

Modelos de farmacia en la Unión Europea

Análisis comparativo

ISABEL GONZÁLEZ ALONSO

Profesora titular de la Legislación y Deontología farmacéutica. Facultad de Farmacia. Universidad de Salamanca.

M. PILAR BARA

Farmacéutica comunitaria. Diplomada en Sanidad. Diplomada en Óptica.



En el ámbito de la planificación territorial, la Comisión Europea considera que «una limitación en el número de farmacias no es, como medida cuantitativa, un medio adecuado para garantizar un buen suministro de medicamentos y puede incluso resultar contraproducente en este sentido»

El objetivo de este artículo es no sólo mostrar la diversidad de políticas farmacéuticas presentes en el entorno de la Unión Europea, sino también analizar la ratio de habitantes por farmacia, dato significativo que nos permite comparar la accesibilidad de la población a los medicamentos entre los diferentes países. Se trata, en definitiva, de obtener datos que permitan rebatir o confirmar las posiciones manifestadas hasta la fecha por la Comisión Europea, orientadas a desregular nuestro sector, acercándolo a modelos más liberalizados.

La ordenación farmacéutica en Europa ofrece un panorama no intervenido por la legislación comunitaria, en el que cada país decide cómo planifica sus oficinas de farmacia y su titularidad, así como la financiación de los medicamentos. Esto permite que en la Unión Europea (UE) convivan distintos modelos de regulación farmacéutica, desde los más intervencionistas como el modelo mediterráneo, hasta los más liberales como el modelo anglosajón.

Ante esta diversidad legislativa en materia de farmacia, la Comisión Europea (CE) se muestra partidaria de establecer medidas para unificar las distintas políticas farmacéuticas, a pesar de que el artículo 26 de la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005 afirma que la distribución geográfica de las farmacias y el monopolio de dispensación de medicamentos continua siendo competencia de los Estados miembros.

En su afán unificador, no obstante, la CE interpuso, a mediados del año 2006, un dictamen motivado a España, cuestionando las normas de planificación territorial y las normas de propiedad vigentes en nuestra legislación.

En cuanto a la planificación territorial, la CE considera que «una limitación en el número de farmacias no es, como medida cuantitativa, un medio adecuado para garantizar un buen suministro de medicamentos y puede incluso resultar contraproducente en este sentido».

Respecto a la propiedad, la CE valora como excesiva la restricción de que sólo los farmacéuticos puedan ser propietarios de las oficinas de farmacia y de que se prohíba tener en propiedad o copropiedad más de una farmacia simultáneamente.

Para clasificar las distintas políticas de ordenación farmacéutica se han tomado como referencia 13 países pertenecientes a la UE y se han agrupado teniendo en cuenta dos parámetros: la planificación de las farmacias y el modelo de propiedad. Atendiendo a ellos se pueden distinguir, por lo menos, 4 modelos de farmacia.

Modelo mediterráneo: España e Italia

Es el modelo característico de los países mediterráneos, tales como España e Italia. En este modelo el Estado planifica la apertura de nuevas farmacias atendien-

do a criterios de población y de distancias entre ellas. En cuanto a la propiedad, en ambos países se reserva exclusivamente a los farmacéuticos (tabla I).

Criterios de planificación

Los criterios de planificación utilizados difieren en los dos Estados.

En Italia, si el municipio tiene una población inferior a 12.500 habitantes, se autoriza una farmacia cada 5.000 habitantes y si la población es superior a 12.500 habitantes se permite una farmacia por cada 4.000 habitantes. La distancia que deben guardar las farmacias entre sí es de 200 metros¹.

En España, con la aprobación en el año 1997 de la Ley 16/1997 de regulación de servicios de oficinas de farmacias, se autoriza a cada comunidad autónoma (CA) a legislar en materia de ordenación farmacéutica, aunque es importante destacar que en el artículo 2.2 de esta ley se establece que todas las CCAA deben tener en cuenta criterios de población y de distancia entre farmacias a la hora de establecer sus normas de planificación².

Con el tiempo, las distintas CCAA han ido promulgando sus propias leyes de ordenación farmacéutica. Se puede decir que España es el único país, de todos los estudiados, que no tiene una única ley de ordenación farmacéutica para todo el territorio nacional, encontrándose, por tanto, con 17 normas distintas, aunque todas tienen en común que la ordenación farmacéutica se realiza atendiendo a criterios de población y distancias entre farmacias.

En el año 2005 se estimó la existencia de una farmacia cada 2.143 habitantes en España³ y de una farmacia cada 3.423 habitantes en Italia⁴.

Propiedad de las farmacias

En ambos países la titularidad y la propiedad de las farmacias está reservada exclusivamente a los farmacéuticos. La

diferencia está en que en España la propiedad se limita a una farmacia por licenciado⁵, mientras que en Italia, desde agosto de 2006, se permite que cada farmacéutico pueda ser titular de hasta cuatro farmacias de forma simultánea⁶.

No se debe olvidar que en España, en la actualidad, se vive una situación de desconcierto en lo que respecta a la propiedad de las farmacias, ya que con la entrada en vigor de la Ley 2/2007, de 15 de marzo, de sociedades profesionales, el capital proveniente de fuera de la farmacia podría alcanzar hasta un 25%. Sin embargo, muchos expertos consideran que esta ley es inaplicable a las oficinas de farmacia ya que, por el momento, no se puede separar la titularidad de la propiedad.

Modelo anglosajón: Reino Unido y Países Bajos

Es el modelo de corte más liberal. En los países que lo presentan no hay restricciones ni en la propiedad ni en el establecimiento de las oficinas de farmacia.

Criterios de planificación

Aunque no hay una normativa que planifique el establecimiento de las farmacias, el sistema controla el derecho de una farmacia a dispensar los medicamentos financiados con cargo a fondos públicos, ya que sólo los pueden dispensar aquellas farmacias que previamente hayan establecido un contrato con los organismos sanitarios responsables.

En Reino Unido, las farmacias concertadas con el Sistema Nacional de Salud (National Health Service o NHS), adquieren una serie de obligaciones con la Administración sanitaria. Por ejemplo, en el caso de que una farmacia desee efectuar un traslado o traspaso, tiene que obtener un permiso de la Administración sanitaria, ya que de otro modo ésta podría prescindir de los servicios proporcionados por esa farmacia amparándose en que se han mo-

Tabla I.

Habitantes por oficina de farmacia, propiedad y criterios de planificación existentes en España e Italia

	Habitantes por farmacia (2005)	Propiedad	Criterios de planificación definidos Población	Distancia
España	2.143	<ul style="list-style-type: none">• Limitada a farmacéuticos• 1 farmacia por licenciado	Cada CA establece sus propios criterios de ordenación	En general 250 m
Italia	3.423	<ul style="list-style-type: none">• Limitada a farmacéuticos• Máximo 4 farmacias por licenciado	En municipios con una población: <ul style="list-style-type: none">• < 12.500 hab 1 farmacia/5.000 hab• >12.500 hab 1 farmacia/4.000 hab	200 m

dificado las condiciones del contrato inicialmente pactado⁷.

Se puede decir que esta modalidad de concertación es un condicionante muy importante, que frena el establecimiento de nuevas farmacias. La apertura de una farmacia requiere una considerable inversión económica que no es viable, desde el punto de vista de la rentabilidad, a menos que se consiga la concertación con los organismos sanitarios responsables. Prueba de ello es que en Reino Unido hay una farmacia por cada 4.775 habitantes y en Países Bajos, una por cada 9.534⁴.

Esta baja densidad de farmacias se asocia a una deficiente distribución geográfica, ya que se da una mayor concentración en zonas más pobladas y cercanas a centros de atención sanitaria mientras que el acceso a los medicamentos en zonas rurales presenta complicaciones. Para solventar esta situación, tanto en Reino Unido como en Países Bajos se ha autorizado a los médicos rurales a dispensar las recetas que ellos mismos prescriben, siempre y cuando la farmacia más próxima se encuentre a una distancia superior a 1,6 km en el primer país⁸ y a 4,5 km en el segundo⁹.

En la actualidad, en Reino Unido hay un total de 6.204 médicos rurales dis-

pensadores, que desempeñan su actividad en 1.360 consultorios, en los que asisten a más de 9 millones de pacientes, de los cuales a casi 4 millones, además de proporcionarles asistencia médica, también les dispensan medicamentos en los dispensarios de dichos consultorios. El número medio de pacientes que adquieren su medicación en los dispensarios de los consultorios médicos es de 2.857, tal y como pone de manifiesto la tabla II.

En Países Bajos, en el año 2003, de los 7.000 médicos registrados, 625 dispensaban recetas médicas, lo que supone casi un 9% del total¹¹. Sin embargo, es importante destacar que el número de médicos dispensadores en este país está decreciendo debido, entre otros factores, a la oposición de las farmacias establecidas.

Propiedad de las farmacias

Por lo que se refiere a la propiedad de las farmacias, no está reservada a los farmacéuticos, sino que cualquier persona o sociedad puede tener una o más farmacias en propiedad y ello favorece la existencia de cadenas de farmacias. El único requisito exigido es que al frente de la botica siempre debe haber un licenciado en Farmacia que la dirija, lo que ha ge-

En Suecia las oficinas de farmacia son propiedad del Estado, pero se está preparando una reforma del sector farmacéutico para 2009, en la que previsiblemente se eliminarán las restricciones por lo que respecta a la propiedad de las boticas

nerado enormes problemas para las compañías propietarias de farmacias, debido a la escasez de licenciados en Farmacia en estos países. En el año 1999 la cadena británica Boots abrió en Países Bajos un total de 12 farmacias y un año después tuvo que cerrarlas porque no eran viables y porque no pudo encontrar suficiente personal cualificado¹².

Es importante destacar que no existen limitaciones en la propiedad para personas o empresas que puedan tener intereses económicos en el sector farmacéutico. De hecho, a menudo, las cadenas de farmacias son propiedad de empresas mayoristas de distribución de medicamentos, como es el caso de Alliance Unichem, que opera en muchos países de la Unión Europea, entre ellos España, tras adquirir en el año 1998 la distribuidora farmacéutica SAFA. Alliance Unichem tiene una alta cuota de mercado en Países Bajos y Reino Unido, donde es propietaria de más del 15% de las oficinas de farmacia. Algo parecido sucede con otra gran cadena de distribución de medicamentos, Celesio, presente en muchos países de la UE (en Reino Unido, por ejemplo, es propietaria de Lloydsparmacy, con aproximadamente el 11% de las oficinas de farmacia). Legalmente, estas grandes empresas también pueden ejercer como aseguradoras médicas (éste es el caso de Lloydsparmacy).

Modelo nórdico: Finlandia, Suecia, Dinamarca y Luxemburgo

Éste es el modelo que presentan la mayoría de los países situados al norte de Europa, concretamente Finlandia, Suecia y Dinamarca. Dentro de este modelo también se puede incluir a Luxemburgo, puesto que su política farmacéutica es muy similar.

Criterios de planificación

Este modelo incluye, en la mayoría de los casos, países con una bajísima densidad de farmacias. Los datos bibliográfi-

Tabla II.
Médicos rurales que dispensan medicamentos, consultorios con dispensarios y pacientes a los que atienden. Gran Bretaña (Año 2008¹⁰)

	Consultorios con dispensarios	Médicos dispensadores	Pacientes a los que se dispensa	Pacientes a los que se dispensa/dispensario
Inglterra	1.135	5.553	3.510.895	3.093
Escocia y Gales	225	651	375.045	1.666
Total	1.360	6.024	3.885.940	2.875

Fuente: Dispensing Doctors Association; 2008

cos disponibles al respecto reflejan que en el año 2005 en Dinamarca había una farmacia por cada 16.712 habitantes, en Suecia una por cada 9.846 habitantes, en Finlandia una cada por cada 6.519 habitantes y en Luxemburgo, una por cada 5.722 habitantes^{13, 4}.

En Finlandia, Dinamarca y Luxemburgo, en teoría, no existe ninguna legislación que regule el establecimiento de las farmacias. Sin embargo, no se puede llevar a cabo una nueva apertura sin la autorización del Gobierno, que es el responsable de limitar el número de farmacias y su localización atendiendo, generalmente, a criterios demográficos y geográficos, con el fin de garantizar el acceso a los medicamentos en todo el territorio nacional.

El caso de Suecia es muy diferente al resto de los países europeos, ya que todas las farmacias pertenecen al Estado, que es el encargado de gestionar toda la red farmacéutica a través de una entidad llamada Apoteket AB, que es la que tiene la competencia para establecer nuevas farmacias. La política de planificación farmacéutica por la que se rige consiste en garantizar que haya farmacias cerca de los lugares en los que se recetan los medicamentos y también donde haya un gran flujo de pacientes, de ahí que un elevado porcentaje de las farmacias suecas se sitúe en los centros de salud. Los farmacéuticos trabajan para el Estado, cobrando por ello un salario estipulado por ley.

Propiedad de las farmacias

En Luxemburgo¹⁴, Finlandia¹⁵ y Dinamarca¹⁶ el concepto de la propiedad es

muy diferente del que tenemos en España. En estos países la farmacia es una concesión administrativa que caduca cuando el titular alcanza la edad de jubilación o en caso de fallecimiento, por lo que no está permitido el traspaso de las oficinas de farmacia. Cuando la licencia de una farmacia queda vacante por cualquiera de estas circunstancias, las autoridades sanitarias convocan un concurso de méritos para farmacéuticos con el objeto de designar a la persona más cualificada para dirigir la farmacia. Sólo se otorga una licencia de farmacia por individuo y el titular tiene la obligación de dirigirla personalmente.

En Dinamarca y en Finlandia la ley contempla la posibilidad de que un farmacéutico titular pueda abrir una sucursal de su farmacia en aquellas zonas rurales en las que, como consecuencia de la baja densidad de población, no se autoriza la apertura de una farmacia. En dichas sucursales se pueden dispensar los mismos medicamentos que en las farmacias, incluyendo los de prescripción médica y dirigiéndolas siempre debe haber un licenciado en Farmacia. La apertura de las sucursales está estrictamente regulada, por lo que se necesita una autorización del organismo sanitario responsable.

En Suecia, tras un reciente cambio de Gobierno, se está preparando una reforma del sector farmacéutico con un nuevo modelo, que se prevé se ponga en marcha a partir de 2009. Entre los posibles cambios se espera que la nueva regulación no establezca limitaciones por lo que respecta a la propiedad de las far-

macias y, por tanto, cabe esperar que las sociedades de capital privado puedan acceder a su propiedad.

Modelo continental: Francia, Bélgica, Austria y Portugal

Se puede decir que se trata de un modelo mixto, ya que los países que lo presentan adoptan diferentes ideas del modelo mediterráneo y del anglosajón en lo que respecta a la planificación y a la propiedad de las farmacias.

Es el modelo farmacéutico característico de países como Francia, Bélgica y Austria. Dentro del modelo continental también se puede incluir a Portugal, que tradicionalmente se encuadraba en el modelo mediterráneo, como consecuencia de los recientes cambios en la legislación lusa sobre la propiedad de las farmacias.

Criterios de planificación

En estos países hay una política de planificación farmacéutica que aplican los Gobiernos atendiendo, en el caso de Francia y Bélgica, únicamente a criterios de población, mientras que en Austria y Portugal se aplican criterios de población y de distancias entre farmacias, tal y como pone de manifiesto la tabla III.

De los cuatro países analizados en el modelo continental, Bélgica es el que tiene un menor número de habitantes por oficina de farmacia contando, en el año 2005, con una farmacia por cada 1.979 habitantes⁴, dato que ha llevado al Gobierno belga a adoptar medidas para frenar el crecimiento del número de oficinas de farmacia, entre ellas la promulgación de un real decreto de 8 de diciembre de 1999²¹, vigente hasta el 8 de diciembre de 2009, que no permite la apertura de nuevas oficinas de farmacia. En el extremo opuesto se encuentra Austria, que cuenta con la ratio de habitantes por oficina de farmacia más elevada, sin embargo, es importante destacar que

esta ratio se ha calculado únicamente con las farmacias al frente de las cuales está un farmacéutico y que se conocen como *öffentliche Apotheken*, que corresponden al 52% del total de las farmacias establecidas. Aparte, hay un elevado porcentaje de farmacias dirigidas por médicos, concretamente un 45%, que se denominan *Hausapotehen*. El resto corresponde a las farmacias de hospital (2%) y a sucursales de *öffentliche Apotheken* situadas en zonas rurales (1%).

Propiedad de las farmacias

Los países con modelo continental presentan una gran diversidad en lo que a la propiedad de las farmacias se refiere. En Bélgica no existe ninguna regulación sobre la propiedad de las oficinas de farmacia. Cualquier persona física o jurídica puede ser propietaria de una o varias

oficinas de farmacia. La única condición es que al frente de la oficina de farmacia se encuentre siempre un farmacéutico. Según datos de 1998, el 83% de las farmacias se encuentran en manos privadas, mientras que el 17 % restante pertenece a cooperativas.

En Francia, por el contrario, la propiedad de las farmacias se restringe a los farmacéuticos, que tienen la obligación de atenderla personalmente. Un farmacéutico sólo puede ser propietario de una única farmacia, aunque la ley permite la copropiedad, de forma que varios farmacéuticos se pueden asociar para la explotación de una farmacia, siempre y cuando la sociedad sólo sea propietaria de una única farmacia y su gerencia esté garantizada por uno o más de los farmacéuticos asociados. Además, el farmacéutico asociado debe tener al menos un 5% del capital social y derecho a voto. Aparte de estas oficinas de ti-

Tabla III.

Habitantes por farmacia, propiedad y criterios de planificación existentes en Portugal, Austria, Francia y Bélgica

	Habitantes por farmacia (2005)	Propiedad	Criterios establecidos	Distancia
Portugal	3.809	• No limitada a farmacéuticos	1 farmacia/4.000 habitantes ¹⁷	500 m
Austria	6.905	• No limitada a farmacéuticos	1 farmacia/5.500 habitantes Además el municipio debe contar con un consultorio médico ¹⁸	500 m
Francia	2.657	• Limitada a farmacéuticos • 1 farmacia por farmacéutico	En municipios con una población ¹⁹ : • >30.000 hab. 1 OF/3.000 hab. • 2.500-30.000 hab. 1 OF/2.500 hab. • <2.500 hab. 1 OF/2.500 hab.	NO
Bélgica	1.979	• No limitada a farmacéuticos • No hay restricciones de ningún tipo	En municipios con una población ²⁰ : • >30.000 hab. 1 OF/3.000 hab. • 7.500-30.000 hab. 1 OF/2.500 hab. • <7.500 hab. 1 OF/2.000 hab.	NO

La CE valora como excesiva la restricción de que sólo los farmacéuticos puedan ser propietarios de las oficinas de farmacia y de que se prohíba tener en propiedad o copropiedad más de una farmacia simultáneamente

Modelos de farmacia

Modelo mediterráneo

Es el modelo característico de los países mediterráneos, tales como España e Italia. En este modelo el Estado planifica la apertura de nuevas farmacias atendiendo a criterios de población y de distancias entre ellas y la propiedad se reserva exclusivamente a los farmacéuticos.

Modelo anglosajón

Es el modelo de corte más liberal. En los países que lo presentan no existen restricciones ni en la propiedad ni en el establecimiento de las oficinas de farmacia.

Modelo nórdico

Éste es el modelo que presenta la mayoría de los países situados al norte de Europa. Dentro de este modelo también se puede incluir a Luxemburgo, puesto que su política farmacéutica es muy similar. Incluye países con una bajísima densidad de farmacias.

Respecto a la propiedad de las farmacias, en Luxemburgo, Finlandia y Dinamarca es una concesión administrativa y en Suecia son propiedad del Estado.

Modelo continental

Se puede decir que se trata de un modelo mixto, ya que los países que lo presentan adoptan diferentes ideas del modelo mediterráneo y del anglosajón en lo que respecta a la planificación y a la propiedad de las farmacias.

tularidad privada, hay otras oficinas como las mutualistas, propiedad de un organismo mutualista, gestionadas por un farmacéutico asalariado. Otro caso especial son las farmacias de los aeropuertos, cuya propiedad es del propio aeropuerto¹⁹.

En Portugal, el 31 de agosto de 2007 se aprobó el Decreto-Ley n.º 307/2007, por el que se autoriza a personas o sociedades no farmacéuticas a tener en propiedad hasta cuatro farmacias²², estableciéndose un régimen de incompatibilidad, en relación con la propiedad,

para cualquier persona o sociedad que pueda tener intereses en el sector farmacéutico. Así tenemos que el artículo 16 prohíbe, expresamente, no sólo la propiedad sino también la gestión de las farmacias a:

- Profesionales de la salud que prescriben medicamentos.
- Asociaciones que representen a las farmacias, a las empresas de distribución de medicamentos y a la industria farmacéutica y también sus respectivos trabajadores.
- Cualquier empresa de distribución de medicamentos.
- Cualquier empresa de la industria farmacéutica.
- Empresas privadas que prestan servicios en el ámbito sanitario.

Al separarse la titularidad de la propiedad, no es necesaria la presencia del farmacéutico propietario, pero si es obligatorio que la farmacia tenga un director técnico farmacéutico que asuma responsabilidad. Junto a él debe haber siempre otro farmacéutico. En caso de que sean necesarios varios empleados, el número de farmacéuticos debe ser mayoría.

En Austria, la ley exige que el titular de las farmacias públicas sea un licenciado en Farmacia que, además, debe ser propietario de al menos el 51% del capital. El resto puede ser capital externo, lo que significa que una persona que no esté en posesión del título de farmacéutico puede ser propietario de hasta un 49% como máximo.□

Bibliografía

1. Artículo 1, Legge 8 novembre 1991 n. 362. Norme di riordino del settore farmaceutico. Gazzetta Ufficiale n. 269, 16 novembre 1991.
2. Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de las oficinas de farmacia. BOE n.º 100, 26 de abril de 1997.
3. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Datos estadísticos sobre prestación farmacéutica. p. 44. Disponible en: [http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000031.nsf/voDocumentos/D418C5BD1340E646C1256CCC003F6529/\\$File/04.DatosEstadisticos.pdf](http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000031.nsf/voDocumentos/D418C5BD1340E646C1256CCC003F6529/$File/04.DatosEstadisticos.pdf)

4. Vogler S, Arts D, Hahl C. La farmacia en Europa. Lecciones de la desregulación-Estudio de casos prácticos. Viena, diciembre 2005. P 3(228).
5. Artículo 103.4, Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE n.º 102, 29 de abril de 1986.
6. Artículo 5, Legge 4 agosto 2006, n. 248. conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 4 luglio 2006, n. 223, recante disposizione urgente per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale. Gazzetta Ufficiale n. 186, 11 agosto 2006.
7. Arts. 6, 7 y 8. The NHS (pharmaceutical services) regulations 2005. Statutory Instrument n.º 641, March 10th, 2005.
8. Art. 60. Pharmaceutical Services n.º 641. Regulations 2005. Statutory Instrument n.º 641, March 10th, 2005.
9. Vogler S, Arts D, Hahl C. La farmacia en Europa. Lecciones de la desregulación- Estudio de casos prácticos. Viena, diciembre 2005. P 122(228)
10. Dispensing Doctors Association. Disponible en: <http://www.dispensingdoctor.org/doctordata/>
11. European Union of General Practitioners. Disponible en: http://www.uemo.org/gp_in_europe/thenetherlands.htm
12. Vidal MC. La ordenación farmacéutica, la planificación farmacéutica y las transmisiones de las oficinas de farmacia en la UE. Grupo Revista General de Derecho. 2007;23:17.
13. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia. Distribución territorial de las oficinas de farmacia en la Unión Europea. Disponible en: http://www.redfarmaceutica.com/almacen/Plataforma/archivos/883/Informe_Distribucion_fmrmacias.pdf
14. Artículo 2, Loi du 4 juillet 1973 concernant le régime de la pharmacie. Mém. A- 43, du 28 juillet 1973, p. 1010; doc. parl. 1301.
15. Artículo 59, Medicinal Act 395/1987. Decision of April 10 1987. Ministry of Social Affairs and Health. Finland (amendments up to 296/2004 included).
16. Section 22, Pharmacy Act. Nr. 279. Indenrigsministeriet, 6 juni 1984.
17. Artículo 2, Portaria n.º 936/a/99: estabelece as regras e condições de instalação de novas farmacias, bem como as aplicáveis à transferência de farmacias. Diário da república- 1 SÉRIE- B n.º 247/ 99, 2.º suplemento, sexta-feira, 22 de outubro de 1999.
18. Österreichische Apothekerkammer. The Austrian pharmacy-facts and figures. Wirtschafts-und finanzpolitische Abteilung. 2007;39:17-24.
19. Artículo 5125-11, Code de la Santé Publique. Disponible en: <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnCode?code=CSANPUNL.rcv>
20. Artículo 1, Arrêté Royal du 25 mars 1999, modifiant l'arrêté royal du 25 septembre 1974 concernant l'ouverture le transfert et la fusion d'officines pharmaceutiques ouvertes au public. Moniteur Belge. 1999. 20/04/1999.
21. Arrêté royal du 8 décembre 1999, modifiant l'arrêté royal du 25 septembre 1974 concernant l'ouverture, le transfert et la fusion d'officines pharmaceutiques ouvertes au public. Moniteur Belge. 14/12/1999.
22. Artículo 15, Decreto-Lei n.º 307/2007. Diário da República, 1.ª série-N.º 168-31 de agosto de 2007.