,13

Fonte: INFARMED 2011 , Pordata2011

Nota: Poder de compra toma-se como base o valor 100 para Portugal

Quadro 12: Habitantes por farmácia e poder de compra nos 10 Concelhos menos populosos de Portugal

CONCELHO	POPULAÇÃO	HABITANTES POR FARMÁCIA	PODER DE COMPRA (€)
BARRANCOS	1841	1.841,0	58,65
ARRONCHES	3165	1.583,0	68,06
CASTELO DE VIDE	3376	1.688,0	76,08
FRONTEIRA	3412	1.706,0	71,96
MANTEIGAS	3471	1.736,0	61,49
ALTER DO CHÃO	3591	1.796,0	70,15
CRATO	3786	1.262,0	68,57
GÓIS	4257	1.419,0	59,31
MESÃO FRIO	4423	1.474,0	57,76
VIMIOSO	4680	1.560,0	54,35

Fonte: INFARMED 2011; Pordata2011

*Nota: Poder de compra toma-se como base 100 para Portugal*

### 2.3.6 A responsabilidade social

A farmácia Portuguesa tem pautado a sua intervenção por uma forte componente social, não se limitando a gerir, financeiramente, a relação com os seus clientes, como se de outro qualquer espaço comercial de retalho se tratasse. Historiadores como Pita <sup>(1)</sup> e Dias <sup>(47)</sup> realçam nas suas obras a dimensão social e cultural da farmácia, permitindo perceberem que estas unidades constituíram historicamente um relevante local de encontro da sociedade, ao ponto de serem frequentes as tertúlias e as reuniões, mais ou menos formais, entre as personalidades de uma determinada localidade. São por isso compreensíveis os esforços efetuados contemporaneamente pela própria classe farmacêutica para concretizar projetos com cariz marcadamente social, como sejam o da troca de seringas, a substituição de narcóticos com metadona, os projetos de intervenção do farmacêutico no seguimento fármaco-terapêutico, entre outros.

Um trabalho de referência nesta matéria <sup>(14)</sup> refere que:

“As farmácias Portuguesas orientam a sua razão para a prevalência da ideia de promoção da saúde e não tanto para a mera dispensa de medicamentos. Diríamos que a sua missão poderia ser enunciada como a criação de condições de saúde para a comunidade, constituindo-se como um espaço de saúde ao serviço do utente”.

De facto, as farmácias têm, no decurso das suas atividades, desempenhado uma função relevante no contexto da responsabilidade social, como o atestam os dados seguintes:

-89% das farmácias concedem medicamentos a crédito à população (considerado pelos investigadores como um “valor” que parece de muito difícil aproximação noutros sectores da economia);

-85% das farmácias asseguram continuidade terapêutica dos seus doentes quando estes não dispõem de consulta médica e prescrição;

-96% das farmácias participam na recolha de medicamentos fora de uso;

-94% das farmácias desenvolvem apoio à promoção de utilização de medicamentos genéricos.

Verificamos pois que o modelo operacional da farmácia está inteiramente substanciado num misto, e criterioso, equilíbrio, entre propósitos comerciais e de assistência sanitária, derivado do próprio enquadramento legal que norteou durante décadas a atividade. É que na farmácia misturam-se ímpetos comerciais, com fraquezas emocionais, próprias de quem está debilitado, pelo que a postura profissional da equipe técnica é determinante no nível de satisfação que o próprio utente atinge, a julgar pela avaliação que os cidadãos fazem dos serviços farmacêuticos prestados, como o substanciam estudos levados a cabo num passado recente <sup>(14,46)</sup>.

O encontro entre alguém que necessita de ajuda e outro que encarna esse apoio, detendo este último uma preparação altamente diferenciada, sensibilidade para tratar questões de enorme impacto psíquico e não raramente também físicos, e uma linguagem compreensível, determina o padrão de um atendimento. E se olharmos para o espectro de espaços comerciais existentes num qualquer local deste País, facilmente nos deparamos, no caso das farmácias, com uma realidade totalmente distintiva. É que à frente de um utente está, frequentemente, um técnico superior, com uma remuneração que não envergonha a aspiração intelectual do detentor do grau académico, ou um técnico, com uma elevada experiência e formação acima da média dos seus concidadãos. Esta componente de diferenciação profissional, associado a espaços cuidados e tradicionalmente bem situadas com horários prolongados e convenientes para a maioria da população e ausência de honorários pelo ato de aconselhamento, tornam a farmácia num local com particularidades únicas.

Tal como no passado o presente tem demonstrado que as farmácias constituem um modelo de relação humana de considerável valor, pois que num sistema de saúde na qual o Estado delegou, há inúmeros anos, a assistência medicamentosa às populações, as farmácias souberam impor-se como locais mais amplos na sua prestação. Atualmente um cidadão comum visita em média duas a três vezes por mês <sup>(46)</sup> a sua farmácia. Estes dados tornam este espaço no mais visitado no contexto das unidades de saúde (se o compararmos com locais de exercício por excelência de profissionais de saúde, sejam centros de saúde, hospitais ou unidades privadas de exercício de Medicina) <sup>(14)</sup>, e substancia o cariz sanitário que a farmácia detém além do contributo social que este espaço tem proporcionado, como referimos anteriormente.

## Capítulo III - Materiais e Métodos

Este capítulo traduz a forma de cálculo e seleção da amostra, bem como a construção, distribuição e recolha dos trabalhos de campo que desenvolvemos. De facto, face ao comportamento económico diversificado, que empiricamente se observa nas farmácias que operam no mercado, importa construir uma metodologia de investigação que procure identificar as razões para tal fenómeno.

Para alcançar esse objetivo criámos uma abordagem assente em duas vertentes: uma referente à auscultação de opiniões de gestores das farmácias, realizada através da submissão de um inquérito, e uma outra por via do cálculo de indicadores de gestão do desempenho das farmácias. Esta segunda abordagem foi realizada com recurso a uma análise de dados provenientes da peça de Informação Empresarial Simplificada (IES), referente ao universo de farmácias com forma jurídica de sociedade, a operar em Portugal.

### 3.1 Estudo qualitativo - Auscultação de opiniões

Foi submetido, a 88 farmácias, um inquérito, desenvolvido para o efeito. A forma de cálculo e seleção da amostra, bem como a construção, distribuição e recolha dos resultados do inquérito são em seguida descritas.

#### 3.1.1. Cálculo e seleção da amostra

A informação necessária à realização do estudo foi recolhida através de um painel de farmácias existentes no Continente e nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

Para determinar o tamanho mínimo da amostra recorreu-se à fórmula <sup>(48)</sup> :

$$n = NZ_c^2 \sigma^2 / (\epsilon_x^2 (N-1) + Z_c^2 \sigma^2)$$

Onde:

n = Número de indivíduos na amostra

$Z_c$  = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado. (Assumindo que a população tem uma distribuição Normal, o valor crítico ( $Z_c$ ) para um grau de confiança de 95% é 1.96)

$\epsilon$  = Margem de erro

N= Número de indivíduos na população

$\sigma$  = Desvio padrão populacional

Desta resultou, uma amostra de 88 farmácias (n=88), que elegemos como o desejável para estudo. O desvio padrão da população é desconhecido; assumiu-se um coeficiente de variação de 50% e uma margem de erro de 10,3%.

Considerou-se o número total de farmácias (N=2901, dados de 2011) em Portugal, considerando a informação mais recente disponibilizada no *site* do INFARMED (apêndice I).

A amostra, por questões de ordem logística, foi selecionada por conveniência. Este tipo de amostragem não garante que a amostra seja representativa do universo pois não foi realizada com base numa seleção aleatória. Contudo este método tem a vantagem de ser rápido e pouco dispendioso, podendo ser usado em situações nas quais seja importante captar ideias gerais e identificar aspetos críticos <sup>(48)</sup>.

### 3.1.2 Construção, distribuição e recolha dos resultados do inquérito

A elaboração das questões baseou-se nos comentários do painel de peritos (apêndice II), focando as áreas referentes ao conhecimento sobre as metodologias de gestão praticados pelo gestor da farmácia no decurso da sua atividade.

As variáveis em estudo, de acordo com o questionário aplicado (apêndice III), foram:

- Dados de caracterização geral da sociedade gestora da farmácia, referente ao período 2006-2011;
- Identificação e utilização de indicadores de gestão;
- Auto avaliação sobre tarefas e rotinas de gestão praticadas no quotidiano laboral;
- Demográficas e profissionais - género, grupo etário, anos de exercício profissional, tempo de desempenho como proprietário/sócio-gerente.

O inquérito foi distribuído em papel ou por via eletrónica.

Após recolha de cada inquérito, correspondente a uma farmácia, foi criada uma base de dados para a informação que caracteriza o gestor da farmácia (*software* SPSS, versão 20.0). A base de dados foi dividida em duas amostras, denominadas "Farmácias total" e "Farmácias PME".

A amostra das farmácias teve em conta uma estratificação proporcional ao universo das farmácias existentes, por distrito. Deste modo, cada farmácia foi caracterizada pelo distrito, concelho e freguesia a que pertence, sendo ainda classificada de

acordo com a tipologia das áreas urbanas (classificação segundo o Instituto Nacional de Estatística) em Área Predominantemente Urbana (APU), Área Mediamente Urbana (AMU) ou Área Predominantemente Rural (APR). A todos os inquiridos foi atribuído um número aleatório que permitiu identificar cada uma das farmácias (conforme resposta do inquirido), de modo a reduzir viés.

Os dados que caracterizam o gestor da farmácia foram divididos em variáveis categóricas e variáveis contínuas (tais como "idade", "distribuição de tempo nas funções exercidas na farmácia", "tempo de experiência na função", "tempo de aquisição da farmácia" e "tempo de certificação da farmácia"). O tratamento aplicado foi a estatística descritiva, sendo diferente consoante o tipo de variável.

Para as variáveis categóricas foram apuradas as frequências de cada categoria e a moda. Para as variáveis contínuas foram calculadas as frequências de cada intervalo, a média aritmética, a moda, a mediana, o 1º, 2º e 3º quartis, o desvio-padrão, a variância, o valor mínimo e o valor máximo. De notar que a validação e codificação dos dados foi feita aquando do preenchimento da base de dados. Para a descrição da amostra e resultados foram, portanto, aplicadas técnicas de estatística descritiva simples (frequências e percentagens), bem como medidas de tendência central (média e moda) e medidas de dispersão (desvio-padrão).

### 3.2 Estudo Quantitativo - Análise de indicadores de gestão

Com o propósito de construir uma base comparativa de desempenhos de gestão nas farmácias, criámos uma metodologia de abordagem que privilegia a análise de rácios (indicadores), previamente definidos pelo painel de peritos constituído para o efeito, como sendo os mais fidedignos nessa avaliação.

Substanciamos a nossa análise no cálculo e leitura destes indicadores de gestão, reportando-nos a um painel de farmácias que constitui a nossa amostra. Este universo de análise definido corresponde a todas as farmácias com atividade em Portugal, e que tenham prestado legalmente contas em sede de Imposto sobre o Rendimento de Pessoas Coletivas (IRC).

#### 3.2.1 Seleção da Amostra

Para a análise referenciada foi utilizada informação relativa a uma base de dados das declarações para o exercício económico de 2011, respeitante à

Informação Empresarial Simplificada (IES), proveniente da empresa Dun & Bradstreet (D&B). Esta base de dados possibilitou a obtenção de dados de 1261 farmácias, de forma anónima e não nominativa. As características desta “ferramenta”, denominada *WinAb*, alimentada pela base de dados empresarial Informa D&B são as seguintes: realiza uma análise ao Código de Atividade Empresarial (CAE) -4773; efetua 12 atualizações mensais e colhe dados de análise financeira (Balanço e Demonstração de resultados) e comparativa sectorial sob todas as vertentes espelhadas no balanço (anos 2006 a 2011). Importa referir que foram consideradas unicamente empresas gestoras de farmácias individuais (não incluídas fiscalmente em grupos ou sociedades gestoras de participações ou similares) cujos elementos contabilísticos se encontravam disponíveis para o período em análise. Recorde-se que se elegeu, face à intenção de investigar um período de razoável abrangência em que se registaram variadas alterações legislativas com aparente impacto na economia destas empresas, os anos de 2006 a 2011.

### 3.2.2 Construção, distribuição e recolha dos resultados da amostra

Suportamos o padrão da nossa análise numa abordagem comparativa entre os indicadores obtidos do universo de farmácias a operar no nosso País e nas condições acima descritas, com os mesmos indicadores de outras farmácias distinguidas como Pequena e Média Empresa (PME) de Excelência, segundo o IAPMEI. Considerámos para a análise da performance de gestão, os indicadores definidos como critério de avaliação de empresas PME Excelência, relativos ao ano de 2011, ou seja:

- Autonomia Financeira (capitais próprios/Ativos) >35%
- Crescimento de volume de negócios face ao ano anterior >5%
- Rendibilidade dos capitais próprios (resultados líquidos/capitais próprios) >10%
- Rendibilidade do ativo (resultados líquidos/ativo líquido) > 3%

Após a definição dos critérios de seriação, que possibilitassem uma investigação coerente, e a partir da base de dados referenciada construíram-se grupos de ensaio designados, por analogia com a análise qualitativa, como “Total farmácias”. Nesta aglutinam-se os dados respeitantes a todas as farmácias existentes na fonte de informação utilizada, excetuando as classificadas como PME Excelência (existiam 25 farmácias neste universo em Portugal, em 2011) que se expurgaram propositadamente desta amostra para não enviesar os resultados. Este grupo, para a nossa análise, individualizou-se com a mesma terminologia, também já utilizado na análise qualitativa, e que é o de “PME Excelência”.

Em seguida procedeu-se à elaboração de diversas análises, que elencamos de seguida:

1º - Agrupámos, de acordo com o critério desenvolvido por outros autores em estudos recentes <sup>(19)</sup>, as farmácias em função do valor das suas vendas e prestações de serviços (em intervalos de 500.000 €), por forma a constituírem-se grupos mais homogêneos e portanto de maior comparabilidade.

A análise efetuada implicou a elaboração de três rácios, a saber vendas por empregado, rentabilidade das vendas e EBITDA (receitas antes de impostos, depreciações e amortizações) em função das vendas.

2º Agrupámos as farmácias existentes em cada distrito no território Português, que se individualizam com o respetivo nome do distrito. Dos grupos obtidos no parágrafo anterior, ensaiam-se posteriormente dois sub-grupos:

2 a) O sub-grupo denominado "Distritos 10+ populosos" e que corresponde à agregação dos dados das farmácias inseridas nos dez distritos com maior população do território, que albergam 80,2 % da população residente em Portugal.

2 b) O sub-grupo denominado "Concelhos 10+ populosos" e que corresponde à agregação dos dados das farmácias inseridas nos dez concelhos com maior população do território, que albergam 24,4% da população residente em Portugal.

O método usado, em ambas as circunstâncias, para agregação dos dados, nos grupos de ensaio, em qualquer das análises realizadas, é a média aritmética. As médias apresentadas foram calculadas para os anos indicados com base nos dados extraídos da fonte de informação referenciada. O software utilizado foi o Windows Excel versão 2007.

Quanto aos restantes dados utilizados foram obtidos a partir da consulta de fontes tradicionalmente utilizadas neste sector, nomeadamente empresas de estudos de mercado, entidades oficiais e entidades sectoriais corporativas.

### 3.2.3 Instrumentos utilizados

Para tratamento dos dados descritos foram utilizados instrumentos de análise, denominados rácios de gestão, cuja caracterização realizamos de seguida.

Ao longo dos tempos foram desenvolvidas, no âmbito da análise e gestão financeira, uma variedade de técnicas para determinar o desempenho financeiro das empresas. De entre estas, utiliza-se com frequência uma que consiste em estabelecer relações entre contas e agrupamentos de contas das várias peças, nomeadamente do Balanço e da Demonstração dos Resultados, do Sistema de Normalização Contabilística Português (SNC), que recorde-se sucedeu ao Programa Oficial de Contabilidade (POC) em vigor até 2009. Estas relações têm muitas denominações – índices, coeficientes, indicadores sendo que o termo mais corrente é o de rácio.

Os rácios não são um fim em si mesmos, nem dão respostas, são apenas um instrumento de apoio que permite sintetizar uma grande quantidade de dados e comparar o desempenho económico e financeiro das empresas e a sua evolução no tempo. Recorrem a este método todas as pessoas que têm responsabilidades de gestão, os analistas financeiros, os bancos, as sociedades financeiras e as empresas especializadas na venda de informação comercial e financeira <sup>(49)</sup>. Devido ao facto de estabelecerem a relação entre diferentes rubricas, os rácios fornecem uma informação mais expressiva do que a que se obteria considerando essas rubricas em valor absoluto <sup>(50)</sup>.

Entende-se normalmente que a informação sob a forma de rácios possui diversas vantagens relativamente às grandezas contabilísticas analisadas isoladamente (em valor absoluto). Assim, tornam não só mais significativa a informação de conjunto proporcionada como igualmente facilitam comparações, que poderão ter lugar para a mesma empresa ao longo de um certo período temporal (análise de séries temporais) ou entre diferentes empresas <sup>(51)</sup>. Podem-se edificar inúmeros rácios ou relações, conforme o objetivo e o campo de análise e controlo. Os rácios podem construir-se com base em diferentes fontes de informação:

- Documentos contabilísticos históricos
- Orçamentos
- Médias do sector de atividade
- Concorrentes mais importantes, etc.

Se são extraídos de documentos financeiros históricos e de estatísticas realizadas, são rácios efetivos ou reais. Se são efetuados sobre orçamentos e previsões, são rácios orçamentais <sup>(50)</sup>.

Assim, os rácios podem ser <sup>(51)</sup>:

*Rácios Financeiros:*

Os rácios financeiros são aqueles que apreciam os resultados que se relacionam exclusivamente com aspetos financeiros, tais como a estrutura financeira, a capacidade de endividamento, a solvabilidade, etc.

*Rácios Económicos:*

Os rácios económicos pretendem apreciar aspetos de situação económica da empresa, como a estrutura dos custos, a estrutura dos proveitos, as margens, a capacidade de autofinanciamento, etc.

*Rácios Económicos – Financeiros:*

Os rácios económicos – financeiros pretendem apreciar os aspetos económico-financeiros, como sejam a rendibilidade dos capitais, as rotações dos diferentes elementos de ativo, etc.

*Rácios de Funcionamento:*

Os rácios de funcionamento apreciam os impactos financeiros da gestão ao nível do ciclo de exploração. São os rácios dos prazos médios de recebimento e pagamento, da duração média das existências em armazém, etc.

*Rácios Técnicos:*

Os rácios técnicos avaliam aspetos relacionados com a produção e as atividades em geral, expressando-se normalmente em unidades físicas, ou comparando unidades económico-financeiras com unidades físicas. Permitem estudar o rendimento do equipamento, a produtividade da mão-de-obra, etc.

***Limitações dos rácios***

Numa época em que a utilização de rácios se vai tornando bastante comum entre os gestores, importa referir que este instrumento tem algumas limitações, devendo pois ser usado com prudência sob pena de se tirarem conclusões com pouco significado ou mesmo incorretas <sup>(51)</sup>.

Para o nosso trabalho considerámos algumas das suas limitações, nomeadamente:

1- As comparações no tempo são geralmente mais robustas do que os valores, se considerados isoladamente. Um determinado valor alto ou baixo pode ser consequência de se ter verificado algum evento pontual. A tendência, evidenciada pela comparação em momentos sucessivos, é geralmente mais expressiva.

2- Regra geral, se pretendemos efetuar comparações de rácios, as conclusões são mais significativas quando se analisam empresas de dimensões similares e pertencentes ao mesmo sector de atividade.

3- Os rácios tratam dados quantitativos. Os métodos quantitativos, apenas fundamentados numa análise contabilística e financeira da realidade passada da empresa, não são suficientes para apreciar corretamente a respetiva situação e muito menos para se poder inferir com total segurança das suas potencialidades. Recorde-se que os elementos contabilísticos não consideram outros fatores importantes na vivência de uma empresa como é, nomeadamente, o seu potencial humano e técnico.

4- O apuramento de um valor para um rácio individualizado não é conclusivo para o analista. O rácio mais adequado para uma dada empresa está dependente do estado da economia em que se insere, da indústria em que se labora e da estratégia seguida pela gestão. O rácio deve ser analisado no seu contexto específico.

#### 3.2.3.1 A importância dos rácios no contexto da farmácia comunitária

A prosperidade e o sucesso, a longo prazo, de uma empresa, dependem da capacidade que esta tiver para gerar lucros.

Gerar lucros não é uma capacidade inata de uma organização, antes necessita de um apurado trabalho de planeamento, bem como de um correto desempenho de gestão. Para serem alcançados resultados positivos os responsáveis pela administração da empresa devem ser conhecedores da posição financeira da mesma e das alterações registadas ao longo do tempo.

A gestão dos ativos financeiros de uma empresa é, assim, uma das tarefas que pode representar um dos maiores desafios. É que o manuseamento destes elementos exige um conhecimento de princípios fundamentais da contabilidade, o que não acontece com um grande número de administradores, particularmente em micro empresas. Na realidade, a reduzida dimensão das empresas com estas

características não permite, usualmente, a existência de departamentos mais especializados o que promove a concentração de muitas das atividades de gestão numa única pessoa, sem que esta detenha as necessárias competências. Compreende-se pois que, para gerir com eficiência uma empresa é importante dominar as ferramentas básicas da gestão, usar dados fiáveis na elaboração dos mapas financeiros e conhecer as técnicas de análise destes mapas (rácios, mapas comparativos, etc.) <sup>(49)</sup>.

No caso de uma farmácia, todo este contexto descrito é particularmente evidente, o que implica que no estudo realizado optássemos por recorrer à comparação entre a expressão de determinados rácios com vista a caracterizar o desempenho de gestão das duas amostras utilizadas.

### 3.2.3.2. Rácios utilizados no estudo empírico

Tomando em linha de consideração os pressupostos enunciados anteriormente, e após parecer dos profissionais que compõem o painel de peritos, importa esclarecer quais os indicadores de gestão (rácios) especificamente utilizados. Assim, e dada a natureza deste trabalho de investigação, seleccionámos os seguintes rácios de rentabilidade e eficiência, por forma a melhor caracterizar o desempenho de gestão das farmácias incluídas nas amostras referenciadas.

#### *Margem Bruta:*

A margem bruta é o principal indicador de performance operacional da farmácia e resulta da diferença entre o preço de venda e o preço de custo (sem IVA) dos produtos e serviços vendidos. A variação dentro deste intervalo depende essencialmente do *mix* de vendas e da capacidade negocial junto de fornecedores.

Margem Bruta: Preço de venda dos produtos e serviços-Preço de custo dos produtos e serviços

#### *Autonomia Financeira:*

O rácio de autonomia financeira é um rácio financeiro que mede a solvabilidade da empresa através da determinação da proporção dos ativos que são financiados com capital próprio. Sendo tudo o resto igual, quanto mais elevado este rácio, maior a estabilidade financeira da empresa. Quanto mais baixo, maior a vulnerabilidade. No caso deste rácio se aproximar de 1 (ou 100%), significa que a atividade da empresa está a ser financiada essencialmente por capitais próprios.

Autonomia financeira= Total do Capital Próprio /Ativo Total Líquido

*Rendibilidade do Capital:*

*Return on equity* (ROE), ou rendibilidade dos capitais próprios, é um rácio financeiro que mede o retorno do capital empregue pelo acionista (capital próprio) durante um determinado período, normalmente um ano. O ROE é visto como um dos rácios financeiros mais importantes. Mede a eficiência de uma empresa a gerar lucros a partir da situação líquida, e mostra o potencial da empresa em aplicar investimentos no sentido de aumentar os resultados.

Rendibilidade do Capital Próprio = Resultados Líquidos / Capital Próprio (ou situação líquida)

*Rendibilidade do Ativo:*

O *Return on Assets* (ROA), ou retorno dos ativos é um rácio financeiro que mostra quão capazes são os ativos da empresa em gerar resultados. O valor vem expresso em percentagem.

Rendibilidade do ativo: Resultado Líquido/ Ativo Total Líquido

*Vendas por empregado:*

As vendas por empregado medem a adequação do número de empregados à dimensão da farmácia. Devem ser considerados todos os colaboradores que representam um gasto mensal para a empresa, independentemente de estarem em serviço de vendas ou não. Caso haja entradas e saídas significativas durante o ano deve ser considerada a média no final do ano.

Vendas por empregado: Valor de vendas/Nº total de empregados

*Rendibilidade das vendas:*

A rendibilidade líquida das vendas obtém-se a partir da margem líquida obtida pela empresa após a dedução de todos os gastos.

Este rácio dá-nos o lucro ou prejuízo obtido por cada unidade vendida, revelando assim a eficiência do negócio.

Rendibilidade das Vendas = Resultado Líquido/Valor de vendas

*EBITDA em função das Vendas:*

O acrónimo EBITDA corresponde a "Earning Before Interests, Taxes, Depreciation and Amortization". Em português, significa "Resultados antes de Encargos Financeiros, Impostos, Amortizações e Provisões". Muito embora, o EBITDA também seja apresentado como "fluxo de caixa operacional (*Cash Flow operacional*)" o mesmo leva em conta apenas o desempenho operacional da empresa e não reflete o impacto nos resultados, dos itens extraordinários e das despesas com investimento e nas mudanças do fundo de maneiio.

O cálculo do EBITDA é efetuado da seguinte forma: ao lucro operacional líquido antes dos impostos adicionam-se os encargos financeiros, amortizações e provisões.

EBITDA em função das vendas:  $EBITDA/Valor\ das\ vendas$

## Capítulo IV - Resultados

### 4.1-Estudo qualitativo - Auscultação de opiniões

#### 4.1.1 Estatística descritiva

Apresentamos de seguida, um resumo das variáveis analisadas pelos inquiridos, categóricas e contínuas.

##### 4.1.1.1. Variáveis categóricas

Vejamos nos quadros 13 e 14 a relação destas variáveis utilizadas nas duas amostras:

Quadro 13: Relação das variáveis categóricas na amostra "Farmácias Total".

		Amostra Farmácias Total	
Variável categórica	n total	N	Moda
Distrito	88	79	Lisboa
Concelho	88	79	Lisboa
Área urbana	88	79	APU
Tipo de propriedade	88	79	Sociedade
Género	88	79	Feminino
Formação	88	79	Farmacêutico
Cargo desempenhado	88	79	Diretor Técnico
Pertence a grupo de compras	88	79	Não pertence
Ações de gestão comercial	88	79	Metodologicamente organizadas
Ações de gestão de recursos humanos	88	79	Metodologicamente organizadas
Ações de gestão económico-financeiras	88	79	Metodologicamente organizadas
Outras ações de gestão	88	79	Não metodologicamente organizadas
Certificação da farmácia	88	79	Farmácia não certificada
Conhecimento dos indicadores de gestão	88	79	Conhece indicadores de gestão
Uso de indicadores de gestão	88	79	Usa indicadores de gestão
Para que efeito usa os indicadores de gestão	88	79	Análise de rentabilidade, comparação com histórico e caracterização da evolução, análise de determinadas categorias de produto e construção de cenários de gestão
Fornecedor dos indicadores de gestão	88	79	T.O.C.
Regularidade com que usa os indicadores de gestão	88	79	Utilizados mensalmente
Valorização dos indicadores de gestão que utiliza	88	79	Valoriza
De que forma valoriza os indicadores de gestão	88	79	Utilização Mensal

Quadro 14: Relação das variáveis categóricas na amostra "Farmácias PME".

Variável categórica	n total	N	Amostra Farmácias PME
			Moda
Distrito	88	9	Inexistente
Concelho	88	9	Inexistente
Área urbana	88	9	APU
Tipo de propriedade	88	9	Sociedade
Género	88	9	Masculino
Formação	88	9	Farmacêutico
Cargo desempenhado	88	9	Diretor Técnico
Pertence a grupo de compras	88	9	Não pertence
Ações de gestão comercial	88	9	Metodologicamente organizadas
Ações de gestão de recursos humanos	88	9	Metodologicamente organizadas
Ações de gestão económico-financeiras	88	9	Metodologicamente organizadas
Outras ações de gestão	88	9	Não metodologicamente organizadas
Certificação da farmácia	88	9	Farmácia não certificada
Conhecimento dos indicadores de gestão	88	9	Conhece indicadores de gestão
Uso de indicadores de gestão	88	9	Usa indicadores de gestão
Para que efeito usa os indicadores de gestão	88	9	Inexistente
Fornecedor dos indicadores de gestão	88	9	T.O.C.
Regularidade com que usa os indicadores de gestão	88	9	Utilizados mensalmente
Valorização dos indicadores de gestão que utiliza	88	9	Valoriza
De que forma valoriza os indicadores de gestão	88	9	Utilização Mensal

#### 4.1.1.2 Variáveis contínuas

Vejamos nos quadros 15 a 18 a relação destas variáveis utilizadas nas duas amostras

Quadro 15: Avaliação da variável "Idade".

Amostra Farmácias Total											
Variável	N	Média	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	D. padrão	Variância	1º quartil	2º quartil	3º quartil
Idade (anos)	79	47,47	48	54	30	65	8,789	77,252	41	48	54
Amostra Farmácias PME											
Variável	N	Média	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	D. padrão	Variância	1º quartil	2º quartil	3º quartil
Idade (anos)	9	47,89	48	Inexistente	36	60	8,238	67,861	40	48	54,5

Quadro 16: Avaliação da variável "Distribuição do tempo nas funções exercidas na farmácia".

Amostra Farmácias total											
Função exercida (em %)	n	Média	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	D. padrão	Variância	1º quartil	2º quartil	3º quartil
Técnica	79	33,46	35	50	0	96	23,73	562,918	10	35	50
Administrativa	79	16,15	15	10	0	60	11,80	139,310	10	15	20
Comercial	79	21,11	20	10	0	70	13,19	173,974	10	20	29
Financeira	79	14,82	10	10	0	90	15,63	244,404	5	10	20
Rec. Humanos	79	13,25	10	10	0	50	8,46	71,525	10	10	20
Amostra Farmácias PME											
Função exercida (em %)	n	Média	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	D. padrão	Variância	1º quartil	2º quartil	3º quartil
Técnica	9	32,78	35	Inexistente	0	70	25,994	675,694	7,5	35	55
Administrativa	9	22	10	10	3	65	20,396	416	7,5	10	35
Comercial	9	26,44	20	20	0	60	19,558	385,528	15	20	42,5
Financeira	9	10,33	10	Inexistente	0	25	8,276	68,5	4	10	17,5
Rec. Humanos	9	8,44	5	5	0	20	6,93	48,028	3	5	15

Quadro 17: Avaliação da variável "Tempo de experiência na função".

Amostra Farmácias total											
Tempo de experiência	N	Média	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	D. padrão	Variância	1º quartil	2º quartil	3º quartil
Anos	79	18,20	18	30	0	40	9,395	88,266	10	18	26
Amostra Farmácias PME											
Tempo de experiência	N	Média	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	D. padrão	Variância	1º quartil	2º quartil	3º quartil
Anos	9	21,33	22	Inexistente	6	31	9,247	85,5	13	22	30

Quadro 18: Avaliação da variável "Tempo de aquisição da farmácia"

Amostra Farmácias total											
Tempo de aquisição da farmácia	N	Média	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	D. padrão	Variância	1º quartil	2º quartil	3º quartil
Anos	79	15,70	13	9	0	45	9,411	88,561	9	13	24,75
Amostra Farmácias PME											
Tempo de aquisição da farmácia	N	Média	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	D. padrão	Variância	1º quartil	2º quartil	3º quartil
Anos	9	19,5	19	Inexistente	5	30	9,289	86,286	11	19	29,25

#### 4.1.2 Caracterização demográfica e jurídica das amostras:

##### 4.1.2.1 Caracterização demográfica e jurídica da amostra "Farmácias total".

Vejamos nos quadros 19 a 22 a caracterização desta amostra relativamente a este item:

*"Distrito"*

Quadro 19: Distritos de proveniência da amostra "Farmácias total".

Distrito	N	%	% cumulativa
Aveiro	2	2,5	2,5
Beja	2	2,5	5,1
Braga	5	6,3	11,4
Bragança	2	2,5	13,9
Castelo Branco	2	2,5	16,5
Coimbra	4	5,1	21,5
Évora	2	2,5	24,1
Faro	3	3,8	27,8
Guarda	2	2,5	30,4
Leiria	2	2,5	32,9
Lisboa	18	22,8	55,7
Portalegre	2	2,5	58,2
Porto	7	8,9	67,1
Santarém	3	3,8	70,9
Setúbal	9	11,4	82,3
Viana do Castelo	2	2,5	84,8
Vila Real	2	2,5	87,3
Viseu	4	5,1	92,4
Açores	3	3,8	96,2
Madeira	3	3,8	100,0
Total	79	100,0	

“Concelho”

Quadro 20: Concelhos de proveniência da amostra “Farmácias total”.

Concelho	N	%	% cumulativa
Abrantes	1	1,3	1,3
Almada	3	3,8	5,1
Amadora	1	1,3	6,3
Angra do Heroísmo	1	1,3	7,6
Braga	3	3,8	11,4
Bragança	1	1,3	12,7
Câmara de Lobos	1	1,3	13,9
Caminha	1	1,3	15,2
Carraceda de Ansiães	1	1,3	16,5
Cascais	1	1,3	17,7
Castelo Branco	1	1,3	19,0
Chaves	1	1,3	20,3
Coimbra	1	1,3	21,5
Espinho	1	1,3	22,8
Esposende	1	1,3	24,1
Évora	1	1,3	25,3
Faro	1	1,3	26,6
Figueira da Foz	2	2,5	29,1
Funchal	1	1,3	30,4
Gouveia	1	1,3	31,6
Guarda	1	1,3	32,9
Guimarães	1	1,3	34,2
Ílhavo	1	1,3	35,4
Leiria	2	2,5	38,0
Lisboa	11	13,9	51,9
Loures	2	2,5	54,4
Lourinhã	1	1,3	55,7
Lousã	1	1,3	57,0
Mangualde	1	1,3	58,2
Moita	1	1,3	59,5
Odemira	1	1,3	60,8
Oeiras	1	1,3	62,0
Palmela	1	1,3	63,3
Ponta Delgada	2	2,5	65,8
Portalegre	2	2,5	68,4
Portimão	2	2,5	70,9
Porto	5	6,3	77,2
Santa Comba Dão	1	1,3	78,5
Santa Cruz	1	1,3	79,7
Santarém	2	2,5	82,3
Sesimbra	1	1,3	83,5
Setúbal	3	3,8	87,3
Valpaços	1	1,3	88,6
Viana do Castelo	1	1,3	89,9
Vidigueira	1	1,3	91,1
Vila do Conde	1	1,3	92,4
Vila de Rei	1	1,3	93,7
Vila Franca de Xira	1	1,3	94,9
Vila Nova de Gaia	1	1,3	96,2
Vila Viçosa	1	1,3	97,5
Viseu	2	2,5	100,0
Total	79	100,0	

*“Tipologia das áreas urbanas”*

A maioria das farmácias da amostra são predominantemente do tipo urbanas, conforme se vislumbra no quadro 21:

Quadro 21: Tipologia das áreas de proveniência da amostra “Farmácias total”.

TIPAU	N	%	% cumulativa
APU	66	83,5	83,5
AMU	10	12,7	96,2
APR	3	3,8	100,0
Total	79	100,0	

*“Tipo de propriedade”*

A amostra revela, maioritariamente, a sociedade, como a forma jurídica mais comum, tal como se observa no quadro 22:

Quadro 22: Forma jurídica das empresas da amostra “Farmácias total”.

Tipo de Propriedade		N	%	% cumulativa
Válido	Nome individual	7	8,9	9,0
	Sociedade	38	48,1	57,7
	Unipessoal	29	36,7	94,9
	Sociedade Unipessoal	4	5,1	100,0
	Total	78	98,7	
Ausente	Sem resposta	1	1,3	
Total		79	100,0	

4.1.2.2 Caracterização demográfica e jurídica da amostra “Farmácias PME”

Vejamos nos quadros 23 a 26 a caracterização desta amostra relativamente a este item:

*“Distrito”*

Quadro 23: Distritos de proveniência da amostra “Farmácias PME”.

Distrito/PME	N	%	% cumulativa
Aveiro	1	11,1	11,1
Braga	2	22,2	33,3
Coimbra	1	11,1	44,4
Santarém	2	22,2	66,7
Setúbal	2	22,2	88,9
Madeira	1	11,1	100,0
Total	9	100,0	

*“Concelho”*

Quadro 24: Concelhos de proveniência da amostra “Farmácias PME”.

Concelho	N
Abrantes	1
Barcelos	1
Braga	1
Coimbra	1
Funchal	1
Montijo	1
Ourém	1
Santiago do Cacém	1
Vagos	1
Total	9

*“Tipologia das áreas urbanas”*

A maioria das farmácias da amostra são predominantemente do tipo urbanas, conforme se vislumbra no quadro 25:

Quadro 25: Tipologia das áreas de proveniência da amostra “Farmácias PME”.

TIPAU/PME	N	%	% cumulativa
APU	5	55,6	55,6
AMU	3	33,3	88,9
APR	1	11,1	100,0
Total	9	100,0	

#### *“Tipo de propriedade”*

A amostra evidenciou, maioritariamente, a sociedade, como a forma jurídica mais comum, tal como se observa no quadro 26:

Quadro 26: Forma jurídica das empresas da amostra “Farmácias PME”.

Tipo de Propriedade/PME	N	%	% cumulativa
Sociedade	5	55,5	55,6
Unipessoal	1	11,1	66,7
Sociedade Unipessoal	3	33,3	100,0
Total	9	100,0	

#### 4.1.2.3 – Apresentação e discussão das restantes variáveis das amostras “Farmácias Total” e “Farmácias PME”

##### *“Género”*

Quanto ao género do gestor da farmácia, de realçar que na amostra “Farmácias total”, o género feminino é maioritário com 57%, enquanto na amostra “Farmácias PME”, o género masculino representa 66,7%.

##### *“Idade”*

Relativamente à idade dos gestores inquiridos, a média de idades é sensivelmente a mesma, 47,47 anos para a amostra “Farmácias total” e 47,89 anos para a amostra “Farmácias PME”, sendo que os restantes elementos estatísticos analisados são muito semelhantes. Tratam-se, portanto, de amostras com um perfil etário do qual não parece poder inferir-se diferenças significativas.

##### *“Formação”*

Quando analisada, a formação dos gestores que responderam ao inquérito, verifica-se que os farmacêuticos estão claramente em larga maioria nas duas amostras, com uma representatividade de 94,9% na amostra “Farmácias total” e de 77,8% na amostra “Farmácias PME”.

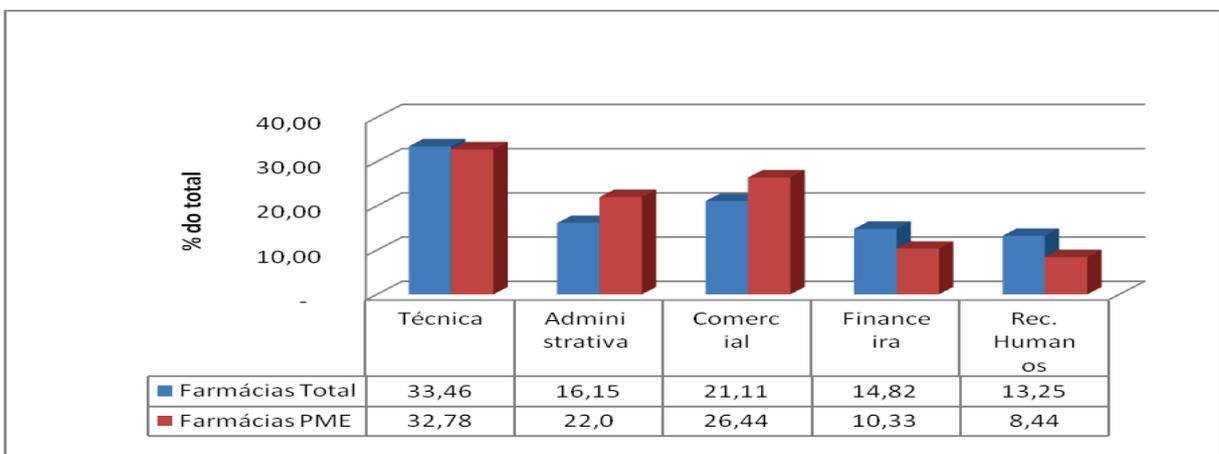
### “Cargo desempenhado”

A maioria dos inquiridos exerce a função de diretor técnico, quer na amostra “Farmácias total” com uma expressão de 71,2%, quer na amostra “Farmácias PME”, com 66,7%. Recordemos que a existência de uma Lei, até 2006, que previa a indivisibilidade da propriedade e da direção técnica, deverá fornecer uma explicação para este elevado valor encontrado, já que o farmacêutico, ao não possuir preparação académica na área da gestão, acumula, por circunstâncias históricas, uma função eminentemente técnica com aquelas de características gestor-administrativas.

### “Funções primordiais desempenhadas”

Nesta questão solicitámos que os gestores identificassem as funções primordiais desempenhadas, em percentagem de tempo dedicada para um total de 100%. Verificámos que a função eminentemente técnica absorve, para as duas amostras utilizadas, o maior número de horas laborais, com sensivelmente 1/3 do total para os gestores de uma e outra amostra (33,46% e 32,78%, respetivamente para “Farmácias total” e “Farmácias PME”), seguindo-se a função de acompanhamento comercial das atividades da farmácia, com mais de 20% para as duas amostras. As restantes funções analisadas, administrativa, financeira e gestão de recursos humanos, por esta ordem de prevalência para as duas amostras, são as de menor relevância no trabalho dos gestores. Com exceção da componente técnica, os gestores da amostra “Farmácias PME” dedicam mais tempo à componente comercial e administrativa e menos tempo à vertente financeira e de recursos humanos o que pode indiciar, dada a maior dimensão dos quadros orgânicos, uma maior delegação de funções, conforme se vislumbra na figura 18.

Figura 18: Distribuição por função desempenhada das horas laborais do responsável da farmácia.

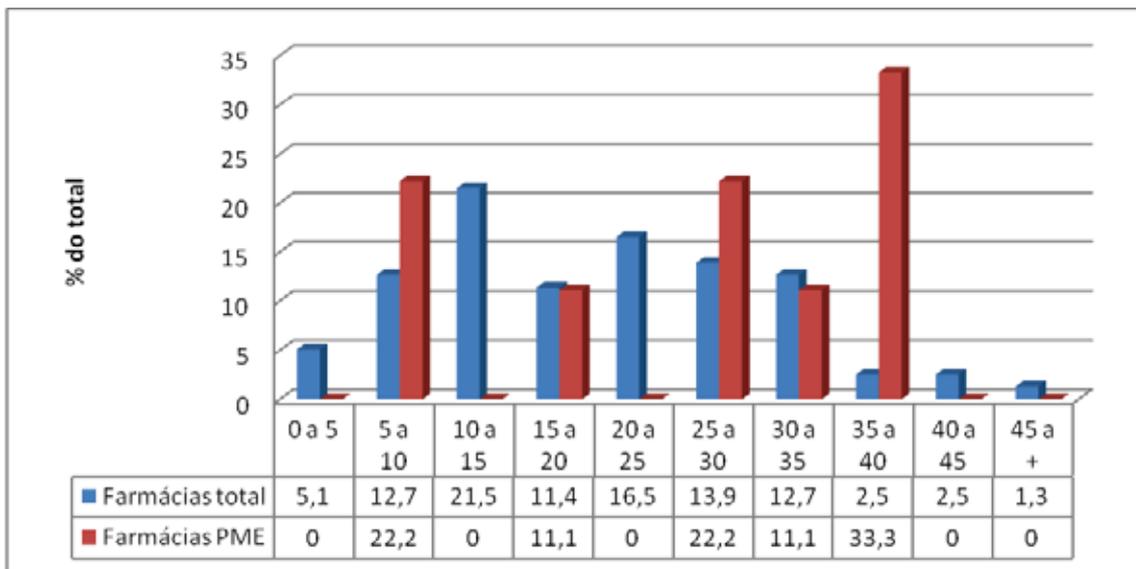


### *“Tempo de experiência na função”*

Em 88 observações, em que agrupámos os resultados em intervalos de 5 anos, verifica-se uma maior prevalência, em ambas as amostras, de um tempo de experiência de 10 a 15 anos, o que permite referenciar uma maturidade significativa dos responsáveis das farmácias nas suas funções. Quando analisamos as médias das duas amostras verificamos uma significativa proximidade entre ambos, com maior valor absoluto para a amostra “Farmácias PME”, com 21,33 anos, enquanto a amostra “Farmácias total” apresenta um valor de 18,20 anos. Assinale-se que o grupo “Farmácias total” evidencia uma maior longevidade dos seus responsáveis, a que não será alheia uma maior dimensão da amostra.

Verifique-se os resultados obtidos na figura 19:

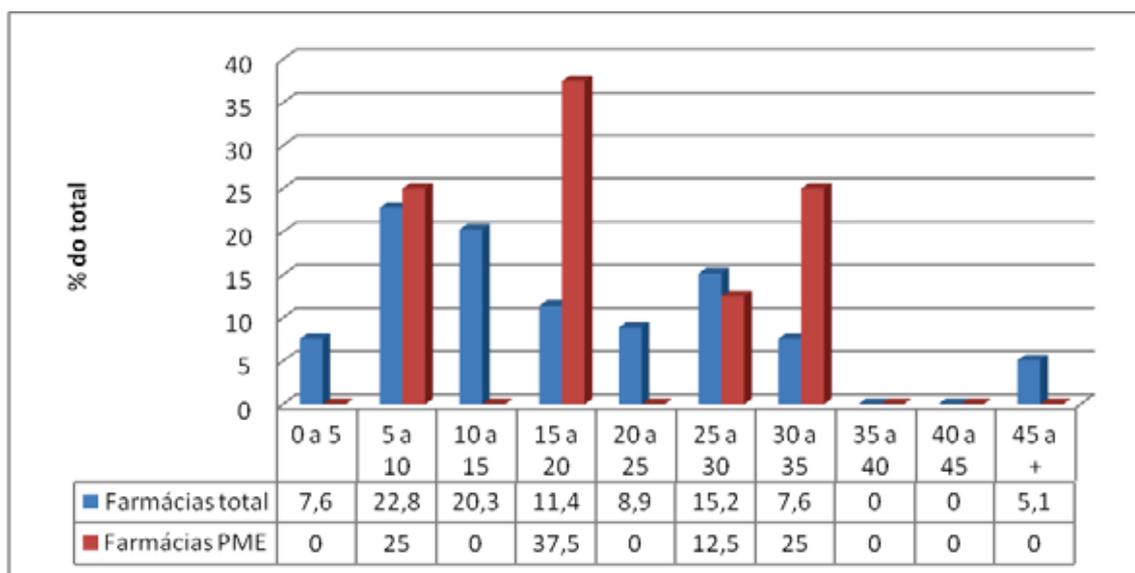
Figura 19: Distribuição, por intervalo de anos, do tempo de experiência nas funções.



### *“Tempo de aquisição da farmácia”*

Em 87 observações (1 resposta ausente na amostra “Farmácias PME”), em que se agrupam os resultados em intervalos de 5 anos, verifica-se uma maior concentração de respostas, para ambas as amostras, no intervalo de 5 a 10 anos, apesar da média apurada ser substancialmente maior, com um valor de 19,5 anos, para a amostra “Farmácias PME” e um valor mais baixo, de 15,7 anos para a amostra “Farmácias total”, conforme se pode analisar na figura 20.

Figura 20: Distribuição, por intervalo de anos, do tempo de aquisição da farmácia.



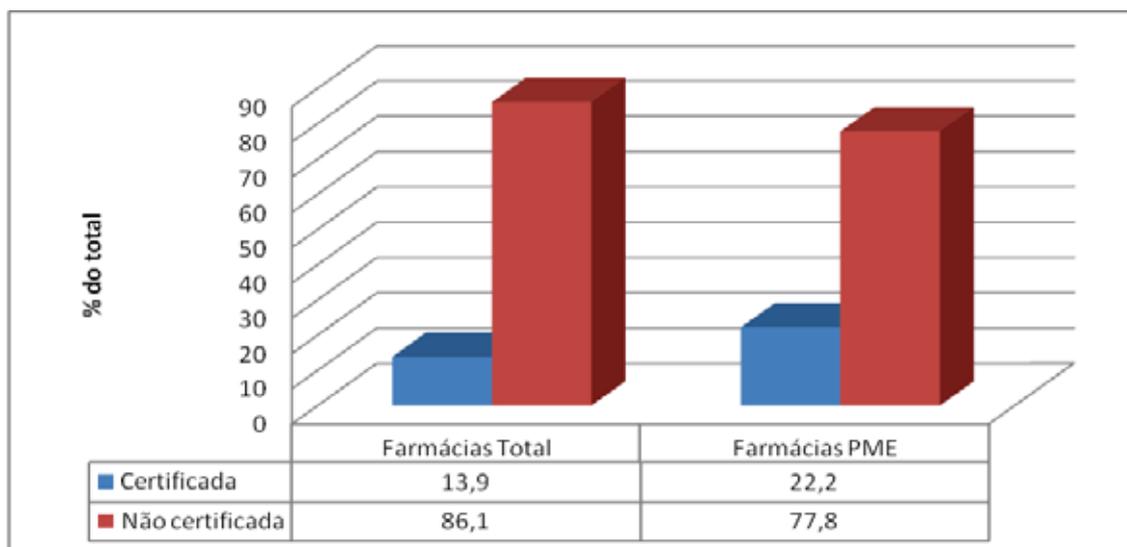
#### *“Farmácia Certificada”*

Quando questionados sobre a existência de certificação da farmácia, as 88 respostas indicam uma larga maioria de farmácias não certificadas, face ao total das duas amostras. No entanto quando é efetuada uma análise comparativa, e pese embora a diminuída expressão da amostra “Farmácias PME”, verifica-se um maior número de farmácias certificadas nesta amostra, o que parece indiciar uma maior preocupação pelos critérios de organização subjacentes a esta opção de gestão.

Quando apurado o tempo de certificação da farmácia verifica-se que o período de 2004 a 2009 é o intervalo mais representativo dessa opção. Contudo na amostra “Farmácias total” existe uma prática com maior longevidade, já que desde 1999 existem farmácias certificadas, e até ao ano 2004, data em que se concretiza a primeira certificação na amostra “Farmácias PME”, já haviam sido certificadas 10,1% do total da amostra (que se considerarmos apenas o nº de farmácias certificadas representa mesmo 63,6% do total).

Verifique-se na figura 21 os resultados obtidos:

Figura 21: Distribuição percentual, do número de farmácias certificadas.



#### *“Pertence a Grupo de Compras”*

Analisadas as 88 respostas respeitantes a esta questão verificamos que a grande maioria de farmácias não pertencia, neste período, a nenhuma estrutura com a função de realizar compras em grupo. Este aspeto parece indiciar uma capacidade, não desprezável, das farmácias se assumirem como entidades independentes jurídica e comercialmente, a que não será alheio as condições económicas por altura do início da realização deste estudo. De facto, na amostra “Farmácias total”, 93,7% das empresas refere não estar associada a qualquer grupo, enquanto na amostra “Farmácias PME” esse valor é de 88,9%.

#### *“Ações de gestão comercial”*

Quando questionados sobre as ações de gestão comercial desenvolvidas, e considerando as 88 observações realizadas, todas as farmácias da amostra “Farmácias PME”, referem ter estas ações metodologicamente organizadas, enquanto na amostra “Farmácias Total”, existem 91,1% de farmácias nesta situação, o que representa uma larga maioria.

Analisadas as respostas dadas, mais de metade das respostas (55,5% para a amostra “Farmácias PME” e 50,6% para a amostra “Farmácias total”) referem como prática mais corrente as tarefas de atendimento ao público, organização do espaço, realização de compras diretas a laboratórios e comparação de preços entre fornecedores para efetivar essas mesmas compras. Estes resultados indicam uma

metodologia de abordagem comercial consentânea com a necessidade das farmácias em compreenderem, de forma integrada, as opções comerciais tomadas, quer ao nível dos bastidores quer do atendimento ao público.

Seguidamente apresentam-se os quadros 27 e 28 com a totalidade das respostas dadas, para as duas amostras:

Quadro 27: Ações de gestão comercial desenvolvidas pelos responsáveis da amostra "Farmácias total".

Descrição das ações de gestão comercial	n
Sem ações de gestão comercial metodologicamente organizadas	8
Análise de preços versus concorrência; análise de margem por categorias; disposição da área de atendimento; seleção de produtos a promover. Aquisição direta aos delegados de vendas	1
Atendimento; compras-aquisição direta a laboratórios	1
Atendimento; compras-comparação de preços entre fornecedores	1
Atendimento; compras-comparação de preços entre fornecedores, compras-aquisição direta a laboratórios	3
Atendimento; organização do espaço	1
Atendimento; organização do espaço, compras-aquisição direta a laboratórios	3
Atendimento; organização do espaço; compras-comparação de preços entre fornecedores; compras-aquisição direta a laboratórios	41
Atendimento; organização do espaço; compras-comparação de preços entre fornecedores ; compras-aquisição direta a laboratórios; controlo rigoroso e acompanhamento dos valores de compra/bonificação/descontos comerciais e financeiros	1
Atendimento; organização do espaço; compras-comparação de preços entre fornecedores; compras-aquisição direta a laboratórios; criação de um cartão próprio da farmácia para os clientes	1
Atendimento; organização do espaço; compras-comparação de preços entre fornecedores; compras-aquisição direta a laboratórios; formação em atendimento; disposição produtos e informação com base em zonas quentes/frias; estudo rotação e sazonalidade produtos	2
Atendimento; organização do espaço; compras-comparação de preços entre fornecedores; compras-aquisição direta a laboratórios. Farmácia pertencente a grupo de compras	1
Atendimento; organização do espaço; compras-comparação de preços entre fornecedores; compras-aquisição direta a laboratórios; seleção de parceiros armazenistas tendo em vista melhores condições de aquisição; serviços e minimizar roturas de stock	1
Atendimento; organização do espaço; compras-comparação de preços entre fornecedores; delegação de competências ; definição de responsabilidades	1
Atendimento; organização do espaço; produção de montras	1
Atendimento; organização do espaço; compras-comparação de preços entre fornecedores; protocolos de aconselhamento; segmentação de produtos na área de atendimento evitando poluição visual	1
Compras-aquisição direta a laboratórios; compras-comparação de preços entre fornecedores; organização do espaço	1
Compras-comparação de preços entre fornecedores	1

Descrição das ações de gestão comercial	n
Compras-comparação de preços entre fornecedores; compras-aquisição direta a laboratórios	3
Organização do espaço; compras-aquisição direta a laboratórios	1
Organização do espaço; compras-comparação de preços entre fornecedores	2
Organização do espaço; compras-comparação de preços entre fornecedores; compras-aquisição direta a laboratórios	2
Seguimento farmacoterapêutico; segmentação de clientes; <i>merchandising</i> por categorias; gabinete de atendimento personalizado; compra-aquisição em grupo; compra –comparação de preços entre fornecedores preferenciais com produtos de laboratórios portfólio grupo	1
Total	79

Quadro 28: Ações de gestão comercial desenvolvidas pelos responsáveis da amostra "Farmácias PME".

Descrição da ações de gestão comercial/ PME	n
Atendimento e organização do espaço	1
Atendimento; organização do espaço; compras-comparação de preços entre fornecedores; compras-aquisição direta a laboratórios	5
Atendimento; organização do espaço, compras-comparação de preços entre fornecedores; compras-aquisição direta a laboratórios; formação em atendimento; disposição produtos e informação com base em zonas quentes/frias; estudo rotação e sazonalidade de produtos	1
Atendimento; organização do espaço; compras-comparação de preços entre fornecedores; compras-aquisição direta a laboratórios; todas as compras diretas (a laboratórios) apresentadas passam sempre por uma base de dados onde estão as condições comerciais de todos os produtos diretamente concorrentes para comparação; decisão de efetuar a compra só após análise das condições concorrenciais e das rotações habituais dos produtos em causa.	1
Existe uma zona de apoio para recebimento de todos os fornecedores e potenciais clientes assim como todos os contactos com os laboratórios.	1
Total	9

#### *"Ações de gestão de recursos humanos"*

Relativamente a esta questão, uma larga maioria de farmácias das duas amostras refere que a gestão dos recursos humanos está metodologicamente organizada, com 81% de respostas afirmativas na amostra "Farmácias total" e 77,8%, no mesmo sentido, na amostra "Farmácias PME".

As áreas de recrutamento e formação surgem como as de maior frequência nas respostas, sem que possamos de uma forma rigorosa organizar qualitativamente a expressão das mesmas, como se poderá constatar nos quadros 29 e 30 que revelam a totalidade das respostas dadas, nas duas amostras:

Quadro 29: Ações de gestão de recursos humanos desenvolvidas pelos responsáveis da amostra "Farmácias total".

Descrição das ações de gestão de recursos humanos	N
Sem ações de gestão metodologicamente organizadas	15
Acompanhamento dos estagiários a seu cargo e respetiva orientação	2
Critérios de seleção bem definidos; identificação de carências e seleção criteriosa da formação necessária	1
Formação	9
Formação técnica, registo de não conformidades	1
Formação, avaliação	6
Formação; avaliação; motivação da equipa para aconselhamento técnico/científico correto; fidelização do cliente; cultura de qualidade; desafios mensais em diferentes áreas da cosmética com objetivos de vendas de equipa e individuais	1
Na província os contratos são efetuados com base nos conhecimentos pessoais	1
Organização de horários para serviços: sábados folgas e férias. Reuniões com a equipa de informação e discussão.	1
Recrutamento	6
Recrutamento Interno; formação em entidades certificadas (ANF, Ordem dos Farmacêuticos, Universidades); estágios de licenciatura (FFUL, ISCS Egas Moniz); avaliação por objetivos de vendas, prestação de serviços; disponibilidade	1
Recrutamento; avaliação	2
Recrutamento; descrição e análise de funções; plano de formação anual; política de remuneração	1
Recrutamento; formação	3
Recrutamento; formação; avaliação	24
Recrutamento; formação; avaliação de desempenho; descrição de funções e responsabilidades individuais; registo de assiduidade; escalas de tarefas	1
Recrutamento; formação; avaliação; análise de desempenho"/incentivos a colaboradores	1
Recrutamento; formação; avaliação; definição e monitorização de objetivos mensais	1
Recrutamento; formação; avaliação; horários escalonados uma vez que a farmácia trabalha de 2ª a Sábado das 9 às 21h e serviços semanais de 3 em 3 semanas	1
Recrutamento; formação; reuniões periódicas para estabelecer objetivos	1
Total	79

Quadro 30: Ações de gestão de recursos humanos desenvolvidas pelos responsáveis da amostra "Farmácias PME".

Descrição das ações de gestão de RH/ PME	N
Sem ações de gestão metodologicamente organizadas	2
A área dos recursos humanos tem a colaboração da empresa de consultadoria que nos apoia em todos os sectores administrativos e financeiros.	1
Critérios de seleção bem definidos; identificação de carências e seleção criteriosa da formação necessária	1
Formação	1
Recrutamento; formação	1
Recrutamento; formação; avaliação	3
Total	9

*"Ações de gestão económico-financeiras"*

Nas 88 observações realizadas uma expressiva maioria, nas duas amostras consideradas (91,1% para "Farmácias total", e 77,8% para "farmácias PME"), referiu como tendo metodologicamente organizadas as funções de gestão económico-financeiras. Em ambas as amostras, a resposta que tem maior frequência relativa, com 25,3% para a amostra "Farmácias total" e 22,2% para a amostra "Farmácias PME", é a que refere que é realizada a "análise de pagamentos bonificados a fornecedores, incentivos a colaboradores, execução de orçamentos anuais ou com outra periodicidade e avaliação de resultados financeiros com apoio do TOC".

Esta resposta é, ainda assim, pouco conclusiva, uma vez que se verifica uma elevada dispersão, evidenciada pelo facto de existirem uma série de outras respostas com um sentido semelhante, o que parece indiciar práticas com um conhecimento menos estruturado que as demais, anteriormente analisadas. Nos quadros 31 e 32 detalham-se todas as respostas obtidas para ambas as amostras.

Quadro 31: Ações de gestão económico-financeiras desenvolvidas pelos responsáveis da amostra "Farmácias total".

Descrição de ações de gestão económica-financeira	N
Sem ações de gestão económica-financeira metodologicamente organizadas	8
Análise de pagamentos bonificados a fornecedores	3
Análise de pagamentos bonificados a fornecedores; avaliação de resultados financeiros com apoio do TOC	11
Análise de pagamentos bonificados a fornecedores; avaliação de resultados financeiros com apoio do TOC; análise do valor do inventário todos os meses e avaliação do crédito total de clientes à farmácia mensalmente	1
Análise de pagamentos bonificados a fornecedores; avaliação de resultados financeiros com apoio do TOC; registo de bonificação; análises rentabilidade	1

Descrição de ações de gestão económica-financeira	N
Análise de pagamentos bonificados a fornecedores; execução de orçamentos anuais ou com outra periodicidade; avaliação de resultados financeiros com apoio do TOC	3
Análise de pagamentos bonificados a fornecedores; execução de orçamentos anuais; avaliação de resultados financeiros com apoio do TOC	1
Análise de pagamentos bonificados a fornecedores; execução de orçamentos anuais; avaliação de resultados financeiros com apoio do TOC; análise de indicadores de rentabilidade com periodicidade mensal	1
Análise de pagamentos bonificados a fornecedores; execução de orçamentos anuais; avaliação de resultados financeiros com apoio do TOC; elaboração de orçamento anual e monitorização dos seus desvios; elaboração de orçamento de tesouraria previsional	1
Análise de pagamentos bonificados a fornecedores; incentivos a colaboradores	1
Análise de pagamentos bonificados a fornecedores; incentivos a colaboradores; avaliação de resultados financeiros com apoio do TOC	6
Análise de pagamentos bonificados a fornecedores; incentivos a colaboradores; execução de orçamentos anuais ou com outra periodicidade; avaliação de resultados financeiros com apoio do TOC	20
Análise de pagamentos bonificados a fornecedores; incentivos a colaboradores; execução de orçamentos anuais ou com outra periodicidade; avaliação de resultados financeiros com apoio do TOC diariamente	1
Análise de pagamentos bonificados a fornecedores; incentivos a colaboradores; execução de orçamentos anuais ou com outra periodicidade; avaliação de resultados financeiros com apoio do TOC, execução de orçamentos semestrais	1
Análise de pagamentos bonificados a fornecedores; incentivos a colaboradores; execução de orçamentos anuais ou com outra periodicidade; avaliação de resultados financeiros com apoio do TOC. Os incentivos não são só económicos são também a nível de desenvolvimento pessoal. Elaboração de mapa de controlo de gestão, acompanhamento mensal do orçamento	1
Análise de pagamentos bonificados a fornecedores; incentivos a colaboradores; execução de orçamentos anuais; avaliação de resultados financeiros	1
Análise de pagamentos bonificados a fornecedores; incentivos a colaboradores; execução de orçamentos anuais; avaliação de resultados financeiros com apoio do TOC	1
Análise de pagamentos bonificados a fornecedores; incentivos aos colaboradores; avaliação dos resultados financeiros com apoio do TOC	2
Análise de pagamentos bonificados a fornecedores; avaliação de resultados financeiros com apoio do TOC	1
Análise de pagamentos bonificados; execução de orçamentos anuais; avaliação de resultados financeiros com apoio do TOC	1
Análise de pagamentos bonificados, incentivos aos colaboradores	1
Avaliação de resultados financeiros com apoio do TOC	4
Execução de orçamentos anuais; avaliação de resultados financeiros com apoio do TOC	1
Incentivos a colaboradores	1
Incentivos a colaboradores; avaliação de resultados financeiros com apoio do TOC	2
Incentivos a colaboradores; execução de orçamentos trimestrais; avaliação de resultados financeiros com o apoio do TOC	1
Pagamentos nos prazos preferenciais aos principais fornecedores; Incentivos financeiros quadrimestrais aos colaboradores de acordo com a avaliação de performance efetuada; avaliação de resultados financeiros com apoio do TOC	1
Registo de bonificação; análise de rentabilidade	1
Reuniões mensais com o TOC	1
Total	79

Quadro 32: Ações de gestão económico-financeiras desenvolvidas pelos responsáveis da amostra "Farmácias PME".

Descrição das ações de gestão económico-financeira/ PME	n
Sem ações de gestão metodologicamente organizadas	2
Análise de pagamentos bonificados a fornecedores; avaliação de resultados financeiros com apoio do TOC	2
Análise de pagamentos bonificados a fornecedores; incentivos a colaboradores; execução de orçamentos anuais ou com outra periodicidade	1
Análise de pagamentos bonificados a fornecedores; incentivos a colaboradores; execução de orçamentos anuais ou com outra periodicidade; avaliação de resultados financeiros com apoio do TOC	2
Registo de bonificação; análises rentabilidade	1
Reuniões para análise de indicadores económico-financeiros, fiscais e parafiscais são efetuadas sempre que necessário ocorrendo por norma quando necessário com a presença do TOC ou algum seu colaborador	1
Total	9

#### *"Outras ações de gestão"*

Quando questionados sobre outras eventuais ações de gestão, das 88 observações correspondentes às duas amostras, apenas 5 inquiridos, que correspondem a 6,3% do total, referiram ter organizadas outras tarefas, que foram descritas tal como mostra o quadro 33:

Quadro 33: Descrição de outras ações de gestão metodologicamente organizadas.

Descrição outras ações de gestão	n
Controlo trimestral do inventário	2
Gestão de equipamentos; gestão da informação	1
Manipulados; receção de produtos/medicamentos, "testes"/serviços, protocolos de aconselhamento nas áreas mais comuns do conselho farmacêutico	1
Rácios de funcionamento	1
Total	5

#### *"Conhecimento dos indicadores de gestão"*

Relativamente ao conhecimento que os inquiridos dizem ter sobre os indicadores de gestão, uma larga maioria das respostas é afirmativa, numa e noutra amostra ("Farmácias total" e "Farmácias PME"), com 87,2% e 77,8%, respetivamente. No entanto, quando analisadas pormenorizadamente, verifica-se uma elevada heterogeneidade dos indicadores referidos, com praticamente cada farmácia, de uma e outra amostra, a indicar um conjunto diferente, como se pode constatar dos quadros 34 e 35:

Quadro 34: Indicadores de gestão conhecidos pelas farmácias da amostra "Farmácias total".

Descrição dos indicadores de gestão	N
Sem conhecimento de indicadores de gestão	11
Acompanhamento de gestão com o apoio de uma empresa de consultoria. Gestão da contabilidade mensalmente	1
Autonomia financeira; rotação de stocks; prazos médios de pagamento e recebimento; grau de endividamento	1
Avaliação das vendas (descidas e subidas); verificação se os objetivos traçados foram ou não alcançados por cada um e pela equipa. Satisfação do utente através de inquéritos	1
Balancetes; gestão de stocks; gestão de fornecedores	1
Balancetes; mapas de exploração; informações do mercado	1
Balanço anual	1
Análise da evolução das vendas; margem (%); rotação de inventários	1
Comerciais; financeiros; frequência da farmácia	1
Compras; vendas; margens de lucro; margem fiscal	1
Conheço alguns indicadores, mas não os consigo referenciar porque não os utilizo de modo que possa considerar profissionalmente correto, mas sim como descrito na resposta anterior	1
Controlo e gestão de stocks; volume de vendas	1
Demonstração de resultados	1
Demonstração de resultados; análise de balanço; análise de inventários; <i>cash-flow</i> ; margem bruta EBITDA; margem bruta das vendas e serviços (€); margem bruta das vendas e serviços/preço de custo (%); margem bruta das vendas e serviços/preço de venda (%)	1
Evolução de vendas; rentabilidade de vendas; margens brutas; autonomia financeira; prazos médios de recebimento e pagamento; rotação de stocks	1
Faturação mensal; margem da farmácia mensal; nº de clientes/dia; inventário; faturação bruta diária	1
Gestão de stocks; balancete analítico; indicadores de mercado (HMR, IMS)	1
Gestão de stocks; quais os produtos que têm maior retorno de investimento; quais os produtos que são monos? ; qual o tempo médio de escoamento?	1
Indicador de rentabilidade; solvabilidade; autonomia financeira	1
Indicadores de financiamento; indicadores económicos; indicadores financeiros	1
Indicadores de liquidez (imediata, reduzida e geral); indicadores de rentabilidade (rentabilidade líquida das vendas, capital próprio e ativo); indicadores de estrutura de capital e "alavanca" financeira (endividamento, autonomia financeira, solvabilidade) e outros indicadores (autofinanciamento, margem líquida do volume de negócios)	1
Margem bruta das vendas; nº dias de stock, rotação do stock; rácio de vendas/colaborador; % vencimentos/vendas; % FSE s/Vendas; % MSRM/vendas; prazo médio de recebimento; prazo médio de pagamentos; rentabilidade dos capitais próprios; rácios de estrutura financeira; endividamento; solvabilidade; liquidez	1
Margem bruta e EBITDA; rentabilidade por nº de vendas e por nº de receitas aviadas; vendas por famílias comerciais	2
Margem bruta e margem total da farmácia; produtividade e "peso" da estrutura de pessoas; rentabilidade e solvabilidade	1
Margem bruta; evolução de vendas, <i>Pharmacy Watch Report</i>	1
Margem bruta; margem da venda; valor de venda médio; inventário; rentabilidade por linear	1
Margem Bruta; rentabilidade; EBITDA; autonomia financeira	1
Margem Bruta; resultado operacional; rentabilidade dos capitais próprios; rotação de stocks; prazo médio de recebimento; prazo médio de pagamento; vendas por empregado; evolução das vendas; evolução de atendimentos; evolução das receitas; evolução do valor médio da receita; evolução do valor médio de venda	1
Margem bruta; rentabilidade das vendas; análise de custos; liquidez; grau de endividamento; prazos de recebimento/pagamento; rotação média de stocks	1

Margem bruta; rentabilidade, prazo médio de recebimentos; prazo médio de pagamentos; monos/inventário; faturação/inventário; venda média/atendimento; venda média por colaborador; dívida de clientes e faturação a entidades; devoluções não regularizadas.	1
Margem Bruta/margem negócio; rentabilidade; produtividade/EBITDA	1
Margem comercial, análise de custo e rentabilidade, resultados antes de impostos	1
Margem, nº vendas, volume de negócio por família de produtos, despesa com recursos humanos, nível de stock, rentabilidade da farmácia	1
Nº vendas diárias, valor médio das vendas, margem das compras, rentabilidade mensal, margem lucro mensal	1
Nº atendimentos/mês; valor de atendimentos/mês; nº unidades/atendimento; nº unidades/categoria de produtos (ou família); valor/categoria de produtos; nº e valor serviços/mês; tempo de espera/tempo de atendimento (médias diárias/mensais); nº abandonos (senhas tiradas e não atendidas); não conformidades: receção/atendimento/devolução receituário; novas fichas de cliente; valor de créditos a fornecedores (acumulado) e valor regularizado (mensal); valor do Inventário (mensal); custos mensais;	1
Número de dias de stocks, margem de contribuição e margens por gamas	1
Os dados fornecidos mensalmente pelo CEFAR ( <i>Pharmacy Watch Profile</i> e relatório, observatório da farmácia, relatórios das Farmácias Portuguesas e os indicadores fornecidos mensalmente pela contabilidade da farmácia	1
Performance das famílias dos produtos, rácio de produtos farmácia/parafarmácia, evolução laboratórios/marcas, evolução dos sub-sistemas de saúde, evolução dos colaboradores, quebras/falhas de caixa	1
<i>Pharmacy Watch Profile</i> e estudo económico-financeiro da ANF; demonstração de resultados, balancete	1
<i>Pharmacy Watch Profile, Pharmacy Watch Report</i> , margens brutas e líquidas com o apoio da análise de gestão por parte do TOC; recurso ao "masterfile" da farmácia	1
Programa de software; margem de lucro, comparação histórica dos valores de venda e quantidades; % dos ordenados em relação à faturação anual	1
Relatório de contas; balanços anuais; análise de clientes; análises <i>SWOT</i> e <i>PEST</i> ; avaliação do ROI de todos os investimentos e ações	1
Rendibilidade (vendas, capitais próprios); liquidez (geral, imediata); financiamento (estrutura financeira, endividamento, solvabilidade); indicadores de atividade (margem bruta, nº de dias em stock, prazo médio de pagamento)	1
Rendibilidade líquida das vendas; rendibilidade operacional das vendas; endividamento; solvabilidade; margem bruta; liquidez geral; nº de dias de stock; prazo médio de recebimentos e pagamentos	1
Rentabilidade das vendas; rentabilidade do ativo; rotação de stocks; liquidez geral; custos financeiros/vendas; resultado líquido/vendas	1
Rentabilidade operacional das vendas; prazo médio de pagamentos e recebimentos; margem bruta; rotatividade dos stocks; solvabilidade; autonomia financeira	1
Resultados líquidos; capitais próprios; estrutura de proveitos	1
Resultados; indicadores financeiros e de vendas; desempenho, tendência, capacidade	2
Sifarma 2000-Estatística e relatórios mensais do grupo Hollon referentes a vendas de medicamentos genéricos, dermo-cosmética e protocolos assim como balancetes da contabilidade	1
Sifarma <i>Pharmacy Watch Report</i>	1
Todos	1
Valor acrescentado; rentabilidade de vendas (por produtos e trabalhadores); prazos de pagamentos e recebimentos; margens brutas e líquidas; variação de custos e vendas, etc.	1
Valor médio de venda; frequência de vendas diárias; frequência horária de vendas; comparação do valor médio de venda e vendas no programa Farmácias Portuguesas; tempo médio de stock	1
Variação de vendas homólogas (médias diárias); comparação com o budget; análise de margens; análise de custos e seus detalhes; análise de rentabilidade por categorias e, no caso dos genéricos, por marca e respetivo "peso" na rentabilidade geral; outros que se venham a revelar importantes para a gestão	1
Venda média por colaborador em atendimento sem receita; margem bruta/vendas e valor de FSE's; valor de stocks; faturação (volume de vendas); volume negócios; margem bruta; EBITDA; EBIT; resultados antes de impostos	1
Vendas por colaborador; rentabilidade das vendas	1

Vendas por família e subfamília; vendas por empregado; por frequência horária. Margem bruta da farmácia. Descontos obtidos junto de armazenistas. Custos com pessoal e % face às vendas	1
Vendas; margem bruta e comparação com homólogo em valor e %; resultado líquido do exercício	1
Vendas; margem bruta e comparação com homólogo em valor e %; resultado líquido do exercício; análise gráfica	1
Vendas; margem bruta e comparação com homólogo em valor e em %; resultado líquido do exercício	1
Vendas; margem bruta; gastos de estrutura; RAI; carga fiscal; rácios operacionais	2
Vendas; margem bruta; gastos de estrutura; RAI; rácios operacionais	1
Vendas; resultado líquido do exercício	1
Vendas; resultados, valor de stock; rotação do stock; custos com pessoal	1
Vendas; margem bruta em valor e %; rácios de gastos com pessoal sobre vendas; resultado líquido do exercício e comparações com valores homólogos	1
Total	79

Quadro 35: Indicadores de gestão conhecidos pelas farmácias da amostra "Farmácias PME".

Indicadores de gestão que conhece/ PME	n
Evolução de vendas; rentabilidade de vendas; margens brutas; autonomia financeira; prazos médios de recebimento e pagamento; recebimento e stocks	1
Faturação (total por família e por prateleira/gôndola); VAB; EBITDA; rentabilidade das vendas; margem bruta (total por família e por prateleira/gôndola); variação mensal de vendas (total por família e por prateleira/gôndola); variação homóloga de vendas (total por família e por prateleira/gôndola); taxa rotação de stock; vendas por colaborador; valor médio de venda (total e por colaborador); valor médio de venda por taxas de IVA (total e por colaborador)	1
Mapas financeiros (balanço, demonstração de resultados, rácios de rentabilidade); estatísticas de rotação de produtos; vendas; frequência da farmácia; <i>Pharmacy Watch Profile</i>	1
Na área financeira análise de ativos; passivos e capitais próprios; rendimentos e gastos operacionais; resultados e rentabilidades; gestão de clientes a faturação e prazos de pagamento; compras em percentagem conforme produtos e fornecedores e nos recursos humanos tudo o que tem a ver com a execução laboral como por exemplo absentismo	1
Os enviados pela contabilidade e pelos serviços financeiros do grupo Holon	1
Relatório de contas; balanços anuais; análise de clientes; análises <i>SWOT</i> e <i>PEST</i> ; avaliação do ROI de todos os investimentos e ações	1
Total	9

#### "Usa indicadores de gestão"

As 87 respostas (em um inquérito a resposta não foi dada) a esta questão refletem a existência de total coerência com a questão anterior, uma vez que 85,9% e 77,8% das mesmas, respetivamente, para a amostra "Farmácias total" e "Farmácias PME", são afirmativas. Quando questionados sobre os indicadores de gestão que usa, os conteúdos são praticamente os mesmos dos indicados na questão anterior, o que mais uma vez traz coerência à resposta, e permite inferir do nível de heterogeneidade no conhecimento sobre os referidos indicadores. As respostas dadas estão sintetizadas nos quadros 36 e 37:

Quadro 36: Indicadores de gestão utilizados pelas farmácias da amostra "Farmácias total".

Indicadores de gestão que usa	n
Não usa indicadores de gestão	11
Análise dos produtos com maior retorno de investimento; análise dos monos e seu escoamento; análise ABC por unidades vendidas; análise ABC por faturação; faturação média mensal por famílias; produtos existentes e sem vendas em 15 meses; relação do inventário com a faturação mensal e com os monos	1
Avaliação das vendas (descidas e subidas); verificação se os objetivos traçados foram ou não alcançados por cada um e pela equipa. Satisfação do utente através de inquéritos	1
Balancetes; mapas de exploração; Informações das empresas de estudos de mercado	1
Balanço	1
Balanço; inventário; análise de FSE; compras; vendas; lucro bruto; créditos concedidos; rotação de stock; análise ABC	2
Balanço/Balancete	1
Controlo e gestão de stocks; volume de vendas	1
Demonstração de resultados	1
Erros de receituário; rentabilidade de produtos; stocks/rotação	1
Evolução de vendas; rentabilidade de vendas; margens brutas; autonomia financeira; prazos médios de recebimento e pagamento; Recebimento de stocks	1
Faturação mensal; margem da farmácia mensal; nº de clientes/dia; inventário; faturação bruta diária	1
Gerais, Financeiros	1
Gestão de stocks; balancete analítico; HMR, IMS	1
Indicadores de atividade (Quadrimestral); restantes (anual)	1
Indicadores de liquidez (imediata, reduzida e geral); indicadores de rentabilidade (rentabilidade líquida das vendas, capital próprio e ativo); indicadores de estrutura de capital e "alavanca" financeira (endividamento, autonomia financeira, solvabilidade) e outros indicadores (autofinanciamento, margem líquida do volume de negócios)	1
Margem bruta das vendas; nº de dias de stock; rotação do stock; rácio de venda/colaborador; % vencimentos/vendas; % FSE's/vendas; % MSRM/vendas; prazo médio de recebimento	1
Margem bruta e líquida; valor de stock; rotação de stocks	1
Margem bruta; evolução de vendas; <i>Pharmacy Watch Report</i>	1
Margem bruta; margem da venda; valor de venda médio; inventário; rentabilidade por linear	1
Margem Bruta; resultado operacional; rotação de stocks; prazo médio recebimento, prazo médio pagamento; vendas por empregado; evolução das vendas, evolução do nº de atendimentos; evolução das receitas; evolução do valor médio por receita; evolução do valor médio de venda; vendas por categorias; vendas de MSRM, vendas de MNSRM	1
Margem Bruta; rentabilidade; venda média /atendimento; venda média por colaborador; relação entre MNSRM+parafarmácia/atendimento (por colaborador); NOD (nível da qualidade na dispensa); rutura de Stock; faturação mensal/inventário (por sub-família); monos/inventário (por sub-família)	1
Margem comercial; análise de custo e rentabilidade	1
Margem; nº de vendas; volume de negócio por família de produtos; despesa com recursos humanos; nível de stock; rentabilidade da farmácia	1
Margem; rentabilidade; rotação de stocks; análise de custos	1
Nº vendas diárias; valor médio vendas; margem compras; rentabilidade mensal; margem lucro mensal	1
O Software é utilizado para controlo interno. Os restantes elementos são utilizados para avaliações trimestrais ou anuais dos valores acima referidos de acordo com o pretendido pela farmácia	1
Os dados fornecidos mensalmente pelo CEFAR ( <i>Pharmacy Watch Profile</i> , observatório da farmácia; relatórios das Farmácias Portuguesas) e os indicadores fornecidos mensalmente pela contabilidade da farmácia	1
Performance das famílias dos produtos; rácio produtos farmácia/parafarmácia, evolução laboratórios/marcas; evolução dos sub-sistemas de saúde; evolução dos colaboradores; quebras/falhas de caixa	1
<i>Pharmacy Watch Profile</i> e Estudo Económico-Financeiro; demonstração de resultados, balancete	1
<i>Pharmacy Watch Profile</i> , <i>Pharmacy Watch Report</i> ; margens brutas e líquidas com apoio da análise de gestão por parte do TOC; recurso ao <i>Masterfile</i> da Farmácia	1

Indicadores de gestão que usa	n
POC; Regime de fundição	1
Relatório de contas; balanços anuais; análise de clientes; análises <i>SWOT</i> e <i>PEST</i> , Avaliação do ROI de todos os investimentos e ações	1
Rendibilidade líquida das vendas; rendibilidade operacional das vendas; solvabilidade; margem bruta	1
Rentabilidade das vendas; rentabilidade do ativo; rotação de stocks; liquidez geral; custos financeiros/vendas; resultado líquido/vendas	1
Rentabilidade operacional das vendas; prazo médio de pagamentos e recebimentos; margem bruta; rotatividade das stocks; Solvabilidade; autonomia financeira	1
Resultados líquidos; capitais próprios; estrutura de proveitos	1
Rotação de stocks; autonomia financeira	1
Sifarma 2000-Estatística e relatórios mensais do grupo Hollon referentes a vendas de medicamentos genéricos, dermo-cosmética e protocolos assim como balancetes da contabilidade	1
Todos	21
Todos os indicadores de gestão são utilizados e analisados	1
Valor médio de venda; frequência de vendas diárias; frequência horária de vendas; comparação do valor médio de venda e vendas no programa Farmácias Portuguesas; tempo médio de stock	1
Variação de vendas homólogas (médias diárias); comparação com o orçamento; análise de margens; análise de custos e seus detalhes; análise de rentabilidade por categorias e, no caso dos genéricos por marca e respetivo peso na rentabilidade geral. Outros que se venham a revelar importantes para a gestão	1
Venda média por colaborador em atendimento sem receita; margem bruta/vendas e valor de FSE's; valor de stocks; índice de NC Fornecedores; faturação (volume de vendas); volume negócios; margem bruta; EBITDA; EBIT; resultado antes de impostos	2
Vendas por família e sub-família; vendas por empregado e por frequência horária. Margem bruta da farmácia. Descontos obtidos junto de armazenistas. Custos com pessoal e % face às vendas	1
Vendas; resultados; valor de stock; rotação stock; custo com pessoal	1
Total	78

Quadro 37: Indicadores de gestão utilizados pelas farmácias da amostra "Farmácias PME".

Indicadores de Gestão que usa/ PME	n
Não usa indicadores de gestão	2
Faturação (total, por família, por prateleira/gôndola); rentabilidade das vendas; margem bruta (total, por família, por prateleira/gôndola); variação mensal de vendas (total, por família, por prateleira/gôndola); variação homóloga de vendas (total, por família, por prateleira/gôndola); taxa de rotação de stock; vendas por colaborador; valor médio de venda (total e por colaborador); valor médio de venda por taxas de IVA (total e por colaborador)	1
Mapas financeiros( balanço, demonstração de resultados, rácios de rentabilidade, estatísticas de rotação de produtos; vendas; frequência da farmácia; <i>Pharmacy Watch Profile</i>	2
Na área financeira análise de ativos, passivos e capitais próprios; rendimentos e gastos operacionais; resultados e rentabilidades; gestão de clientes a faturação e prazos; nas compras percentagens conforme produtos e fornecedores e nos recursos humanos tudo o que tem a ver com a execução laboral como por exemplo absentismo	1
Relatório de contas; balanços anuais; análise de clientes; análises <i>SWOT</i> e <i>PEST</i> ; avaliação do ROI de todos os investimentos e ações	1
Evolução de vendas; rentabilidade de vendas; margens brutas; autonomia financeira, prazos médios de recebimento e pagamento, recebimento e stocks	2
Total	9

*“Para que efeito utiliza os indicadores de gestão”*

Nas 86 observações realizadas existe uma heterogeneidade significativa de respostas, que foram agrupadas em seis grupos principais, para os quais se registaram várias combinações de respostas, tal como é referido nos quadros seguintes, relativos às duas amostras. De assinalar que a utilização maioritária dos indicadores se faz para análise da rentabilidade do negócio (1) e comparação com o histórico e caracterização da evolução (2). Estes dados são corroborados pelos resultados conjuntos alcançados nas duas amostras consideradas, com 98,7% das respostas para a amostra “Farmácias total” e a 88,9% para a amostra “Farmácias PME”. Verifique-se os resultados nos quadros 38 e 39.

Quadro 38: Utilização dos indicadores de gestão pelas farmácias da amostra “Farmácias total”.

Para que efeito utiliza os indicadores de gestão	N	%	% cumulativa
Não aplicável	11	13,9	13,9
1+2	9	11,4	25,3
1+2+3	8	10,1	35,4
1+2+3+4	15	19,0	54,4
1+2+3+4+5	8	10,1	64,6
1+2+3+4+5+6	2	2,5	67,1
1+2+3+4+6	3	3,8	70,9
1+2+3+5	2	2,5	73,4
1+2+3+6	2	2,5	75,9
1+2+4	6	7,6	83,5
1+2+4+5	6	7,6	91,1
1+2+4+6	2	2,5	93,7
1+2+5	1	1,3	94,9
1+2+6	1	1,3	96,2
1+3	1	1,3	97,5
1+3+4	1	1,3	98,7
2+3	1	1,3	100,0
Total	79	100,0	

Outro efeito (6)	n
Ajuste de horários da equipa e da própria farmácia	1
Análise de desempenho; Plano de Marketing/Comercial	1
Estabelecer objetivos para a equipa	1
Melhorar o serviço	5
Planear recursos humanos, campanhas e definir estratégias	2
Total	10

Legenda: 1 – Para análise da rentabilidade do negócio; 2 – Para comparação com histórico e caracterização da evolução; 3 – Para análise de determinadas categorias de produto; 4 – Para construção de cenários de gestão; 5 – Para efetuar planos de financiamento bancário; 6–Outro

Quadro 39: Utilização dos indicadores de gestão pelas farmácias da amostra "Farmácias PME".

Para que efeito utiliza os indicadores de gestão/ PME	N	%	% cumulativa
1+2+3+4	1	11,1	11,1
1+2+3+4+5	1	11,1	22,2
1+2+3+4+6	1	11,1	33,3
1+2+3+6	1	11,1	44,4
1+2+4	1	11,1	55,5
1+2+4+6	1	11,1	66,7
1+2+3	1	11,1	77,8
6	1	11,1	88,9
Total	9	100,0	

Outro efeito (6)/ PME	N
Planeamento fiscal	3
Prémios de desempenho ao colaborador	1
Total	4

Legenda: 1 – Para análise da rentabilidade do negócio; 2 – Para comparação com histórico e caracterização da evolução; 3 – Para análise de determinadas categorias de produto; 4–Para construção de cenários de gestão; 5 – Para efetuar planos de financiamento bancário; 6–Outro

#### *"Fornecedor dos indicadores de gestão"*

Relativamente ao fornecedor dos indicadores de gestão, nas 88 respostas obtidas, as duas amostras referenciam o Técnico Oficial de Contas (TOC), maioritariamente, como o principal responsável pela cedência de informação. De facto, isoladamente ou associado, o TOC é responsável por 77,2% para a amostra "Farmácias total" e 66,7% para a amostra "Farmácias PME", como se pode constatar nos quadros 40 e 41.

Quadro 40: Fornecedor de indicadores de gestão das farmácias da amostra "Farmácias total".

Fornecedor indicadores de gestão	N	%	% cumulativa
Não aplicável	11	13,9	13,9
T.O.C.	40	50,6	64,6
1+2	4	5,1	69,6
1,2,3	1	1,3	70,9
1+3	16	20,3	91,1
Consultor	1	1,3	92,4
Outro	6	7,6	100,0
Total	79	100,0	

Legenda: 1 – T.O.C.; 2 – Consultor; 3 – Outro

Outro Fornecedor de indicadores de gestão	n
CEFAR/ANF (Pharmacy watch profile)	1
Consultor da área financeira	1
Deptº Marketing do Grupo Hollon	1
<i>Pharmacy Watch Profile</i>	1
Projeto Dinamizar I	1
ROC	1
Total	6

Quadro 41: Fornecedor de indicadores de gestão das farmácias da amostra "Farmácias PME".

Fornecedor Indicadores de gestão/ PME	n	%	% cumulativa
Não aplicável	2	22,2	22,2
T.O.C.	4	44,4	66,7
T.O.C + Outro	2	22,2	88,9
Outro	1	11,1	100,0
Total	9	100,0	

Outro Fornecedor de indicadores de gestão/ PME	n
Grupo Hollon	1
Total	1

*"Regularidade com que usa os indicadores de gestão"*

Da totalidade das 88 observações evidencia-se que o período de um mês é a resposta mais usual para as duas amostras consideradas, registando-se, uma frequência de 53,2% para a amostra "Farmácias total" e de 55,5% para a amostra "farmácias PME". De salientar, igualmente, a percentagem relevante de respostas ausentes nas duas amostras, que significam mesmo 13,9% para a primeira e 22,2% para a segunda, respetivamente.

Verifique-se então as respostas registadas nos quadros 42 e 43:

Quadro 42: Regularidade com que utiliza os indicadores de gestão nas farmácias da amostra "Farmácias total".

Regularidade	N	%	% válida	% cumulativa
Mensal	41	51,9	60,3	60,3
Mensal e Anual	1	1,3	1,5	61,8
Trimestral	22	27,8	32,4	94,1
Anual	4	5,1	5,9	100,0
Total	68	86,1	100,0	
Não aplicável	11	13,9		
Total	79	100,0		

Quadro 43: Regularidade com que utiliza os indicadores de gestão nas farmácias da amostra "Farmácias PME".

Regularidade/ PME	N	%	% válida	% cumulativa
Mensal	4	44,4	57,1	57,1
Mensal e Anual	1	11,1	14,3	71,4
Trimestral	2	22,2	28,6	100,0
Total	7	77,8	100,0	
Não aplicável	2	22,2		
Total	9	100,0		

*"Valorização dos indicadores de gestão"*

Nas 88 respostas obtidas, os inquiridos referem que valorizam a informação proveniente dos indicadores de gestão, com uma expressão significativa, já que 84,8%, na amostra "Farmácias total" e 77,8% na amostra "Farmácias PME", são nesse sentido, tal como podemos visualizar nos quadros 44 e 45.

Quadro 44: Valorização dos indicadores de gestão nas farmácias da amostra "Farmácias total".

Valoriza os indicadores de gestão		N	%	% válida	% cumulativa
Válido	Sim	67	84,8	98,5	98,5
	Não	1	1,3	1,5	100,0
	Total	68	86,1	100,0	
Ausente	Não aplicável	11	13,9		
Total		79	100,0		

Quadro 45: Valorização dos indicadores de gestão nas farmácias da amostra "Farmácias PME".

Valoriza os indicadores de gestão/ PME		N	%	% válida	% acumulativa
Válido	Sim	7	77,8	100,0	100,0
Ausente	Não aplicável	2	22,2		
Total		9	100,0		

*"De que forma valoriza os indicadores de gestão"*

Na forma de valorização dos indicadores de gestão, que correspondia à última questão do inquérito, as 88 respostas obtidas dão conta de que a utilização mais frequente, que temporalmente corresponde a um período de um mês, é a escolhida maioritariamente nas duas amostras, com uma expressão de 43% para "Farmácias total" e 55,6% para "Farmácias PME". Regista-se, coerentemente, a percentagem de respostas ausentes, já obtidas nas duas questões anteriores, que correspondem

a 13,9% e 22,2%, para as duas amostras, respetivamente. Verifique-se os quadros 46 e 47.

Quadro 46: Forma de valorização dos indicadores de gestão nas farmácias da amostra "Farmácias total".

Forma de valorização dos indicadores de gestão		n	%	% válida	% cumulativa
Válido	Mensal	34	43,0	50,0	50,0
	3 a 4 vezes por ano	28	35,4	41,2	91,2
	1 a 2 vezes por ano	5	6,3	7,4	98,5
	Não uso	1	1,3	1,5	100,0
	Total	68	86,1	100,0	
Ausente	Não aplicável	11	13,9		
Total		79	100,0		

Quadro 47: Forma de valorização dos indicadores de gestão nas farmácias da amostra "Farmácias PME".

Forma de valorização dos indicadores de gestão/ PME		n	%	% válida	% cumulativa
Válido	Mensal	5	55,6	71,4	71,4
	3 a 4 vezes por ano	2	22,2	28,6	100,0
	Total	7	77,8	100,0	
Ausente	Não aplicável	2	22,2		
Total		9	100,0		

## 4.2 Componente Quantitativa - Análise de indicadores de gestão

Tal como referenciado, anteriormente, utilizámos para este estudo um conjunto de duas amostras, diferentes da utilizada no estudo qualitativo porquanto nos socorremos desta feita de uma base de dados da empresa D&B, mas cuja metodologia de análise é semelhante uma vez que agrupa as farmácias conforme possuem, ou não, uma distinção de PME Excelência. As amostras, tomam respetivamente, as designações de "PME Excelência" e "Total farmácias".

Seguidamente apresentam-se os resultados obtidos a partir da realização de três diferentes tipos de abordagens conceptuais (com e sem segmentação para critérios de índole financeiro e geográfico), norteados que estivemos pela análise das condições utilizadas por outros autores <sup>(19,21)</sup>.

### 4.2.1 Amostras sem critérios de segmentação

Foram calculados os indicadores e rácios para as duas amostras consideradas, tal como se apresenta nos quadros 48 e 49:

Quadro 48: : Indicadores económico-financeiros, para a amostra " Total farmácias"

Grupo "Total farmácias"	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Vendas e serviços prestados	1.159.987,16	1.277.557,09	1.370.483,20	1.422.167,11	1.446.795,57	1.290.634,07
Número de balanços analisados	1.161	1.239	1.239	1.239	1.240	1.192
Empregados	6	7	7	7	7	7
Vendas por empregado	184.082,16	195.660,47	200.428,32	203.049,67	200.651,66	177.341,30
Resultado líquido do período	53.599,56	51.880,98	44.454,76	56.482,47	55.693,84	36.779,72
Rendibilidade das vendas	4,6%	4,1%	3,2%	4,0%	3,8%	2,8%
EBITDA	90.748,04	94.183,43	89.401,63	116.027,53	116.345,23	94.240,49
EBITDA/vendas	7,8%	7,4%	6,5%	8,2%	8,0%	7,3%
Autonomia Financeira	45,18%	45,39%	44,33%	43,54%	44,71%	45,58%
Rendibilidade do Capital	12,39%	10,75%	8,72%	10,38%	9,41%	6,15%
Retorno do Ativo	5,60%	4,88%	3,86%	4,52%	4,21%	2,80%

Quadro 49 : Indicadores económico-financeiros para a amostra "PME Excelência"

Grupo "PME Excelência"	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Vendas e serviços prestados	2.127.276,71	2.286.047,22	2.363.729,47	2.444.030,55	2.547.042,53	2.198.924,60
Número de balanços analisados	22	22	22	22	22	20
Empregados	10	11	11	11	12	12
Vendas por empregado	212.727,67	207.822,47	214.884,50	221.184,60	212.253,54	183.243,72
Resultado líquido do período	152.788,58	137.831,97	143.290,03	144.774,64	156.347,33	116.717,29
Rendibilidade das vendas	7,2%	6,0%	6,1%	5,9%	6,1%	5,3%
EBITDA	227.393,15	206.892,20	208.235,91	234.735,86	254.537,47	208.312,77
EBITDA/vendas	10,7%	9,1%	8,8%	10,0%	10,4%	9,5%
Autonomia Financeira	45,81%	51,43%	51,30%	54,58%	58,14%	58,98%
Rendibilidade do Capital	26,43%	21,56%	20,37%	18,62%	18,78%	12,81%
Retorno do Ativo	12,11%	11,09%	10,45%	10,16%	10,92%	7,55%

#### Análise dos resultados:

É perceptível uma marcada tendência para a diminuição dos valores dos indicadores em estudo, em ambas as amostras, particularmente a partir do ano de 2010, aspeto que consubstancia o início de um ciclo económico recessivo para as farmácias.

De facto o valor das vendas e serviços prestados aumenta, sustentadamente, ao longo do período analisado, até 2010, decrescendo significativamente em 2011, para as duas amostras analisadas. O grupo "PME Excelência" apresenta, para todos os rácios calculados, valores absolutos mais elevados e uma menor diminuição

percentual a partir do ano de 2010, exceto para o parâmetro "vendas por empregado", embora este, em valor absoluto, permaneça mais elevado.

#### 4.2.2 Amostras com critérios de segmentação

Foram realizados vários ensaios com as amostras consideradas, a partir de critérios previamente estabelecidos em bibliografia de referência.

##### 4.2.2.1 Segmentação por volume de faturação <sup>(19)</sup>

Foram constituídos grupos de ensaio, divididos por volume de faturação, com intervalos de 499.999,00€, para as duas amostras consideradas, e denominadas respetivamente "Total farmácias" e "PME Excelência"

A) Farmácias com faturação entre os 0 e os 499.999,00€

Só foi analisado a amostra correspondente ao "Total farmácias", por ausência de farmácias da amostra "PME Excelência", que contempla 53 farmácias (4,4% do total da amostra). Verifique-se nas figuras 22 a 24, a evolução dos rácios calculados.

Figura 22: Evolução do rácio vendas por empregado para o grupo "Total farmácias" .

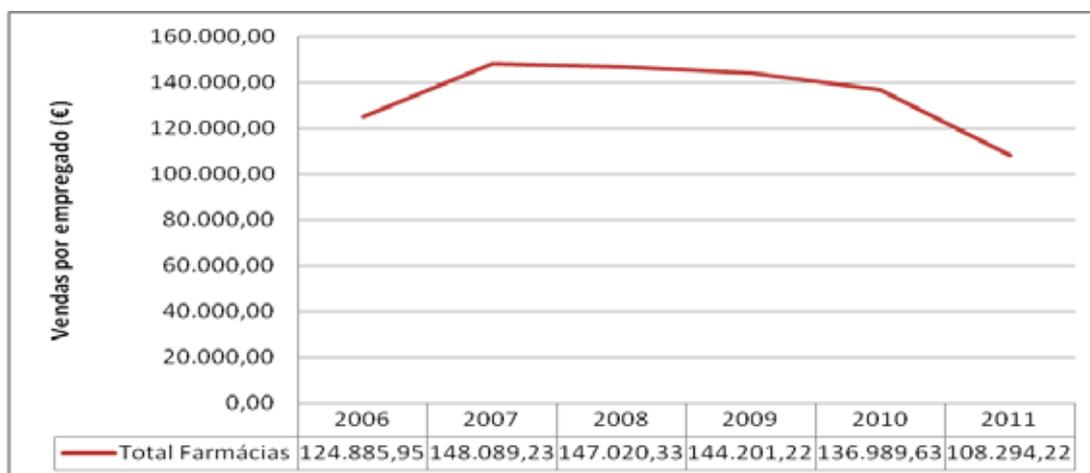


Figura 23: Evolução do rácio EBITDA em função das vendas para a amostra "Total farmácias".

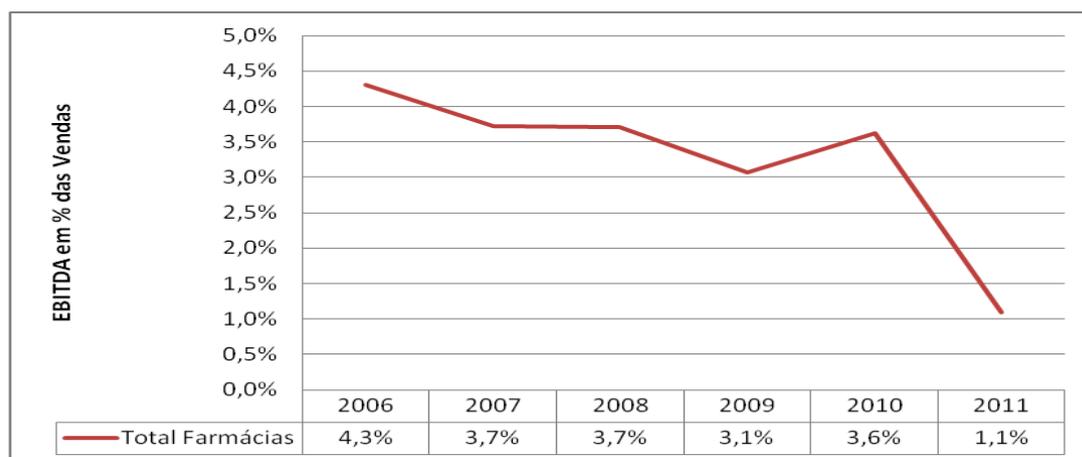
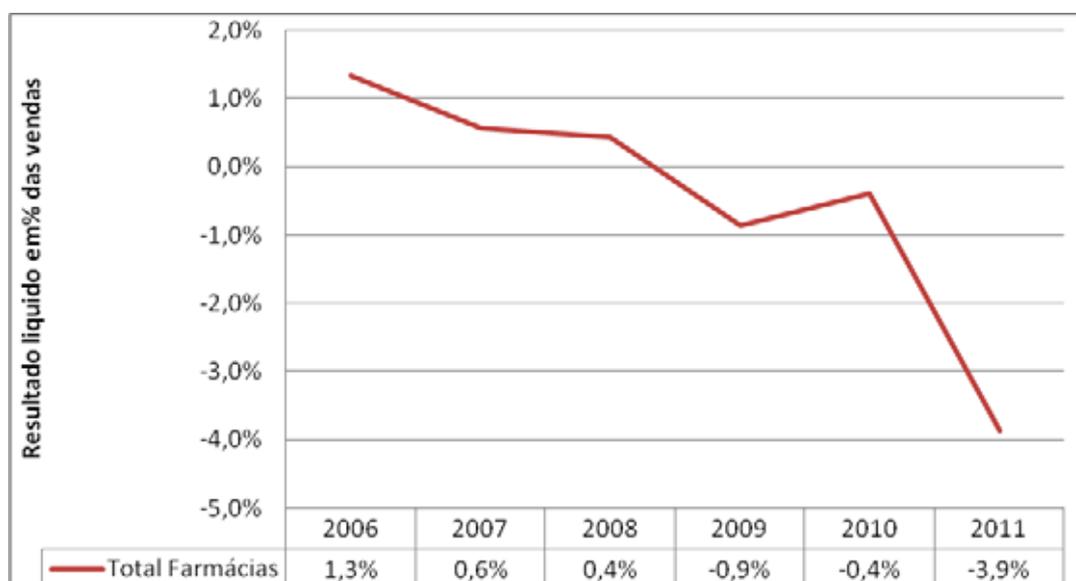


Figura 24: Evolução do rácio rentabilidade das vendas para a amostra "Total farmácias".



Análise dos resultados:

Nesta amostra evidencia-se a existência de resultados negativos e a consequente rentabilidade de capitais e do ativo, igualmente negativa, a partir do ano 2009. O EBITDA encontrado sofreu uma erosão considerável de 2010 para 2011, decrescendo consideravelmente, e afetando de sobremaneira o rácio deste indicador em função das vendas. Esta tendência está em consonância com os resultados obtidos na literatura referenciada, pese embora com uma expressão absoluta de maior valor no presente estudo.

B) Farmácias com faturação entre os 500.000€ e os 999.999€

Só foi analisado a amostra correspondente a "Total farmácias", por ausência de farmácias da amostra "PME Excelência", que contempla 385 farmácias (32,3% do total da amostra). As figuras 25 a 27 apresentam os rácios calculados.

Figura 25: Evolução do rácio vendas por empregado para a amostra "Total Farmácias" .

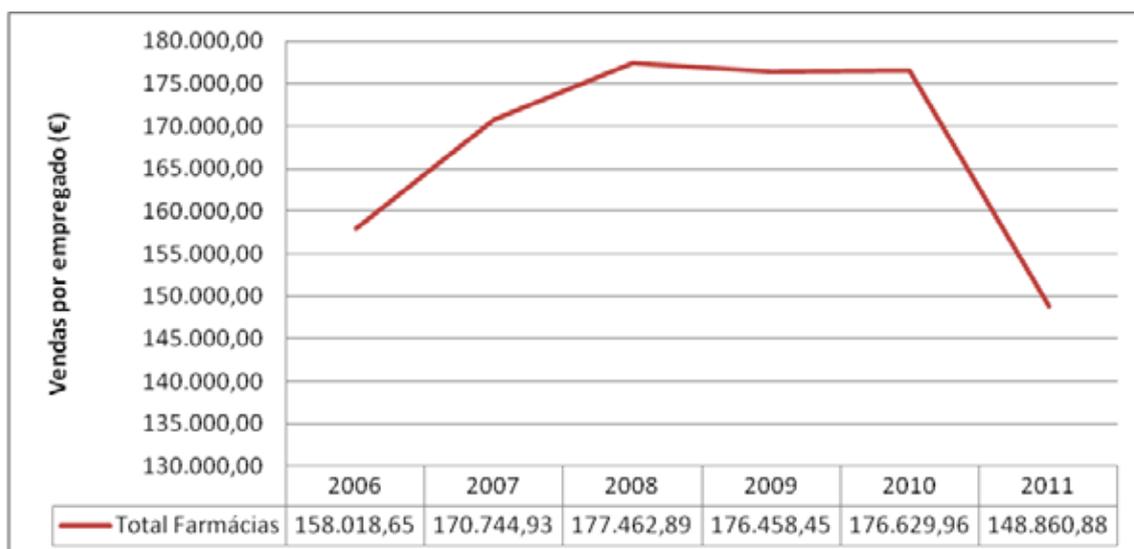


Figura 26: Evolução do rácio EBITDA em função das vendas para a amostra "Total farmácias".

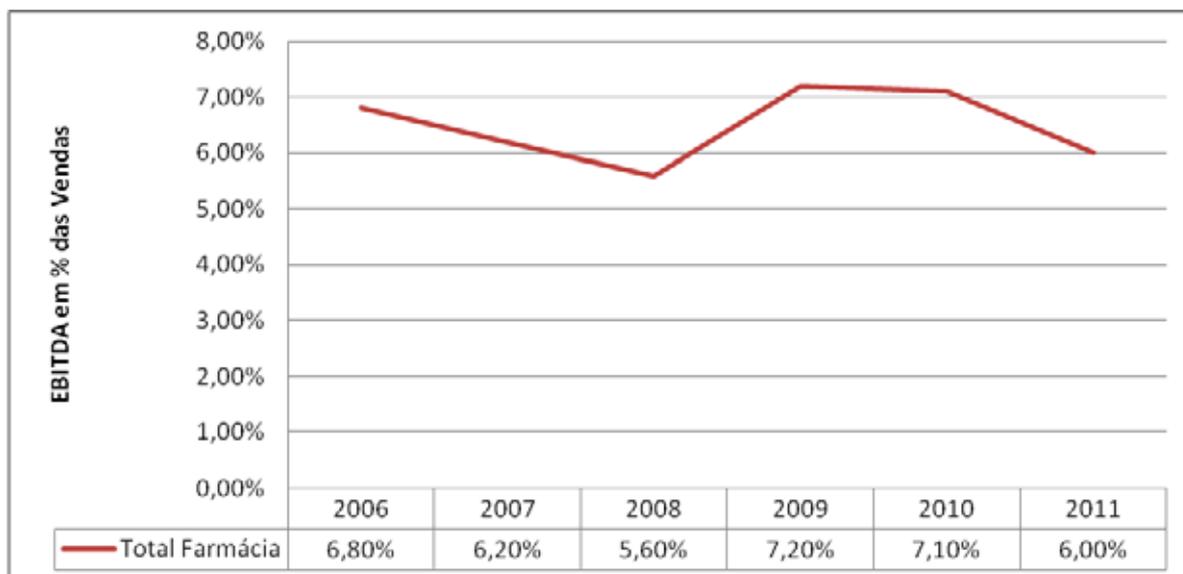
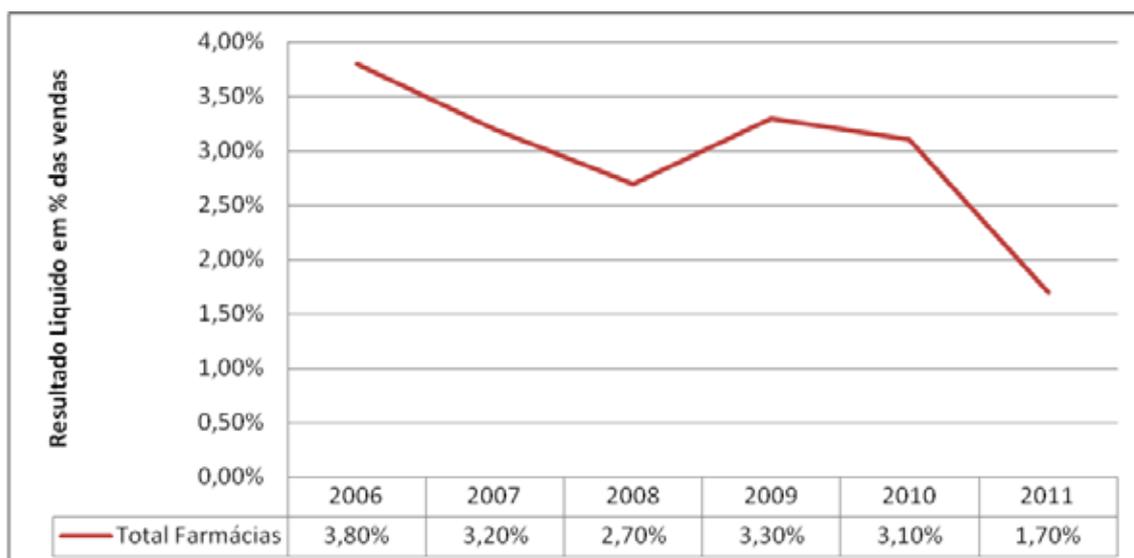


Figura 27: Evolução do rácio rentabilidade das vendas para a amostra "Total farmácias"



Análise dos resultados:

O ano de 2011 apresenta um decréscimo, da rentabilidade do ativo, dos capitais próprios e do resultado líquido para menos de metade, do que se registou em 2010, afetando significativamente os rácios de rentabilidade das vendas e também EBITDA em função das vendas. Os resultados aqui expressos estão igualmente em consonância com os verificados na literatura referenciada, em que o resultado líquido apresenta, inclusive, uma inversão dos valores, de positivos para negativos, do ano 2010 para 2011.

C) Farmácias com faturação entre os 1.000.000€ e os 1.499.999€

Foram analisadas amostras correspondentes a "Total farmácias", com 402 observações (33,7% do total da amostra) e "PME Excelência", com 2 observações (8,3% do total da amostra). As figuras 28 a 30 expressam os resultados obtidos.

Figura 28: Evolução do rácio vendas por empregado para a amostra "Total Farmácias" e "PME Excelência".

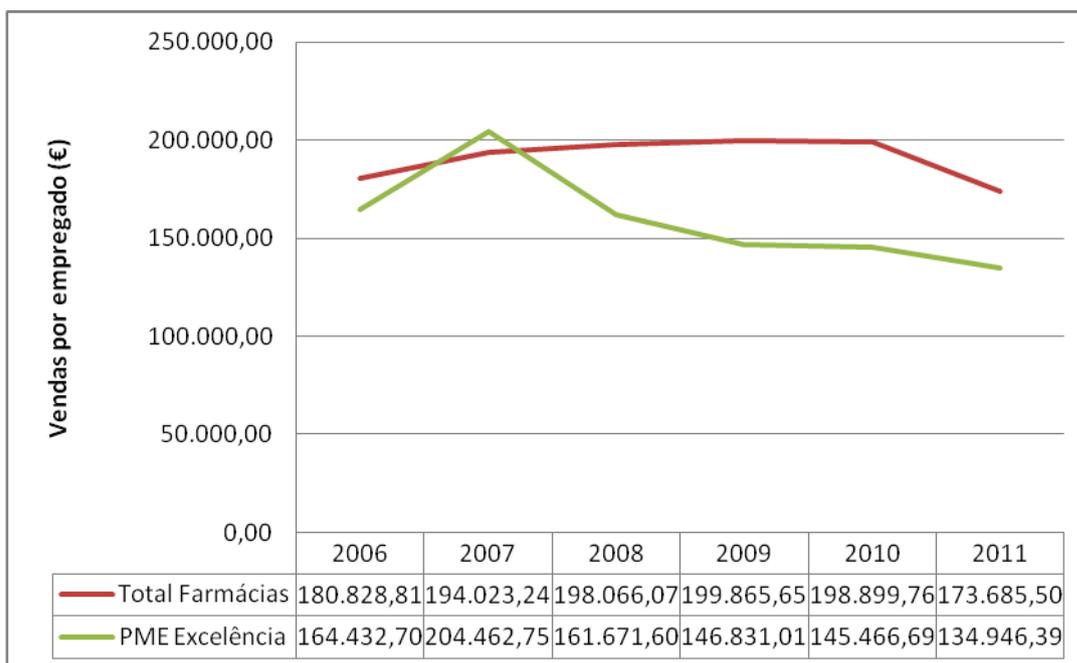


Figura 29: Evolução do rácio EBITDA em função das vendas para a amostra "Total Farmácias" e "PME Excelência".

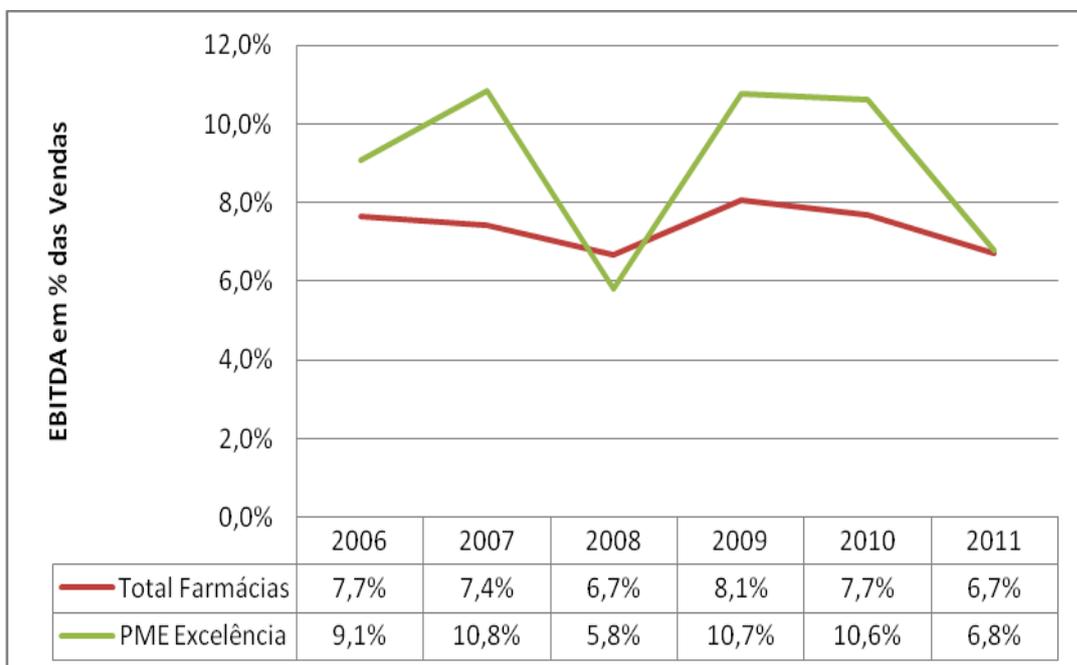


Figura 30: Evolução do rácio rendibilidade das vendas para a amostra "Total Farmácias" e "PME Excelência".



Análise dos resultados:

Verifica-se um melhor desempenho geral das farmácias da amostra "PME Excelência", nos rácios de rendibilidade das vendas e EBITDA em função das vendas, com perda acentuada nos anos de 2008 e 2010 para ambas as amostras, pese embora o rácio vendas por empregado se apresente com melhor desempenho na amostra "Total farmácias". No entanto, a pouca expressividade da amostra no grupo PME excelência pode estar a enviesar o resultado obtido.

A tendência de degradação dos resultados, com particular evidência do ano 2010 para 2011 está, igualmente, em consonância com o determinado pelos autores referenciados, embora estes tenham obtido um valor de depreciação do resultado líquido mais expressivo (decréscimo de 71,6%, enquanto a amostra "Total farmácias" evidencia uma diminuição de 37,1%).

D) Farmácias com faturação entre os 1.500.000€ e os 1.999.999€

Foram analisados as amostras correspondentes a "Total farmácias", com 208 observações (17,5% do total da amostra) e "PME Excelência", com 7 observações (29,2% do total da amostra). Verifique-se os resultados obtidos nas figuras 31 a 33.

Figura 31: Evolução do rácio vendas por empregado para as amostras "Total farmácias" e "PME Excelência".

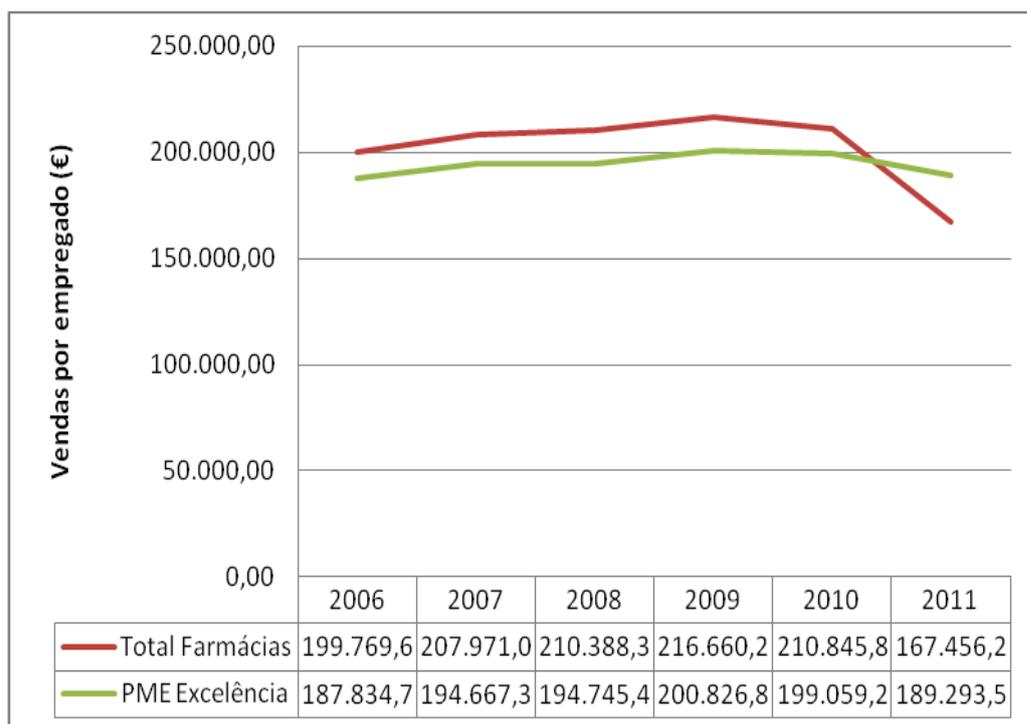


Figura 32: Evolução do rácio EBITDA em função das vendas para as amostras "Total farmácias" e "PME Excelência".

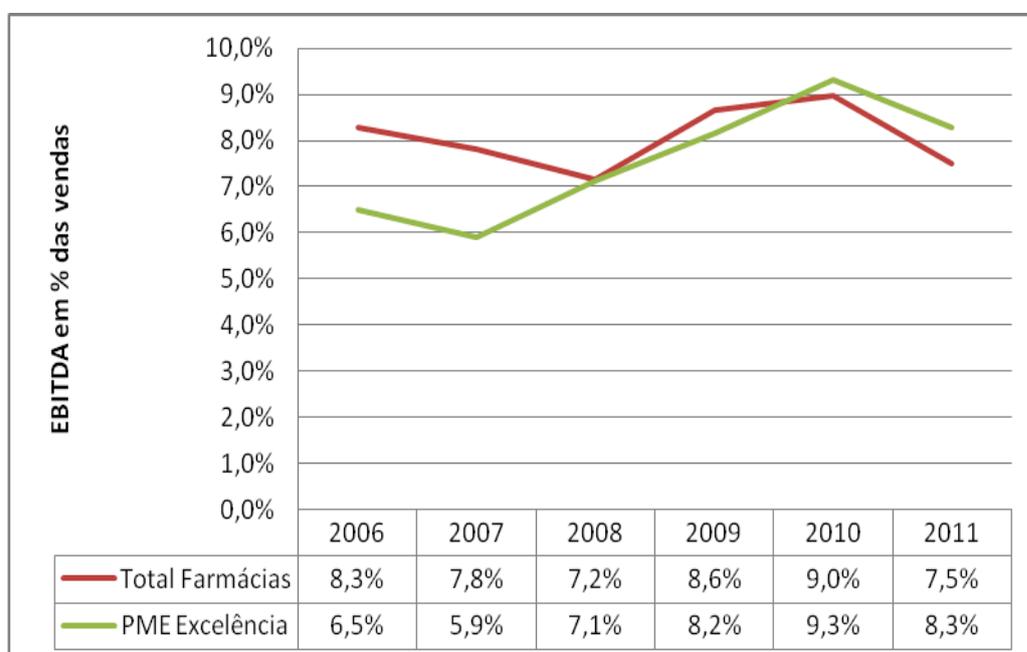
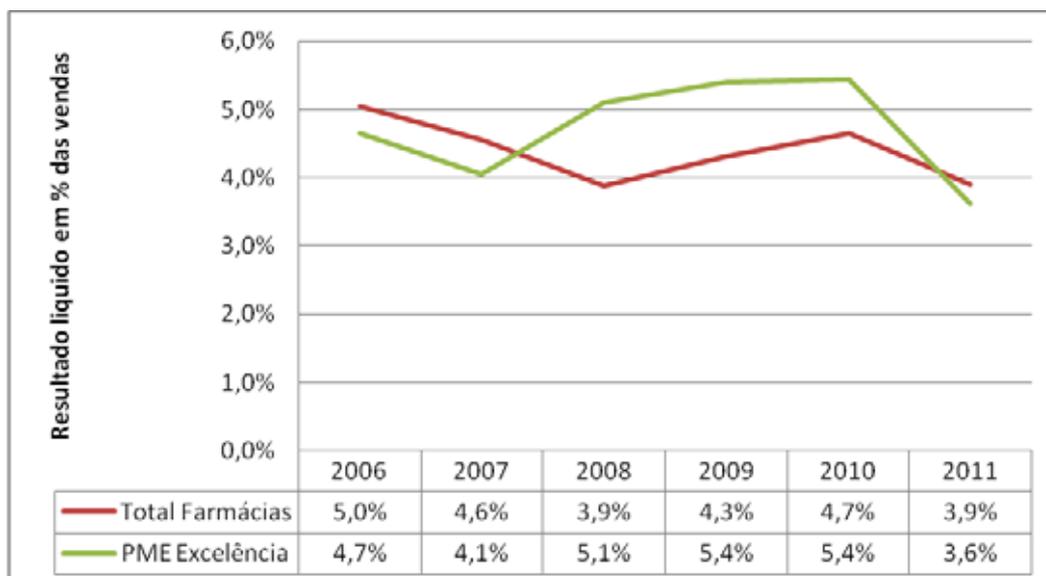


Figura 33: Evolução do rácio rendibilidade das vendas para as amostras "Total farmácias" e "PME Excelência".



Análise dos resultados:

Verifica-se um comportamento misto das duas amostras no período de tempo considerado, já que se até 2008 os rácios de EBITDA em função das vendas e rendibilidade das vendas, apresentam melhor desempenho na amostra "Total farmácias", a partir desse momento, a amostra "PME excelência", regista melhores desempenhos nos dois rácios mencionados. Relativamente ao outro rácio em análise, as vendas por empregado, este apresenta melhor desempenho, na amostra "Total farmácias", por um período de tempo mais extenso, concretamente até 2010, só ocorrendo uma inversão em 2011.

Os resultados obtidos nesta análise, concretamente para a amostra "Total farmácias", pese embora apresentem uma mesma tendência decrescente que o referenciado na literatura de suporte, não apresentam uma degradação tão rápida do ano 2010 para 2011 (os autores referenciados mencionam um decréscimo de 53,2% do resultado líquido enquanto a amostra evidencia uma diminuição de 24,2%).

E) Farmácias com faturação entre os 2.000.000€ e os 2.499.999€

Foram analisados os grupos correspondentes a "Total farmácias", com 81 observações (6,8% do total da amostra) e PME Excelência, com 8 observações (25,0 % do total da amostra. As figuras 34 a 36, expressam os resultados obtidos.

Figura 34: Evolução do rácio vendas por empregado para as amostras "Total farmácias" e "PME Excelência".

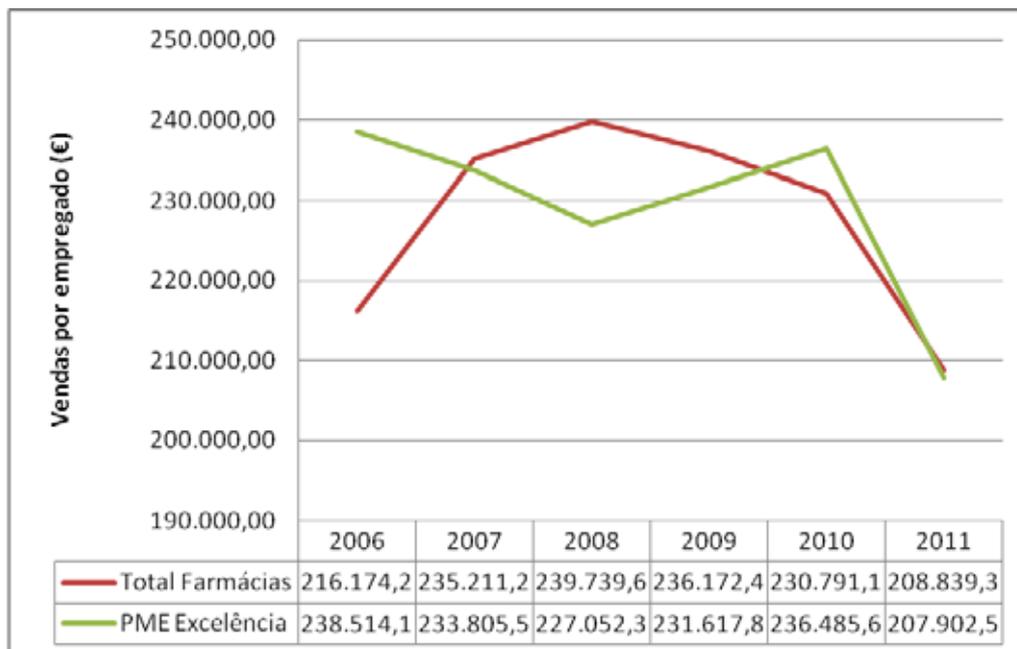


Figura 35: Evolução do rácio EBITDA em função das vendas para as amostras "Total farmácias" e "PME Excelência".

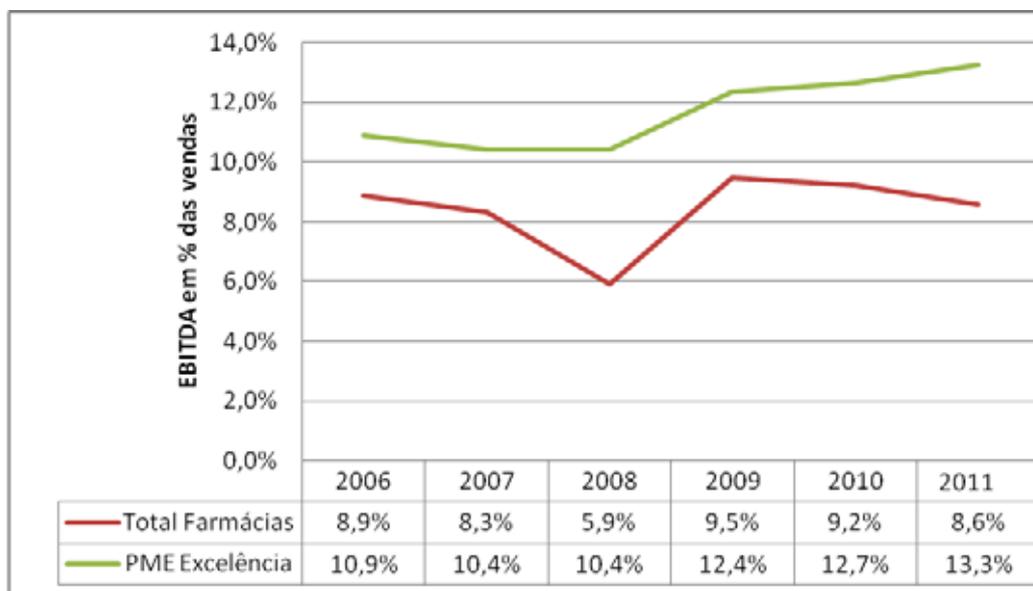
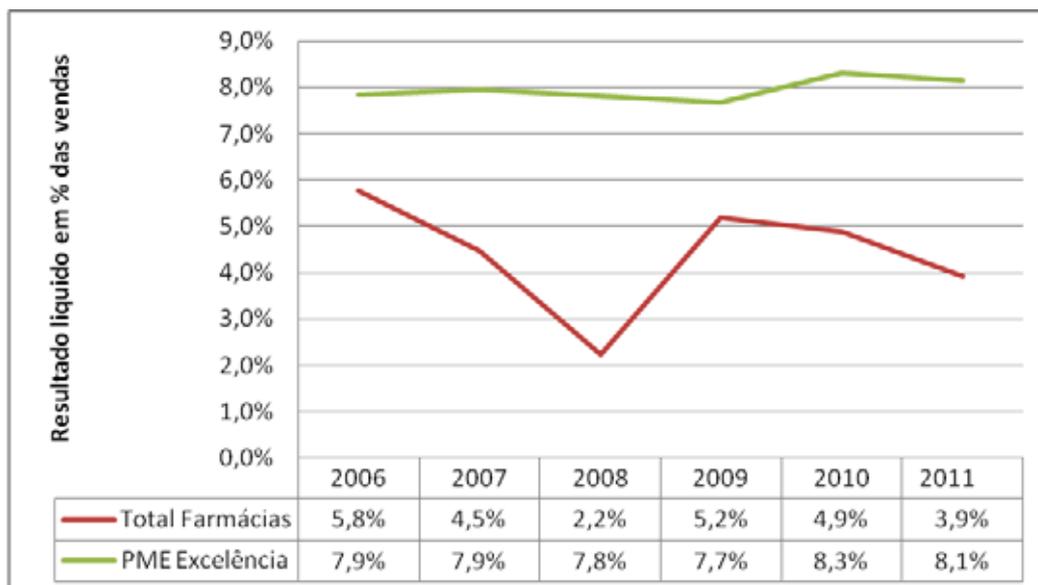


Figura 36: Evolução do rácio rendibilidade das vendas para as amostras "Total farmácias" e "PME Excelência".



Análise dos resultados:

A amostra "PME Excelência" apresenta um comportamento, nos rácios EBITDA/vendas e rendibilidade das vendas, significativamente diferenciado da amostra "Total farmácias", pese embora se verifique a existência de um resultado significativamente diferente no que concerne às vendas por empregado. De facto, este rácio apresenta uma inversão, relativamente aos restantes, especialmente no período de 2007 a 2009, porquanto na amostra "Total farmácias" registou-se um aumento de faturação acompanhado do aumento do número de empregados, enquanto na amostra "PME excelência" ocorreu exatamente o inverso, ou seja diminuição da faturação acompanhada de diminuição do número de empregados, o que originou uma quebra mais acentuada nesta última amostra. Recorrendo novamente a uma comparação com a literatura referenciada, verifica-se uma tendência, igualmente decrescente, entre os anos 2010 e 2011, mas com uma expressão menos acentuada para a amostra "Total farmácias" do que o mencionado na literatura (que refere uma degradação de 46,6% e que compara com 27% da amostra).

F) Farmácias com faturação maior que 2.500.000€

Foram analisados as amostras correspondentes a "Total farmácias", com 60 observações (5 % do total da amostra) e "PME Excelência", com 5 observações (20,8% do total da amostra). Atente-se nas figuras 37 a 39, que apresentam os resultados obtidos.

Figura 37: Evolução do rácio vendas por empregado para as amostras "Total farmácias" e "PME Excelência".

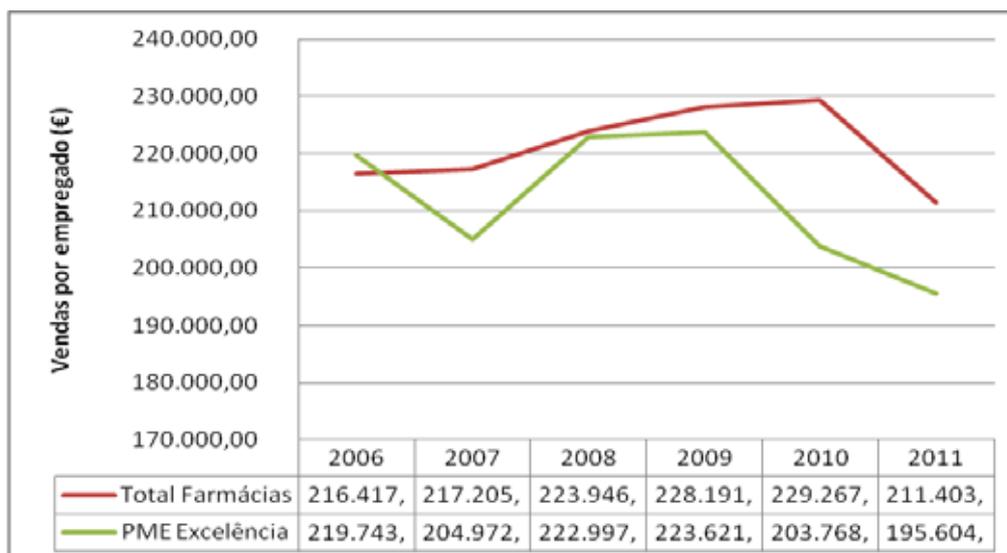


Figura 38: Evolução do rácio EBITDA em função das vendas para as amostras "Total farmácias" e "PME Excelência".

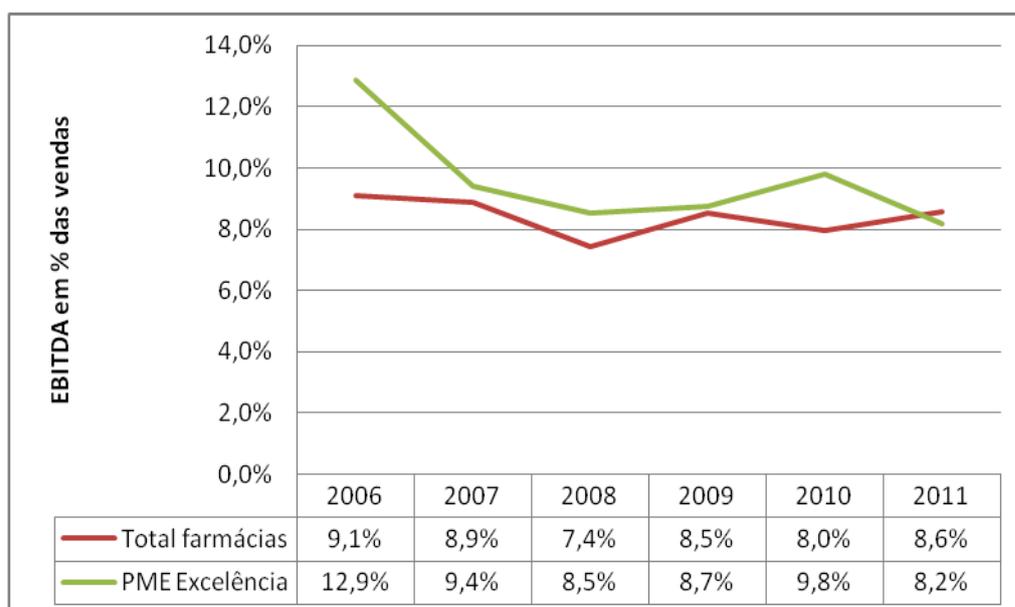
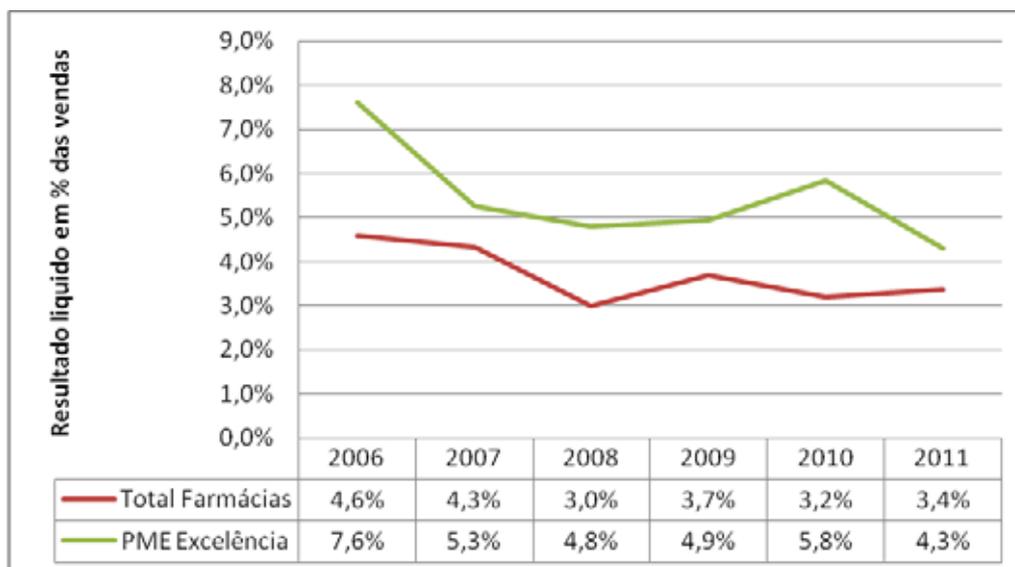


Figura 39: Evolução do rácio rendibilidade das vendas para as amostras "Total farmácias" e "PME Excelência".



Análise dos resultados:

A amostra "PME Excelência" apresenta, na generalidade do período em análise, melhores rácios de EBITDA em função das vendas e rendibilidade das vendas. Excetua-se o ano 2011, em que se verifica que o primeiro rácio mencionado tem maior dimensão percentual, para a amostra "Farmácias total", bem como um melhor rácio de vendas por empregado, para este último grupo, em todo o período considerado.

#### 4.2.2.2 Segmentação por zona geográfica <sup>(21)</sup>

Foram realizadas agregações dos resultados das amostras de farmácias, consideradas anteriormente, seguindo a divisão administrativa existente no País, de que resultaram grupos de ensaio designados com o nome dos distritos e dos concelhos originais.

Foi efetuada a construção de rácios, de acordo com a mesma metodologia usada anteriormente (em 2.1). Para comparação de resultados com a bibliografia de referência, agregaram-se os resultados dos dez maiores distritos e concelhos de Portugal, que são individualizados usando as expressões "Concelhos 10+" e "Distritos 10+".

Verifique-se agora, seguindo a mesma metodologia de obtenção dos rácios usados para a análise em 5.2.1 e 5.2.2.1, os resultados obtidos para os grupos de ensaio construídos, patente nos quadros 50 a 52. Saliente-se que a esta informação foi

adicionada a referente ao cálculo das margens (ver quadro 53), como forma de aferir a existência de eventuais assimetrias que possam ajudar a explicar os resultados obtidos nos pontos anteriores.

Quadro 50: Vendas por empregados nos diferentes grupos de ensaio.

CONCELHO	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ALMADA	232239,7	232992,0	259685,9	239699,5	209221,7	185709,5
AMADORA	212505,5	198067,7	194240,4	206043,4	197870,1	171905,1
BRAGA	220861,9	225951,3	201969,2	235532,6	220802,1	190599,5
CASCAIS	199053,3	208913,8	214999,8	204788,7	203365,6	197810,7
LISBOA	173185,3	180109,5	186991,5	186935,9	183696,7	167456,3
LOURES	234441,6	170092,2	192703,5	208825,5	204298,5	175487,8
MATOSINHOS	215275,2	193883,3	205730,6	194345,2	194914,5	168571,0
PORTO	178001,7	179865,5	185885,1	187646,3	184601,6	177748,3
SINTRA	234363,3	200551,2	220304,4	217392,3	217512,8	199506,7
V.N.GAIA	184302,3	202255,8	193882,2	189737,5	196701,8	164729,8
<b>CONCELHOS 10+</b>	208423,0	199268,2	205639,3	207094,7	201298,5	179952,5
<b>PME EXCELÊNCIA</b>	212727,7	207822,5	214884,5	221184,6	212253,5	183243,7
<b>TOTAL FARMÁCIAS</b>	184082,2	195660,5	200428,3	203049,7	200651,7	177341,3
<b>DISTRITOS 10+</b>	201143,1	202588,5	203860,0	205657,6	204507,9	177283,9

Fonte: DB Informa

Nota: Concelhos 10+, PME Excelência, Continente, Distritos 10+ dizem respeito às médias aritméticas resultantes do agrupamento de farmácias nos respetivos grupos de ensaio

Análise dos resultados:

Verifica-se uma diminuição do rácio apresentado ao longo de todo o período considerado (2006-2011), sendo que existe um trajeto ascendente de 2006 a 2009, em que a generalidade das farmácias dos concelhos considerados atinge mesmo o seu valor máximo entre 2008 e 2009, com exceção de V.N. Gaia, que recorde-se é o concelho apresentado com menor poder de compra (atingindo-o inclusive em 2007). Note-se que quando comparada a realidade dos dez concelhos mais populosos com os indicadores similares referentes aos dez distritos mais populosos, nos respetivos grupos de ensaio, e os calculados para as amostras "Total farmácias" (que reflete o total nacional) e farmácias PME Excelência, esta última apresentam invariavelmente os valores mais elevados.

Quadro 51: EBITDA em função das vendas nos diferentes grupos de ensaio.

CONCELHO	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ALMADA	8,5%	8,1%	7,7%	8,0%	7,7%	5,9%
AMADORA	6,9%	5,8%	5,7%	6,4%	6,9%	5,4%
BRAGA	9,4%	9,7%	8,5%	10,4%	12,6%	10,7%
CASCAIS	3,9%	4,0%	4,4%	5,0%	5,4%	5,7%
LISBOA	5,4%	4,7%	4,4%	5,6%	5,2%	4,0%
LOURES	5,1%	6,2%	4,9%	7,1%	7,3%	7,7%
MATOSINHOS	7,0%	7,0%	7,8%	9,5%	8,8%	7,6%
PORTO	7,2%	8,1%	6,3%	7,1%	6,0%	7,6%
SINTRA	7,4%	6,0%	6,0%	6,5%	6,1%	6,2%
V.N.GAIA	5,1%	6,0%	6,4%	6,2%	5,9%	6,0%
<b>CONCELHOS 10+</b>	6,57%	6,55%	6,26%	7,23%	7,27%	6,73%
<b>PME EXCELÊNCIA</b>	10,70%	9,10%	8,80%	10,00%	10,40%	9,50%
<b>TOTAL FARMÁCIAS</b>	7,80%	7,40%	6,50%	8,20%	8,00%	7,30%
<b>DISTRITOS 10+</b>	8,19%	7,55%	7,12%	8,58%	8,51%	7,50%

Fonte: DB Informa

Nota: Concelhos 10+, PME Excelência, Continente, Distritos 10+ dizem respeito às médias aritméticas resultantes do agrupamento de farmácias nos respetivos grupos de ensaio relativos às designações adotadas.

#### Análise dos resultados:

Quando analisado este rácio nota-se uma assimetria relevante de resultados, com a maioria dos concelhos a revelarem uma progressão considerável dos valores (todos os geograficamente situados a Norte, bem como Loures, que, recorde-se, registou o maior decréscimo do número de habitantes por farmácia no período considerado) e os concelhos mais a sul do País a registarem um decréscimo deste mesmo valor de rácio.

Existe, nesta análise, uma disparidade significativa de resultados, entre o concelho de Braga, que apresenta o resultado sustentado mais elevado, e os restantes concelhos do País.

Quadro 52: Rendibilidade das vendas nos diferentes grupos de ensaio.

CONCELHO	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ALMADA	5,07%	4,65%	4,02%	3,41%	3,05%	1,08%
AMADORA	2,99%	2,86%	2,59%	2,80%	3,21%	1,39%
BRAGA	6,36%	5,94%	4,94%	4,75%	6,83%	5,19%
CASCAIS	1,10%	1,58%	1,94%	1,98%	2,18%	1,74%
LISBOA	1,90%	1,26%	0,50%	1,56%	1,40%	-0,27%
LOURES	2,74%	2,64%	1,78%	3,17%	3,02%	3,01%
MATOSINHOS	5,09%	5,00%	5,41%	5,13%	4,35%	3,47%
PORTO	4,21%	4,16%	3,02%	3,58%	1,50%	3,49%
SINTRA	3,84%	2,45%	2,45%	2,74%	1,83%	1,38%
V.N.GAIA	2,55%	3,38%	3,62%	2,20%	1,92%	1,73%
<b>CONCELHOS 10+</b>	3,60%	3,44%	3,13%	3,19%	3,00%	2,28%
<b>PME EXCELÊNCIA</b>	7,20%	6,00%	6,10%	5,9%	6,10%	5,30%
<b>TOTAL FARMÁCIAS</b>	4,60%	4,10%	3,20%	4,00%	3,80%	2,80%
<b>DISTRITOS 10+</b>	5,35%	4,54%	4,10%	4,49%	4,12%	2,99%

Fonte: DB Informa

Nota: Concelhos 10+, PME Excelência, Continente, Distritos 10+ dizem respeito às médias aritméticas resultantes do agrupamento de farmácias nos respetivos grupos de ensaio relativos às designações adotadas.

Análise dos resultados:

Ao analisarmos a rendibilidade das vendas de cada um dos dez concelhos mais populosos, verifica-se um decréscimo generalizado, no período analisado, excetuando Cascais e Loures, que apresentam um valor em 2011, ligeiramente maior que o verificado em 2006. A amostra "PME Excelência" apresenta o valor médio mais elevado de todas as restantes analisadas. Destaque para o concelho de Lisboa, que apresenta, em 2011, um valor negativo.

Quadro 53: Margem bruta (em %) nos 10 concelhos mais populosos.

CONCELHO	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ALMADA	27,18	27,39	26,23	26,75	26,16	27,36
AMADORA	26,13	26,11	26,20	27,18	27,65	28,86
BRAGA	24,79	25,66	25,30	25,77	27,11	28,24
CASCAIS	26,84	27,62	27,51	26,72	27,72	29,35
LISBOA	26,91	26,36	25,97	26,21	26,45	27,11
LOURES	27,46	27,34	25,86	26,22	28,21	29,25
MATOSINHOS	25,03	24,77	25,04	25,56	25,49	26,44
PORTO	25,96	26,82	25,77	25,86	25,58	26,59
SINTRA	26,15	24,11	25,82	25,76	26,19	27,96
V.N.GAIA	25,49	25,66	25,75	26,11	25,41	26,92

Fonte: DB Informa

#### Análise dos resultados:

Da análise das margens brutas existentes, igualmente, nos dez concelhos mais populosos, verifica-se, para todos estes uma evolução crescente ao longo do período analisado. Realce-se o caso de Cascais e Loures, que, apresentam as margens mais elevadas e que, simultaneamente, revelam uma tendência crescente para o rácio de rendibilidade das vendas, o que se revela coerente com os resultados anteriores.

## Capítulo V - Discussão dos resultados

### 5.1 Análise da evidência empírica

A discussão dos aspetos que consideramos mais relevantes, e que se destacaram no decurso do trabalho de investigação, desenvolve-se em dois vetores distintos:

Numa primeira vertente analisamos as matérias que integram o corpo da literatura científica relacionada com a evidência empírica, objeto desta tese.

Numa segunda vertente conduzimos uma análise comparativa entre os resultados que foram obtidos através da presente investigação e os que constituem o conhecimento científico acerca do impacto associado à alteração das condições económico-financeira das farmácias no período de análise considerado, que recordamos é de 2006 a 2011. Neste ponto realce-se que a literatura científica é limitada, não só em termos do número de trabalhos publicados, mas também quanto às características das amostras consideradas, uma vez que se baseiam em dados absolutos e quantitativos, não incluindo a componente qualitativa.

Neste espaço de discussão, e baseado nas premissas referidas anteriormente, procurámos contemplar quer a análise de aspetos de manifesta abrangência, os designados nucleares, bem como detalharmos as componentes que se revelam de maior especificidade para suportar o raciocínio que construímos. Assim, uma das questões que nos parece nuclear prende-se com os possíveis modelos de intervenção do Estado no contexto da organização do sector do retalho farmacêutico.

As correntes doutrinárias sobre esta temática, já enunciadas no Capítulo I, remetem-nos pois para modelos com diferentes posições. Assim, um dos argumentos mais utilizados, para justificar o intervencionismo do Estado no processo de mercado, é a prorrogativa de que se tornam necessárias correções, por parte do poder público, das imperfeições e falhas apresentadas pela economia de livre mercado.

Assim, os modelos iniciais de socialismo de mercado desenvolvidos nos anos 30 e 40 do século XX concebiam o Estado, essencialmente, como provedor de bens privados <sup>(52)</sup>. A intervenção estatal seria necessária para colmatar a inexistência de investimentos privados, causa principal do desemprego, de acordo com a análise da

escola Keynesiana. Nas décadas de 1940 e 1950 tornou-se dominante uma corrente sobre falhas de mercado (bens públicos, externalidades e economias de escala) que procurava encontrar uma explicação natural para a existência do Estado devido ao facto de o mercado, em determinadas condições, não ser capaz de levar a economia à condição ótima, equacionada classicamente por Vilfredo Pareto.

Como expresso por Buchanan, muitas das alegadas falhas de mercado poderiam ser explicadas, mais assertivamente, em função da atuação do Estado, devido à incapacidade deste em delinear e manter direitos de propriedade, eficientemente. Assim sendo, em muitos casos, a necessidade de o Estado produzir e administrar a distribuição de bens coletivos desapareceria <sup>(53)</sup>. Este autor, que recorde-se, foi um dos principais mentores da teoria do *Public Choice*, referiu então que a componente teórica e a prática das finanças públicas deveriam ser reequacionadas por forma a adequar a distribuição individual do custo público à distribuição referente aos benefícios obtidos por cada cidadão, de tal forma a que os cidadãos pudessem perceber o que recebem em troca dos impostos que pagam. Procurava-se pois uma resposta à questão: se o Estado existe como uma espécie de substituto do mercado para fornecer bens públicos e eliminar externalidades, como seria possível a revelação das preferências por esses bens públicos?

A teoria do *Public Choice* pode pois assumir-se, em determinado momento, como uma extensão dos métodos da teoria económica convencional, de autores como Locke e Smith que preconizaram em primeira instância o bem-estar social, para o ambiente conhecido como mercado político. O principal argumento era que, fosse no mercado, fosse na política, os indivíduos comportavam-se da mesma maneira, ou seja, movidos pelas mesmas motivações – eram maximizadores do interesse próprio. Assim, se a existência do Estado é necessária devido às falhas de mercado para corrigir externalidades e conseguir assim uma melhoria do bem-estar através da provisão de bens públicos, a preocupação dos autores da teoria do *Public Choice* centrava-se na limitação dos poderes do Estado para evitar as falhas deste.

Recorde-se que uma falha de mercado ocorre quando os mecanismos de mercado, que não sejam regulados pelo estado e são deixados livremente a funcionar, originam resultados económicos não eficientes ou indesejáveis do ponto de vista social.

Estas falhas são, usualmente, provocadas pelas imperfeições do mercado, nomeadamente informação incompleta dos agentes económicos, custos de transações elevadas e ocorrência de estruturas de mercado do tipo concorrência imperfeita.

Uma conceção diferente tinha Nozick, um autor com características mais liberais, que defende, posteriormente a Buchanan, a necessidade de uma intervenção mais reduzida do Estado na Economia, naquilo que ficou conhecido como a Teoria da Titularidade. O modelo subscrito é contrário a qualquer intervenção Estatal, defendendo o mercado livre. O Estado libertário, assim designado, é o Estado mínimo conforme concebido no ocaso das revoluções burguesas do século XVIII, que apenas atua para garantir os direitos de liberdade <sup>(54)</sup>.

Verificamos pois que, de uma forma explícita, os economistas e outros autores que refletem sobre a organização do Estado, numa vertente histórica e contemporânea, estudam periodicamente as causas do fracasso do mercado e os possíveis meios de correção. Tal análise desempenha uma função importante em muitos tipos de decisões de políticas públicas. No entanto, alguns tipos de intervenções governamentais, tais como impostos, subsídios, controles de preços e salários, e regulamentações, incluindo tentativas de corrigir as falhas de mercado, conduzem a uma alocação ineficiente de recursos, as denominadas falhas de governo, ou seja os problemas que o governo causa ao intervir na economia.

Há autores <sup>(55)</sup>, que consideram mesmo que as intervenções do Estado na economia tendem a resultar em mais ineficiência e injustiça, do que iríamos encontrar num mercado completamente livre. É que existem descritas quatro tipos de falhas de mercado, e catorze falhas de governo, sendo muitas delas causadas por tentativas de corrigir falhas de mercado.

Ao condicionar fortemente o sector farmacêutico, visto ser uma área de exercício profissional com um extenso enquadramento legislativo, mas também ao constituir-se como o "melhor" cliente do mercado retalhista, estará o Estado em si mesmo a insistir numa falha de governo?

É que enquanto alguns autores consideram que o papel do Estado, nas economias capitalistas, deve ser o menor possível já que o setor público tende a favorecer as indústrias e serviços que controla, artificializando as condições do mercado, outros autores, por seu turno, consideram que, em determinadas

circunstâncias, é precisamente o Estado que deve intervir ou atuar diretamente em certas atividades económicas que, em mãos de particulares, condicionariam de forma exagerada a economia de um país e deixariam desamparados os direitos da maioria <sup>(56)</sup>. Esta questão, julgo, conduz-nos a um conceito de eminente relevância, que é a da regulação da atividade económica. Segundo Posner <sup>(57)</sup>, "regulação económica é a expressão que se refere a todos os tipos de impostos, subsídios, bem como os mecanismos de controlo legislativo e administrativo explícitos sobre taxas, autorizações para entrar no mercado e outras facetas da atividade económica "

No domínio da Economia, é comumente aceite que há duas abordagens principais sobre a atuação regulatória do Estado <sup>(11)</sup>. Por um lado a teoria denominada de "análise normativa" que se baseia no que deve ser a regulação económica. Por outro, há uma "análise positiva", construída pela economia política, que evidencia a distância entre os objetivos da regulação e a dinâmica própria das entidades reguladoras, que está condicionada às motivações de diversos grupos de interesse.

A análise normativa subscreve que o mercado apresenta falhas que devem ser corrigidas pelo governo por meio de atividades regulatórias. As principais falhas identificadas são imperfeições na concorrência – em geral a formação de monopólios ou oligopólios, externalidades, assimetrias de informação e insuficiente provisão de bens públicos.

A análise positiva – denominada por Teoria Económica da Regulação – socorre-se de referências da ciência política para avaliar as limitações que existem na aplicação das soluções normativas. Neste contexto, a teoria analisa as falhas de governo que dificultam a implementação de políticas que deveriam ser estabelecidas, na perspetiva normativa, para resolver falhas de mercado.

Alguns autores <sup>(58)</sup> têm chamado a atenção para o sector da saúde por neste predominarem as referidas falhas de mercado. Estas falhas alteram significativamente a dinâmica do binómio *oferta- procura* na "transação" tão característica que é a dos cuidados de saúde, fazendo por ex. com que o fator preço deixe de ter a mesma relevância que teria num mercado dito normal.

Ao longo da segunda metade do século XX, a intervenção pública na organização dos sistemas de saúde tem tido, neste âmbito, a preocupação de introduzir dispositivos de "terceiro pagador" - seja por sistemas de seguro-doença

obrigatório, seja pelo financiamento público através de impostos gerais. Tais dispositivos anularam ou transformaram radicalmente os referidos mecanismos básicos do mercado, criando mecanismos em que a "oferta" pode induzir a "procura" e em que esta pode ser limitada pelo "comprador". Também por esta razão, existe hoje a nível internacional suficiente consenso de que, deixado a si mesmo o mercado, não só não se atua de modo satisfatório no sector da saúde como se produzem situações e resultados socialmente indesejáveis <sup>(59)</sup>.

O reconhecimento da saúde como um mercado imperfeito, conduziu mesmo dois reconhecidos economistas à seguinte expressão <sup>(60)</sup>:

*“Numa concorrência saudável, as melhorias nos processos e métodos conduzem à diminuição dos custos. A qualidade dos produtos e serviços aumenta de forma constante. A inovação leva a novas e melhores abordagens, que se difundem amplamente e com rapidez. Os prestadores menos competitivos sofrem reestruturações ou são excluídos do mercado. O valor ajustado do preço cai e o mercado expande-se. Esta é a trajetória comum a todas as atividades económicas: software, comunicações móveis, banca e muitas outras. A Saúde não poderia ser mais diferente”*

A economia das farmácias é profundamente influenciada pela regulação do mercado praticada pelo Estado, já que esta é a entidade que interfere na instalação e funcionamento, nos recursos humanos autorizados a aí laborar e por outro lado em todo o sector económico do medicamento, condicionando a entrada, destes bens, no mercado, o preço praticado, as margens autorizadas e a comparticipação cedida. Note-se que as farmácias são entidades privadas prestadoras de cuidados de saúde que desempenham a função de distribuição do medicamento, desenvolvendo uma atividade económica que é baseada num mercado que possui, efetivamente, características particulares <sup>(61)</sup>, uma vez que:

- A procura em saúde, não é baseada num juízo racional, sendo motivada pela subjetividade de cada um em relação à necessidade, ou não de cuidados de saúde;
- A assimetria de informação é muito considerável se atendermos aos conhecimentos que detêm os consumidores, as indústrias de tecnologias de saúde, os profissionais de saúde e os doentes, ou seja quem procura e quem oferece;
- As sociedades desenvolvidas não parecem tolerar poderem ocorrer, no acesso à saúde, situações de completa ausência de satisfação de necessidades em saúde, por oposição ao que tantas vezes acontece em outros mercados em que a procura não é satisfeita.

Importa, para além de realçarmos as características de imperfeição do mercado da saúde em que as farmácias operam, recordar que, maioritariamente, nestas a procura é determinada por terceiros. De facto, 79,6% <sup>21</sup> da sua faturação corresponde a prescrição provenientes dos médicos, e a oferta é condicionada, na sua quase totalidade (excetuando as farmácias que produzem alguns medicamentos manipulados, mas cuja expressão é residual no contexto nacional) pelos produtos disponibilizados pela Indústria Farmacêutica. Este enquadramento coloca estas unidades numa posição particular, em cuja característica verdadeiramente diferenciadora, num contexto de comércio de retalho tradicional, reside no contrato de cedência de medicamentos, comparticipados pelo Estado, relativamente ao qual, como fizemos anteriormente referência, a dependência financeira das farmácias é significativa.

Para verificarmos como este aspeto é de crucial importância para a economia da farmácia, referenciemos o caso do Reino Unido, em que a instalação de farmácias não possui condicionalismos de natureza demográfica ou geográfica, como em grande parte dos países Europeus. Neste País o Estado reserva-se ao direito de celebrar convenções para a cedência de medicamentos comparticipados à população, com as farmácias que entende relevantes para o acesso da população aos fármacos. No entanto, apenas existem 1,1% de farmácias instaladas sem esse mesmo contrato com o sistema nacional de saúde Britânico, na sua grande maioria pertencentes inclusive a cadeias de farmácias <sup>(42)</sup>.

Outro aspeto singular da vivência empresarial das farmácias, que a afasta em muitos momentos de uma qualquer empresa inserida num mercado convencional, prende-se com a função social desempenhada por estas. É comumente aceite que a principal função de uma empresa consiste em criar valor através da produção de bens e serviços, gerando assim lucros para os seus proprietários e acionistas e bem-estar para a sociedade, através de um processo contínuo de criação de emprego <sup>(62)</sup>.

No caso das farmácias, e prestando estas unidades serviços de proximidade, estão sujeitas, também, à relevância social do bem em si mesmo, já que a saúde é um recurso essencial ao ser humano.

E se é verdade que a maior parte dos cidadãos Portugueses diz-se insatisfeito, quanto à sua condição de saúde <sup>(63)</sup>, o que conduz à existência de fortes impactos

---

<sup>21</sup> Infarmed, dados de mercado 2011

na oferta e consumo deste bem, também se constata que ocorre um significativo *cut-off* de valor, porquanto a procura é condicionada não pelo desejo de deter o produto ou serviço mas sim para a preservação ou melhoria da própria condição de vida.

Assim, a função de uma farmácia parece não poder cingir-se ao de uma empresa no seu sentido mais estrito já que, adicionalmente, contempla uma vertente de ação humanitária que não é diretamente mensurável, e que se substancia em variadas atividades *pro-bono*, que as farmácias realizam, como sejam a participação constante na educação e promoção para a saúde e a disponibilidade permanente e gratuita dos seus técnicos para aconselhar, em matérias de saúde, os cidadãos. Esta vocação obvia inclusive uma intervenção de maior relevância por parte do Estado, que deveria encarar a saúde com um bem de mérito e portanto assegurar a sua integral provisão, como o elencam alguns autores <sup>(11)</sup>.

Recordemos que neste sector o facto de existir uma repartição do pagamento entre estado e consumidor implica uma conceção diferente do mercado económico. De facto, ocorre, maioritariamente, uma separação das decisões de prescrição, consumo e financiamento já que quem consome não é quem decide sobre a compra do medicamento, quem decide não paga pelo produto e quem paga (parcial ou integralmente) por vezes é ainda um terceiro, no caso de medicamentos cobertos por seguros privados ou pelo sistema público.

Assim, compreende-se no que à saúde diz respeito, e ao medicamento em particular, a existência de uma forte regulação imposta pelos Estados. Esta, visa impedir que as imperfeições deste mercado tenham consequências significativas em termos de acessibilidade, equidade e proporcionalidade dos cuidados de saúde disponíveis, já que o mercado ao funcionar, *per sí*, poderá não trazer as vantagens e o bem-estar social de que a população carece. É que inclusive neste mercado existe, frequentemente, uma inversão entre rendimento e gastos com medicamentos, o que significa que por exemplo pacientes com situações financeiras mais modestas possam ser seletivos na aquisição de medicamentos prescritos para a sua doença, como se pode constatar no quadro 54, cujos dados foram obtidos num momento histórico recente, em que não existiam conjuntamente, significativos estrangimentos financeiros na sociedade:

Quadro 54: Gastos com medicamentos em Portugal, por grupos de rendimento

Grupo de rendimento (quartil)	Rendimento per capita anual (euros)	Proporção da população	Gasto per capita anual (indivíduo)	Gasto per capita anual (Estado)
1	1750,6	22,2%	174,0	204,2
2	2691,0	17,9%	160,6	188,5
3	3651,0	19,5%	139,0	163,1
4	5134,0	20,3%	154,4	181,3
5	10750,5	20,1%	168,3	197,6

Fonte: INE 2006

Já outros autores <sup>(46)</sup> tinham concluído que as pessoas de mais baixos rendimentos e nível de escolaridade, e trabalhadores manuais não especializados, são quem se encontra mais frequentemente a tomar medicamentos por prescrição médica, o que indicia alguma relação com as características socioeconómicas da população. Igualmente os resultados de um outro estudo, mais recente <sup>(64)</sup>, reforçam essa observação, indicando existir desigualdade no consumo de medicamentos a favor das pessoas de maiores rendimentos.

Parece pois legítimo questionar se, no sector do medicamento, o Estado intervém com o intuito de reduzir o perímetro da Economia Pública. É que a desregulação posta em marcha, que fazemos menção no Capítulo II, com o objetivo de diminuir globalmente os custos apenas se apoia na sua redistribuição por diversos, e novos, intermediários, como já havia salientado Marques <sup>(65)</sup>.

Importa igualmente compreender se a regulação ou desregulação do sector interfere na acessibilidade ao medicamento. Um estudo recente <sup>(17)</sup> sobre os países europeus no que concerne à fixação de preços de medicamentos e questões de acessibilidade, concluiu que a desregulamentação não tem impacto direto na despesa pública com medicamentos podendo inclusive causar uma disponibilidade limitada destes bens, em particular dos prescritos com menor frequência, devido ao aumento da pressão financeira dos grupos económicos que passam a gerir as farmácias.

O estudo recomenda, por isso, que o sector das farmácias comunitárias não deve ser deixado às forças de mercado por si só e que o modelo regulamentar deve assegurar o apoio necessário para as farmácias cumprirem as suas tarefas essenciais, nomeadamente o aconselhamento e a participação na promoção da saúde e prevenção da doença. Compreende-se pois que a liberalização do sector de retalho farmacêutico, tenha um impacto direto na organização das farmácias, com consequências num equitativo acesso aos medicamentos.

Esta questão parece entroncar numa outra particularmente relevante no atual contexto económico e que é o facto de o Estado, relativamente ao custo dos medicamentos, ter a necessidade, imperativa, de realizar economias nos encargos com este bem.

Analisando as diversas decisões políticas executadas no período temporal em análise, e que damos conta no capítulo II, compreende-se que a vertente da distribuição foi significativamente afetada registando-se alterações com impacto económico relevante para os diferentes operadores do circuito.

No contexto Português, a estimativa de redução das margens da distribuição para 2012, após a assinatura do programa de assistência financeiro com a TROIKA, foi de 75 milhões de euros (54 milhões de euros nas farmácias e 21 milhões de euros na distribuição grossista). A estimativa da poupança em 2012 foi de 49,6 milhões de euros para o SNS e de 23,9 milhões de euros para os utentes (em medicamentos comparticipados pelo SNS) <sup>22</sup>.

Esta realidade corporiza a relevância em discutir se existe a necessidade de executar este tipo de alterações no sistema por forma a criar um mercado mais adaptado às condicionantes financeiras atuais e que permita, simultaneamente, ganhos relevantes para o erário público e para o cidadão. Recordemos que o sistema de remuneração da distribuição, baseado em margens percentuais constantes (distribuidores grossistas com 8% de margem e retalhistas com 20%) e independentes do preço do medicamento, que vigorou até 2011, foi considerado ineficiente, porque promovia a dispensa dos medicamentos mais caros, argumento que consta na auditoria realizada pelo Tribunal de Contas à Autoridade nacional do medicamento e de produtos de saúde (Infarmed), em 2011 <sup>(66)</sup>.

Segundo esta entidade "a persistência de políticas que promovem incentivos errados à dispensa de medicamentos revela a inércia da política do medicamento

---

<sup>22</sup> Infarmed, dados de mercado 2013

em Portugal, considerando que os problemas associados às taxas de comercialização constantes têm sido frequentemente identificados em estudos sobre Portugal.”

Quando analisamos o espectro internacional, quanto a este tópico específico, verificamos que vários países da União Europeia fixam taxas regressivas aos ganhos comerciais das farmácias permitindo margens de comercialização (em percentagem) mais elevadas na dispensa de medicamentos mais baratos, e mais reduzidas na dispensa de medicamentos mais caros <sup>23</sup>. Em Portugal o regime de preços, entretanto adotado em 2011 <sup>24</sup>, enquadra-se neste racional.

Às margens, determinadas legalmente, crescem os ganhos, para distribuidores e retalhistas, resultantes do volume de compras realizado e que se repercute nos descontos concedidos pela indústria a estes mesmos operadores. Nalguns países europeus <sup>25</sup>, os governos, instituíram, adicionalmente um sistema de *clawback* <sup>26</sup>, em ordem a recuperar parte desses ganhos.

Complementarmente a este sistema remuneratório noutros países do “velho” continente, existem pagamentos diretos associados ao serviço de dispensa da prescrição, tendo como base a prestação de um serviço de valor acrescentado ao utente, por parte do técnico responsável, na farmácia. Este tipo de realidade remete-nos, julgo, para a questão nuclear, e que diz respeito à construção de um novo paradigma para a farmácia, enquanto sector económico e profissional, e que é a de não só separar a remuneração do ato comercial do profissional, como igualmente de criar um gradiente de intervenção técnica. Desta forma poderia permitir-se ao Estado contratualizar com as farmácias serviços de criação de valor em saúde, nomeadamente no que diz respeito à prevenção e deteção precoce da doença.

Em Portugal, embora estejam consignados na legislação, particularmente

---

<sup>23</sup> Concretamente nos seguintes países: Áustria, Polónia, França, Polónia, Suécia, Finlândia e França.

<sup>24</sup> DL 112/2011 de 29 de Novembro

<sup>25</sup> Designadamente, Áustria, Holanda, Reino Unido, Polónia, Itália e Bélgica

<sup>26</sup> Um sistema de *clawback* encontra-se também previsto no regime jurídico das parcerias público-privadas, em Portugal, no qual se prevê a partilha a favor do parceiro público de benefícios financeiros que decorram para o parceiro privado (artigo 14º-C do Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril, alterado pelo Decreto-Lei n.º 141/2006, de 27 de Julho)

desde 2008 <sup>27</sup>, uma diversidade de serviços que podem ser disponibilizados pelas farmácias, não está prevista qualquer remuneração adicional e complementar ao modelo para a dispensa de medicamentos e outros produtos de saúde. Assim, muitos destes serviços continuam a ser disponibilizados sem qualquer custo acrescido nem para o Estado nem para a população <sup>28</sup>.

Outros serviços têm vindo a ser prestados pelas farmácias na perspetiva de proporcionar ao doente soluções integradas de saúde que permitam garantir a eficácia e segurança das terapêuticas que utiliza. Estas soluções passam pela disponibilização de serviços como a medição de parâmetros fisiológicos e bioquímicos, e mais recentemente pelo reencaminhamento a outros profissionais de saúde habilitados para consultas de nutrição, podologia, serviços de estética, entre outras.

A diversificação de proveitos parece pois um caminho natural, aliás já adotado em muitos outros países Europeus, como demos conta no capítulo II. Trata-se de uma diferença na abordagem conceptual atualmente existente e que, recorde-se, faz depender exclusivamente da transação de bens comercializados pela farmácia, os seus dividendos e conseqüente viabilidade operacional. Refira-se que a criação de valor acrescentado para o utente através da intervenção qualificada de profissionais com formação diferenciada, como são os farmacêuticos e técnicos superiores, deve ser mensurada porquanto o Estado Português ao não potenciar a vocação, dir-se-ia natural, das farmácias para monitorizar o estado de saúde do cidadão, incorre em encargos significativamente mais elevados, já que é mais oneroso, genericamente, tratar uma doença do que preveni-la <sup>(67)</sup>.

Uma outra questão que se coloca é saber se os atos praticados deverão ser remunerados de forma diferente, ou seja se existe espaço para pagar novos, e remunerar-se outros que atualmente não estão contemplados como objeto de pagamento. Barros *et al.*<sup>(15)</sup> admitem ser difícil, no contexto atual, um modelo que remunere o pagamento de quantias adicionais por prescrição médica processada, no caso de medicamentos sujeitos a receita médica, pela dificuldade de envolver o terceiro pagador, neste caso o Estado neste mecanismo.

---

<sup>27</sup> Documento "Compromisso com a Saúde" assinado em 2008, pelo Governo de Portugal e a Associação Nacional das Farmácias

<sup>28</sup> A participação no programa de troca de seringas, até 2012, substituição narcótica ou campanhas de promoção da saúde e prevenção da doença.

Os mesmos autores alertam para o facto de terem que ser observados três requisitos fundamentais para a prossecução deste desiderato, nomeadamente ser um ato facilmente observável e registável, não estar incluído como parte de venda de qualquer outro produto ou serviço e não ser suscetível de indução à compra, por parte da farmácia.

Neste estudo enumeram-se uma série de atos passíveis de serem remunerados, excetuando os associados à dispensa de medicamentos, que de acordo com a metodologia de análise permitiriam um envolvimento dos farmacêuticos e técnicos, existentes no quadro da farmácia, na prestação dos mesmos. Estes originariam, de acordo com a investigação feita, um montante de 7,8 milhões atos praticados, a que corresponderiam 1,1 milhões de horas de trabalho, com a duração média de cada ato farmacêutico de 8,6 minutos. Se tomarmos em consideração os 8,6 atos praticados em média por dia, e considerando um valor de 20,69€ por custo ponderado de hora do técnico envolvido na sua prestação <sup>(15)</sup> chegaremos a valores de 25,60€ de custo/dia para cada farmácia, já que não existe um retorno imediato deste montante.

Gouveia *et al.* <sup>(68)</sup>, partindo de pressupostos idênticos, mas fazendo a incorporação de atos prestados no âmbito da dispensa de medicamentos, que Barros *et al.* <sup>(15)</sup> não considerou no seu estudo, chegou a valores de 38,8 milhões de atos praticados com um total de 2,8 milhões de horas de trabalho e uma duração média de 4,3 minutos por ato.

Ao assumirmos a mesma valorização do custo ponderado por hora, que efetuámos para o estudo anteriormente mencionado <sup>(15)</sup> relativamente ao prestador, situamo-nos em valores, de atos que são atualmente gratuitamente praticados, de 54,27€ de custo/dia para cada farmácia.

No estudo mencionado <sup>(68)</sup>, os autores, realizam mesmo o cálculo do impacto que esses atos têm na conta de exploração de uma farmácia, chegando aos seguintes valores:

- 3,7 atos por cidadão em Portugal, valor semelhante aos 4,0 estimados para Espanha, num estudo, referenciado pelos autores, já realizado em 2003;
- 399.900 dias de trabalho, 1666 anos de trabalho;
- 62,3% do trabalho de um quadro a tempo inteiro por farmácia;
- 13,3% do tempo total anual dos quadros de técnicos e farmacêuticos.

Ainda segundo os mesmos autores, o custo dos atos não pagos correspondem a :  
-20,2% dos resultados brutos;  
-1,2% do montante das vendas.

Quando procuramos equacionar a realização de um exercício académico sobre a composição dos resultados da farmácia, caso esta estivesse a funcionar com um modelo remuneratório desta natureza, devemos ter presente alguns dados, nomeadamente o resultante dos trabalhos de Barros *et al.* <sup>(15)</sup>. Estes autores determinarem que, para que a farmácia média atinja um resultado económico nulo, carece de uma remuneração adicional de 2,43 euros por receita, ou de 0,94 euros por embalagem, para os atuais níveis de preços. Ora, se tivermos em consideração que de acordo com estudos do mesmo autor, são fornecidas diariamente e em média, por cada farmácia, 84,6 embalagens de produtos, chegamos a um valor de 79,52€, para se atingir um montante de viabilidade operacional. Isto significa que a farmácia teria que ter proveitos diários adicionais resultantes, direta ou indiretamente, da remuneração dos atos técnicos praticados, neste montante, para colmatar este valor deficitário.

Socorrendo-nos dos valores encontrados anteriormente, que recorde-se eram no montante de 25,6€, para o estudo de Barros *et al.* <sup>(15)</sup>, e de 54,27€, para o estudo de Gouveia *et al.* <sup>(68)</sup>, valorizados a preços de custo, concluiremos que para atingir o resultado nulo a que nos referimos no parágrafo anterior, os atos praticados teriam de ser comercializados ao público com uma margem de 46%, para o caso do segundo estudo referenciado <sup>(68)</sup> já que é o que considera atos “fora” e “dentro” da dispensa de medicamento, o que é, assumidamente, um valor no intervalo dos parâmetros tradicionais.

Realce-se que numa outra análise realizada, Barros *et al.* <sup>(21)</sup>, tinham concluído que os proveitos obtidos pela principal fonte de receita das farmácias (a dispensa de MSRM mediante comparticipação do SNS), era em 2011, de apenas 0,17€ por receita dispensada, o que significa uma redução de mais de 3,80€, em apenas 5 anos, conforme se pode confirmar no quadro 55:

Quadro 55 : Evolução do valor de proveitos e custos na farmácia

Ano	Preço Médio por embalagem no SNS	Preço Médio por receita no SNS	Custo Marginal da Farmácia
2006	16,72€	39,59€	35,56€
2007	16,76€	38,49€	Nd
2008	16,97€	38,44€	Nd
2009	16,60€	36,65€	Nd
2010	16,77€	36,90€	Nd
2011	15,01€	33,04€	33,21

Fonte: Pedro Pita Barros *et al.* , Evolução do sector das farmácia –revisitar o estudo “A situação concorrencial no sector das farmácias” de 2005; Nd-Não determinado

Ao constatar-se que as farmácias realizam uma relevante função social, tal como os trabalhos de Martins *et al.* <sup>(14)</sup> e Cabral *et al.* <sup>(46)</sup> referem, e ao percebermos que o Estado não lhes atribui um maior protagonismo no contexto do sistema de saúde, concretamente por não lhes conferir um estatuto inclusivo na rede de cuidados de saúde primários, questiona-se que expectativa tem a sociedade quanto à função destas unidades, no seio dos sistemas de saúde.

As farmácias têm ao seu serviço profissionais com elevada diferenciação técnica, que em muitas circunstâncias permitem à população evitar recorrer a outros prestadores de saúde <sup>(14)</sup>, além de que disponibilizam serviços com evidente valia sanitária e económica, sem que o erário público despenda recursos diretos.

Importa pois questionar os representantes dos cidadãos relativamente ao modelo de intervenção que se pretende que seja prosseguido por estas unidades já que a sua situação económica não inspira, para o futuro próximo, uma capacidade de resistência ilimitada e o Estado não parece ter alternativas, num mesmo nível de dispêndio financeiro, para assegurar as funções que estas, como operadores económicos privados, asseguram.

As farmácias, que no entender dos próprios proprietários, maioritariamente farmacêuticos, constituem um sistema organizado para competir no mercado e simultaneamente um espaço profissional ao serviço da comunidade, razão pela qual

orientam a razão da sua existência para a promoção da saúde e não somente para a dispensa de produtos medicamentosos e sanitários, registam elevados níveis de satisfação da população. Esta, reconhece nestas unidades, uma evidente mais-valia para a sociedade, fazendo no entanto depender desse nível de satisfação a capacidade técnica bem como o envolvimento que as próprias farmácias realizam na comunidade. Recorde-se que estas registavam já em 2006 um nível de investimento significativo <sup>(14)</sup>, bem como da preparação dos seus profissionais.

Aliás, o debate sobre o modelo económico e a intervenção estatal a adotar para o sector farmacêutico, tem proporcionado a discussão sobre as suas características e os benefícios que estas proporcionam, potencialmente, aos cidadãos e ao Estado. Um estudo recente <sup>(69)</sup> que efetua um *benchmarking* entre vários países, conclui que nos países regulados ocorre, tendencialmente, um menor crescimento da despesa pública com medicamentos, uma menor flutuação de preços públicos destes bens, particularmente os de margem livre, bem como um menor aumento do consumo dos mesmos. Conclui mesmo que a desregulação do sector não conduz, forçosamente, a uma maior competitividade no mercado.

Já um outro estudo realizado no Reino Unido <sup>(42)</sup>, ao comparar o desempenho das farmácias independentes e das cadeias de farmácia, constata que nestas últimas o preço dos produtos medicamentosos é inferior em praticamente 30% e que o número de horas de funcionamento é, também, nas cadeias de farmácias, superior em cerca de 60%, ao das estruturas independentes. Ambos os estudos são contudo coincidentes na perspetiva do apoio social prestado pelas farmácias, valorizando neste âmbito o maior espectro de funções desempenhada pelas farmácias não pertencentes a cadeias. É que neste domínio estas unidades asseguram uma assistência á população, independentemente da localização geográfica e do número de habitantes de uma determinada localidade, não se balizando por critérios exclusivamente mercantis.

Desta dicotomia, entre uma empresa de pequenas dimensões quase sempre de cariz familiar, matriz que historicamente tem constituído a forma de organização do sector, e as tendências liberalizadoras para a constituição de cadeias de farmácias, a exemplo do modelo anglo-saxónico e de alguns outros países Europeus <sup>29</sup>, parece sobrevir, quando refletimos sobre o desempenho, destas unidades, uma questão fundamental que é o do nível de preparação que os seus proprietários têm

---

<sup>29</sup> Além do Reino Unido, a Holanda

para a componente gestonária. Ao atuarem em dois territórios distintos, o de atividade económica e o de assistência sanitária, os proprietários poderão ter dificuldades em conciliá-las com vista à viabilização das suas unidades empresariais.

Se tivermos em consideração os resultados alcançados pelo estudo empírico que realizámos verificamos alguns aspetos relativos às práticas de gestão, que podem ter contribuído para explicar, adicionalmente, esta situação de agravamento da situação económico-financeira das farmácias.

Assim, quando analisamos as funções desempenhadas pelos gestores das farmácias, constatamos que a área eminentemente técnica é a que prevalece na ocupação do tempo profissional destes responsáveis, o que permite compreender a orientação de menor preponderância na vertente gestonária. Neste contexto as diferenças entre farmácias PME e as demais, não são de particular dimensão, pese embora exista uma maior preocupação dos gestores, das primeiras, por áreas como a comercial e a administrativa.

Importa igualmente perceber que os proprietários das farmácias, não evidenciam, pela análise cuidada dos resultados obtidos, um conhecimento idóneo dos indicadores de gestão que referem utilizar para monitorizar a sua atividade quotidiana de gestão. Assim, pese embora, os proprietários das farmácias incluídas nas amostras contendo unidades PME Excelência, evidenciem maior conhecimento destes parâmetros (apesar da dimensão da amostra não permitir uma robustez de análise) verifica-se um desconhecimento relevante quanto à natureza dos mesmos, bem como quanto à sua própria utilidade, o que nos leva à discussão da organização metodológica dos mesmos para instrumento de utilização corrente.

Sendo significativamente elevado o número de instrumentos de pilotagem que se podem conceber para a monitorização do desempenho económico de uma farmácia, importa definir pragmaticamente aqueles que poderão auxiliar a interpretação dos fenómenos da área económico-financeira, porquanto se trata de uma função fundamental para a sustentabilidade e desenvolvimento da empresa. O estabelecimento de um painel de bordo que inclua dados e rácios económicos e financeiros, nomeadamente valor médio de vendas, margem bruta, resultado líquido ou operacional, o gasto com recursos humanos em percentagem das vendas<sup>(20)</sup> e o EBITDA assumem especial preponderância. De facto, estes rácios permitem revelar informação englobada em documentos de fácil acesso ao gestor, o que não

acontece com outros elementos, do foro contabilístico, como o são o Balanço, Balancetes e Demonstração de Resultados.

Equacionamos no entanto se os critérios tradicionais de avaliação das empresas, a operar em mercados convencionais, deva ser aplicado diretamente às farmácias. É que por todos os aspetos que temos vindo a elencar não parece lícito esperar que os resultados de gestão alcançados sejam exclusivamente ditados por critérios como a eficiência, os equilíbrios de mercado alcançados, os fenómenos de oferta e procura ou mesmo forças convencionais como o preço ou a diferenciação de produto. Aliás, focando-nos nestes dois últimos fatores que são os principais eixos elencados por Michael Porter <sup>(70)</sup> para uma empresa alcançar uma vantagem competitiva, compreendemos que as farmácias têm sérias limitações em ombrear com outras superfícies. Assim, relativamente ao fator preço salientamos a reduzida escala empresarial das farmácias (recordemos que um proprietário só poderá deter, legalmente quatro unidades) enquanto que, no contexto da diferenciação do produto, aspetos como sejam as próprias limitações legais existentes bem como a expressão relevante do número de atendimentos ditados por uma prescrição médica, que obvia a uma maior intervenção comercial autónoma, tornam-na uma tarefa complexa.

Também se aludirmos à cadeia de valor da farmácia e neste propósito analisarmos o modelo das cinco forças competitivas do mesmo autor <sup>(71)</sup>, <sup>30</sup> que, genericamente, englobam as regras da concorrência que determinam a capacidade da empresa em obter taxas de retorno sobre o investimento superiores ao custo do capital, verificamos a existência de várias lacunas.

Além, tradicionalmente, da ausência de uma estrutura administrativa definida as farmácias apresentam, correntemente, deficiências em diversos processos organizacionais como em marketing, administração financeira e recursos humanos, incluindo competências gestionárias, como já foi referenciado, o que torna evidente a fragilidade da própria estrutura empresarial de uma farmácia.

---

<sup>30</sup> As cinco "forças" de Porter referem-se à intensidade concorrencial de um sector e depende de outros tantos aspetos: o número de concorrentes e a sua rivalidade em determinado momento; a entrada de novos concorrentes; o poder de negociação dos clientes; o poder de negociação dos fornecedores; o aparecimento de produtos substitutos. É a partir da conjugação do impacto relativo de cada uma destas forças que é determinada a rentabilidade potencial do sector.

Regressando ao estudo empírico e já no contexto dos resultados referentes à vertente quantitativa do estudo empírico, obteve-se um conjunto de elementos que corroboram os anteriormente obtidos por outros autores <sup>(21)</sup>. Assim, foi possível determinar, que as farmácias situadas em zonas de maior densidade populacional registavam um baixo EBITDA. De facto, Lisboa, com um valor de 44103,86€, Amadora, com um valor de 60504,46€, e Vila Nova de Gaia, que apresenta um valor de 75596,98€, confirmam serem os concelhos de mais baixo valor, do indicador referenciado, mas simultaneamente são os três com maior número de habitantes por Km<sup>2</sup>.

Os mesmos autores descortinaram que os dez concelhos mais populosos tinham uma margem líquida média significativamente inferior à dos restantes concelhos, observação que também foi possível verificar no estudo empírico, em que a média dos dez concelhos com maior número de habitantes apresenta, comparativamente à média nacional, uma menor rendibilidade das vendas.

Igualmente quando comparamos a amostra "PME Excelência" com a média das farmácias pertencentes aos dez concelhos e também aos dez distritos mais populosos, bem como com o total das farmácias do universo do País, verificamos que, para os indicadores vendas por empregado, EBITDA por vendas e rendibilidade das vendas, os resultados são mais expressivos.

Também se pretendermos caracterizar a capacidade em sustentar o impacto causado pela crise que assola o País, desde 2010, percecionada pela degradação de resultados verifica-se que esta é mais evidente na amostra "Total farmácias", do que na amostra "PME Excelência". No primeiro grupo o decréscimo do resultado líquido de vendas, de 2010 para 2011, é de 12% enquanto no segundo se cifra em 10%, o que nos leva a discutir a necessidade de se equacionar um maior apuro na formação dos responsáveis, no contexto da gestão. É que para as farmácias prestarem, efetivamente, um serviço de relevância sanitária e, também, social importa que em primeiro lugar tenham capacidade de existirem e se manterem economicamente viáveis.

## 5.2 Limitações do Estudo

Como foi referido utilizámos para o estudo uma amostra constituída por farmácias com distinção de PME Excelência, cujos critérios estão mencionados no capítulo III – Materiais e Métodos.

Fizemo-lo porquanto quisemos evidenciar a natureza de excelência dos indicadores destas empresas, comparando-os com o restante universo de farmácias em Portugal. Temos no entanto consciência de que esta abordagem metodológica constitui uma limitação do estudo porquanto reduz à componente económico-financeira, que é evidenciada pelos respetivos indicadores, o desempenho de gestão das farmácias, sem considerar outras valências.

De notar que o contributo, em matéria de ganhos em saúde, que as farmácias e os seus quadros têm proporcionado à sociedade Portuguesa, e particularmente para alguns grupos específicos de doentes que estão inclusive mensurados em estudos <sup>31</sup>, não se deve limitar a uma mera análise contabilística dos ganhos materiais diretamente quantificáveis através dos indicadores utilizados. O valor acrescentado que as empresas proporcionam deve ser um dos elementos distintivos na avaliação da excelência alcançada, e para esse desiderato deve contar não só o montante do negócio alcançado mas também a forma como o foi conseguido, perspetivando que os proprietários sejam capazes de edificar farmácias que não se alheiem da vertente humanitária que deve nortear a prestação de cuidados de saúde.

Já autores consagrados <sup>(72,73)</sup> neste domínio referiram, quanto à avaliação de empresas a partir de indicadores económico-financeiros, que estes modelos já não são suficientes para determinar o desempenho das organizações num novo contexto decisório. Na realidade o ambiente sócio-económico em que as empresas operam nos últimos anos, e no qual as farmácias se incluem, traz novos elementos, principalmente intangíveis, que até então não eram considerados. Apesar de muitas empresas reconhecerem que esses elementos intangíveis influenciam no desempenho económico-financeiro, poucos gestores conseguem mensurar esses

---

<sup>31</sup> Costa S. "Os desafios da próxima década na prestação de serviços farmacêuticos em ambulatório". Farmacêuticos 2020-os desafios da próxima década. Ed. Hollyfar, Nov 2012, pp 188-189

aspectos e até mesmo saber quais são as variáveis que causam impacto no desempenho da sua empresa.

Assim, a razão objetiva, mesmo sabendo que incorreríamos nesta limitação, para a utilização desta metodologia de análise é porque o momento das farmácias é de tal forma crítico que importa analisar a capacidade de sobrevivência imediata e essa faz-se, prioritariamente, através de uma gestão criteriosa ao nível da componente económico-financeira.

## Capítulo VI - Conclusões

O sector farmacêutico, e particularmente o retalho, do qual as unidades mais representativas são as farmácias, registou, de 2006 até 2011, um considerável número de alterações de carácter político-administrativo. De facto, um conjunto de reformas encetadas pelo XVII Governo constitucional de Portugal, declaradamente com propósitos reformistas relativamente ao sector da saúde e particularmente ao da distribuição do medicamento, promoveram mudanças de evidente impacto no mercado, e conseqüentemente na atuação dos seus operadores.

A indivisibilidade entre propriedade e direção técnica, que perdurava desde os anos 30 do século passado em Portugal, a flexibilização dos critérios de instalação e transferência de farmácias dentro do território, a liberalização dos preços e dos locais consignados para a comercialização de medicamentos não sujeitos a receita médica, são, por si só, um referencial de mudança da atitude dos governantes perante o sector, que tornaram o sistema português com um nível significativamente menor de regulação neste domínio.

A evolução do setor foi igualmente influenciada pela necessidade de efetuar um controlo orçamental rigoroso dos custos, dadas as limitações financeiras que o sistema público denota e que terão estado também na origem do pedido de resgate internacional de Portugal em 2012. O tendencial aumento dos encargos públicos com a saúde, e em particular do medicamento, e que está diretamente relacionado com o envelhecimento da população, pela maior propensão que este grupo etário tem para o consumo, bem como com o valor de novas terapêuticas, condiciona o Estado na adoção de políticas que promovem a redução da despesa com este bem. A alteração do nível de comparticipação médio dos medicamentos, que no período analisado foi reduzido de 67 para 63%, é uma prova irrefutável desta linha política. Também o forte incentivo estatal e apoio à política de utilização dos medicamentos genéricos, particularmente desde o XV Governo Constitucional, permitiu poupanças significativas durante os últimos três anos da anterior década, estimadas em mais de novecentos milhões de euros, só na componente do orçamento do Ministério da Saúde.

Igualmente a publicação de legislação, no ano de 2007, obrigou a um aumento do horário laboral, de 40 para 55 horas mínimas, com o conseqüente

incremento do quadro de pessoal, em especial de recursos humanos diferenciados como são os farmacêuticos, que em média aumentaram uma unidade ao longo dos seis anos analisados, absorvendo, por si só, cerca de 23% do EBITDA de uma farmácia. A adicionar a este conjunto de medidas refira-se a diminuição consecutiva no preço dos medicamentos que também terá tido consequências marcadas na dinâmica do mercado. Note-se que as características do mercado farmacêutico em Portugal, particularmente o seu nível de financiamento e regulação estatal relativamente ao medicamento, tem condicionado a evolução dos agentes económicos, aspeto que é atestado pela diminuição consistente, do valor do mercado do medicamento, que de 2006 a 2011 decresceu 6,9% em valor, por contraponto a uma variação, ligeiramente negativa (-0,3%), no PIB e, positiva, na taxa de inflação.

No tocante às farmácias, a assimetria entre o nível de faturação e os resultados líquidos alcançados, que variaram no período de 2006 a 2011, respetivamente, +11,3 e -31,3% indiciam um condicionamento ao seu desempenho económico-financeiro.

Da investigação produzida é, de facto, conclusivo que a economia das farmácias apresenta uma evolução decrescente quanto à robustez económica das suas empresas gestoras, plasmada que está nos rácios apresentados ao longo do período analisado, o que implica uma menor rentabilidade e a existência de custos operacionais que condicionam a viabilidade a curto-médio prazo.

Neste contexto, a estrutura e dimensão do quadro orgânico das farmácias, sabendo que este representa cerca de 60% dos custos totais (excetuando o custo da mercadoria vendida), como determinado por outros autores <sup>(21)</sup>, é um fator determinante nos resultados económicos alcançados porquanto na análise, do estudo empírico, efetuada por volume de faturação torna-se evidente que o nível de vendas por empregado, alcançado em média por farmácia, condiciona os restantes rácios analisados.

Ainda no contexto da evolução registada no período analisado, se detalharmos o trabalho agora realizado deparamo-nos com diferentes momentos do desempenho económico das farmácias. Assim, 2008 surge como o primeiro ano, do período analisado, em que se nota uma inflexão no valor das vendas e serviços prestados, quanto à tendência crescente verificada até aí. A esse facto não será alheio a determinação governamental em realizar um decréscimo de 30% no preço

de todos os medicamentos genéricos, que na altura detinham já uma quota de mercado de 18,6%.

Por seu turno o ano de 2010 em que se verificaram, cumulativamente, o maior número de medidas políticas, saldou-se, pela estagnação dos resultados económico-financeiros, os quais registaram, posteriormente em 2011, uma diminuição abrupta, substanciada que está na involução dos níveis de vendas e serviços prestados, resultados líquidos e *EBITDA*, que decresceram mais num ano do que em todo o período analisado.

Também o nível de endividamento financeiro, que compreendemos existir através da análise dos rácios enunciados nomeadamente diferença entre o *EBITDA* e os resultados líquidos, tendo em consideração a solicitação de crédito bancário crescente nestas estruturas, torna atualmente as farmácias, relativamente às condições do mercado financeiro, particularmente vulneráveis.

Face a estes resultados, poder-se-á equacionar que tipo de fatores tem maior preponderância na degradação da situação económica das farmácias, já que do estudo realizado foi possível perceber que nem todas as farmácias são afetadas da mesma forma.

Assim, se analisarmos os fatores ambientais, particularmente as medidas políticas já enunciadas, compreendemos que terão um impacto muito similar na totalidade das farmácias pela alteração simultânea que verificamos existir nos indicadores apurados no estudo empírico.

Adicionalmente, constatamos que as assimetrias económicas que existem quanto ao poder de compra do consumidor nas várias áreas geográficas do País, bem como as relativas à densidade populacional de cada zona geográfica, podem alterar o resultado económico das farmácias. Recorde-se que embora a capitação legal seja de 3500 habitantes, a variação, chega a alcançar, em dois concelhos extremos, 1262 (Crato) e 5570 (Sintra) habitantes por farmácia. Uma investigação mais profunda deste fenómeno poderá ser relevante para se compreender em que medida a regulação do Estado sobre a instalação de farmácias é determinante para a sua adequada função de assistência sanitárias às populações.

O nível de intervenção do Estado sobre a organização da atividade económica do sector farmacêutico, e não só sobre aspetos particulares como o que foi exposto anteriormente, é pois uma matéria de particular sensibilidade, que embora não fosse objeto do nosso estudo empírico, apesar de analisado no enquadramento do mesmo estudo, deverá motivar investigações adicionais.

A análise quanto ao desempenho económico alcançado deverá passar pois por refletir se a componente dos fatores inerentes ao ambiente interno da farmácia, tem um “peso” determinante na mesma.

A comparação entre duas amostras, uma constituída pela totalidade das farmácias do universo considerado, e uma outra, constituída apenas por farmácias com uma distinção PME Excelência, permitiu evidenciar diferenças relevantes na componente gestonária.

De facto, a amostra de farmácias PME Excelência apresenta indicadores que permitem sustentar a leitura de uma gestão mais robusta do que o alcançado pelas farmácias incluídas na outra amostra.

Poder-se-á pois assumir que as farmácias “PME Excelência” não só apresentam resultados mais sólidos no período prévio ao ano de inflexão económica, 2010, como igualmente conseguem manter melhores rácios de gestão na transição para o ano 2011, o que nos leva a crer que as metodologias de gestão, e porventura, a preparação do(s) gestor(es) mais diretamente envolvidos, são determinantes.

O rácio de vendas por empregado surge, genericamente, quando segmentámos por valor de vendas no estudo empírico, sistematicamente mais baixo nas farmácias PME, pese embora na comparação global esse valor seja mais elevado, o que poderá significar que estas farmácias investiram, com maior expressão, na diferenciação do seu quadro orgânico e concretamente em tarefas de bastidores, o que justificaria o maior número de colaboradores que detetámos existirem.

As características do estudo reforçam a tese de que o desempenho de gestão constitui, face ao momento económico adverso, o fator de menor ou mesmo não vulnerabilidade e por isso mesmo determinante para a viabilidade alcançada no curto-médio prazo.

Perante esta realidade importa pois concluir que a generalidade das farmácias, essencialmente microempresas, maioritariamente possuindo uma estrutura eminentemente familiar, denotam uma debilidade estrutural para suportar os impactos das sucessivas medidas de redução de custos na área do medicamento. Este aspeto é comprovado, além dos elementos apresentados e analisados, pela degradação, que se sabe presentemente existir, da relação económica e financeira com os principais fornecedores, particularmente evidente desde 2010. Desta circunstância resulta que, no final de 2012, 844 farmácias (30% do universo do País) tinham fornecimentos suspensos, em pelo menos um

grossista, 385 farmácias (13%) foram confrontadas com processos judiciais e 596 farmácias (21%) realizaram acordos de regularização de dívidas com empresas grossistas.

É também perfeitamente evidente que com resultados operacionais mais baixos e elevados investimentos em estrutura para qualificar o atendimento, o modelo profissional prosseguido, que é de individualização e elevada diferenciação técnica, deverá estar condicionado no futuro. Importa pois que se realize um exercício de reposicionamento da atividade económica da farmácia e do próprio farmacêutico enquanto profissional com qualificação superior. Note-se que as farmácias, pelo facto de prosseguirem uma atividade que procura conciliar, em todos os momentos, a componente empresarial e a missão social de assistência sanitárias às populações, debate-se com a necessidade imperiosa de mudar de paradigma, no que ao modelo económico diz respeito. Desta forma a remuneração do atos praticados a título profissional numa farmácia, e a exemplo da realidade existente noutros países europeus, constitui um passo relevante para a consolidação da imagem do farmacêutico na sociedade. É que a atual situação proporciona uma leitura mais mercantilista da intervenção deste profissional porquanto funde, num único ato, a intervenção técnico-científico, de um técnico com elevada diferenciação, e a mais-valia económica da comercialização de bens sanitários.

Desenvolver valor para o futuro, implicará construir um novo espectro de intervenção social, que reforce a função da farmácia, enquanto local de prestação de cuidados de saúde na sociedade civil, ao mesmo tempo que confira ao farmacêutico a possibilidade de praticar, sem ingerências de terceiros ou interesses comerciais, a sua atividade profissional com uma conduta ética irrepreensível. Corroboram este racional, os resultados obtidos quanto à satisfação dos utentes das farmácias com a intervenção dos profissionais que aí laboram, e ao contributo social que estes últimos proporcionam ao realizarem milhões de atos não remunerados, nos estudos que referenciámos.

Estes dados reforçam a assunção de que as farmácias vão muito além da dispensa de medicamentos, prestando serviços que são verdadeiramente essenciais ao bem-estar da população. Esta caracterização deve permitir realizar uma análise mais profunda sobre a importância das farmácias no sistema de saúde português e a definição dos contributos que estas proporcionam para a melhoria da qualidade de vida e maximização dos ganhos em saúde.

A maximização do valor, que esta tese procurou descortinar, não se restringe pois à procura de um melhor desempenho económico-financeiro, mas, fundamentalmente à conciliação de uma premissa que, atualmente, se apresenta como fraturante na sociedade; maximizar os resultados de gestão das estruturas empresariais e contribuir, simultaneamente, para o bem-estar do ser humano enquanto entidade social.

## Referências Bibliográficas:

- 1 Pita JR. História da farmácia. Coimbra: Ed. Minerva; 2007. p. 11:200-202.
- 2 Costa S. "Os desafios da próxima década na prestação de serviços farmacêuticos em ambulatório". Farmacêuticos 2020-os desafios da próxima década. Lisboa: Ed. Hollyfar; Nov 2012. p. 185-197
- 3 Marques FB. Medicamentos e Farmacêuticos, Coimbra: Ed. campo da comunicação; Junho 2006.
- 4 Sakellarides C. In: prefácio de Medicamentos que realidade? : Passado, presente e futuro; Aguiar AH (*coord*) . Lisboa. Ed. Climepsi, 2ªed; Dez 2004
- 5 Matias A. O mercado dos cuidados de Saúde; documento de trabalho 5/95. Associação Portuguesa de Economia da Saúde; Novembro 95
- 6 Economia do bem-estar. In Infopédia; Porto Editora, 2003-2013. Disponível em [www.infopedia.pt](http://www.infopedia.pt) [Consultado em 2013-10-20].
- 7 Pereira, PT. Análise Social, Vol XXXII (141), A teoria da escolha pública (public choice): uma abordagem neoliberal?, Lisboa ; 1999. p.419-442
- 8 Dias MA. James Buchanan e a "política" na escolha pública [Internet]. ponto e virgula, nº 6, São Paulo; Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2º semestre 2009. Disponível em <http://revistas.pucsp.br/index.php/pontoevirgula/article/viewFile/14047/10349> [Consultado em 2013-12-14].
- 9 Murray NR. A Ética da Liberdade (*Ethics of Liberty*) [Internet]. Instituto Ludwig von Mises Brasil, São Paulo; 2010. Disponível em [http://www.mises.org.br/files/literature/A etica da liberdade 2.pdf](http://www.mises.org.br/files/literature/A%20etica%20da%20liberdade%20.pdf) [Consultado em 2013-12-14]
- 10 Tocchetto DG, Júnior SS. Julgamentos de Justiça Distributiva em John Rawls e Robert Nozick: uma investigação experimental [Internet], Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Ciências Económicas; Maio 2009. Disponível em [http://www.ufrgs.br/ppge/pcientifica/2009\\_05.pdf](http://www.ufrgs.br/ppge/pcientifica/2009_05.pdf). [Consultado em 2013-12-16]
- 11 Pereira PT, Afonso A, Arcanjo M, Santos JCG, Economia e Finanças públicas. 4ª ed. Lisboa. Escolar Editora; Jan 2014. p. 43-87
- 12 Jerónimo A. O que é que médicos e farmacêuticos sabem sobre o sistema de preços e comparticipação de medicamentos em Portugal? Tese de Mestrado. Universidade de Coimbra; 2011
- 13 Cruz EM. Plano Nacional de Saúde 2011-2016, Política do medicamento, dispositivos médicos e avaliação de tecnologias em saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2010
- 14 Martins L, Francisco N, Duarte A. Responsabilidade Social no Sector das Farmácias. Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos; 2005
- 15 Barros PP, Martins B, Moura A . A Economia da Farmácia e o Acesso ao Medicamento. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 2012

- 16 Martins L, Um sector não gerível devido à gestão; in Cadernos de Economia. ed. Ordem dos Economistas; Ano XX Jul/Set 2007; pp16-27
- 17 Vogler S, Arts D, Sandberger K. Pharmacy deregulation and regulation: Impact of pharmacy deregulation and regulation in European countries. Brussels: PGEU; 2012
- 18 Ivo RS. Saúde em Análise: uma visão para o futuro. Lisboa: Deloitte consultores; 2011, p. 102-3
- 19 Antão A, Grenha C . Avaliação Económica e Financeira do Setor das Farmácias, Universidade de Aveiro: ANF; 2012
- 20 Antão A, Cravo D, Grenha C, Rosa J. Situação económico-financeira dos principais intervenientes no circuito do medicamento em Portugal. Universidade de Aveiro: ANF; 2011
- 21 Barros PP, Martins B, Moura A. Evolução do sector das farmácias : revisitar o estudo “A situação concorrencial no sector das farmácias” de 2005. Lisboa: GANEC-Nova School of Business and Economics; Julho de 2012
- 22 Escoval A *et al.* Relatório da Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; Abr 2013
- 23 Mossialos E. El impacto sobre los medicamentos de la contención del gasto y las reformas en la asistencia sanitaria. In: Lobo F, Velasquez G (eds.). Los medicamentos ante las nuevas realidades económicas. Madrid: Editorial Civitas; 1997
- 24 OMS. Relatório Mundial de Saúde. Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal, Genebra: OMS; 2010
- 25 Mateus A, Caetano G. Sustentabilidade e competitividade da saúde em Portugal. Lisboa: Instituto Superior de Economia e Gestão; Novembro 2010.
- 26 Simões J. A entidade reguladora de saúde no contexto dos sistema de saúde, 2ª Conferência regulação e inovação. Porto; 4 Março 2011
- 27 APIFARMA - Relatório de caracterização e valorização do (des)abastecimento do mercado farmacêutico nacional. Lisboa: Deloitte consultores; 2012
- 28 EGA. How to increase Patient Access to Generic Medicines in European Healthcare Systems. Health Economics Committee [Internet] . EGA; Julho 2009.Disponível em [www.egagenerics.com/doc.pdg](http://www.egagenerics.com/doc.pdg) . [Consultado em 2014-01-06].
- 29 Comissão Europeia. Pharmaceutical sector inquiry:Final report [Internet]. Bruxelas; Julho 2009.Disponível em [http://ec.europa.eu//competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/staff\\_working\\_paper\\_part1.pdf](http://ec.europa.eu//competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/staff_working_paper_part1.pdf). [Consultado em 2014-01-06].
- 30 Kanavos P, Costa-Font J, Seeley E. Competition in off-patent drug markets: Issues, regulation and evidence [Internet]. Economic Policy.2008;3:499-544.Disponível em [www.cepr.org/](http://www.cepr.org/)pdf [Consultado em 2014-01-07].
- 31 Simoens S. The Portuguese generic medicines market: A policy analysis. Pharmacy Practice [Internet]. Abr-Jun 2009; 7 (2):74-80. Disponível em <http://www.pharmacypractice.org/>pdf [Consultado em 2014-01-09].

- 32 Portela MC. Regimes de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos: avaliação do impacto do sistema de preços de referência em Portugal. Tese de Doutoramento. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; Dezembro 2009
- 33 Espin J, Rovira J. Analysis of differences and Commonalities in pricing and reimbursement systems in Europe [Internet]. European Commission; Directorate General Enterprise and Industry, Directorate F, Unit F5; Jun 2007. Disponível em [http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/healthcare/files/docs/study\\_pricing\\_2007\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/healthcare/files/docs/study_pricing_2007_en.pdf) [Consultado em 2014-10-07].
- 34 Alves RP, Ramos F. Medicamentos genéricos e sustentabilidade do SNS. Lisboa: Revista Portuguesa de farmacoterapia; 2011 (3). pp. 243-254
- 35 Queirós S. Aspetos económicos do setor das farmácias. Tese de mestrado em economia e política de saúde. Braga: Universidade do Minho; 2011
- 36 Rodrigues, Vasco (coord) *et al.* . A situação concorrencial no sector das farmácias. Centro de Estudos de gestão e economia aplicada da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa; Out. 2005
- 37 Alves CD, Novo regime jurídico das farmácias portuguesas de oficina: Direito da Economia. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 2010
- 38 Ellison SF, Cockburn I, Griliches Z, Hausman J. Characteristics of demand for pharmaceutical products: an examination of four cephalosporins. *Rand Journal of Economics*, 28(3): 426-446, 1997, In "Aspetos económicos na escolha do sistema de comparticipação de medicamento. Barros P, Lisboa: Universidade Nova; 2012
- 39 Kanavos P, Schurer W, Vogler S. . The Pharmaceutical Distribution chain in the European Union: structure and impact on Pharmaceutical Prices. WHO; 2010
- 40 Huttin C. , "A critical review of the remuneration systems for pharmacists", *Health Policy*" nº 36. London; 1996. p. 53-68.
- 41 Volkerink B, Bas P., Gorp N. Study of regulatory restrictions in the field of pharmacies. Roterdão: ECORYS; 2007.
- 42 OFT. The control of entry regulations and retail pharmacy services in the UK. London: Office of Fair Trading; 2003
- 43 OFT. Evaluating the impact of the 2003 OFT study on the Control of Entry regulations in the retail pharmacies market. London: Office of Fair Trading; 2010.
- 44 Power D. An economic analysis of the Irish retail pharmacy Market with a focus on competition policy issue. *Student Economic Review*, 2004 Vol. 18
- 45 Rodrigues A, Marques FB, Ferreira PL, Raposo V. Estudo do sector das farmácias em Portugal. Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos; 2007
- 46 Cabral MV, Silva PA, Mendes H. Saúde e doença em Portugal , 2ª edição, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais; 2002
- 47 Dias JPS. Farmácia em Portugal: Uma introdução à sua História 1338-1938. Lisboa: Associação Nacional das Farmácias/INAPA; 1994
- 48 Mausner J, Kramer S. Introdução à epidemiologia. 5ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2009

- 49 Bernar J *et al.* Curso de empreendedorismo : manual didáctico [Internet]. 1ª ed. Leiria: Serviço electrónico em linha- Instituto Politécnico de Leiria, Unidade de Ensino à Distância; 2007.
- 50 Rodrigues LF. *Análise Financeira: análise do desempenho e diagnóstico financeiro*. Viseu: Escola Superior de tecnologia e gestão de Viseu; 2011-2012.
- 51 Neves JC. *Análise Financeira: métodos e técnicas Vol I*. Lisboa: Editora Texto; 2000.
- 52 Mueller D. *Public choice III*. Cambridge; Cambridge University Press; 2003. p.44-61.
- 53 Buchanan JM. *Public Goods and Natural Liberty*, in: Wilson, T. e Skinner, A.S., *The Market & The State*. Oxford: Oxford University Press; 1978. p. 275/276.
- 54 Júnior AS. *Relações socioeconômicas e direitos fundamentais redimensionados pelo paradigma capitalista mercadológico*. [Internet]. *Rev. Persona*; Jan 2012. Disponível em <http://www.ijeditores.com.ar/articulos.php> [Consultado em 2014-02-09].
- 55 <http://www.focoliberal.com.br/blog/falhas-de-mercado-e-falhas-de-governo> [Internet]. [Consultado em 2013-11-09].
- 56 Reis J. *Estado, mercado e comunidade: a economia Portuguesa e a governação contemporânea*, Lisboa: *Rev. Critica Ciências Sociais* nº70; Dez 2004. p. 81-100.
- 57 Posner RA. *Theories of economic regulation*. *The Bell Journal of Economics and Management Science*, Vol. 5, No. 2; 1974. p. 335-358
- 58 Lucena D, Gouveia M, Barros PP. *O que é diferente no sector da saúde ?* Lisboa: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; 1996; 14 (3): 21-23.
- 59 Ramos V. *Regulação na Saúde: falhas de mercado e falhas do Estado*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde; 2003
- 60 Porter M, Teisberg E. *Using Competition to reform Healthcare*. Harvard Business School Press; 2006
- 61 Sakallarides C, Reis V, Escoval A, Conceição C, Barbosa P. *O Futuro do Sistema de Saúde Português – Saúde 2015* [Internet]. Lisboa; 2005. Disponível em [www.qren.pt/download.php?id=76](http://www.qren.pt/download.php?id=76) [Consultado em 2014-01-12]
- 62 Carroll AB. *The pyramid of corporate social responsibility: towards the moral management of organizational stakeholders*, *Business Horizons*, July/August. p. 34: 39-48.
- 63 Pinto AC, Magalhães P, Sousa L, Gorbunova E. *A qualidade da democracia em Portugal: A perspetiva dos cidadãos*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa; 2011. p.6
- 64 Furtado C, Pereira JA. *Measuring and decomposing pharmaceutical consumption inequality in Portugal*. Porto: *Comunicação na 11ª conferência nacional de economia da saúde*, APES; 2009
- 65 Marques FB. *Desregular ou Desgovernar; eis a questão*. *Jornal de Negócios*; 5 Dezembro 2005
- 66 Tribunal de Contas. *Auditoria ao Infarmed- Autoridade Nacional do Medicamento e produtos de saúde, IP e ao funcionamento do mercado do medicamento*. Relatório 20/2011, Tribunal de Contas, Vol I; 2011
- 67 <http://saude.ig.com.br> e <http://www.isaude.net/pt> [Internet] [Consultado em 2014-03-12].
- 68 Gouveia M, Machado F. *Estudo de valorização dos atos farmacêuticos*. Lisboa: Universidade Católica; 2009

69 Vogler S, Arts D, Habi C. Community pharmacy in Europe: Lessons from deregulation-case studies. Brussels: PGEU; 2006

70 Tavares C. A formação de alianças estratégicas como forma de obtenção de vantagem competitiva para as empresas de pequeno e médio porte: o caso das redes de empresas. [Internet]. disponível em [www.bmaiscompet.com.br/arquivos/aliancas\\_estrategias.pdf](http://www.bmaiscompet.com.br/arquivos/aliancas_estrategias.pdf) . [Consultado em 2014-03-13].

71 Vargas K, Moura G, Bueno D, Paim E. A cadeia de valores e as cinco forças competitivas como metodologia de planejamento estratégico, Curitiba:REBRAE-Revista Brasileira de Estratégia, v.6, n.1; Jan/Abr 2013. p.11-22,

72 Kaplan R S, Norton DP. Measuring the Strategic Readiness of Intangible Assets. Harvard Business Review, v. 82, n. 2; 2004. p. 52-63.

73 Guthrie J. The management, measurement and the reporting of intellectual capital. Journal of Intellectual Capital, v. 2, n. 1; 2001. p. 27 - 41.

## Apêndice I

Distrito	Universo de farmácias	Cenário 1		Cenário 2		Cenário 3	
		Amostra: dimensão da amostra de cada estrato = max (estratificação proporcional (1,6%))		Amostra: dimensão da amostra de cada estrato = max (estratificação proporcional (2%))		Amostra: dimensão da amostra de cada estrato = max (estratificação proporcional (3%))	
		nº farmácias	peso da amostra	nº farmácias	peso da amostra	nº farmácias	peso da amostra
Aveiro	189	3	1.6%	4	2.1%	6	3.1%
Beja	56	2	3.4%	2	3.4%	2	3.4%
Braga	182	3	1.6%	4	2.2%	5	2.7%
Bragança	41	2	4.8%	2	4.8%	2	4.8%
Castelo Branco	63	2	3.2%	2	3.2%	2	3.2%
Coimbra	152	2	1.3%	3	2.0%	5	3.3%
Évora	61	2	3.3%	2	3.3%	2	3.3%
Faro	115	2	1.7%	2	1.7%	3	2.6%
Guarda	59	2	3.3%	2	3.3%	2	3.3%
Leiria	135	2	1.5%	3	2.2%	4	2.9%
Lisboa	661	11	1.7%	13	2.0%	19	2.9%
Portalegre	45	2	4.3%	2	4.3%	2	4.3%
Porto	433	7	1.6%	9	2.1%	13	3.0%
Santarém	147	2	1.4%	3	2.1%	4	2.7%
Setúbal	201	3	1.5%	4	2.0%	6	3.0%
Viana do Castelo	65	2	3.1%	2	3.1%	2	3.1%
Vila Real	70	2	2.9%	2	2.9%	2	2.9%
Viseu	114	2	1.8%	2	1.8%	3	2.6%
Total Açores	48	2	4.2%	2	4.2%	2	4.2%
Total Madeira	64	2	3.1%	2	3.1%	2	3.1%
<b>Total</b>	<b>2901</b>	<b>57</b>	<b>2.0%</b>	<b>67</b>	<b>2.3%</b>	<b>88</b>	<b>3.0%</b>

## *Apêndice II*

### **Painel de Peritos**

*José Pedro de Carvalho Seixas Vale*

#### **Formação:**

Licenciatura em Organização e Gestão de Empresas (Área vocacional: Finanças) (1994-1999) (14); Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (I.S.C.T.E.)

#### **Experiência Profissional:**

Desde Maio 2007 – Boyden Executive Search

#### *CHIEF FINANCIAL OFFICER*

Responsável pela áreas internas de Contabilidade e Fiscalidade, Controlo de Gestão, Central de Compras, Tesouraria e Relação com Bancos, Pessoal (processos administrativos) e Frota;

Responsável igualmente pelas áreas de Informática (sistemas de informação e helpdesk) e Apoio Legal, nestes casos com apoio de outsourcing especializado;

Desde Outubro 2008 – Plater – Serviços de Apoio à Gestão

#### *MANAGING PARTNER*

Sócio fundador da empresa desde Outubro de 2008;

Responsável pela operação da empresa e das suas participadas, incluindo entre outros desenvolvimento da oferta, gestão comercial, gestão de clientes, gestão da operação e gestão de recursos humanos;

## *António Miguel Gago da Silva Corrêa Figueira*

### **Formação:**

Licenciatura em Economia no curso de 1977/1982 com média de 14 valores na Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa em Lisboa

### **Experiência Profissional:**

#### **Monaf – Montepio Nacional da Farmácia, A.S.M.**

Associação Mutualista - Regimes Complementares da Segurança Social  
Coordenador Executivo

#### **Associação Nacional das Farmácias - ANF**

Associação  
Consultor

#### **Luso-Atlântica-Mediação de Seguros**

Administrador

## *Fernando Luis da Silva Santos*

### **Formação:**

Curso de Contabilista pelo ISCAP em 1977(Bacharelato)

### **Experiência Profissional:**

De Outubro de 1998 até à data, contabilista e T.O.C. de uma empresa do sector de distribuição de produtos farmacêuticos, CRL

## *Rui Assis*

### **Formação:**

Licenciado em Gestão e Bacharelato em Contabilidade;

### **Experiência Profissional:**

Diretor Financeiro da Plural - Cooperativa Farmacêutica, Crl e sua participada;  
Revisor Oficial de Contas  
Sócio/TOC na 2.ª - contabilidade e consultoria, Lda

## *Gonçalo Miguel de Sousa Rodrigues*

### **Formação:**

1990/1995

Universidade Autónoma de Lisboa

Licenciatura em Organização e Gestão de Empresas, com média final de 14 valores

2002

Overgest - ISCTE (Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa)

Curso de especialização em Consolidação de contas e SGPS

### **Experiência Profissional:**

*1995/2001*

SOUSA RODRIGUES & ASSOCIADOS – CONSULTORES DE GESTÃO, LDA - Lisboa, integrando uma equipa de 3 economistas, 2 psicólogas e um advogado  
Possuía como competência central a arquitetura e desenvolvimento de sistemas de controlo interno.

Realizando intervenções globais, prestava serviços de consultoria ao nível da gestão financeira e de stocks, desenvolvendo soluções à medida.

Na área de Recursos Humanos organizava processos de seleção e recrutamento, disponibilizando serviços de consultoria jurídica na área de direito do trabalho.

*2002 até a atualidade*

#### ACTIVIDADE EMPRESARIAL

HOLDINGSEPT, SGPS, SA, desempenhando as funções de Presidente do Conselho de Administração do grupo, com presença na área da saúde (produção e comercialização de mobiliário clínico e dispositivos médicos) e desenvolvimento de projectos imobiliários comerciais.

#### ACTIVIDADE ACADÉMICA

Docente convidado da Universidade Lusófona

Ministra as cadeiras de Análise Económica e Financeira, Introdução à Fiscalidade e Análise de Projetos de Investimento no Curso de Formação Pós-Graduada em Gestão da Farmácia Comunitária

## Apêndice III

### INQUÉRITO PARA CARACTERIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE GESTÃO DA FARMÁCIA

#### Caracterização da farmácia

Distrito: \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_ Freguesia \_\_\_\_\_

Propriedade   Sociedade   Unipessoal (Sublinhe p.f. a opção que corresponde)

#### Caracterização do gestor:

Sexo: M  F  (assinalar o que corresponde)

Idade \_\_\_\_\_ anos

Formação: Farmacêutico  Não Farmacêutico  Qual?

\_\_\_\_\_

Cargo desempenhado \_\_\_\_\_

Função primordial desempenhada na farmácia (assinale p.f. uma percentagem de tempo dedicada às várias tarefas desempenhadas, para um total de 100%)

Técnica (serviço ao utente) \_\_\_\_\_%

Administrativa: \_\_\_\_\_%

Gestão comercial: \_\_\_\_\_%

Gestão financeira: \_\_\_\_\_%

Gestão de recursos humanos: \_\_\_\_\_%

Outra: (Qual?) \_\_\_\_\_ %

Tempo de experiência na função: \_\_\_\_\_ anos

Tempo de aquisição da farmácia: \_\_\_\_\_ anos

Farmácia com Certificação pelas normas da qualidade    SIM  NÃO

Se sim desde quando \_\_\_\_\_

**Que ações de gestão estão metodologicamente organizadas?: (sublinhe o que corresponde, ou assinale outras que realiza, e detalhe as tarefas efectuadas, p.f.)**

Comercial (ex. atendimento, organização do espaço, compras-comparação de preços entre fornecedores, compras-aquisição direta a laboratórios):

---

Rec. Humanos (ex. recrutamento, formação, avaliação):

---

Económico-Financeira (ex. análise de pagamentos bonificados a fornecedores, incentivos a colaboradores, execução de orçamentos anuais ou com outra periodicidade, avaliação de resultados financeiros com apoio do TOC):

---

Outras:             Quais?

---

**Indicadores de gestão utilizados:**

a) **Conhece?** Sim  Não

a.1) **Se Sim, Quais?**

---

---

b) **Utiliza?** Sim  Não  (se respondeu Não o inquérito já terminou)

b.1) **Se Sim, Quais?**

---

---

c) **Para que efeito?**

Para análise da rentabilidade do negócio

Para comparação com histórico e caracterização da evolução

Para análise de determinadas categorias de produto

Para construção de cenários de gestão

Para efetuar planos de financiamento bancário

Outro  Qual? \_\_\_\_\_

**d) Quem Fornece?**

T.O.C.  Consultor  Outro  Quem \_\_\_\_\_

**e) Com que regularidade?**

Mensal  Trimestral  Anual

**f) Valoriza-os?** Sim  Não

**f.1) De que forma? (p.f. responda com a máxima honestidade)**

São imprescindíveis para a minha função, usando-os com muita regularidade para as decisões de gestão (todos os meses)

São importantes para a minha função, usando-os com alguma regularidade para as decisões de gestão (sensivelmente 3 a 4 vezes/ano)

São pouco importantes para a minha função, usando-os ocasionalmente para as decisões de gestão (sensivelmente 1 a 2 vezes/ano)

Não são importantes para a minha função, não as usando para as decisões de gestão

Comentários/Observações que entenda pertinentes:

---

---

---

Final do inquérito