

ESTUDO do SECTOR das FARMÁCIAS em PORTUGAL

ENTIDADE CONTRATADA
Centro de Estudos e Investigação em Saúde
da Universidade de Coimbra (CEISUC)

António Rodrigues
Francisco Batel Marques
Pedro Lopes Ferreira
Vitor Raposo



ORDEM DOS FARMACÊUTICOS



ORDEM DOS FARMACÊUTICOS

“No âmbito das diversas propostas e medidas anunciadas para o sector farmacêutico, a Ordem dos Farmacêuticos solicitou um conjunto de estudos e pareceres a personalidades e entidades de notória competência e idoneidade, visando o esclarecimento e a fundamentação de eventuais mudanças e respectivos impactos.

A presente publicação dos trabalhos realizados constitui um contributo da Ordem dos Farmacêuticos, fiel à sua missão de interesse público, para análise e decisão sobre a intervenção farmacêutica, com suporte em evidência técnico-científica”.

NOTA PRÉVIA

A solicitação feita pela Ordem dos Farmacêuticos, a quem se agradece a confiança demonstrada, constituiu para o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra uma oportunidade para abordar um sector – as Farmácias de Oficina – de indiscutível relevância na economia e na política da saúde.

Pretendeu-se, com o presente estudo, reunir um conjunto de documentação, conceptualmente enquadradora da actividade da farmácia de oficina no sistema e nos serviços de saúde, complementada com um trabalho empírico sobre o acesso da população às farmácias.

À exaustiva recolha de informação realizada presidiu a intenção de produzir resultados objectivos, apresentados de modo simples e directo, mas que se pretendem substantivamente produtores de evidência sobre uma matéria reconhecidamente complexa.

O presente estudo não teria sido possível sem a colaboração desinteressada dos Coordenadores das Sub-Regiões de Saúde, bem como de quadros técnicos das Administrações Regionais de Saúde, a quem manifestamos sinceros agradecimentos.

In deciding what to do with available resources, we are also deciding what not to do with them. Hence, the efficiency of a particular service is “context specific” and CANNOT be determined by information on the costs and effectiveness of the service in isolation.

Amiran Gafni
Centre for Health Economics and Policy Analysis
McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada 2005

OBJECTO DO ESTUDO: TERMOS DE REFERÊNCIA

“A cobertura e a assistência farmacêutica no ambulatório assentam, em Portugal, essencialmente numa rede de farmácias privadas com um regime próprio de propriedade e de instalação. Pretende-se a condução de um estudo que analise o enquadramento, a organização e o funcionamento da cobertura e da assistência farmacêutica, com vista a sinalizar e fundamentar eventuais necessidades passíveis de justificar alterações ao actual regime normativo da propriedade, da instalação e do funcionamento das farmácias portuguesas.”

In: Caderno de Encargos da Ordem dos Farmacêuticos

SUMÁRIO EXECUTIVO

1. Enquadramento da actividade farmacêutica nos sistemas de saúde e a transição do seu paradigma funcional: da produção/armazenamento para a dispensa/venda e aconselhamento de medicamentos.
2. As propostas de alteração ao regime de propriedade e de instalação de farmácias: forças condutoras tendentes à desregulação e reengenharia do mercado farmacêutico, designadamente as grandes cadeias de distribuição generalistas.
3. A “saúde” enquanto mercado: características que determinam a sua imperfeição. Atributos do bem saúde e o seu interesse como bem social.
4. A regulação em saúde e os factores específicos que determinam os seus mecanismos funcionais, designadamente os objectivos, os fracassos de mercado e a componente ética.
5. Competição, regulação nos medicamentos e sistema de saúde. A farmácia como componente da verificação de favoráveis relações benefício/risco e custo/efectividade dos medicamentos. A necessidade de coerência do sistema regulador na perspectiva da acessibilidade ao medicamento e da segurança do doente. O problema da concorrência entre farmácias pelo preço de um bem sobre o qual não determinam nem a oferta, nem a procura: o medicamento sujeito a receita médica.
6. O mercado dos medicamentos: “stakeholders”, isenção da informação técnico-científica sobre medicamentos – o exemplo da reacção britânica – e liberalização dos preços. Sensibilidade do doente e do prescriptor à elasticidade do preço na procura.
7. A farmácia no circuito do medicamento e na gestão do risco, designadamente de iatrogenia medicamentosa. Resultados e testemunhos de experiências de desregulação. As farmácias como necessidade social e a sua viabilidade económico-financeira como resultado do financiamento público (responsabilidade colectiva). As reacções e as respostas britânica e espanhola a propostas de desregulação.
8. O enquadramento legal da farmácia de oficina: regime de propriedade e de instalação. Monopólio *versus* exclusividade no acesso à propriedade, no ordenamento jurídico nacional.
9. Estudo da cobertura farmacêutica em Portugal continental. Distribuição das farmácias (análise da oferta) geograficamente ajustada: território continental, Região de Saúde, Sub-Região de Saúde e Concelho. Demonstração da equidade na distribuição geográfica das farmácias.
10. Estudo dos lotes de receitas emitidas pelo Serviço Nacional de Saúde e processadas pelas farmácias no ano de 2005. Demonstração da equidade na distribuição das farmácias relativamente aos lotes processados.
11. Das análises produzidas (e descritas nos pontos 9 e 10) conclui-se que o primeiro quartil das 2.307 farmácias (função do volume de lotes) processou 11% do total de lotes, ao passo que o último quartil processou 43% dos lotes.
12. Finalmente simulou-se o impacto da alteração da capitação das farmácias, de 4.000 para 3.500 habitantes.

ÍNDICE

Objecto do estudo: Termos de referência	9
Sumário executivo	11
Índice de abreviaturas	15
Índice de figuras	16
Índice de quadros	17
1 Introdução	19
2 A saúde enquanto mercado	23
3 Regulação	25
3.1 Regulação em saúde	25
3.2 Competição e regulação nos medicamentos, e sistema de saúde	26
3.3 A regulação das farmácias	27
4 Medicamento, informação independente e papel da indústria farmacêutica	29
4.1 Independência da informação sobre medicamentos	30
4.2 A influência da indústria farmacêutica	31
4.3 Liberalização dos preços, comparticipação e crescimento da despesa pública	32
4.4 Mercado de medicamentos: que intervenções e que indicadores?	32
4.5 O acesso ao medicamento estimulando a concorrência entre farmácias, pelo preço	33
4.6 Monitorização da prescrição médica, estudos de utilização de medicamentos, segurança e gestão do risco	33
5 Desregulação das farmácias	35
5.1 Comparação de três casos: Holanda, Irlanda e Noruega	37
5.2 Rejeição da desregulação das farmácias: o caso do Reino Unido	37
5.3 A resposta do Ministério da Saúde de Espanha ao “ <i>Dictamen</i> ” da Comissão Europeia	39
5.4 Relato de um mercado desregulado: Brasil	40
6 Enquadramento legal da actividade farmacêutica em Portugal	43
6.1 Introdução	43
6.2 Enquadramento legal	43
6.3 A exclusividade da propriedade	45
7 Estudo da cobertura farmacêutica em Portugal: Introdução	47
7.1 Metodologia de análise	48

7.1.1 Bases de dados	48
7.1.2 Análises efectuadas	49
7.2 Distribuição das farmácias (oferta)	49
7.2.1 Análise por concelho	50
7.2.2 Análise por região e sub-região de saúde	53
7.3 Lotes processados no SNS (procura)	57
7.3.1 Análise por concelho	58
7.3.2 Análise por região e sub-região de saúde	58
7.4 Análise comparada da oferta e da procura	64
7.5 Impacto das novas regras de capitação	65
8 Conclusões	67
8.1 Potenciais limitações do estudo	68
Referências Bibliográficas	71
ANEXO I - Oferta	73
ANEXO II - Procura	81

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AdC	Autoridade da Concorrência
ALE	Alentejo
ALG	Algarve
AMU	Áreas Medianamente Urbanas
APED	Associação Portuguesa de Empresas de Distribuição
APR	Áreas Predominantemente Rurais
APU	Áreas Predominantemente Urbanas
ARS	Administração Regional de Saúde
BNF	<i>British National Formulary</i>
CEISUC	Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
CEN	Centro
CON	Portugal Continental
ESPS	<i>Essential Small Pharmacy Scheme</i>
I&D	Investigação e desenvolvimento
ISDB	<i>International Society of Drug Bulletins</i>
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
NHS	Serviço Nacional de Saúde Britânico
NOR	Norte
OFT	<i>Office of Fair Trading</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCT	<i>Primary Care Trusts</i>
PIB	Produto Interno Bruto
QSM	<i>Quality Assurance and Safety of Medicines</i>
RCM	Resumo das Características do Medicamento
SRS	Sub-Região de Saúde
TAU	Tipologia de Áreas Urbanas
UE	União Europeia

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Evolução dos farmacêuticos nas farmácias de oficina	47
Figura 2 - Metodologia utilizada de desagregação de análise	49
Figura 3 - Relação entre concelhos e farmácias	51
Figura 4 - Distribuição dos concelhos por população e número de farmácias	52
Figura 5 - Distribuição dos concelhos com menos de 200.000 habitantes por população e número de farmácias	52
Figura 6 - Curva de Lorenz para o território de Portugal Continental	53
Figura 7 - Distribuição regional da capitação por farmácia	54
Figura 8 - Distribuição sub-regional da capitação por farmácia	54
Figura 9 - Curvas de Lorenz para as ARS	55
Figura 10 - Curvas de Lorenz para as SRS da ARS Norte	56
Figura 11 - Curvas de Lorenz para as SRS da ARS Centro	56
Figura 12 - Curvas de Lorenz para as SRS da ARS Lisboa e Vale do Tejo	57
Figura 13 - Curvas de Lorenz para as SRS da ARS Alentejo	57
Figura 14 - Curva de Lorenz para os lotes processados	58
Figura 15 - Curvas de Lorenz para os lotes processados nas ARS	62
Figura 16 - Curvas de Lorenz para os lotes processados nas SRS do Norte	63
Figura 17 - Curvas de Lorenz para os lotes processados nas SRS do Centro	63
Figura 18 - Curvas de Lorenz para os lotes processados nas SRS de Lisboa e Vale do Tejo	64
Figura 19 - Curvas de Lorenz para os lotes processados nas SRS do Alentejo	64
Figura 20 - Farmácias e lotes processados por classe de percentil	65

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Regime de propriedade de farmácia no espaço europeu	20
Quadro 2 – Regulação em saúde e a regulação das “utilidades”	26
Quadro 3 – Condições gerais de instalação	44
Quadro 4– Excepções de instalação de farmácias	44
Quadro 5 – Características da exclusividade das farmácias	46
Quadro 6 – Farmácias, população e densidade populacional	50
Quadro 7 – Distribuição das farmácias por tipo de áreas urbana	50
Quadro 8 – Farmácias, população e densidade populacional	51
Quadro 9 – Coeficientes de Gini e de correlação para as ARS	53
Quadro 10 – Coeficientes de Gini e de correlação para as SRS	55
Quadro 11 – Características dos lotes processados em farmácias por tipo de regime de participação ..	57
Quadro 12 – Lotes por farmácia processados em cada ARS	59
Quadro 13 – Lotes por farmácia processados em cada sub-região	59
Quadro 14 – Coeficientes de Gini e de correlação para os lotes das ARS	61
Quadro 15 – Coeficientes de Gini e de correlação para os lotes das SRS	62
Quadro 16 – Número de farmácias e lotes vendidos	64

1. INTRODUÇÃO

Os farmacêuticos e os estabelecimentos onde exercem a sua actividade no ambulatório — as farmácias de oficina — são encarados como elementos-chave na prestação de cuidados de saúde quer pelos governos, quer por vários organismos, incluindo a Organização Mundial da Saúde (OMS), quer ainda por estudos nacionais e internacionais.

A actividade das farmácias, na Europa, tem sido fortemente regulada:

- Prevendo-se regras de instalação geográfica e demograficamente ajustadas, como salvaguarda de uma cobertura homogénea dos territórios e, assim, do acesso dos cidadãos aos bens e serviços por elas disponibilizados e de garante da saúde pública;
- Consignando-se à profissão farmacêutica a exclusividade da sua propriedade, fundamentalmente apoiada no argumento da necessidade em manter a independência profissional, face a interesses estritamente económicos.

Tradicionalmente, a actividade das farmácias assentava em quatro dimensões fundamentais: produção, armazenamento, cedência e aconselhamento sobre medicamentos. As funções de produção de medicamentos foram progressivamente transferidas para a indústria farmacêutica, actualmente a responsável pela quase totalidade dos medicamentos que integram o arsenal terapêutico, ao passo que o armazenamento se passou a situar, fundamentalmente, na rede de distribuição grossista.

As farmácias passaram então a centrar a sua actividade na cedência de medicamentos e no aconselhamento sobre a sua utilização, alargando, simultaneamente, o seu campo de actividade a outros produtos que, embora possam ser considerados de saúde e de bem-estar, não são medicamentos, bem como à oferta de um leque variado de serviços em que se incluem, por exemplo, testes laboratoriais e apoio ao acompanhamento de doenças crónicas.

Na Europa, o regime de propriedade das farmácias apresenta três modalidades. Em alguns países a propriedade das farmácias é permitida exclusivamente a farmacêuticos, ao passo que noutros esta exigência não se verifica. A Suécia constitui um terceiro caso em que as farmácias são propriedade do Estado. O Quadro 1 indica os principais países em cada um das categorias.

Em Portugal, por outro lado, o estatuto remuneratório das farmácias assenta legalmente numa percentagem (fixa e estabelecida pelo Governo no caso dos medicamentos sujeitos a receita médica) sobre o preço de venda ao público dos medicamentos.

Assim, a actividade das farmácias, uma vez centrada na cedência de medicamentos, e deles auferindo uma remuneração percentual, passou a ser percebida como uma actividade eminentemente comercial.

Quadro 1 — Regime de propriedade de farmácia no espaço europeu¹

Propriedade das Farmácias	Países		
Exclusiva de Farmacêuticos	Alemanha	Áustria	Bulgária
	Chipre	Dinamarca	Eslováquia
	Eslovénia	Espanha	Finlândia
	França	Grécia	Hungria
	Itália	Letónia	Luxemburgo
	Portugal	Turquia	
Não exclusiva de Farmacêuticos	Bélgica	Croácia	Estónia
	Holanda	Irlanda	Lituânia
	Malta	Noruega	Polónia
	Reino Unido	República Checa	Suíça
Estado	Suécia		

Nesta linha, e face à generalização das grandes cadeias de distribuição retalhista em praticamente todas as áreas dos bens de consumo, o regime legal de propriedade e de instalação das farmácias tende a ser visto como uma excepção cujos fundamentos justificativos deixaram de se verificar.

Em Portugal, pelo menos desde 2004, a Associação Portuguesa de Empresas de Distribuição (APED)² tem espelhado nos seus documentos oficiais um particular interesse na área do medicamento, o que constitui um facto novo no sector. De facto, no seu Relatório de Actividades de 2004, no ponto 2.1 - Prioridades, pode ler-se:

Liberalização da comercialização de medicamentos

Na convicção de que o mercado dos medicamentos deve deixar de ser exclusivo das farmácias prosseguimos contactos com o órgão representativo dos Médicos.

Por seu turno, do Plano de Actividades da APED, para 2005, consta:

Pugnar por alterar o regime legal de venda de medicamentos e licenciamento de farmácias.

A ideia forte a retirar destes documentos, e bem assim da actividade por parte dos representantes das cadeias de distribuição em Portugal, na linha aliás do que vai acontecendo também na Europa, é a assumpção, como princípio estratégico para a maximização dos seus resultados, da entrada de alguns dos seus membros de maior dimensão no “negócio dos medicamentos”³.

Contudo, existem ainda alguns aspectos que, à partida, permitem indiciar a não unicidade de tal abordagem e que, a serem comprovados, colocam, na perspectiva da saúde pública, questões a ter em conta nos critérios de decisão política:

- São as farmácias um elemento integrador e estruturante de qualquer sistema de saúde, particularmente na vertente do acesso?
- São os medicamentos bens de mérito cujo custo não é, na generalidade dos casos, suportado apenas pelo utilizador directo, antes havendo lugar a uma repartição social dos seus custos?

1 Documento da Ordem dos Farmacêuticos (2006).

2 Ver www.aped.pt.

3 A confirmá-lo está a procura de aliados no sector da saúde. A nota expressa no sítio da APED onde são relatadas as conclusões de uma reunião com a Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos é disso um bom exemplo.

- É tecnicamente aceitável isolar a regulação das farmácias da regulação em saúde e da regulação do medicamento?
- Tem a saúde especificidades que a limitam às análises comuns aplicadas à generalidade dos mercados?

Além disto, o progresso técnico-científico levou à reengenharia das profissões da saúde, a que o farmacêutico não é excepção, disso sendo exemplo a sua actual matriz e orientações formativas, que já nada têm que ver com paradigmas de há três décadas. Actualmente, a formação do farmacêutico é essencialmente dirigida à utilização racional dos medicamentos pelos doentes, e não apenas ao medicamento como produto final da sua actividade.

Um outro aspecto a ter em consideração prende-se com o facto de, sendo o medicamento uma tecnologia de saúde que justifica a existência de farmacêuticos e de estabelecimentos diferenciados — as farmácias —, as medidas políticas sobre as farmácias e sobre a actividade dos farmacêuticos não poderem ser descontextualizadas das medidas políticas do medicamento, antes delas constituindo parte integrante.

Daqui ser também pertinente analisar se as propostas de alteração ao sistema de cobertura e de assistência farmacêutica devem ou não ter em conta o sistema e os serviços de saúde em que se integram, bem como os objectivos por estes prosseguidos.

2. A SAÚDE ENQUANTO MERCADO

Quatro características fundamentais determinam a imperfeição do mercado da saúde:

- Assimetria de informação;
- Juízos de valor;
- Imprevisibilidade do utilizador (“consumidor”) quanto ao momento, intensidade e extensão do consumo;
- Internalidades e externalidades atípicas em outros mercados.

Estas características determinam que, tal como referido por Beresniak e Duru⁴,

“... a articulação da oferta e da procura no domínio da saúde não obedece às mesmas regras da economia em geral, porque a saúde não é um bem susceptível de consumo ou de permuta. A saúde corresponde antes a um objectivo ideal, que começa, na maioria dos países, a ser reivindicado como um verdadeiro direito. A procura em saúde não se traduz obrigatoriamente pelo consumo de saúde”.

De igual modo, na saúde, o fenómeno da “procura induzida”, postulado por Roemer⁵, suscita a questão, não resolvida, se, neste sector da actividade humana, existe, na realidade, mercado⁶.

Mais recentemente, Michael Porter e Elizabeth Teisberg⁷, numa publicação sobre a competição em saúde nos Estados Unidos da América do Norte (da qual abaixo se transcreve um excerto), concluem que o modelo de competitividade característico das economias de mercado, para além de conduzir ao aumento descontrolado dos custos, conduz a marcadas diminuições na qualidade. Passamos a citar:

“The wrong kinds of competition have made a mess of the American health care system. The right kinds of competition can straighten it out.

The locus of competition has to shift from “who pays?” to “who provides the best value”.

Innovation leads to new and better approaches, which diffuse widely and rapidly. Uncompetitive providers are restructured or go out of business. Value-

4 Beresniak e Duru, 2001.

5 Roemer, 1961.

6 Folland et al, 2004.

7 Porter e Teisberg, 2006.

adjusted prices fall, and market expands. This is the trajectory common to all well-functioning industries – computers, mobile communications, banking and many others.

Health care could not be more different. Costs are high and rising, despite efforts to reduce them, and these rising costs cannot be explained by improvements in quality. Quite the opposite: medical services are restricted or rationed, many patients receive care that lags currently accepted procedures or standards, and high rates of preventable medical error exist”.

Estes autores colocam, assim, em questão as teses que postulam que o funcionamento do sector da saúde deva ser equacionado à luz restrita dos princípios da economia de mercado.

Por outro lado, o European Health Policy Forum, plataforma patrocinada pela DGSanco da União Europeia (UE) refere, a propósito dos serviços de saúde e do mercado interno europeu, alguns atributos específicos do sector⁸:

- A fruição de boa saúde e o acesso aos serviços de saúde constituem direitos fundamentais;
- Os serviços de saúde são de interesse geral;
- Os serviços de saúde devem verificar o requisito do primado da solidariedade;
- Os serviços de saúde requerem, com elevada frequência, a intervenção de uma terceira entidade;
- O doente não é um consumidor normal;
- Os profissionais de saúde não são prestadores normais;

Nesta linha, constituem Recomendações do Fórum:

- A definição, ao nível da UE, de “serviços de saúde de interesse geral”, tomando-se em consideração os princípios da universalidade, de acessibilidade, de continuidade, de qualidade e de sustentabilidade;
- O estabelecimento, ao nível da UE, de um quadro funcional para estes serviços de interesse geral, que permita aos Estados-Membros decidir sobre a sua designação, organização e financiamento;
- A análise do estatuto legal do princípio da solidariedade e o modo como se reflecte na legislação comunitária.

3. REGULUÇÃO

3.1. REGULUÇÃO EM SAÚDE

Os factos anteriormente aduzidos levam a concluir que não só a componente económica da regulação em saúde é mais exigente do que em outros domínios, como toda a componente de regulação ética e social é específica em saúde.

Segundo Saltman e Busse⁹, esta conceptualização da regulação em saúde constitui um choque para muitos economistas e gestores habituados a pensar a regulação apenas do ponto de vista da eficiência técnica em mercados privados quando o que está em causa é o controlo, objectivo e sustentado, exercido por uma agência pública, sobre actividades que são valorizadas socialmente¹⁰.

Os mecanismos reguladores em saúde são, assim, determinados por factores específicos:

- Regras e restrições legais e formais (códigos deontológicos, normas de orientação clínica, por exemplo);
- Sistemas de incentivos positivos (indutores) e negativos (penalizadores);
- Entrada de agentes no mercado (necessidade de formação superior diferenciada, por exemplo);
- Entrada de tecnologias no mercado (avaliações risco/benefício e custo/efectividade, por exemplo).

Tais especificidades fundamentam a necessidade de distinguir a regulação em saúde da regulação das “utilidades”¹¹, uma vez que em saúde o *output* (resultado) é multidimensional, e não linearmente ligado ao *outcome* (consequência).

No Quadro 2, adaptado de Ana Sofia Ferreira¹², descrevem-se, comparativamente, as diferenças entre a regulação em saúde e a regulação das “utilidades”.

Deste modo, em saúde, há que saber “o que regular” e “como regular”, contemplando a multipolaridade do sistema regulador, tendo em conta os seguintes aspectos:

- Capacidade instalada;
- Preços a praticar;
- Volumes a produzir;

9 Saltman e Busse, 2002.

10 Ver também Selznick (1957).

11 *Utilities*, em inglês, representando bens como a electricidade, o gás natural, a água ou as telecomunicações.

12 Ferreira, 2004.

- Qualidade (de estrutura, de processo e de resultados);
- Desempenho (profissional e institucional);
- Informação;
- Acesso;
- Responsabilização (*Accountability*);
- Governança (*Governance*); e
- Empoderamento (*Empowerment*) do utilizador.

Quadro 2 — Regulação em saúde e a regulação das “utilidades”

	Saúde	Utilidades
Objectivos da regulação	<ul style="list-style-type: none"> • Minimizar fracassos de mercado e de governação • Garantir equidade no acesso e eficiência social no sector (eficiência técnica dos prestadores, financiamento sustentável, oferta de acordo com as necessidades em saúde) • Saúde Pública • Qualidade • Segurança 	<ul style="list-style-type: none"> • Minimizar fracassos de mercado
Fracassos de mercado	<ul style="list-style-type: none"> • Todos (bens públicos e externalidades) • Assimetria de informação • Monopólios naturais • Mercados incompletos 	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso de poder de mercado (monopólio ou oligopólio) • Assimetria de informação (qualidade do serviço)
Componente ética	<ul style="list-style-type: none"> • Forte • Bens de mérito 	<ul style="list-style-type: none"> • Fraca
Natureza do financiador	<ul style="list-style-type: none"> • Monopolista público 	<ul style="list-style-type: none"> • Múltiplos clientes individuais privados
Quantidade e diversidade de prestadores a regular	<ul style="list-style-type: none"> • Grande 	<ul style="list-style-type: none"> • Pequena
Natureza dos prestadores	<ul style="list-style-type: none"> • Maioritariamente públicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Privados
Competição entre prestadores	<ul style="list-style-type: none"> • Incipiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Crescente
Custos de transacção da regulação	<ul style="list-style-type: none"> • Grandes 	<ul style="list-style-type: none"> • Comparativamente reduzidos

3.2. COMPETIÇÃO E REGULAÇÃO NOS MEDICAMENTOS, E SISTEMA DE SAÚDE

A regulação do medicamento visa a defesa da saúde pública e a garantia de segurança dos cidadãos, no limite dos melhores conhecimentos técnico-científicos disponíveis. Esta forte intervenção reguladora dos Estados condiciona a oferta, pois sem a demonstração de relações benefício-risco favoráveis, o medicamento não pode beneficiar de uma autorização de introdução no mercado; também a procura é condicionada, já que impõe limites à utilização através da definição de situações de exclusão de utilização em subgrupos populacionais, mesmo que noutros subgrupos o medicamento possa ser utilizado.

A atribuição de um estatuto legal quanto à cedência ao público é, por outro lado, um critério modulador do acesso, essencialmente por razões de segurança. A necessidade da existência de meios especializados

de diagnóstico, por vezes sobreespecializados determina especificidades regulatórias acrescidas, impondo, amiúde, restrições quer de prescrição, quer de cedência, quer ainda de administração.

No limite, a figura de “medicamento órfão”, ditada pela preocupação social de resolver necessidades em saúde de muito baixa prevalência, mas normalmente de elevada gravidade e custo, consensualizada entre produtores e reguladores, constitui um exemplo paradigmático de disfuncionalidades de mercado que, uma vez descuradas, acarretariam gravíssimas consequências sociais, políticas e económicas.

O facto de a regulação do medicamento ter necessidade de se dotar de capacidade de avaliação pericial capaz de interpretar a mais-valia que, para a sociedade, uma nova tecnologia pode vir a incorporar introduz mecanismos de hetero-regulação a montante e a jusante, ao invés do que é constatado na generalidade dos outros produtos de saúde, isto é, apenas a auto-regulação a montante.

Aliás, é de assinalar que o mecanismo regulador constitui um forte agente de competitividade. Se, por um lado, quanto mais eficaz for a ultrapassagem da barreira reguladora, maior o tempo de mercado sob patente protegida, por outro, demonstra-se que a liderança do mercado é tanto mais assegurada, quanto mais cedo ocorrer a comercialização de um dado medicamento, face aos seus potenciais competidores.

Porém, o próprio edifício regulador apenas ganha coerência e eficácia na presença de profissões e de organizações — ambas também objecto de auto e de hetero-regulação — capazes de operacionalizar a relação benefício-risco dos medicamentos: os sistemas de saúde.

3.3. A REGULAÇÃO DAS FARMÁCIAS

A regulação da farmácia, tal como a da generalidade das funções em saúde é, por isto mesmo, e em primeira linha, uma questão de eficiência técnica e não de eficiência económica, na perspectiva dos sistemas de saúde. É de fácil percepção que a farmácia não determina a procura. No caso dos medicamentos sujeitos a receita médica (cerca de 80% do volume de vendas das farmácias), o médico prescriptor é o elemento determinante dessa procura.

Quanto à oferta, a responsabilidade cabe, quase por exclusivo, à indústria farmacêutica. Nesta sequência, a competição pelo preço como base de viabilização económica e de maximização dos lucros das farmácias não concorre em favor da obtenção da eficiência técnica dos medicamentos, ao mesmo tempo que tende a comprometer a coerência e a eficácia do edifício regulador do medicamento.

Se a farmácia não visasse, em primeiro lugar, garantir a acessibilidade e a eficiência técnica do medicamento, não haveria qualquer razão para a obrigar a funcionar sob a responsabilidade técnica de um farmacêutico. Se o objectivo, pelo contrário, radicar apenas na obtenção de eficiência económica, então, garantidamente a existência de, pelo menos, um farmacêutico passa a constituir um obstáculo, até pelo custo directo que representa.

É deste modo questionável, em favor de quem concorre, a opção de colocar a sustentabilidade financeira e a viabilidade económica do sistema de garantia de acesso do cidadão aos medicamentos e da verificação da sua eficiência técnica na competição pelo preço de um bem, sobre o qual não determina nem a oferta, nem a procura.

A manutenção da saúde pública, a regulação em saúde e, mais especificamente, a regulação do medicamento e a regulação do acesso aos medicamentos — a farmácia — constituem, assim, um sistema e não entidades autónomas, passíveis de viverem isoladamente, sem produzir interações entre si.

4. MEDICAMENTO, INFORMAÇÃO INDEPENDENTE E PAPEL DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

O Relatório de 2004 da OMS sobre a situação mundial dos medicamentos¹³ realça alguns dos traços essenciais para a compreensão do mundo do medicamento, nos dias de hoje. Entre eles, salientamos o papel da indústria e da investigação e desenvolvimento, os padrões de consumo e os riscos. Vejamos com um pouco mais de detalhe cada um destes aspectos.

- A indústria
 - Um pequeno número de companhias farmacêuticas transnacionais domina a produção, o comércio e as vendas de medicamentos;
 - Dez destas companhias são responsáveis, actualmente, por cerca de metade do total de vendas. Esta concentração aumentou consideravelmente desde 1987.
- A investigação e desenvolvimento
 - O padrão de investigação e desenvolvimento (I&D) de novos medicamentos reflecte mais as oportunidades de mercado e menos as prioridades de saúde pública;
 - Apenas 10% do investimento em I&D é dirigido a problemas de saúde que afectam 90% do “peso” global de doença.
- Os padrões de consumo
 - Em 1999, 15% da população do planeta consumiu, em valor, 90% dos medicamentos consumidos nesse ano;
 - Os dez medicamentos mais vendidos representam 12% do valor total de medicamentos produzidos;
 - Nos países de baixos recursos, a quota do mercado de medicamentos tem vindo a cair de 0,98%, em 1990, para 0,64%, em 2000; e
 - Sistemas débeis de selecção de medicamentos e sistemas de procura ineficientes conduzem, invariavelmente, à escassez de medicamentos.
- Os riscos
 - Em todo o mundo, estima-se que metade dos medicamentos são inapropriadamente prescritos, dispensados ou vendidos, e que metade dos doentes não tomam os medicamentos de forma adequada;

13 WHO, 2004.

- O uso inapropriado dos medicamentos não é apenas uma situação generalizada. Acarreta custos e efeitos deletérios, quer individual, quer populacionalmente;
- Nos EUA, os efeitos adversos dos medicamentos estão entre as primeiras dez causas de morte, e estima-se custarem anualmente entre 30 a 130 biliões de dólares.

Este Relatório da OMS refere ainda que a monitorização e a regulação mais eficazes dos medicamentos, assim como a educação e a informação para a saúde, são componentes importantes da estratégia de promoção da utilização racional dos medicamentos. E enuncia três tipos de desequilíbrios nas práticas regulamentares actuais, a saber:

- Excesso de concentração na fase pré-comercialização dos medicamentos e insuficiente concentração na fase pós-comercialização;
- Foco exagerado na fase de registo e insuficiente ênfase nos sistemas de distribuição;
- Mais atenção na inspecção das normas de fabrico do que nos canais de distribuição.

4.1. INDEPENDÊNCIA DA INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAMENTOS

Um estudo conduzido pela *International Society of Drug Bulletins* (ISDB), conjuntamente com a *Quality Assurance and Safety of Medicines* (QSM), da OMS, avaliou em 26 países a consistência da informação terapêutica disponível para os profissionais de saúde e para os doentes¹⁴.

Foram incluídos neste estudo os seguintes países:

- Américas: Argentina, Brasil, Canadá, Colômbia, EUA, México, Peru e Venezuela;
- Europa: Croácia, Espanha, Estónia, França, Itália, Polónia, Reino Unido e Suíça;
- África: Egito, Moçambique, Quênia e Tunísia;
- Ásia: Índia, Filipinas, Paquistão, Síria e Tailândia; e
- Austrália.

Foram também seleccionadas três substâncias activas de prescrição generalizada (ciprofloxacina, fluoxetina e nifedipina) utilizadas no tratamento de patologias de grande impacto na morbidade e na mortalidade.

O estudo baseou-se nas versões oficialmente aprovadas do resumo das características dos medicamentos (RCM) ou, nos casos em que a informação oficial não estava disponível, na informação fornecida pelos produtores aos prescritores e aos doentes.

A informação recolhida foi comparada com a constante no British National Formulary (BNF), referência internacional independente. A análise focou:

- Indicações terapêuticas;
- Doses recomendadas no adulto;
- Contra-indicações e precauções de utilização;
- Efeitos adversos frequentes, afectando pelo menos 1% dos doentes; e
- Reacções graves.

O grau de concordância entre a informação recolhida e a constante do BNF foi calculado para cada item, cada fármaco e cada país.

¹⁴ Médicaments: une information "officielle" disparate et lucanaire, 2005.

Não houve nenhum item em que todos os países estivessem de acordo com o BNF, verificando-se, no caso das indicações terapêuticas, que apenas dois países estavam em concordância com o BNF (Colômbia e Reino Unido).

Os autores deste estudo referem surpresa face à facilidade com que as autoridades regulamentares aceitam e validam a informação proveniente da indústria farmacêutica. Os resultados confirmam a necessidade da existência e disponibilização para utilização pelos profissionais de saúde e pelos doentes de fontes de informação fiáveis sobre medicamentos.

4.2. A INFLUÊNCIA DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

Sobre sinais crescentes da influência da indústria farmacêutica no Serviço Nacional de Saúde Britânico, o Parlamento levou a cabo um estudo cujas conclusões se transcrevem¹⁵:

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

É inquestionável a contribuição da indústria farmacêutica para a investigação científica, para a economia e para a saúde. Contudo, são questionáveis as prioridades que estabelece entre a saúde do país e as expectativas dos seus investidores bolsistas.

Concluiu-se pela existência de um grande poder de influência da indústria farmacêutica não só na prática e na investigação clínica, mas também nos doentes, nos reguladores, nos *media*, nos funcionários públicos e nos políticos.

Concluiu-se ainda pela falência de um conjunto de acções e de actividades por parte dos Governos e da regulação cujas principais consequências se podem resumir de acordo com a utilização insegura dos medicamentos e o aumento progressivo da medicalização da sociedade.

Do conjunto de recomendações presentes, dirigidas à indústria farmacêutica, ao sistema regulador, aos prescritores, ao Governo e à União Europeia, salientamos:

- O sistema de registo dos ensaios clínicos deve ser mantido por uma organização independente e todos os resultados dos ensaios clínicos, contendo a informação completa, devem incluir o pedido de registo do medicamento como condição para a obtenção da AIM.
- Os ensaios clínicos têm limitações significativas. A agência regulamentar deve trabalhar conjuntamente com a indústria farmacêutica e com peritos externos independentes no delineamento dos ensaios clínicos para que se estabeleça o valor terapêutico real dos novos medicamentos utilizando medidas relevantes para os doentes e para a saúde pública. Os ensaios deveriam ser delineados para poderem, de forma mais precisa, predizer o desempenho do medicamento na rotina clínica. As comissões de ética devem estimular, sempre que apropriado, a inclusão de comparadores activos e de abordagens não farmacológicas na avaliação dos protocolos propostos. As comissões de ética deverão requerer aos promotores que o ensaio não duplique investigação já conduzida (não seja redundante) e que os seus resultados sejam integralmente publicados.
- O Serviço Nacional de Saúde deve tomar iniciativas no sentido de facilitar a realização de ensaios clínicos.

Deverão ser estabelecidos limites à quantidade de material publicitário que os prescritores recebem, particularmente durante os primeiros seis meses após o início da comercialização do medicamento. A pres-

¹⁵ House of Commons, 2005.

são sobre os enfermeiros e os farmacêuticos tende a intensificar-se à medida que os seus poderes prescricionais são consignados. São necessários controlos estritos sobre as práticas promocionais dos delegados de informação médica sobre os médicos menos experientes, assim como sobre enfermeiros e farmacêuticos com poderes de prescrição.

4.3. LIBERALIZAÇÃO DOS PREÇOS, PARTICIPAÇÃO E CRESCIMENTO DA DESPESA PÚBLICA

A extensão na qual os doentes são sensíveis à elasticidade do preço na procura está descrita como podendo ser socialmente eficiente se o doente for sensível ao preço. Contudo, a elasticidade pode não se aplicar quando o doente percebe que o preço tem impacto no seu estado de saúde, isto é, associando o preço do medicamento à sua eficiência.

No entanto, sendo o medicamento participado por um preço de referência, a elasticidade do preço na procura decorre da diferença entre o preço de referência e o preço a que o doente pode adquirir o medicamento. Deve contudo considerar-se também a elasticidade do preço na procura antes da participação, ou seja, antes da intervenção do Estado.

É escassa a documentação de origem europeia que avalie a sensibilidade do médico prescriptor à elasticidade do preço na procura. A taxa de prescrição de genéricos constitui o indicador mais válido.

Está porém bem documentada a sensibilidade do prescriptor à transferência de prescrição em função da designada “inovação incremental” (medicamentos *me too*). A inexistência de normas de orientação terapêutica e de sistemas de informação de apoio à decisão prescricional, na ausência de evidência da sensibilidade do prescriptor à elasticidade do preço na procura, abre caminho à opção por novas entidades terapêuticas, em detrimento da continuação terapêutica com genérico na mesma substância activa.

Não é, por conseguinte, líquido, nem está demonstrado, que a liberalização do preço conduza à diminuição dos encargos das terceiras entidades pagadoras, ou dos doentes. De igual modo, não é antecipável que a repartição de encargos venha a beneficiar o custo directamente suportado pelos doentes.

A utilização de metodologias científicas no desenvolvimento de novos medicamentos é largamente influenciada pelo processo regulamentar que se amplifica e intensifica pela evidência de que a escolha do consumidor, bem como o seu conhecimento e preocupação com o risco, não são suficientes para garantir favoráveis relações benefício-risco. O processo regulamentar é descrito como encarecendo o custo de inovação e de desenvolvimento de novos medicamentos. É sensato, neste ponto, equacionar a existência de repartição de encargos de I&D entre os sectores privado e público. Na realidade, a investigação conduzida com financiamento público desempenha um papel muito importante no aparecimento de novos medicamentos. Desde logo, a própria formação de recursos humanos diferenciados, passando pelo conhecimento produzido proveniente da investigação fundamental, mas também aplicada, de origem universitária. Contudo, estes custos, porque essencialmente indirectos, não são incorporados nos custos totais de I&D. Na realidade este processo beneficia directamente os lucros da indústria farmacêutica e penaliza o cidadão.

4.4. MERCADO DE MEDICAMENTOS: QUE INTERVENÇÕES E QUE INDICADORES?

A selecção de indicadores de avaliação do mercado dos medicamentos não é um assunto linear. O seu valor global, bem como a sua representação na riqueza produzida, se fazem sentido na perspectiva macro-económica, já são menos indicativos na perspectiva da saúde pública e da racionalidade terapêutica, ou seja, da eficiência técnica e da eficiência distributiva. O consumo e o custo *per capita*, bem como as taxas

de exposição populacional e os custos das respectivas unidades (doses diárias definidas, por exemplo), ou ainda os custos por unidades de agregação de doença (por exemplo, grupos de diagnósticos homogêneos), são indicadores disponíveis e disponibilizáveis que, com robustez técnica, permitem fundamentar decisões no acompanhamento e controle sustentável do consumo e da despesa.

Há muito que as taxas de crescimento da despesa pública com medicamentos, bem como o seu peso no Produto Interno Bruto (PIB), demonstram que intervenções com vista ao controle da despesa, exclusivamente baseadas nestes indicadores, são ineficazes. O que equivale a dizer que tentar diminuir a despesa com base na concorrência pelo preço provou ser um instrumento favorecedor do crescimento da própria despesa.

4.5. O ACESSO AO MEDICAMENTO ESTIMULANDO A CONCORRÊNCIA ENTRE FARMÁCIAS, PELO PREÇO

A capacidade de pagar, associada ao valor das quantidades a consumir, passa a ser um elemento determinante do preço. Dito de outro modo, cidadãos de baixos rendimentos tenderão a pagar mais pelos medicamentos do que os seus congêneres com mais elevados rendimentos. As farmácias tenderão ainda a estratificar os clientes, ampliando os descontos em função dos seus níveis de riqueza, oferecendo incentivos à fidelização e ao aumento do consumo. A criação do “cartão-cliente”, a criação de “pacotes” de compras, a oferta de serviços adicionais acima de determinados volumes de compras ou a progressividade do desconto em função da diminuição do tempo para o fim do prazo de validade do medicamento são, de entre muitos outros, cenários antecipáveis face à liberalização dos preços e à possibilidade de as farmácias procederem a descontos.

A extensão na qual este sistema pode tratar desigualmente cidadãos, com iguais direitos e com iguais necessidades, deve preocupar os decisores políticos em saúde.

Também não existe evidência de que os encargos com medicamentos tivessem diminuído sempre que a política de descontos foi incentivada. Vejam-se os casos da Islândia desde 1996 e da Noruega desde 2001.

Em qualquer dos casos, a política de descontos retirou ulteriormente espaço de intervenção por parte dos governos, quando a necessidade de introduzir correcções (a desregulação deu origem a novas e mais críticas necessidades de regular) se veio a manifestar.

De qualquer modo, trata-se de uma política de esmagamento de margens de comercialização que, naturalmente, acabam por se repercutir em estímulos ao aumento do consumo, à diminuição da qualidade dos serviços, ou a ambos. Com uma agravante: o incentivo do aumento de vendas passa a ser um factor de sobrevivência, com degradação da componente profissional, dada a decorrente necessidade de contenção de custos.

Acresça-se o aumento do risco de iatrogenização dos doentes, por sobreconsumo.

Cumulativamente, a pressão pelo preço num ponto da cadeia onde os elos são independentes tende a favorecer a integração vertical, horizontal ou ambas, de acordo com o ambiente regulador.

4.6. MONITORIZAÇÃO DA PRESCRIÇÃO MÉDICA, ESTUDOS DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS, SEGURANÇA E GESTÃO DO RISCO

Particularmente devido à retirada do mercado, no ano precedente, de um número considerável de medicamentos, por razões de segurança, a adopção de uma estratégia europeia de gestão de risco associada à utilização de medicamentos foi objecto de recomendação, em 2002, de um grupo denominado *High Level*

Group on Innovation and the Provision of Medicines que funciona no âmbito da Comissão Europeia. Na fundamentação e justificação para esta estratégia europeia, pode ler-se¹⁶:

“Foi efectuada uma revisão dos conhecimentos existentes a nível europeu, derivados da experiência obtida com o tratamento de questões relacionadas com a segurança dos medicamentos. Não tanto com base nos resultados obtidos, mas na história dos casos, a adversidade na diversidade e a análise do seu âmbito justificam amplamente a preparação de uma Estratégia Europeia, coerente, de Gestão do Risco. A conjugação dos conhecimentos obtidos permitirá que se disponha de um sistema eficaz de gestão, ao definirem-se os parâmetros do seu desempenho e, finalmente, ao acordarem-se as metodologias apropriadas de auditoria e monitorização dos seus resultados”.

Para a avaliação do risco é necessário conhecer¹⁷:

- A população exposta;
- Os padrões de utilização dos medicamentos;
- As doses diárias prescritas;
- A duração do tratamento;
- As indicações terapêuticas; e
- As medicações concomitantes.

As acções propostas para fortalecer a gestão de risco incluem a criação de mecanismos e de procedimentos para estimular a notificação espontânea de reacções adversas a medicamentos, por parte dos profissionais de saúde, e a existência e ampla utilização de bases de dados de prescrição. O farmacêutico desempenha aqui um papel-chave na redução do risco, particularmente pela sua intervenção na redução dos erros de medicação¹⁸.

O interesse na participação dos farmacêuticos na gestão de risco é ilustrável pelas 500 notificações enviadas, num total de 1.500 suspeitas de reacções adversas a medicamentos, de 2001 a 2003, a uma unidade regional do Sistema Nacional de Farmacovigilância, o Núcleo de Farmacovigilância do Centro¹⁹.

O Serviço Nacional de Saúde português não possui uma base de dados de prescrição médica, nem sistemas de informação que permitam conduzir estudos de utilização de medicamentos. São escassos dados sobre o actual desempenho do Sistema Nacional de Farmacovigilância, desconhecendo-se assim qual o estado de desenvolvimento da implantação da estratégia europeia de gestão de risco.

É por isso importante, por razões óbvias de saúde pública, que a abordagem ao sector das farmácias contemple a sua integração e responsabilização na gestão do risco, decorrente da utilização dos medicamentos.

16 European Commission, 2002.

17 European Commission, 2003.

18 Haynes e Thomas, 2005.

19 Informed, 2003.

5. DESREGULAÇÃO DAS FARMÁCIAS

5.1. O contexto da desregulação das farmácias em Portugal

No documento “OECD Guiding Principles for Regulatory Quality and Performance”²⁰ pode ler-se, logo no seu início, que o objectivo das reformas da regulação é melhorar as economias nacionais e potenciar a sua capacidade de adaptação à mudança. Este documento pretende reforçar a cultura de competição e de liberalização de barreiras à entrada, criando e integrando mercados abertos como critério primeiro do processo regulador. De entre os princípios originalmente definidos, contam-se as políticas de competição nas redes de “utilidades” e a diminuição dos poderes reguladores dos Estados, em favor da criação de redes reguladoras supranacionais.

Ainda neste documento, pode ler-se:

- 5ª Recomendação: “*design economic regulations in all sectors to stimulate competition and efficiency, and eliminate them except where clear evidence demonstrates that they are the best way to serve public interests*”;
- 6ª Recomendação: “*eliminate unnecessary regulatory barriers to trade and investment through continued liberalization and enhance the consideration and better integration of market openness throughout the regulatory process, thus strengthening economic efficiency and competitiveness*”.

Este documento enumera princípios, embora não explicitando instrumentos ou metodologias. O âmago emergente desta proposta de reforma da regulação é desregular para liberalizar, entregando ao mercado a função reguladora. Não se vislumbra qualquer cenarização, ou preocupação de cenarização, das possíveis consequências. Contudo, aponta para situações de excepção ditadas pelo interesse público. Por clarificar ficam os critérios que podem definir e apoiar tal excepcionamento.

A criação, em paralelo com a autoridade da concorrência, de entidades reguladoras sectorializadas emerge como uma necessidade de intervenção pública, dadas as especificidades dos produtos e bens envolvidos.

Nesta linha deve ser entendida a criação da Entidade Reguladora da Saúde como uma necessidade de, na defesa do interesse público, intervir nas condições e nas regras da prestação dos cuidados.

Trata-se, afinal, do reconhecimento explícito de que, na saúde, a regulação pela concorrência e a liberalização não conduzem, de per si, à eficiência técnica e à eficiência económica do mercado.

Ainda no caso vertente, a regulação do medicamento, nas diversas fases do seu ciclo de vida, está sujeita à intervenção de autoridades específicas. A assumpção, pela sociedade e pelo Estado, desta necessidade,

20 OECD, 2005.

é comprovável pelo número de indeferimentos de pedidos de autorizações de introdução de medicamentos no mercado, pela retirada do mercado de medicamentos previamente autorizados e pela não autorização de pedidos de atribuição do estatuto legal, quanto à cedência ao público de medicamentos não sujeitos a receita médica.

A regulação do circuito de distribuição e dispensa/venda de medicamentos não tem como objectivo criar barreiras à entrada de novos agentes no mercado, sendo consequência de necessidades específicas de qualidade, segurança, eficácia e acesso. Disso é exemplo a figura do medicamento sujeito a receita médica restrita: restrição pela especialidade do médico prescriptor, restrição pelo local de administração do medicamento, restrição pelo local de cedência, restrição por especificidades das condições clínicas do doente.

Utilizando a estrita lógica da concorrência e do funcionamento livre do mercado, e assumindo intrinsecamente que os consumidores actuam de forma racional, buscando a maximização da utilidade dos bens e serviços que adquirem, há várias questões que se pode levantar. A primeira é: qual a razão para que uma indústria farmacêutica produtora não coloque directamente os seus medicamentos no mercado e tenha que se submeter a um filtro de avaliação técnico-científica? A segunda é: porque não atribuir ao mecanismo da livre concorrência a monitorização da segurança após a comercialização? Por fim: qual a razão para a existência de diferentes estatutos legais, quanto à cedência ao público, dos medicamentos?

A produção de avaliações sobre a concorrência no medicamento não é, como se comprova, um processo unilateral e univariado, redutível à organização de um processo de oferta, procura, preço e venda.

Contudo, o documento de trabalho da OCDE sobre a reforma do sistema português de saúde, de Outubro de 2004, inscreve, no sumário das recomendações finais, a desregulação do sector das farmácias e da profissão farmacêutica, como passos a prosseguir tendentes à contenção da despesa com medicamentos, em linha, aliás, com as recomendações da União Europeia²¹.

Apesar de não terem sido encontrados estudos que, com robustez, produzissem evidência capaz de documentar quais os ganhos em saúde decorrentes de tais decisões, no passado recente, e na sequência de recomendações expressas pelas autoridades da concorrência nacionais, as farmácias foram, em alguns países, objecto de desregulamentação/desregulação.

Nesta linha, também em Portugal, após o período de discussão pública de um estudo que encomendara²², a Autoridade da Concorrência (AdC) propôs ao Governo, a adopção de um conjunto de recomendações cujo sentido global foi, entre outros, a liberalização do acesso à propriedade e do condicionamento da instalação, a prática de descontos nos medicamentos e a legalização da publicidade das farmácias.

Na base das recomendações, apresentadas como pró-competitivas, são avançados dois argumentos principais: a diminuição dos custos com medicamentos, quer para o cidadão, quer para o Estado e a melhoria da acessibilidade dos cidadãos aos medicamentos.

Sem prejuízo do conjunto de análises que o presente trabalho pretende contemplar, devem, a este propósito, destacar-se quatro casos concretos:

- As conclusões de um outro estudo, recentemente publicado pelo *Austrian Health Studies*, que comparou três países objecto de desregulação — Holanda, Irlanda e Noruega —, com três outros países-controlo, não objecto de desregulação — Áustria, Espanha e Finlândia.
- A posição do Parlamento Britânico rejeitando a desregulação das farmácias, tendo por base o relatório do *Office of Fair Trading (OFT)* do Reino Unido (entidade equivalente à AdC portuguesa) que apontava para a desregulação do contrato entre o Serviço Nacional de Saúde (NHS) e as farmácias;

21 OECD, 2004.

22 CEGEA, 2005.

- A resposta do Ministério da Saúde de Espanha (Ministerio de Sanidad y Consumo) ao “*Dictamen*” da Comissão Europeia;
- Um relato sobre um mercado desregulado — Brasil — com um grau de liberdade extremo e completamente desgovernado.

Passamos de seguida a apresentar as principais conclusões destes quatro casos.

5.1. COMPARAÇÃO DE TRÊS CASOS: HOLANDA, IRLANDA E NORUEGA

O *Austrian Health Studies*²³, comparou três países objecto de desregulação — Holanda, Irlanda e Noruega — com três outros países de controlo, não objecto de desregulação — Áustria, Espanha e Finlândia.

Este estudo sinaliza um conjunto de preocupações, de entre as quais destacamos as seguintes:

- O risco de integração vertical, sempre que permitido o acesso de empresas de distribuição grossista à propriedade das farmácias;
- O risco da integração horizontal, sempre que permitido o acesso de uma mesma entidade à propriedade de várias farmácias, com a decorrente formação de cadeias;
- O conseqüente risco da criação de situações de monopólio ou de oligopólio;
- A concentração de farmácias nas áreas urbanas, com prejuízo da cobertura em zonas rurais;
- O comprometimento da viabilidade económica das farmácias independentes;
- O risco de existência de conflitos de interesse (particularmente nos casos de integração vertical);
- A diminuição da liberdade e responsabilidade profissional do farmacêutico;
- A dificuldade do acesso à propriedade de farmácia por parte de farmacêuticos independentes.

Da comparação conduzida entre os dois grupos de países, destaca-se que:

- A liberalização não conduziu necessariamente a um aumento de competitividade;
- A desregulação não conduziu necessariamente à diminuição do preço dos medicamentos não sujeitos a receita médica;
- A liberalização e o aumento de competitividade não demonstraram conduzir à contenção de custos com medicamentos;
- A acessibilidade aos serviços farmacêuticos nos países regulados é melhor do que nos países desregulados;
- A qualidade dos serviços farmacêuticos tende a piorar após a desregulação;
- A tendência de crescimento da despesa com medicamentos e do preço dos medicamentos não sujeitos a receita médica foi mais moderada nos países regulados.

De acordo com os resultados deste estudo, a desregulação das farmácias não atingiu, por isso, os objectivos propostos.

5.2. REJEIÇÃO DA DESREGULAÇÃO DAS FARMÁCIAS: O CASO DO REINO UNIDO

Em Janeiro de 2003, o OFT do Reino Unido publicou um relatório intitulado *The Control of Entry Regulations and Retail Pharmacy in the UK*²⁴, cujo objectivo era analisar os efeitos da regulação existente nos

²³ Community Pharmacy in Europe, 2006.

²⁴ UK, 2003.

serviços e nos custos dos serviços farmacêuticos disponíveis à população. A análise, apontada como de natureza exclusivamente económica, concluía que a regulação à entrada das farmácias comunitárias deveria terminar.

Face à conclusão avançada, e à polémica que se lhe seguiu, o Parlamento Britânico (*House of Commons*) decidiu conduzir um inquérito ao relatório referido.

Na realidade, a abertura de farmácias é livre no Reino Unido. Contudo, o estabelecimento de contratos com o NHS para a dispensa de medicamentos prescritos comparticipados é regulado. Tendo em conta que cerca de 80% da facturação das farmácias tem origem nos medicamentos comparticipados pelo NHS, a regulação deste contrato significa, na prática, a regulação da entrada de novos agentes no mercado.

Os *Local Primary Care Trusts* são responsáveis pela decisão de atribuição de novos contratos, o que é feito com base na avaliação se, para uma particular localização, a existência de uma nova farmácia é necessária ou desejável (*necessary or desirable*).

De facto, no Reino Unido existem cerca de 12.250 farmácias com contrato com o NHS. Neste país, 79% da população vive a menos de um quilómetro de uma farmácia e 98% dos consultórios dos médicos de família estão a menos de um quilómetro de uma farmácia. Mesmo assim, o *Department of Health* entende que o actual sistema de distribuição das farmácias não é perfeito.

É de salientar o facto de, no Reino Unido, existir o designado *Essential Small Pharmacy Scheme* (ESPS) com o objectivo de proteger pequenas farmácias, consideradas essenciais para algumas comunidades, mas que não são, por si só, financeiramente viáveis. Existem 340 farmácias nestas condições, subsidiadas pelo contrato estabelecido entre o NHS e as outras farmácias.

É curioso que, face ao argumento de que a desregulação proposta conduziria ao fecho de muitas farmácias afastadas dos grandes centros, o OFT argumentou com a possibilidade do alargamento do ESPS. Esta situação iria abranger cerca de 800 a 900 farmácias que ficariam em risco, aumentando ainda mais as necessidades de subsidiação.

Uma outra figura presente no Reino Unido é a figura do *dispensing doctor*, ou seja, do médico que está legalmente autorizado a dispensar medicamentos em áreas de difícil acesso às farmácias, particularmente rurais. Existem mais de 5.000 destes médicos no Reino Unido, 1.242 dos quais em Inglaterra. Uma das consequências do relatório do OFT foi a de levantar a preocupação sobre a necessidade aumentar o número destes médicos que, em si mesmas, constituem uma situação atípica face às razões que levaram à separação e à regulamentação das profissões médica e farmacêutica. O próprio OFT reconhece que essa situação não é desejável.

Entretanto, uma das críticas fundamentais feitas ao relatório do OFT apontava para o facto de o relatório produzido se basear apenas em critérios de competição, negligenciando a perspectiva da saúde pública, acentuando como inapropriado o tratamento dado ao fornecimento de serviços farmacêuticos da mesma maneira que se trata o sector de venda a retalho. As farmácias comunitárias são parte da provisão de cuidados de saúde disponibilizada pelo Serviço Nacional de Saúde, cumprindo, assim, uma função de serviço público.

Transcrevemos a posição que, a este propósito, a Associação Médica Britânica (*British Medical Association*) tomou, aquando da sua audição pelo Parlamento Britânico²⁵:

Other commercial outlets do not rely on 80% of their income flowing from what is, essentially, a state-funded public service. They do not educate the public and improve their health. Neither do they work with members of the local primary health care team to ensure the effective co-ordination of services to patients.

25 Em <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200203/cmselect/cmhealth/571/571.pdf>.

Dada a similitude de argumentos aduzidos pela OFT e pela Autoridade da Concorrência (AdC), parece-nos também relevante transcrever as conclusões e recomendações emitidas, com data de 5 de Junho de 2003, pelo Parlamento Britânico:

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES EMITIDAS PELO PARLAMENTO BRITÂNICO

- 1. This Government has emphasized the crucial role of community pharmacies in delivering improvements in the NHS, a view which we support. The role of community pharmacies is not limited to dispensing prescriptions, but extends into providing NHS patients with free advice on medication self-treatment, and can make a significant contribution to easing pressure on other NHS services. A policy which could lead to the closure of significant number of community pharmacies, or to less equitable distribution of community pharmacies dictated by commercial markets rather than the needs of patients, would therefore go against the best interest of the NHS. The issue of whether deregulation will result in significant closures of pharmacies, and in particular, pharmacies in rural or deprived areas is therefore crucial, and much of the evidence we have received indicates a strong likelihood of such closures.*
- 2. If deregulation were to lead to some communities being left without access to local pharmacy services, the social impact among elderly and less privileged groups could be grave. This outcome would clearly run counter to other government initiatives expressly intended to redress the health inequalities between different groups in society.*
- 3. Irrespective to issues concerning deregulation, the Government must ensure that local PCTs (Primary Care Trusts) have sufficient levers at their disposal to oblige pharmacies to provide services such emergency contraception and these essential extra services for the elderly, disabled, substance abusers and mentally ill wherever they are needed.*
- 4. We recommend that the dispensing doctors scheme is retained only where a pharmacy is unviable, even with the support of the Essential Small Pharmacy Scheme. Dispensing doctors should not be seen as a solution to problems arising from potential deregulation of entry into the market.*
- 5. In some circumstances, increased competition may facilitate innovation and improvements in terms of the quality of service. However, it is difficult directly to transpose principles of competition onto the health care sector, which functions very differently from other sectors of industry, and we would only support competition within the pharmacy sector if it was clearly compatible with planned provision of pharmacy services that ensured provision in deprived areas.*
- 6. We are not convinced that deregulation of retail pharmacy in the UK would lead to savings, either to the public purse, or to business. Indeed, there is some indication that (indirect) costs resulting from deregulation might in fact outweigh any savings made. We recommend that the Government develops a more robust set of models of potential costs and savings before relying on an economic argument to determine the fate of regulation of entry into the pharmacy market.*

5.3. A RESPOSTA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DE ESPANHA (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO) AO "DICTAMEN" DA COMISSÃO EUROPEIA

Em 13 de Julho de 2005 a Comissão Europeia questionou o Reino de Espanha sobre as restrições existentes ao estabelecimento de farmácias de oficina. Concretamente questionava as condições de abertura

de farmácias, o procedimento de autorização administrativa e as normas de propriedade de farmácia. Após uma primeira resposta do Reino de Espanha, datada de 18 de Outubro de 2005, a Comissão Europeia, em 28 de Julho de 2006, emitiu um “*Dictamen Motivado*” que foi objecto de segunda resposta por parte das autoridades de Espanha, em 24 de Agosto de 2006²⁶.

O Governo Espanhol sustentou ainda que a interpretação do Artigo 43º do Tratado, tal como expressa pela Comissão no “*Dictamen Motivado*”, não está conforme à jurisprudência e argumenta:

“A Comissão não aceitou, ainda que sobre ela impenda o ónus da prova, que o regime de planeamento territorial e o regime de propriedade de farmácia não contrariem o direito comunitário.

De igual modo a Comissão não demonstrou que as modificações legislativas que sugeriu fossem adequadas para assegurar um elevado nível de protecção da saúde pública, objectivo comprovadamente conseguido mediante a aplicação do sistema em vigor em Espanha”.

RESUMO DOS ARGUMENTOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DE ESPANHA

1. As farmácias são estabelecimentos de saúde de interesse público e sujeitos ao planeamento em saúde;
2. A legislação espanhola estabelece uma relação especial entre o Estado e os Farmacêuticos que particulariza este colectivo profissional;
3. As farmácias são obrigadas a adequar a sua actividade ao cumprimento de objectivos de interesse público estabelecidos pelo Estado;
4. As farmácias estão obrigadas a prestar serviços não remunerados em benefício da sociedade, o que constitui um factor adicional que particulariza este sector;
5. As farmácias de oficina oferecem, em Espanha, um nível óptimo de cobertura;
6. As farmácias evidenciam um elevado nível de qualidade do serviço prestado e de satisfação dos utilizadores;
7. Existe um compromisso entre as farmácias espanholas e o sistema nacional de saúde.

5.4. RELATO DE UM MERCADO DESREGULADO: BRASIL

O Brasil constituirá, por ventura, um bom exemplo do que pode ser um mercado desregulado. Daí que se transcrevam excertos de um texto de Arnaldo Zubioli²⁷, Farmacêutico, Mestre em Farmacologia pela Universidade de São Paulo e Especialista em Administração pela Universidade Estadual de Maringá (UEM):

FARMÁCIAS E MEDICAMENTOS NO BRASIL: SITUAÇÃO ANÁRQUICA E INOPERANTE

No Brasil a instalação de uma farmácia é livre e pode ser aberta em qualquer localidade, independentemente do número de farmácias existentes e da população a ser atendida. Os critérios que regulam a abertura de uma farmácia são apenas comerciais, prescindindo, na maioria das vezes, do farmacêutico, que só é convocado para atender as exigências da lei.

26 Em http://www.redfarmaceutica.com/europa/informes/pdf/informe_respuesta.pdf.

27 Zubioli, 1992.

As consequências foram que as autoridades governmentistas consentiram a instalação de farmácias em número superior às reais necessidades do país, sobretudo em grandes cidades. E isto porque confundiram a defesa da saúde pública com a presença de uma farmácia em cada esquina, ou com o propósito de agradar aos proprietários leigos de farmácias, que nada mais são do que comerciantes (...). As farmácias, muitas vezes, só garantem a sobrevivência mediante a prática da “empurroterapia” em que a indústria farmacêutica estabelece comissões e incentivos especiais para aumentar os lucros dos empresários (proprietários) leigos e auxiliares de farmácia. Esta prática força a venda de produtos não éticos, ineficientes, fraudulentos, desnecessários, e sempre caros, produzidos, muitas vezes, por laboratórios de idoneidade duvidosa, onde o controle de qualidade é inexistente. De outro lado, o empresário do sector farmacêutico explora o trabalho do farmacêutico, degradando os níveis de assistência farmacêutica através de métodos de promoção de vendas em que não há limites, nem éticos nem científicos, para satisfazer as necessidades comerciais. Aliás as intoxicações por medicamentos respondem por 60% dos casos registrados em Centros de Informação Tóxica-farmacológicas de qualquer região do país.

A promoção de vendas de medicamentos com uso de expressões como “aqui desconto de 30%”, “medicamentos a preço de fábrica”, “leve três e pague dois”, “ofertas”, “ofertas relâmpagos” e “compras acima de \$50 ganhe um frasco de dipirona gotas”, dá bem a ideia do baixo nível do mercado farmacêutico brasileiro. Entre os produtos em oferta, já com o custo da corrupção de balconistas (auxiliares) leigos das farmácias, que recebem incentivos para “recomendar” remédios, encontram-se vários medicamentos de prescrição médica obrigatória (...). Além disso é lamentável constatar a venda de medicamentos junto com bebidas alcoólicas e refrigerantes ou o uso de medicamentos para facilitar a troca por dinheiro (...).

6. ENQUADRAMENTO LEGAL DA ACTIVIDADE FARMACÊUTICA EM PORTUGAL

6.1. INTRODUÇÃO

Em Portugal, o sector das farmácias é regulamentado por legislação específica, à semelhança do que acontece na generalidade dos países europeus. Esta regulamentação assenta no entendimento de que a actividade das farmácias cai no domínio do interesse público, constituindo-se como parte integrante do sistema de saúde, nomeadamente das políticas do medicamento e de saúde pública.

Um estudo do INFARMED²⁸, datado de 1998, concluiu que, em termos de acesso, “o sector das farmácias, em geral, funciona bem e presta um serviço de qualidade às populações”. Concluiu, também que, apesar de essa acessibilidade não resultar exclusivamente do regime legal de propriedade e instalação em vigor, a ele é devido, em grande parte, uma vez que é a partir desse regime “que se processa a distribuição homogénea das farmácias de acordo com a distribuição da população”.

6.2. ENQUADRAMENTO LEGAL

O regime legal de abertura e transferência de farmácias actualmente em vigor é definido pela Portaria n.º 936-A/99, de 22 de Outubro²⁹, com as alterações que lhe foram introduzidas pelas Portaria n.º 1379/2002, de 22 de Outubro, Portaria n.º 168-B/2004, de 18 de Fevereiro, e Portaria n.º 865/2004, de 19 de Julho.

Neste regime é consagrado que a instalação de farmácias é condicionada por critérios de capitação e de distância quer entre farmácias, quer entre farmácias e estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde (Quadro 3). O processo de atribuição dos alvarás é da competência do Estado, mediante a realização de concursos públicos.

De acordo com o estudo do INFARMED atrás citado, porque em algumas zonas do País as farmácias então existentes estivessem excessivamente concentradas nos centros urbanos de maior densidade populacional, houve lugar à criação de um programa especial de transferência de farmácias de concelho dentro do mesmo

²⁸ INFARMED, 1998.

²⁹ Estabelece as regras e condições de instalação de novas farmácias, bem como as aplicáveis à transferência de farmácias. Revoga as Portarias n.º 806/87, de 22 de Setembro, n.º 513/92, de 22 de Junho, e n.º 325/97, de 13 de Maio.

Quadro 3 — Condições gerais de instalação

Critérios	Descrição
Capitação	A capitação por cada uma das farmácias no concelho não ser inferior a 4.000 habitantes.
Distância	Não se encontrar instalada nenhuma farmácia na área delimitada por uma circunferência de 250 m de raio e cujo centro seja o local de instalação, não podendo haver sobreposição de áreas.
	Nos locais onde exista um centro de saúde ou estabelecimento hospitalar não poderá ser instalada nenhuma farmácia na área delimitada por uma circunferência de 100 m de raio e cujo centro seja o centro de saúde ou estabelecimento hospitalar, salvo em localidades com menos de 4.000 habitantes.

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

distrito, tendente a melhorar a cobertura farmacêutica por concelho. Estas medidas foram implementadas pelas Portaria n.º 936-B/99³⁰ e Portaria n.º 936-C/99³¹, ambas de 22 de Outubro.

Para além desta medida, foi também definido um conjunto de exceções ao critério capitação por forma a permitir a abertura de novas farmácias em zonas exclusivas de comércio e serviços — novas urbanizações, portos, aeroportos e novas zonas comerciais (Quadro 4). Nestas situações, a lei obriga ao acesso livre e directo à via pública, durante as vinte e quatro horas do dia.

Quadro 4— Exceções de instalação de farmácias

Caso	Descrição
Independente da capitação	Localidade onde exista um centro de saúde ou estabelecimento hospitalar e não haja farmácia a menos de 3 km.
	Ficar a mais de 5 km da mais próxima, quer esta se situe no mesmo concelho, quer em concelho vizinho, independentemente da capitação.
	Concelho onde exista apenas uma farmácia, devendo o INFARMED, ouvida a Ordem dos Farmacêuticos, nos casos em que tal puder resultar numa capitação inferior à capitação média nacional, decidir a sua instalação em função dos interesses de saúde pública.
Zonas exclusivas de comércio e serviços	Em urbanizações novas, aprovadas oficialmente, desde que satisfeito o critério de capitação independentemente da distância mínima, e desde que não exista área comercial alternativa a menos de 300 m daquela zona exclusiva.
	Em zonas de chegada ou partida de passageiros por via aérea ou marítima, quando a afluência de público a estas zonas o justifique e não haja estabelecimento alternativo a menos de 300 m.
	Quando exista ou possa existir uma zona comercial alternativa a menos de 300 m da zona exclusiva de comércio e serviços, a farmácia só poderá ser autorizada nas condições gerais previstas — capitação e distância.

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

Assim, o regime jurídico de instalação e transferência de farmácias tem sido suportado com base nos seguintes argumentos:

- Salvaguarda do interesse público mediante uma distribuição equilibrada das farmácias pelo território, assente em critérios de capitação e distância;
- Predomínio do interesse colectivo sobre o interesse particular — as regras de capitação e distância evitam que, por interesse comercial do farmacêutico, as farmácias se concentrem junto das entidades prescritoras, com os decorrentes prejuízos para os utentes;

30 Cria um programa especial de transferência de farmácias instaladas no concelho de Lisboa para outros concelhos dos distritos de Lisboa e Setúbal.

31 Cria um programa especial de transferência de farmácias instaladas no concelho do Porto para outros concelhos do distrito do Porto.

- Conferir ao Estado, através do Ministério da Saúde, a iniciativa da instalação e transferência de novas farmácias;
- Assegurar a transparência no processo de atribuição do alvará pelo Estado, mediante concurso público.

O papel do Estado em todo o processo de abertura e transferência de farmácias é compaginável com a tutela que detém relativamente à globalidade do sistema de saúde. Esta sua intervenção na área do medicamento — produtores, empresas importadoras, grossistas e farmácias — assenta no princípio de que se está perante uma actividade de interesse público, assumindo, simultaneamente, o papel de regulador e de principal financiador do sistema de saúde.

As farmácias, conquanto parte integrante do sistema de saúde, não são, nem podem, por isso, ser encaradas, como meras empresas individuais de venda a retalho.

6.3 A EXCLUSIVIDADE DA PROPRIEDADE

Até ao presente, de acordo com a Lei de Bases da Propriedade da Farmácia de 1965³², está consagrada a exclusividade de propriedade e instalação de farmácias a farmacêuticos. Este princípio tem sido objecto de contestação, mas também de análise quer política, quer jurisprudencial, desde que foi consagrado o princípio da incidibilidade entre a propriedade e a direcção técnica das farmácias. Nesta linha, o Tribunal Constitucional proferiu dois Acórdãos — o Acórdão n.º 76/85³³ e o Acórdão 187/2001³⁴, destacando-de, deste último, os seguintes pontos:

- O farmacêutico exerce uma actividade de interesse público e desempenha uma relevante acção pedagógica na disciplina do uso de medicamentos e colabora, por outra via, no controlo do consumo de substâncias tóxicas estupefacientes e em programas públicos com estes relacionados;
- Louvor e incentivo ao exercício livre da profissão farmacêutica e prevenção de que a actividade das farmácias se transforme num estrito comércio de medicamentos;
- O interesse público da profissão de farmacêutico decorre de se deverem prosseguir finalidades de defesa da Saúde Pública e do facto de os medicamentos não constituírem mercadorias comuns;
- O regime legal da propriedade de farmácia visa assegurar, de forma mais perfeita, a independência profissional do farmacêutico através da reunião, numa e mesma pessoa, das qualidades de proprietário e director técnico;
- A preparação científica e a habilitação exigidas pelo modelo actual convergem na responsabilização sobre os riscos da sua actividade como técnico e o cumulativo estatuto de empresário;
- A sujeição do proprietário da farmácia a uma deontologia específica e a possibilidade de o responsabilizar, disciplinarmente, por infracções.

São de referir, também, as principais conclusões retiradas de estudos e pareceres sobre a Lei de Bases da Propriedade da Farmácia de 1965:

- O condicionamento do acesso à propriedade de farmácia visa proteger o interesse público;

³² Lei n.º 2125, de 20 de Março de 1965.

³³ Na sequência de um requerimento de declaração de inconstitucionalidade da Lei 2125, apresentado por um grupo de quarenta deputados à Assembleia da República, integrantes do grupo parlamentar do Partido Social-Democrata — PSD, o Tribunal Constitucional proferiu Acórdão onde afirma a constitucionalidade da Lei que rege a propriedade de farmácia.

³⁴ Na sequência de um requerimento do Provedor de Justiça, o Tribunal Constitucional emitiu, em 2 de Maio de 2001, um Acórdão sobre a constitucionalidade da Lei que rege a propriedade de farmácia. Tal como em 1985, aquele órgão de soberania afirmou a necessidade de manter indivisível a propriedade e a direcção técnica.

- A Lei n.º 2125, de 20 de Março de 1965, está conforme ao actual ordenamento jurídico-constitucional português;
- A legislação portuguesa sobre a propriedade de farmácia reveste-se das mesmas características da legislação então em vigor, na maioria dos países europeus, nomeadamente os da Comunidade Europeia.

Quadro 5 — Características da exclusividade das farmácias

Critérios	Descrição
Produtos	Medicamentos sujeitos a receita médica, medicamentos não sujeitos a receita médica, alguns serviços (medição de glicémias, peso, tensão arterial, etc.).
Vendas	Mais de 70% das vendas das farmácias dizem respeito à venda de medicamentos sujeitos a receita médica.
Oferta	Existem 2.670 farmácias no território nacional, oferecendo todas os mesmos produtos.
Procura	As farmácias não são “agentes da prescrição”, não influenciando, desta forma, a procura dos medicamentos e consequentemente as suas vendas.
Produção	As farmácias não produzem os medicamentos.
Fixação de preços	O preço dos medicamentos sujeitos a receita médica é fixado administrativamente pelo Estado.
Margens de lucro	Definidas por lei.

Esta situação de *exclusividade* de propriedade tem sido repetidamente confundida com o estatuto de *monopólio* — situação de mercado em que uma empresa é a única a oferecer um bem, tendo o controlo da quantidade vendida e do preço, exercendo, assim, uma posição dominante sobre a procura.

Em debate mensal na Assembleia da República³⁵ o actual Governo anunciou um conjunto de medidas para “facilitar o acesso a medicamentos”: além de liberalizar o acesso à propriedade das farmácias, propôs a criação de cerca de 300 novas farmácias. Para tal, anunciou a intenção de alterar as limitações actualmente existentes, nomeadamente a distância mínima entre farmácias reduzida de 500 metros para 350 metros e baixando a capitação mínima de habitantes por farmácia de 4.000 para 3.500 habitantes.

35 Intervenção do primeiro-ministro no debate mensal na Assembleia da República, 26 de Maio de 2006.

7. ESTUDO DA COBERTURA FARMACÊUTICA EM PORTUGAL

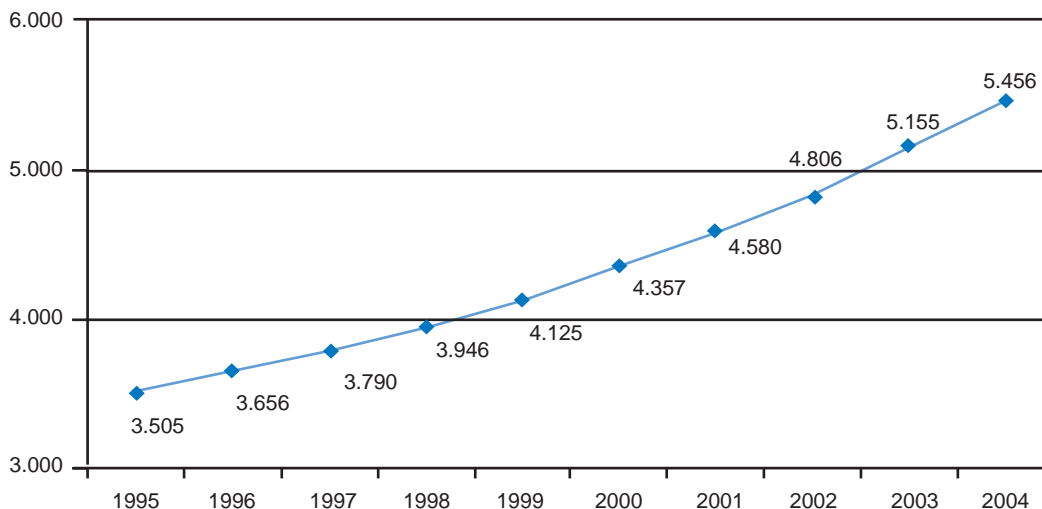
Após uma primeira parte deste trabalho onde se contextualizou o sector das farmácias em Portugal (tomando também como referência a sua inserção no espaço europeu e, sempre que julgado justificado, os factos recentes mais relevantes nele observados), introduz-se agora uma segunda parte onde se procede à apresentação do estudo empírico sobre a distribuição actual das farmácias no território continental.

Este estudo tem por objectivo a produção de evidência sobre oferta e procura com vista à identificação de inequidades na actual rede de cobertura farmacêutica do país.

Finalmente, e com base nos resultados obtidos, procede-se à avaliação de potenciais necessidades ditadas pelas anunciadas medidas de política – encurtamento da distância entre farmácias de 500 para 350 metros e da capitação mínima de 4.000 para 3.500 habitantes.

Realce-se, antecipadamente, o peso dos quadros superiores na estrutura dos actuais recursos humanos das farmácias, com uma baixa média etária (43 anos), que, na última década, verificou uma assinalável evolução no emprego de farmacêuticos (Figura 1).

Figura 1 – Evolução dos farmacêuticos nas farmácias de oficina



7.1. METODOLOGIA DE ANÁLISE

Na descrição da metodologia do estudo foi incorporado um guião orientador para a leitura dos resultados, tornado necessário à luz da quantidade de dados manipulada e ao volume de informação gerada.

7.1.1. BASES DE DADOS

Para o desenvolvimento do estudo foi construída uma base de dados a partir de três fontes e com os campos a seguir descritos:

- INFARMED – número e localização das farmácias no território de Portugal continental;
- INE – população residente, desagregada por freguesia e concelho. Fonte: “Censos 2001” e “País em Números de 2004”;
- SRS – dispensa mensal de lotes por farmácia, de acordo com o regime de comparticipação – geral e especial –, relativos ao ano de 2005.

O recurso aos dados públicos constantes do sítio do INFARMED³⁶ permitiu a contabilização do número de farmácias existentes ao nível de freguesia, concelho e distrito e, conseqüentemente, regiões (ARS) e sub-regiões de saúde (SRS).

Para a identificação dos lotes processados foi solicitado a todas as SRS o envio de informação relativa à facturação mensal das farmácias, no ano de 2005. Não foi, no entanto, solicitada – nem enviada – qualquer informação sobre os montantes financeiros envolvidos. Estas sub-regiões enviaram, referente a cada farmácia³⁷, os valores mensais do número total de lotes processados³⁸, com discriminação dos regimes de comparticipação, bem como a freguesia, o concelho e o distrito da respectiva farmácia. Nos lotes do regime especial de comparticipação foram apenas consideradas as situações relativas a utentes pensionistas.

Quatro SRS não enviaram, no entanto, a informação solicitada. Foram elas as SRS de Bragança e de Vila Real da ARS Norte, e as de Coimbra e de Viseu da ARS Centro. Nas SRS de Portalegre, Santarém e Lisboa houve, no entanto, a necessidade de se proceder a alguns ajustamentos. De facto, as SRS de Portalegre e de Santarém não enviaram os dados relativos a Dezembro de 2005 por os dados desse mês não estarem, então, ainda processados. Desta forma, para estas SRS, o valor dos lotes para este mês foi estimado tendo por base a média dos restantes 11 meses do ano.

A SRS de Lisboa, por outro lado, enviou os dados referentes ao segundo semestre de 2004 e ao primeiro semestre de 2005, em virtude de não estarem também processados os dados relativos ao segundo semestre de 2005. Como tal, nesta SRS, para o segundo semestre de 2005, foram considerados os valores do segundo semestre de 2004.

De acordo com a informação das SRS, os valores nulos encontrados foram devidos a meses de encerramento temporário de algumas farmácias.

A informação recebida possibilitou, portanto, o cálculo da dispensa mensal de lotes por concelho e distrito e, conseqüentemente, por SRS e ARS.

Dado que a unidade administrativa que indexa a abertura e transferência de farmácias é o concelho, foi criada uma base de dados referenciada ao concelho, sem prejuízo de se identificarem as freguesias onde as farmácias se localizam.

³⁶ Em <http://www.infarmed.pt>, actualizada a 4 de Abril de 2006.

³⁷ Não se pretendeu a identificação individual das farmácias, ficando deste modo inviabilizado qualquer conhecimento sobre os lotes dispensados mensalmente por uma farmácia em particular.

³⁸ Um lote, recorde-se, representa um conjunto de 30 prescrições emitidas no âmbito do Serviço Nacional de Saúde e facturadas às SRS.

7.1.2. ANÁLISES EFECTUADAS

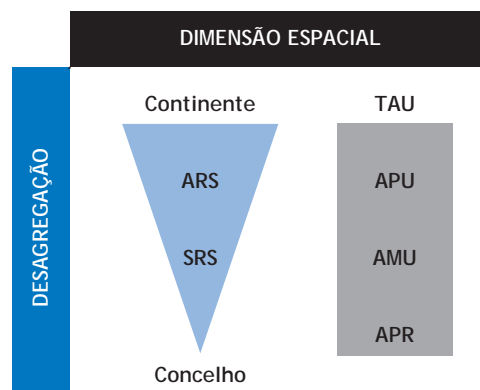
Para a caracterização da cobertura farmacêutica — a oferta e a procura de medicamentos por parte dos cidadãos do SNS — foram efectuadas seis análises distintas:

- Caracterização das farmácias tendo em conta o critério de capitação e análise da distribuição através de curvas de Lorenz e de coeficientes de Gini;
- Caracterização das farmácias tendo em conta o critério de número de lotes processados e análise da distribuição através de curvas Lorenz e de coeficientes de Gini;
- Avaliação comparativa da população abrangida, capitação por farmácia, lotes por farmácia, número de farmácias, receitas *per capita* e tipologia urbana, em função dos percentis do número de lotes processados;
- Relação entre o número de farmácias e o número de lotes processados por farmácia;
- Cálculo das farmácias necessárias tendo em conta as alterações anunciadas ao critério de capitação.

A apresentação dos resultados segue uma sequência na sua desagregação, desde o total de Portugal continental (CON) até à unidade administrativa “concelho”, passando pelos níveis de Região³⁹ e de Sub-Região de Saúde. De modo cruzado, foi introduzida a classificação do INE⁴⁰ relativamente à tipologia de áreas urbanas (TAU) em áreas predominantemente urbanas (APU), áreas medianamente urbanas (AMU) e áreas predominantemente rurais (APR).

A Figura 2 representa a desagregação de análise utilizada neste estudo.

Figura 2 – Metodologia utilizada de desagregação de análise



Passamos, de seguida, à apresentação dos resultados da oferta e da procura, complementados pela sua discussão.

7.2. DISTRIBUIÇÃO DAS FARMÁCIAS (OFERTA)

A nível de Portugal continental existe uma média de 3.696 habitantes por farmácia. O número de farmácias, de acordo com a tipologia de área urbana, distribui-se de acordo como Quadro 6.

A distribuição das farmácias por freguesia, em função da tipologia da área urbana, revela a sua concentração em áreas predominantemente urbanas com maior densidade populacional, acompanhando a própria distribuição populacional.

39 NOR: Norte; CEN: Centro; LVT: Lisboa e Vale do Tejo; ALE: Alentejo; ALG: Algarve.

40 INE, 1998.

Quadro 6 — Farmácias, população e densidade populacional

Tipo de área	Farmácias (N-%)	População (N-%)	Área (km ²)
Áreas predominantemente urbanas (APU)	1.939 (72,6%)	6.930.699 (70,2%)	16.107 (18,1%)
Áreas medianamente urbanas (AMU)	462 (17,3%)	1.604.553 (16,3%)	16.661 (18,8%)
Áreas predominantemente rurais (APR)	266 (10,0%)	1.332.412 (13,5%)	55.841 (62,9%)
Não classificadas	3 (0,1%)	1.679 (0,0%)	195 (0,2%)
Total	2.670 (100%)	9.869.343 (100%)	88.804 (100%)

Fazendo uma distribuição das farmácias segundo a tipologia urbana, verifica-se que estas farmácias se localizam em 1.381 (44%) freguesias, num total de 4.048 freguesias existentes no território continental (Quadro 7).

Quadro 7 — Distribuição das farmácias por tipo de áreas urbana

Farmácias	Freguesias		
	APU	AMU	APR
0	267	658	1.742
1	323	320	264
2	139	65	1
3	86	4	0
4	51	0	0
≥ 5	115	0	0

Os dados primários referentes à oferta constam do Anexo I.

7.2.1. ANÁLISE POR CONCELHO

A capitação média por farmácia, ao nível da unidade administrativa Concelho, é de 3.749 habitantes/farmácia (desvio padrão 1.043; mediana 3.718; mínimo 1.449; máximo 7.603).

Distribuindo as farmácias por classes de capitação e identificando os concelhos em que estão instaladas, encontramos os valores apresentados no Quadro 8. A Figura 3 apresenta a distribuição destas classes de capitação, conjuntamente por concelho e por farmácia.

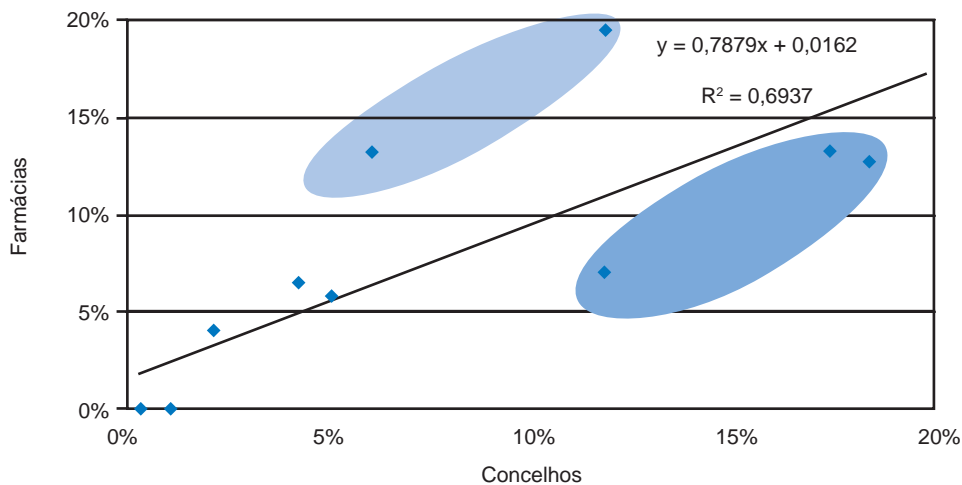
Com os dados do Quadro 8, verifica-se a existência, no intervalo de capitação entre 2.500 e 4.000 habitantes por farmácia, de um número de farmácias por concelho a variar entre 5,7 (188/33) e 6,6 (337/51).

Outros concelhos existem em que o número relativo de farmácias é inferior; contudo, são em pequeno número e ocorrem quer para valores de capitação muito baixos (um concelho com três farmácias, com uma capitação inferior a 1.500 habitantes), quer para valores de capitação muito elevados (sete concelhos com sete farmácias, com uma capitação superior a 6.000 habitantes). De entre estes, destaca-se o caso de um concelho cuja capitação está acima dos 7.500 habitantes. Os concelhos referidos situam-se abaixo da recta de regressão, representada na figura.

Acima desta recta destacamos 17 concelhos com 358 farmácias (capitação compreendida entre 1.500 e 2.000) e 33 com 521 farmácias (capitação de 4.500 a 5.000). Estas duas situações correspondem, respectivamente, a 21,1 e a 15,8 farmácias por concelho. De notar, ainda, uma situação de seis concelhos onde existem 110 farmácias (18,3 farmácias por concelho), com uma capitação entre 5.500 e 6.000 habitantes.

Quadro 8 — Farmácias, população e densidade populacional

Classes de capitação	Concelhos		Farmácias	
	N	%	N	%
1000 – 1499	1	0.4%	3	0.1%
1500 – 1999	17	6.1%	358	13.4%
2000 – 2499	12	4.3%	176	6.6%
2500 – 2999	33	11.9%	188	7.0%
3000 – 3499	51	18.4%	337	12.6%
3500 – 3999	48	17.3%	357	13.4%
4000 – 4499	55	19.9%	458	17.2%
4500 – 4999	33	11.9%	521	19.5%
5000 – 5499	14	5.1%	155	5.8%
5500 – 5999	6	2.2%	110	4.1%
6000 – 6499	3	1.1%	3	0.1%
6500 – 6999	3	1.1%	3	0.1%
7500 – 7999	1	0.4%	1	< 0.05%
N Válidos	277	100%	2.670	100%

Figura 3 – Relação entre concelhos e farmácias

Comparando a população com o número de farmácias em cada concelho, verificamos na Figura 4 que Lisboa se destaca por elevados valores em ambas as variáveis, o mesmo acontecendo com os concelhos de Sintra, Porto e Vila Nova de Gaia.

Assim, para se tornar mais legível a restante informação constante do gráfico, eliminámos estes quatro concelhos, com população acima de 200.000 habitantes, e obtivemos a Figura 5.

Destes gráficos destaca-se a forte correlação entre as variáveis “população” e “número de farmácias” dos concelhos, o que permite antever uma boa distribuição geográfica das farmácias.

Ainda com vista à avaliação de assimetrias de distribuição entre número de farmácias e população, e consequente eventual discussão sobre iniquidades, recorreu-se, também, à elaboração da curva de Lorenz para o território continental, tendo-se calculado o respectivo coeficiente de Gini. A Figura 6 resume graficamente esta análise.

Figura 4 – Distribuição dos concelhos por população e número de farmácias

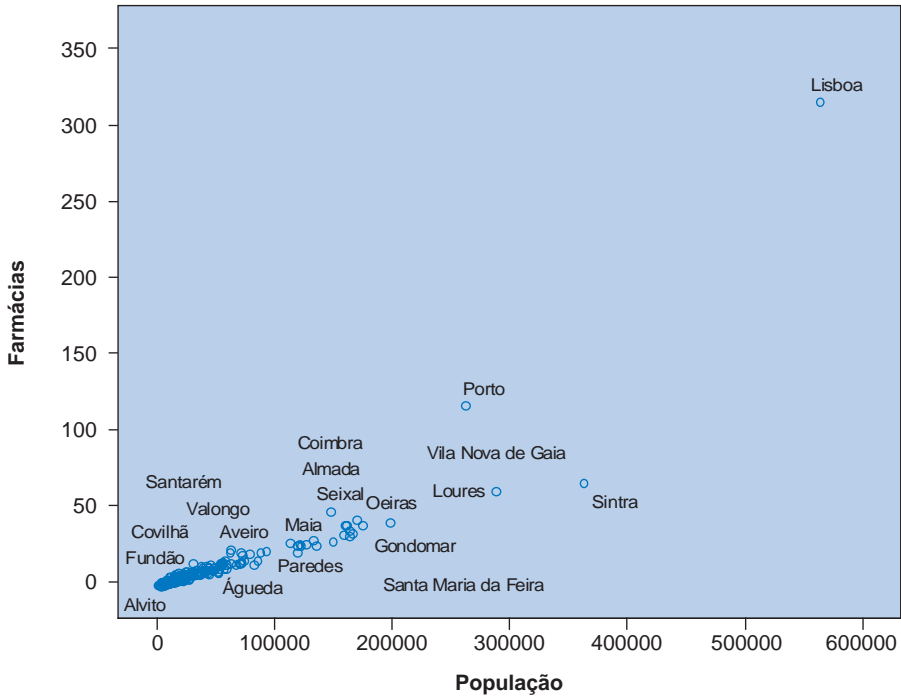


Figura 5 – Distribuição dos concelhos com menos de 200.000 habitantes por população e número de farmácias

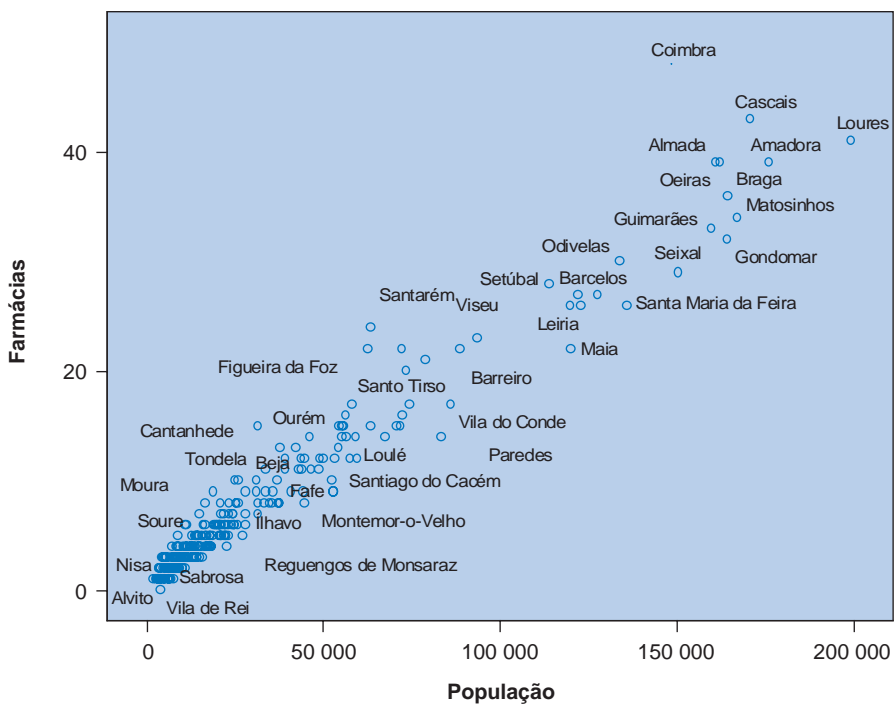
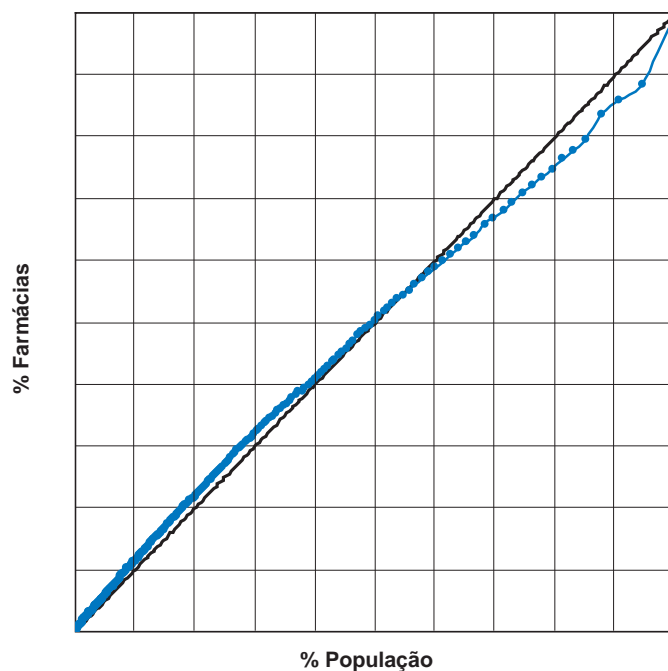


Figura 6 – Curva de Lorenz para o território de Portugal Continental



Deste gráfico conclui-se por uma grande equidade na distribuição das farmácias relativamente à população dos concelhos, com uma curva de Lorenz muito próxima da diagonal e um coeficiente de Gini muito próximo de zero (0,015).

Procedeu-se, por fim, ao cálculo da correlação entre “população/concelho” e “farmácias/concelho”. A correlação obtida confirma os resultados, com o modelo linear a explicar, praticamente, 80% da variância.

7.2.2. ANÁLISE POR REGIÃO E SUB-REGIÃO DE SAÚDE

A distribuição dos valores de capitação por farmácia, em cada ARS, é a apresentada na Figura 7.

A linha representa a média de capitação de Portugal continental, sendo de salientar as ARS do Norte e do Alentejo, por corresponderem aos extremos de capitação identificados a este nível de desagregação.

A capitação por farmácia em cada SRS é a apresentada na Figura 8. Seis SRS encontram-se acima do valor médio de Portugal continental (Braga, Setúbal, Porto, Viana do Castelo, Leiria e Aveiro) e outras oito encontram-se francamente abaixo deste valor (Vila Real, Évora, Santarém, Lisboa, Guarda, Coimbra, Beja e Portalegre).

As curvas de Lorenz correspondentes a esta desagregação regional estão apresentadas na Figura 9.

O Quadro 9 apresenta, para cada ARS, o coeficiente de Gini correspondente à análise da iniquidade regional, assim como os respectivos valores para o coeficiente de correlação.

Quadro 9 — Coeficientes de Gini e de correlação para as ARS

	Coeficiente de Gini	Coeficiente de Correlação
ARS do Norte	0,018	0,915
ARS do Centro	0,032	0,959
ARS de Lisboa e Vale do Tejo	0,101	0,900
ARS do Alentejo	0,067	0,931
ARS do Algarve	0,032	0,962
Portugal Continental	0,015	0,892

Figura 7 – Distribuição regional da capitação por farmácia

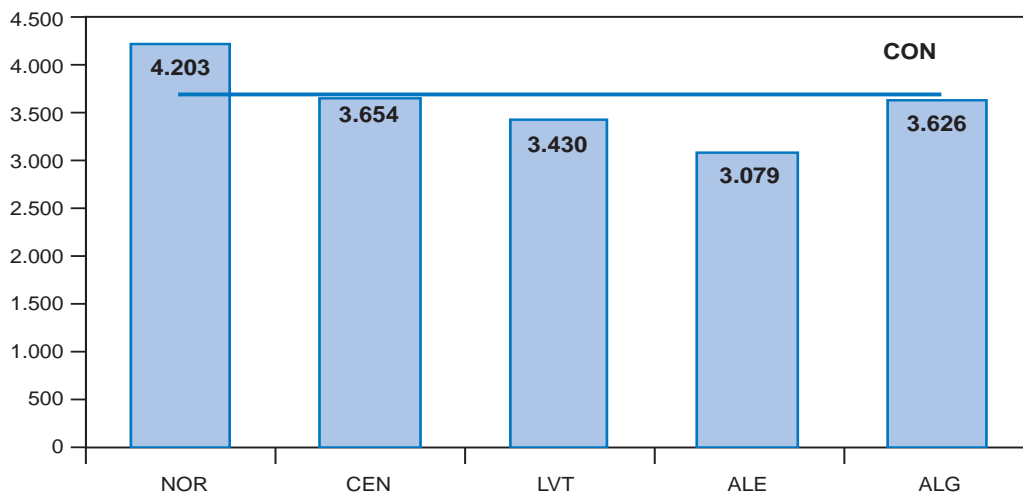
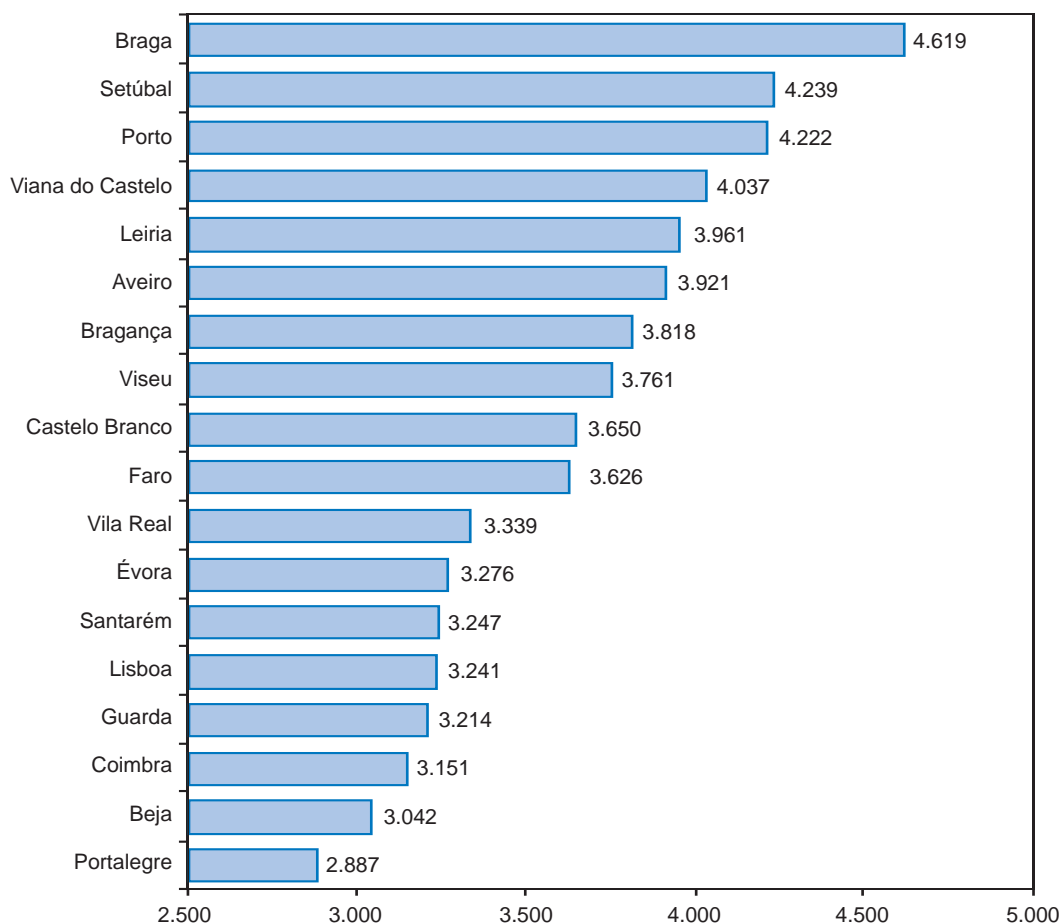


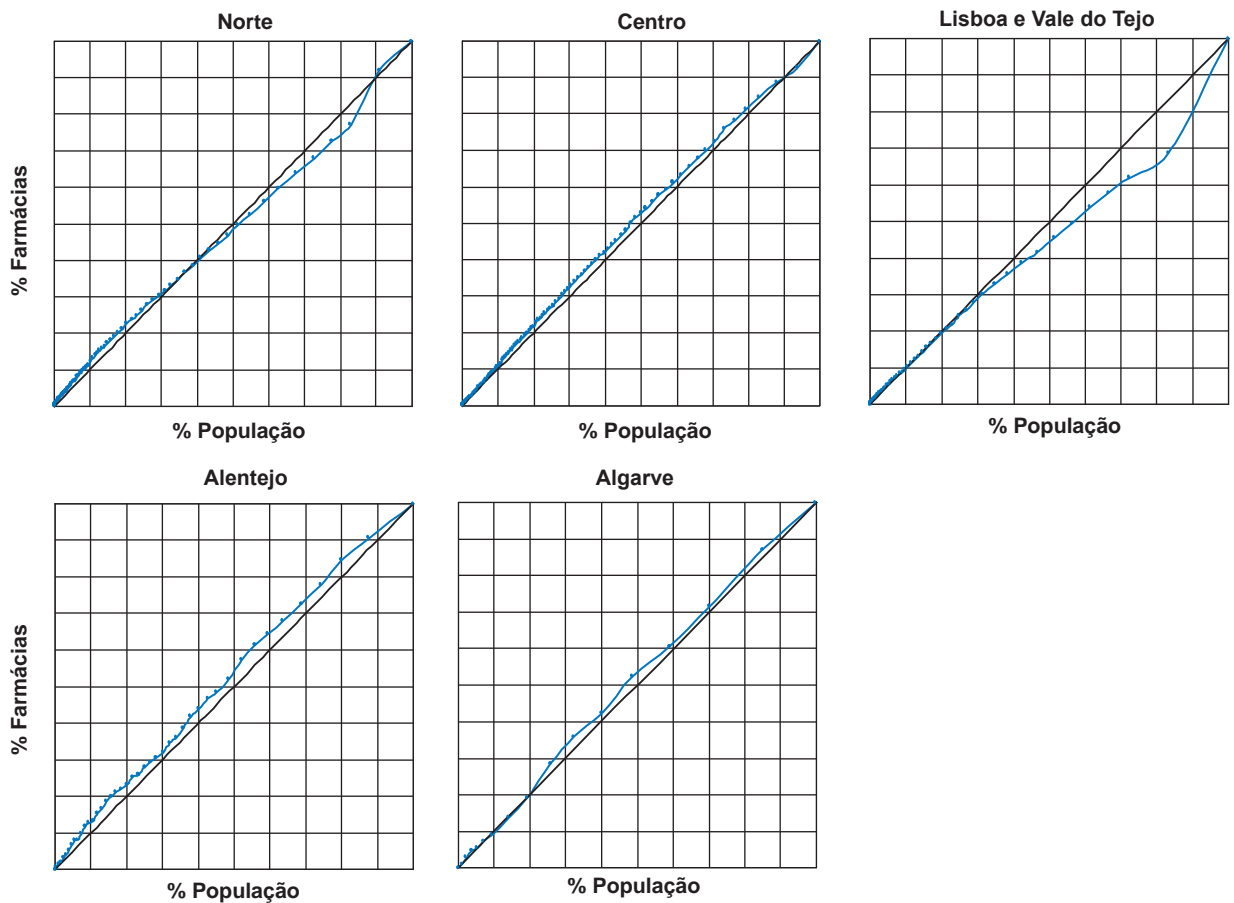
Figura 8 – Distribuição sub-regional da capitação por farmácia



Da análise da figura anterior e deste último quadro conclui-se, de novo, pela existência de uma grande equidade, em geral, na distribuição das farmácias em relação à população residente nos concelhos de cada região. De facto, as curvas de Lorenz situam-se muito próximo da diagonal, os coeficientes de Gini são todos muito próximos de zero e as correlações efectuadas revelam que os modelos lineares explicam entre 81% e 93% da variância.

O mesmo acontece quando se analisam as sub-regiões (Figuras 10 a 13 e Quadro 10).

Figura 9 – Curva de Lorenz para as ARS



Quadro 10 — Coeficientes de Gini e de correlação para as SRS

ARS	SRS	Coefficiente de Gini	Coefficiente de Correlação
Norte	Braga	0,013	0,997
	Bragança	0,077	0,973
	Porto	0,082	0,888
	Viana do Castelo	0,020	0,990
	Vila Real	0,057	0,945
Centro	Aveiro	0,072	0,937
	Castelo Branco	0,015	0,994
	Coimbra	0,024	0,997
	Guarda	0,029	0,936
	Leiria	0,053	0,976
	Viseu	0,012	0,990
Lisboa e Vale do Tejo	Lisboa	0,177	0,902
	Santarém	0,000	0,955
	Setúbal	0,024	0,982
Alentejo	Beja	0,007	0,905
	Évora	0,093	0,975
	Portalegre	0,086	0,927

Deste Quadro testemunhamos uma quase nula desigualdade na SRS de Santarém e uma desigualdade muito pequena na SRS de Lisboa.

Figura 10 – Curva de Lorenz para as SRS da ARS Norte

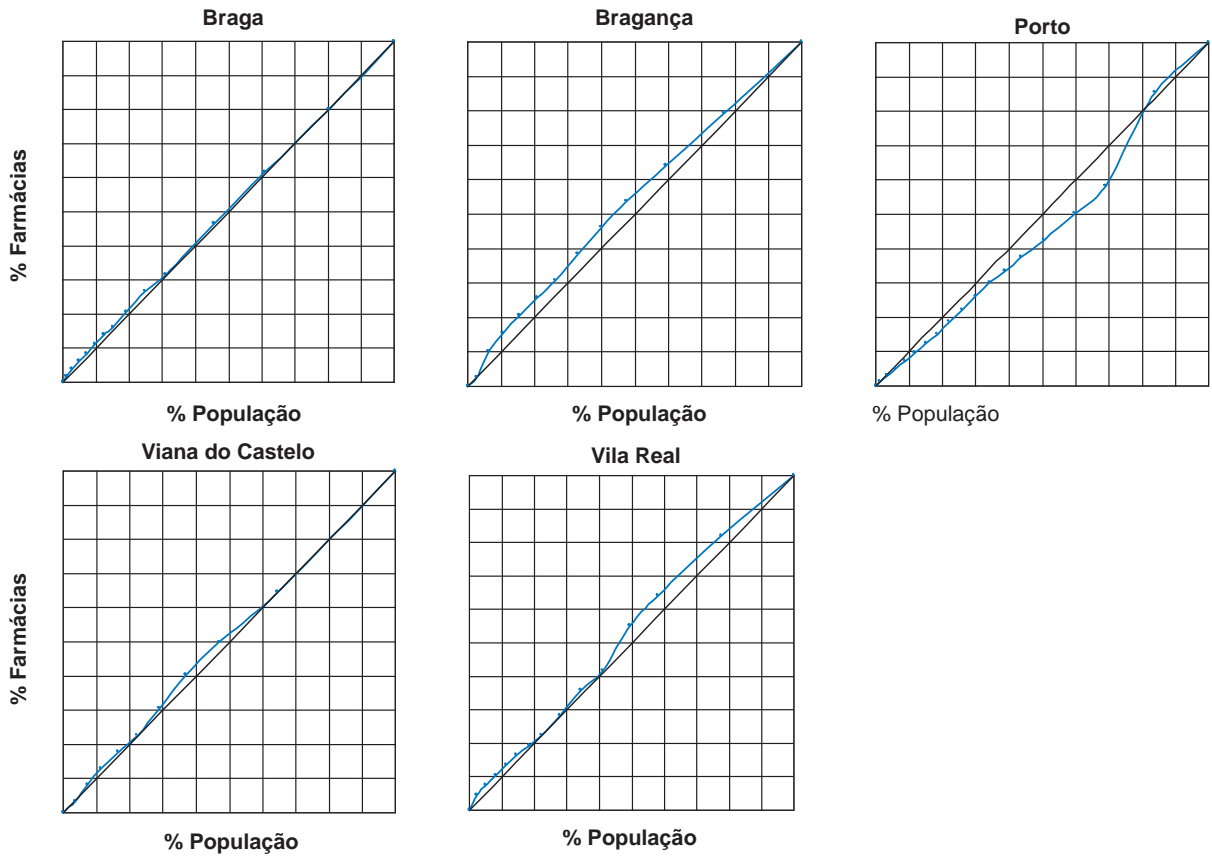


Figura 11 – Curva de Lorenz para as SRS da ARS Centro

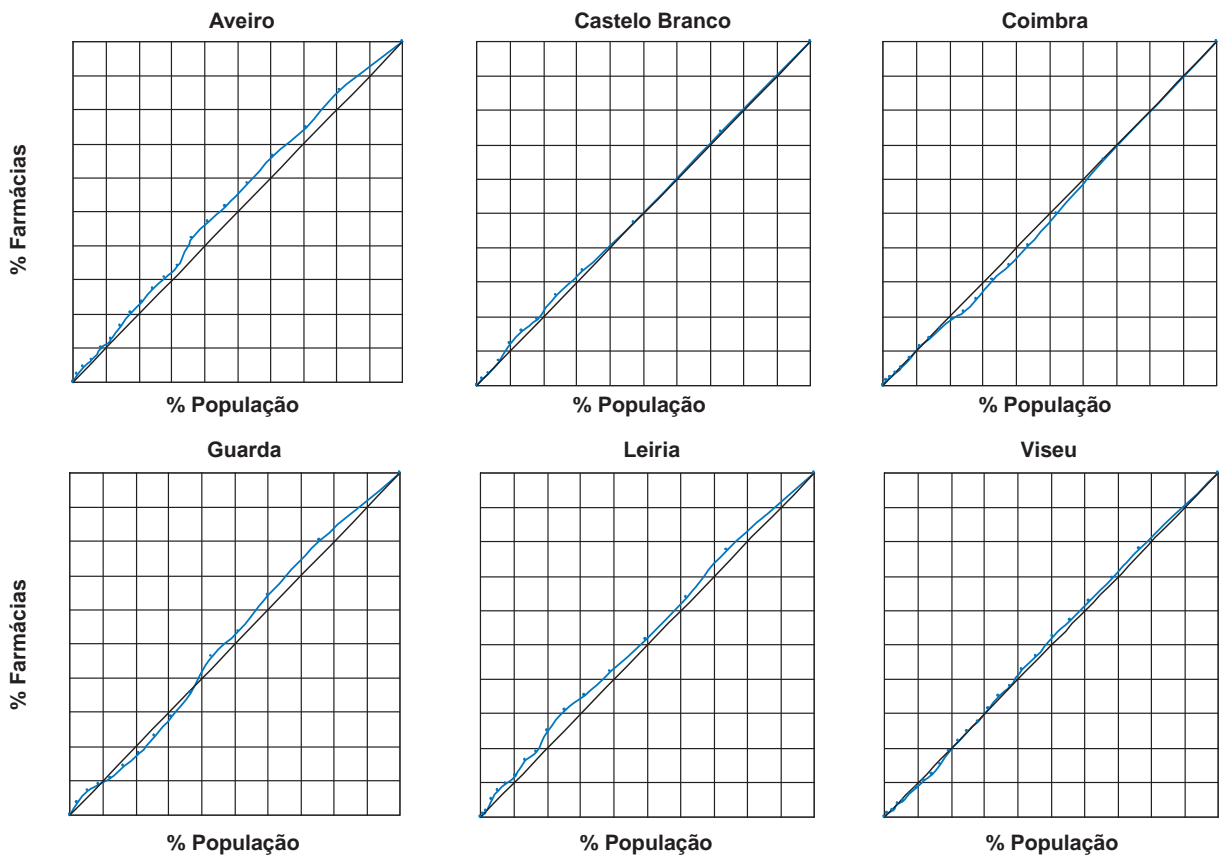


Figura 12 – Curva de Lorenz para as SRS da ARS Lisboa e Vale do Tejo

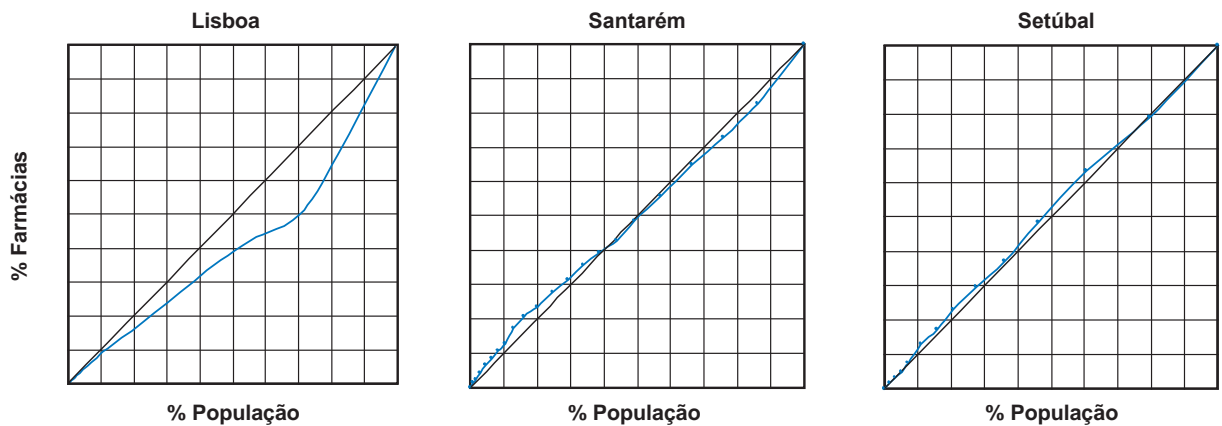
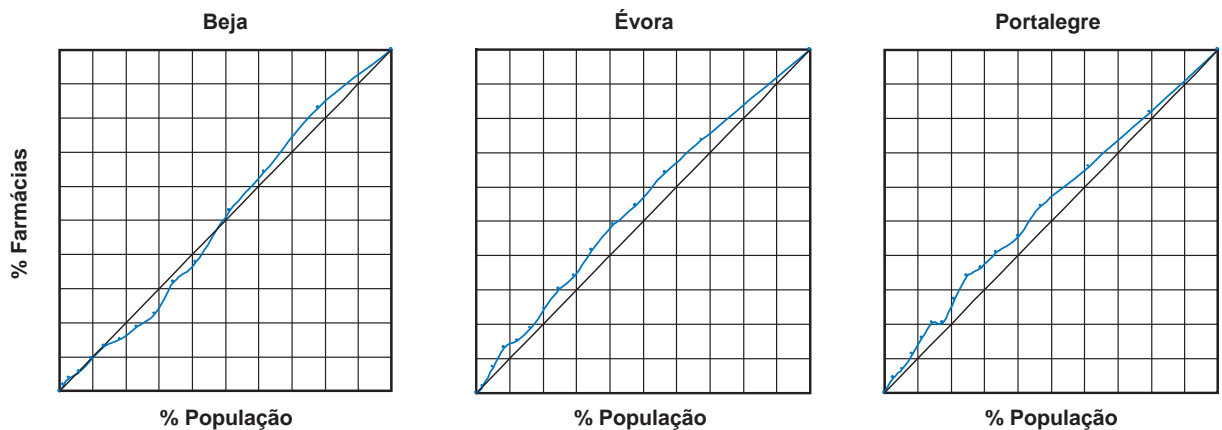


Figura 13 – Curva de Lorenz para as SRS da ARS Alentejo



7.3. LOTES PROCESSADOS NO SNS (PROCURA)

A nível de Portugal Continental foram processados, no período de tempo em análise, 1.607.309 lotes, correspondendo a 929.812 lotes do regime geral de comparticipação e a 677.497 lotes do regime especial, conforme se pode ver no Quadro 11.

Quadro 11 — Características dos lotes processados em farmácias por tipo de regime de comparticipação

	Total	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Lotes do regime geral	929.812	403	237	353	11	1.531
Lotes do regime especial	677.497	294	166	262	11	1.057
Total de lotes	1.607.309	697	360	636	22	2.195

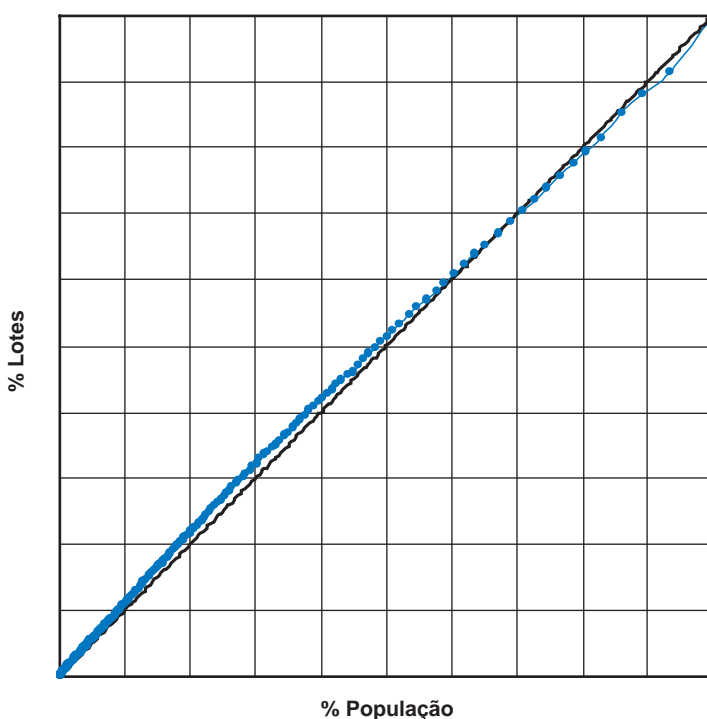
Os dados primários referentes à procura constam do Anexo II.

7.3.1. ANÁLISE POR CONCELHO

Com o objectivo de detectar assimetrias na distribuição dos lotes processados, tendo em conta a população residente em cada concelho, recorreu-se à elaboração da curva de Lorenz correspondente e ao cálculo do respectivo coeficiente de Gini. Procedeu-se, ainda, ao cálculo do valor do coeficiente de correlação entre “população/concelho” e “lotes/concelho”. A curva de Lorenz obtida está apresentada na Figura 14.

Tal como verificado no capítulo anterior, onde se concluiu por uma grande equidade na distribuição das farmácias relativamente à população dos concelhos, a análise dos lotes processados revelou a inexistência de assimetrias geográficas significativas. A curva de Lorenz situa-se muito próxima da diagonal e o coeficiente de Gini assume o valor de 0,012. A correlação obtida (0,972) confirma, mais uma vez, este resultado.

Figura 14 – Curva de Lorenz para os lotes processados



7.3.2. ANÁLISE POR REGIÃO E SUB-REGIÃO DE SAÚDE

Fazendo uma análise da distribuição dos lotes por farmácia em cada ARS, encontramos os valores apresentados no Quadro 12.

As Regiões Centro e Norte destacam-se por processarem um número médio de lotes superior às restantes. Já em relação ao regime especial, verificamos que são as regiões do Alentejo e do Algarve as que processam mais lotes.

Uma análise a nível sub-regional revela os valores encontrados no Quadro 13.

Quadro 12 — Lotes por farmácia processados em cada ARS

TOTAL de LOTES FARMÁCIA					
ARS	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
Norte	748	695	375	106	2.195
Centro	729	660	376	136	2.185
Lisboa e Vale do Tejo	655	587	348	22	2.099
Alentejo	680	653	309	82	1.651
Algarve	660	620	326	49	1.794

TOTAL de LOTES do REGIME GERAL por FARMÁCIA					
ARS	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
Norte	470	425	248	61	1.422
Centro	419	364	266	43	1.531
Lisboa e Vale do Tejo	373	325	215	11	1.289
Alentejo	292	277	162	31	775
Algarve	353	322	208	32	1.071

TOTAL de LOTES do REGIME ESPECIAL por FARMÁCIA					
ARS	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
Norte	278	253	145	34	854
Centro	310	281	146	62	829
Lisboa e Vale do Tejo	281	241	185	11	1.057
Alentejo	388	367	163	51	879
Algarve	307	299	142	17	774

Quadro 13 — Lotes por farmácia processados em cada sub-região

TOTAL de LOTES por FARMÁCIA						
ARS	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Aveiro	759	720	626	375	155	2185
Beja	626	563	401	344	82	1651
Braga	817	776	342	393	188	2195
Bragança	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
Castelo Branco	654	601	364	288	175	1275
Coimbra	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
Évora	762	757	362	291	225	1563
Faro	660	620	200	326	49	1794
Guarda	547	476	349	260	136	1149
Leiria	805	693	619	428	157	2101

Quadro 13 — Lotes por farmácia processados em cada sub-região (cont.)

TOTAL de LOTES por FARMÁCIA						
ARS	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Lisboa	610	523	253	345	22	1994
Portalegre	646	608	577	270	214	1229
Porto	720	667	709	363	106	2140
Santarém	705	654	437	356	143	2099
Setúbal	772	751	718	322	198	1692
Viana do Castelo	735	655	136	377	136	1591
Vila Real	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
Viseu	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d

TOTAL de LOTES do REGIME GERAL por FARMÁCIA						
ARS	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Aveiro	491	462	584	271	60	1496
Beja	267	236	80	181	31	775
Braga	524	502	187	270	90	1379
Bragança	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
Castelo Branco	312	300	43	169	43	778
Coimbra	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
Évora	331	336	343	145	74	684
Faro	353	322	249	208	32	1071
Guarda	237	201	101	145	45	710
Leiria	446	373	158	285	70	1531
Lisboa	396	341	176	230	11	1289
Portalegre	274	258	83	151	82	656
Porto	456	418	303	241	61	1422
Santarém	351	300	84	212	67	1118
Setúbal	310	296	216	138	46	705
Viana do Castelo	403	387	219	209	71	986
Vila Real	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
Viseu	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d

TOTAL de LOTES do REGIME ESPECIAL por FARMÁCIA						
ARS	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Aveiro	268	249	157	123	62	691
Beja	359	334	322	175	51	876
Braga	293	270	149	145	67	816

Quadro 13 — Lotes por farmácia processados em cada sub-região (cont.)

TOTAL de LOTES do REGIME ESPECIAL por FARMÁCIA						
ARS	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Bragança	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
Castelo Branco	342	287	241	147	113	748
Coimbra	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
Évora	431	432	414	165	96	879
Faro	307	299	168	142	17	774
Guarda	310	290	232	131	91	655
Leiria	359	327	259	168	64	829
Lisboa	215	181	88	135	11	871
Portalegre	372	353	327	135	131	724
Porto	264	239	262	136	34	848
Santarém	354	333	128	165	76	1012
Setúbal	462	434	341	208	80	1057
Viana do Castelo	332	281	152	182	55	854
Vila Real	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
Viseu	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d

Legenda: s/d - sem dados

Por fim, procedeu-se à elaboração das curvas de Lorenz para cada uma das regiões de saúde, calculando-se os respectivos coeficientes de Gini e coeficientes de correlação. As curvas de Lorenz correspondentes a esta desagregação regional estão apresentadas na Figura 15.

O Quadro 14 apresenta os valores dos coeficientes de Gini e de correlação encontrados para cada ARS.

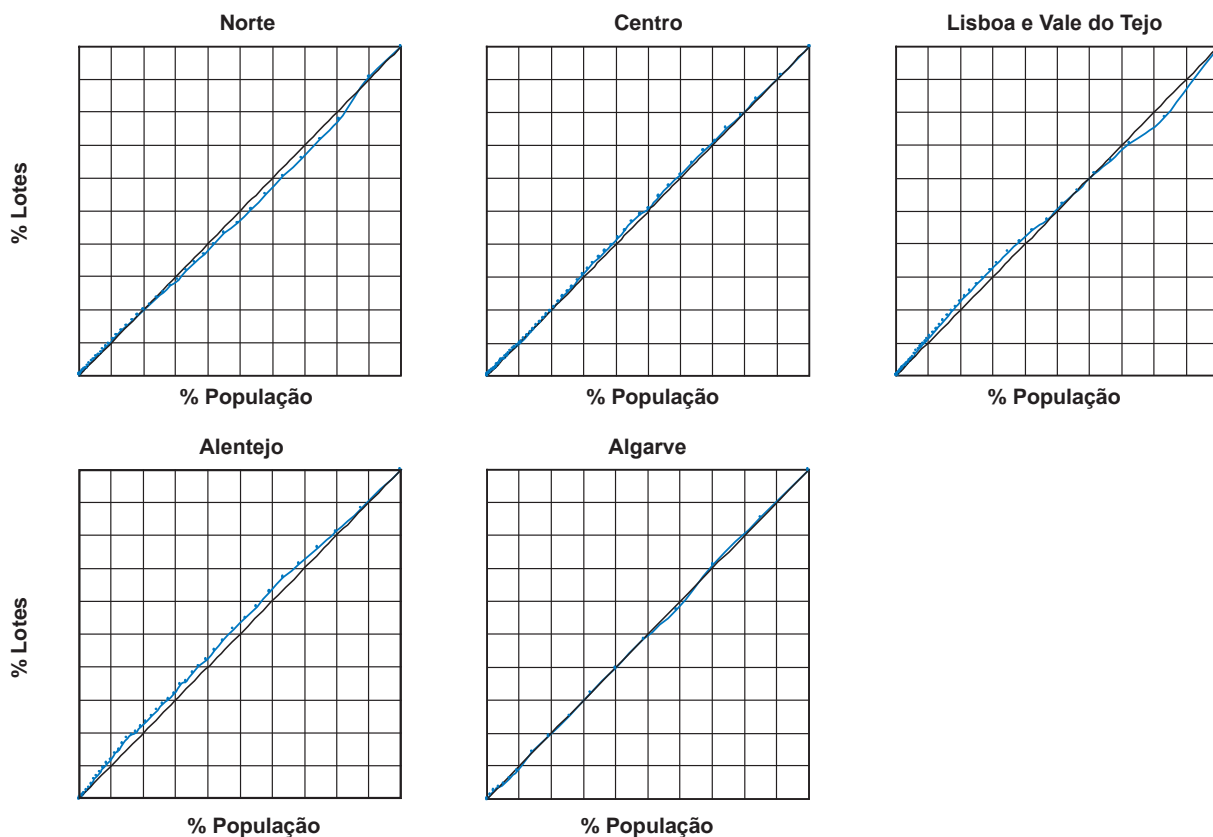
Quadro 14 — Coeficientes de Gini e de correlação para os lotes das ARS

	Coeficiente de Gini	Coeficiente de Correlação
ARS do Norte	0,028	0,971
ARS do Centro	0,012	0,990
ARS de Lisboa e Vale do Tejo	0,001	0,968
ARS do Alentejo	0,043	0,982
ARS do Algarve	0,003	0,985
Portugal Continental	0,012	0,972

Também em relação aos lotes processados em cada região de saúde se pode inferir pela existência de uma grande equidade na distribuição das farmácias relativamente à população dos concelhos. Os valores dos coeficientes de Gini variaram entre 0,001 e 0,043 e os modelos lineares resultantes explicam entre 94% e 98% da variância.

O mesmo acontece quando se analisam as sub-regiões (Figuras 16 a 19 e Quadro 15).

Figura 15 – Curva de Lorenz para os lotes processados nas ARS



Quadro 15 — Coeficientes de Gini e de correlação para os lotes das SRS

ARS	SRS	Coeficiente de Gini	Coeficiente de Correlação
Norte	Braga	0,016	0,997
	Bragança	—	—
	Porto	0,052	0,960
	Viana do Castelo	0,018	0,992
	Vila Real	—	—
Centro	Aveiro	0,012	0,993
	Castelo Branco	0,036	0,997
	Coimbra	—	—
	Guarda	0,021	0,943
	Leiria	0,038	0,992
	Viseu	—	—
Lisboa e Vale do Tejo	Lisboa	0,050	0,964
	Santarém	0,016	0,981
	Setúbal	0,031	0,978
Alentejo	Beja	0,011	0,991
	Évora	0,036	0,991
	Portalegre	0,081	0,965

Neste quadro verifica-se que o coeficiente de Gini varia de 0,011 para a SRS de Beja a 0,081 para a SRS de Portalegre, ambos os valores muito próximo de zero e representando uma muito pequena desigualdade na distribuição dos lotes pelas farmácias dos concelhos.

Figura 16 – Curva de Lorenz para os lotes processados nas ARS do Norte

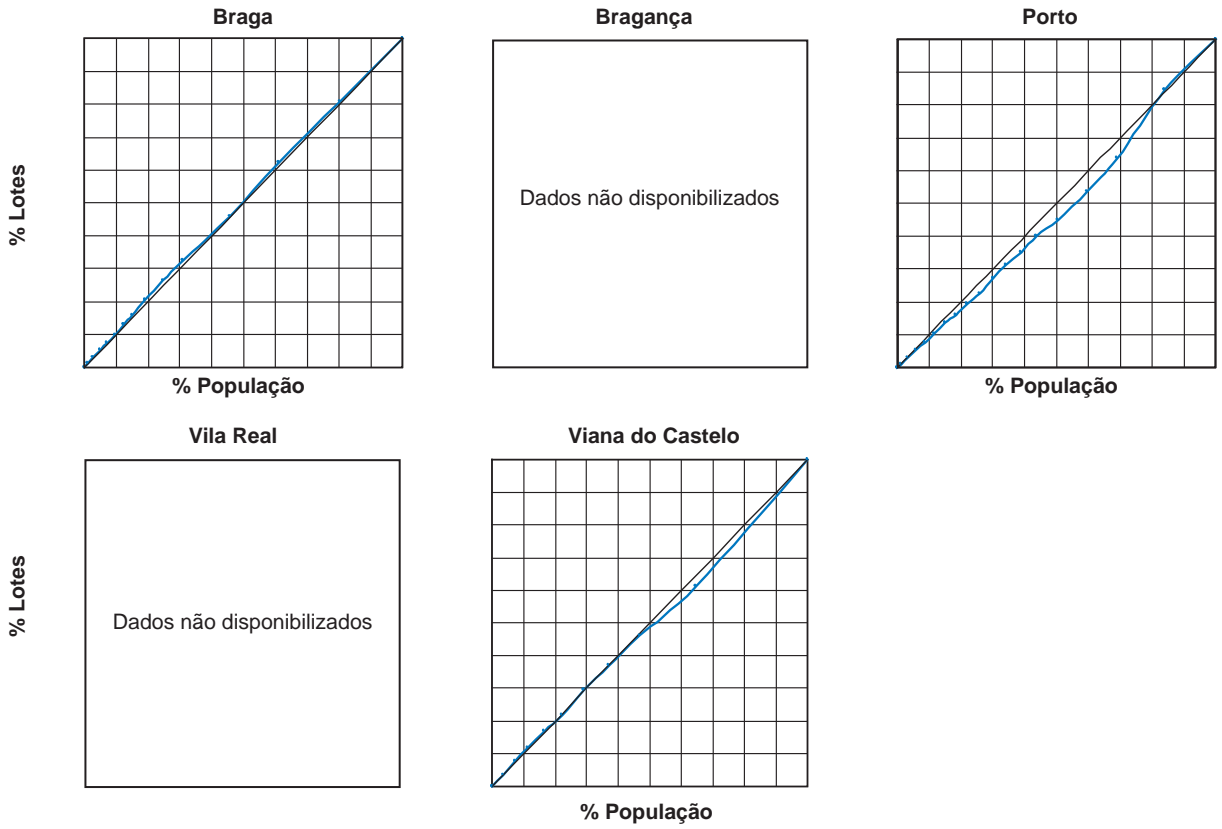


Figura 17 – Curva de Lorenz para os lotes processados nas ARS do Centro

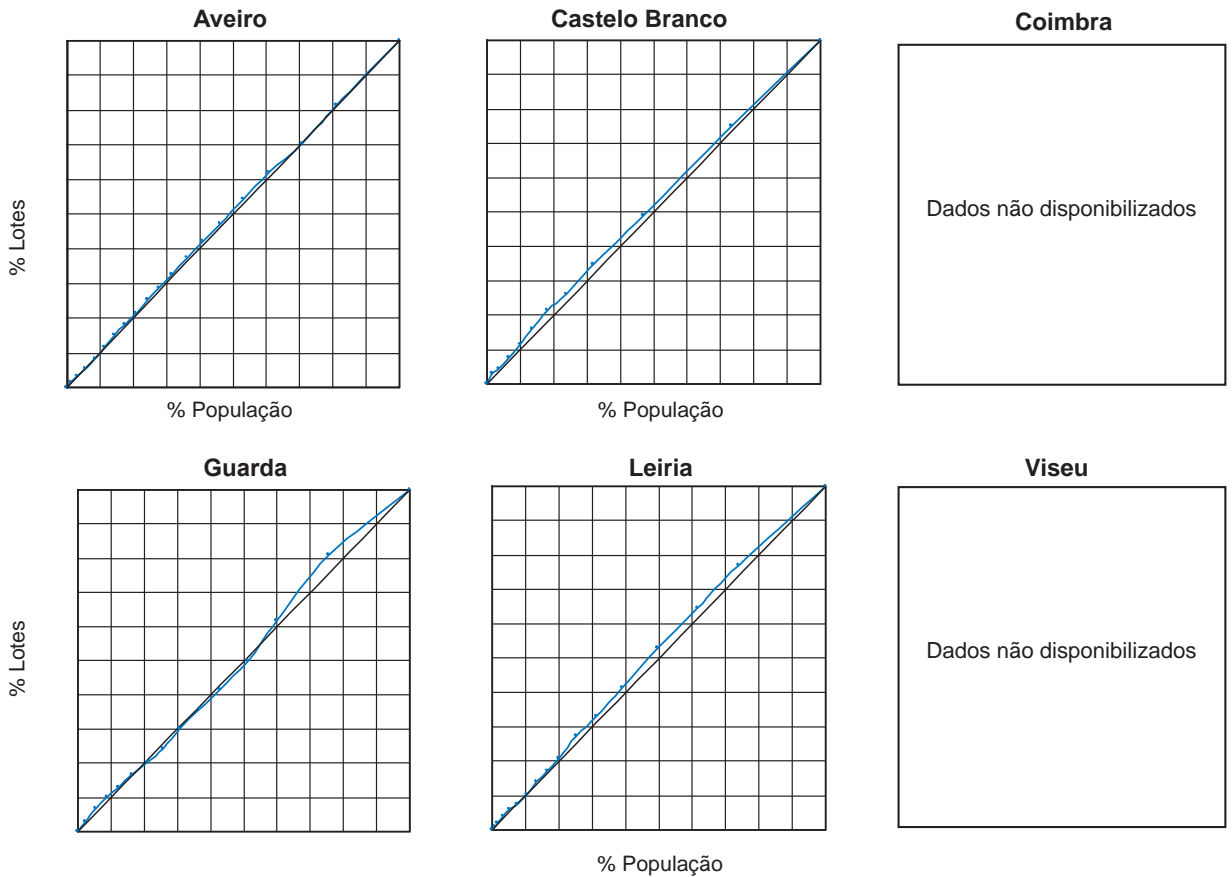


Figura 18 – Curva de Lorenz para os lotes processados nas ARS de Lisboa e Vale do Tejo

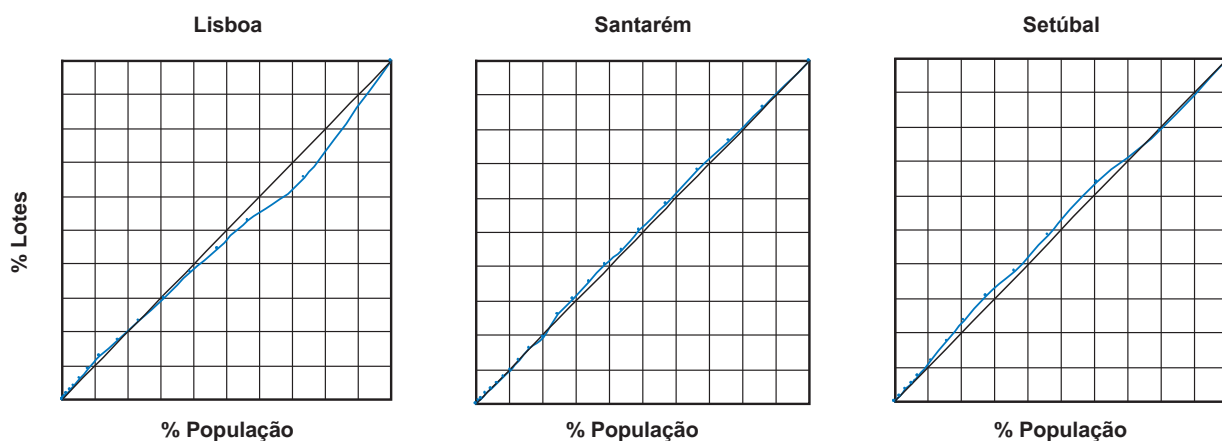
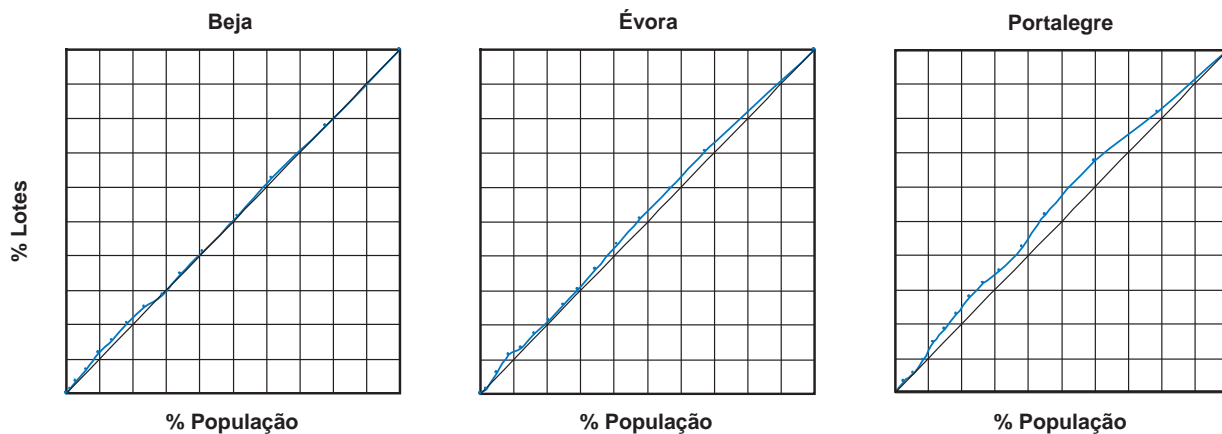


Figura 19 – Curvas de Lorenz para os lotes processados nas SRS do Alentejo



7.4. ANÁLISE COMPARATIVA DA OFERTA E DA PROCURA

A análise da distribuição dos lotes processados por farmácia conduziu ao estabelecimento de pontos de corte correspondentes a percentis. O Quadro 16 apresenta, para cada secção da distribuição do número de farmácias, o número de lotes vendidos por farmácia e o total de lotes vendidos.

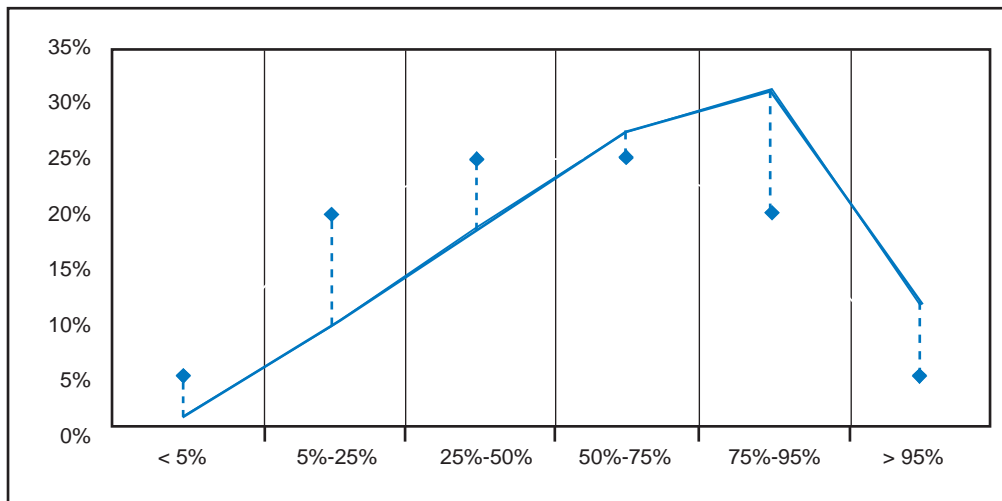
Quadro 16 — Número de farmácias e lotes vendidos

Número de Farmácias	Lotes vendidos por farmácia	Total de lotes vendidos
114 (5%)	≤ 237	20.836 (1%)
460 (20%)	238 - 420	154.141 (10%)
576 (25%)	421 - 636	301.219 (19%)
579 (25%)	637 - 905	440.138 (27%)
462 (20%)	906 - 1387	504.609 (31%)
116 (5%)	≥ 1388	186.366 (12%)
2.307 (100%)		1.607.309 (100%)

No gráfico seguinte (Figura 20) os losangos representam as percentagens do número de farmácias em cada uma das classes. A linha corresponde ao número total de lotes processados pelas farmácias de cada classe.

Verifica-se que o primeiro quartil de farmácias processou 11% do total de lotes, ao passo que o último quartil processou 43% dos lotes. Curiosamente, as situações extremas encontradas (percentis 5% e 95%) coexistem nos mesmos distritos (Lisboa, Porto e, ainda com menor diferencial, Aveiro, Braga e Leiria).

Figura 20 – Farmácias e lotes processados por classes de percentil



7.5. IMPACTO DAS NOVAS REGRAS DE CAPITAÇÃO

Em 83 concelhos (30%) a alteração da capitação de 4.000 para 3.500 habitantes por farmácia não conduziria à alteração do número de farmácias existentes. Em 81 concelhos (29%) a alteração da capitação implicaria a possibilidade de abertura de 375 novas farmácias. Por fim, 111 concelhos (41%) poderiam ser considerados “excedentários” em 362 farmácias, quando aplicada a capitação de 3.500 habitantes por farmácia.

Deste modo, uma simulação conduzir-nos-ia à conclusão de que seriam necessárias 2.683 farmácias, ou seja, menos 13 do que as 2.670 actualmente existentes.

Esta simulação tem de ser interpretada apenas tendo em conta os critérios de capitação definidos administrativamente, não sendo sensível a outras dimensões características da avaliação de necessidades.

Os valores apresentados deverão ser interpretados tendo ainda em conta as limitações ao presente estudo, que se descrevem nas conclusões.

8. CONCLUSÕES

Da primeira parte deste estudo, retirou-se um conjunto de conclusões, que a seguir se enuncia:

1. As farmácias de oficina são parte integrante de qualquer sistema de saúde.
2. A organização da rede de cobertura geográfica e populacional das farmácias de oficina é essencial para garantir o acesso e a equidade no acesso à saúde. A regulamentação da instalação de farmácias deve visar este objectivo.
3. A actividade das farmácias de oficina verifica as características do mercado da saúde, integrando, por isso, um mercado assimétrico e imperfeito.
4. O paradigma da regulação das farmácias de oficina acompanha o do mercado da saúde em geral: a regulação em saúde abarca domínios éticos, sociais e de eficiência técnica, além de eficiência económica.
5. A regulação das farmácias não é independente da regulação do medicamento nas diversas fases do seu ciclo de vida.
6. A concentração da regulação farmacêutica na fase de pré-comercialização dos medicamentos, em detrimento da fase pós-comercialização, acompanha uma influência crescente da indústria farmacêutica, o que pode colocar ameaças à governação em saúde, à isenção da informação sobre medicamentos e à actividade reguladora dos Estados.
7. As farmácias não determinam nem a oferta nem a procura da sua maior fonte de rendimento: os medicamentos sujeitos a receita médica.
8. A maior fonte de rendimento das farmácias (os medicamentos sujeitos a receita médica) provém do financiamento público.
9. A competição entre farmácias, pelo preço, não demonstrou noutros países potenciar ganhos de eficiência, de qualidade, de acessibilidade ou a diminuição de encargos financeiros para as terceiras entidades pagadoras;
10. Em anos mais recentes, o sector das farmácias tem vindo a atrair o interesse de grandes cadeias de distribuição, nomeadamente as generalistas.
11. Mercados desregulados com competição pelo preço tendem a conduzir a más práticas profissionais com aumento do risco, designadamente iatrogénico, para o doente e para a sociedade.
12. A desregulação do sector das farmácias de oficina favorece a integração vertical, horizontal ou ambas, de acordo com o ambiente regulador.
13. As respostas produzidas por alguns Governos (de diferentes culturas no espaço europeu) contrariam, em nome da defesa da saúde pública, da garantia do acesso e da equidade no acesso

aos serviços prestados pelas farmácias de oficina, as propostas de desregulação com que foram confrontados.

14. Não foi identificada documentação que suportasse a existência de vantagens quer para os doentes, quer para a saúde pública, quer para as terceiras entidades pagadoras, decorrentes do acesso à propriedade das farmácias de oficina por não farmacêuticos.

Por seu turno, dos resultados da componente empírica deste estudo,

15. Demonstra-se, em Portugal continental, a existência de uma rede de farmácias que acompanha a distribuição da população residente, tal como indexada por concelho e por unidade de administração em saúde (Sub-Região e Região).
16. O estudo da equidade na distribuição das farmácias pela população, identificável pelo traçado das curvas de Lorenz e pelos coeficientes de Gini, revelou a ausência de desigualdades na oferta, considerando como domínios a população residente por concelho e, por maioria de razão, nas áreas geográficas correspondentes às sub-regiões de saúde, à região de saúde e ao território continental.
17. O estudo dos lotes processados pelas farmácias, tal como conferidos pelas Sub-Regiões de Saúde, não revela assimetrias na procura, considerando, de igual modo, como domínios, a população residente nas áreas geográficas do território continental, da região de saúde, da sub-região de saúde e do concelho.
18. Como linha geral não são, por conseguinte, demonstráveis iniquidades na procura aos medicamentos e aos serviços das farmácias. Ao contrário, a quantidade da oferta acompanha a quantidade da procura quer por número de habitantes, quer por lotes de receitas médicas.
19. Finalmente, a alteração da capitação, por concelho, não constitui, só por si, um critério de correcção de eventuais assimetrias entre oferta e necessidades de procura. Outras variáveis, com ajustamentos e ponderações diferenciadas, terão de ser consideradas se a equidade no acesso constituir o propósito primeiro do decisor político. Das possíveis variáveis a considerar, destacam-se:
 - centralidades quer habitacionais, quer das diferentes actividades produtivas, determinantes de alterações na distribuição demográfica;
 - fluxos populacionais, diários (e mesmo sazonais); e
 - rede de acessibilidades (transportes e tempos de deslocação).

De salientar, ainda, que as comparações feitas entre variáveis não entraram, nem poderiam ter entrado, em conta com critérios de repartição geográfica, ao passo que as análises que pressupõem uma capitação foram geograficamente ajustadas.

8.1. POTENCIAIS LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O tempo de deslocação, elemento complementar na caracterização do acesso, não foi considerado. Do mesmo modo, a distância entre farmácias também não foi considerada na análise. Para incluir estas variáveis seria necessário recorrer a um sistema de informação geográfica.

Situações de fronteira entre freguesias (de salientar que mais de 50% das freguesias do território continental não possui farmácia), e entre concelhos passíveis de complementaridade poderão constituir enviesamentos às análises da oferta e da procura, particularmente em níveis inferiores de desagregação da informação.

O indicador de procura seleccionado — lotes processados pelas farmácias no âmbito do SNS durante o ano de 2005 —, apesar de representar a larga maioria do volume de vendas da generalidade das farmácias, pode verificar situações de excepção, designadamente em farmácias com grande procura de utentes beneficiários de subsistemas de saúde. Contudo, não se afigura, pelo conhecimento do padrão médio de vendas das farmácias, que esta situação possa consubstanciar a presença de uma variável de confundimento.

Finalmente, os postos farmacêuticos dependentes de farmácias não foram incluídos no presente estudo. No entanto, os valores dos lotes processados por estes postos farmacêuticos foram incluídos nos dados das farmácias-sede.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANF. Natureza, dimensão e fins dos serviços prestados. Associação Nacional das Farmácias, 2005.
- Austrian Health Institute. *Lessons from deregulation – case studies*. Fevereiro de 2006.
- Beresniak A, Duru G. *Economie de la santé*. Paris: Masson, 2001.
- CEGEA. *A situação Concorrencial no Sector das Farmácias*. Centro de Estudos de Gestão e Economia Aplicada da Universidade Católica Portuguesa, 2005.
- European Commission. *Establishing a European risk management strategy. Summary report of the heads of agencies ad hoc working group*, 2003.
- European Commission. *G10 medicines report*, 2002.
- European Union. *Recommendations on Health services and the internal market*. Brussels: European Health Policy Forum, 2005.
- Ferreira AS. Regulação em saúde e regulação de utilities: Que diferenças? *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão* 2004; 3(1).
- Folland S, Goodman A, Stano M. *Economics of health and health care*. Pearson Prentice-Hall, 2004 .
- Haynes K, Thomas M. (ed.) *Clinical Risk Management in Primary Care*. Radcliffe. 2005
- House of Commons. *Fourth Report of Session 2004-5*. Volume I, 22 March 2005.
- INE. *Tipologia de Áreas Urbanas*. Lisboa, Direcção Geral de Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano, 1998.
- INFARMED. *Cobertura Farmacêutica - Estudo comparativo da distribuição de farmácias a nível nacional e europeu*. Lisboa, 1998.
- INFARMED. *Farmacovigilância em Portugal*, 2003.
- Médicaments: une information “officielle” disparate et lucanaire*. Editorial. *Revue Prescrire*. 2005; 25 (263): 537-538.
- OECD. *Economic Survey - Portugal 2004: The on-going reform of the health care system*, 2004.
- OECD. *OECD guiding principles for regulatory quality and performance*, 2005.
- Porter ME, Teisberg EO. *Redefining health care. Creating value-based competition on results*. Harvard Business School Publishing, 2006.
- Roemer MI. Bed supply and hospital utilization: a national experiment. *JAMA* 1961; 35:988-993.
- Saltman R, Busse R. Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice. In: Saltman R, Busse R, Mossialos E. (eds.), *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*, 2002: 3-52.
- Selznick P. *Leadership in Administration*. Evanston, IL: Row, Peterson, 1957.

UK. *The control of entry regulations and retail pharmacy services in the UK*. Office of Fair Trading Crown, 2003.

WHO. *The world medicines situation*. World Health Organization, 2004.

Zubioli A. *Profissão: farmacêutico... . E agora?* Curitiba: Lovise, 1992.