

AUTORES

M^a Belén Cobián Rodríguez¹
Francisco Martínez Romero¹
M^a Dolores Murillo Fernández¹
Ángel Sanz Granda¹
Eduardo Satué de Velasco¹
Vicente J. Baixauli Fernández (coordinador)¹

¹ Comisión de Sistemas Retributivos de SEFAC.

RESUMEN EJECUTIVO

El sistema actual de retribución de la dispensación de la farmacia comunitaria española está orientado al producto a través de la fijación de un margen que depende únicamente de un porcentaje sobre el precio del medicamento que se dispensa. Este hecho genera un gran conflicto de intereses en relación con la intervención farmacéutica que en este servicio se debe realizar, desincentivándola y constituyendo una barrera para la implantación de los servicios basados en la gestión del conocimiento sobre los medicamentos. Por otro lado, la progresiva disminución del margen real del beneficio obtenido por la farmacia comunitaria por la realización del servicio de dispensación, como consecuencia de las múltiples medidas que ha adoptado la Administración sanitaria en los últimos doce años, está comprometiendo la viabilidad económica de muchas farmacias.

Ambas razones tienen un impacto directo sobre la prestación farmacéutica al paciente, motivo por el cual la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC) decidió estudiar a través de una comisión si es factible cambiar el sistema retributivo de la farmacia comunitaria a un sistema no basado en márgenes sobre el precio del medicamento dispensado con el fin de evitar este conflicto de intereses con la actuación profesional y que a la vez no suponga un impacto económico adicional sobre el Sistema Nacional de Salud (SNS), sobre el paciente y sobre la propia farmacia comunitaria.

Para ello, en primer lugar, se realizó un análisis de benchmarking, con el fin de analizar la situación internacional de la farmacia comunitaria, en donde se observaron las metodologías existentes en 10 de los países más relevantes de la farmacia europea (Alemania, Bélgica, Francia, Gran Bretaña, Holanda, Irlanda y Suiza), australiana (Australia) y americana (Canadá y Estados Unidos), concluyendo que los países desarrollados pre-

Continúa ➔

PROPUESTA DE SISTEMA RETRIBUTIVO DE SEFAC PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE DISPENSACIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

PROPOSAL FROM THE SPANISH SOCIETY OF COMMUNITY PHARMACY FOR A PAYMENT SYSTEM FOR PROVIDING THE DISPENSING SERVICE FOR MEDICATIONS AND HEALTH PRODUCTS TO THE SPANISH NATIONAL HEALTH SYSTEM

INFORME REALIZADO POR LA COMISIÓN DE SISTEMAS
RETRIBUTIVOS DE SEFAC

REPORT BY THE SEFAC PAYMENT SYSTEM
COMMITTEE

PRÓLOGO

“Los farmacéuticos deben salir de detrás de la caja registradora y empezar a servir al público, proporcionándoles cuidados en vez de, solamente, fármacos. No hay futuro en el mero acto de la dispensación. Esa actividad puede hacerse, y se hará, por Internet, por máquinas expendedoras y/o por técnicos entrenados para ello. El hecho de que los farmacéuticos tengan una formación académica y actúen como profesionales de la salud les ofrece la oportunidad para servir mejor a la sociedad, de lo que lo hacen hoy en día”¹.

El sistema retributivo es un medio eficaz para orientar al farmacéutico sobre el

rol que se le pretende asignar en su quehacer profesional y, por otro lado, la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC) tiene entre sus fines “servir de órgano informativo respecto de las funciones y fines de la profesión, y realizar cuantas tareas se le encomienden, colaborando con entidades públicas o particulares mediante elaboración de estudios, informes o propuestas”². Ambas realidades justifican y legitiman el abordaje del sistema retributivo del farmacéutico comunitario por esta sociedad científica.

El actual sistema de retribución de la farmacia en España no sólo está orientado al producto, constituyendo una barrera al desarrollo profesional y a la implantación de los servicios basados en la gestión del conocimiento sobre los

sentan una evolución del sistema retributivo basado por márgenes (porcentaje sobre el precio del medicamento), como cualquier actividad comercial mercantil, hacia un sistema centrado en la remuneración de los servicios farmacéuticos prestados, más propio de las actividades profesionales, a través de un honorario profesional, y, en base a ello, se sugería que España debería evolucionar en dicho sentido.

En segundo lugar, se realizó un estudio pionero para estimar y analizar el coste de la dispensación en la farmacia comunitaria española con los datos derivados de 3.482.524 dispensaciones del ejercicio 2010, correspondientes a ochenta farmacias repartidas por toda la geografía nacional, resultando que éste se haya muy relacionado con el número de las dispensaciones realizadas, siendo el coste medio estimado de la dispensación en una farmacia tipo en España (50.001-75.000 dispensaciones anuales) de 3,35 euros (IC95%: 2,12-5,47). Este coste se halla por debajo del margen medio de contribución al beneficio (3,56 euros que corresponden a un margen del 27,9%) en una tercera parte de las farmacias que se corresponde con aquellas que dispensan un número reducido de dispensaciones (NRD) establecido en menos de 25.000 dispensaciones anuales. Los componentes desagregados de dicho coste son el coste del proceso básico de la dispensación: 74,18% (costes laborales asociados con la dispensación: 66,19% más otros costes relacionados con la dispensación: 7,99%) y el coste logístico: 25,82% (costes relacionados con las instalaciones: 24,18% más costes por intereses derivados del pago aplazado de los medicamentos: 1,64%).

En base a los resultados de los dos estudios antes mencionados y al análisis del proceso de dispensación (los subprocesos básicos que lo forman y los subprocesos adicionales derivados de las intervenciones farmacéuticas adicionales), se elaboró una propuesta de sistema retributivo para la dispensación en la farmacia comunitaria española, teniendo en cuenta las siguientes premisas: que incentive la participación del farmacéutico comunitario en la mejora de la morbimortalidad asociada a los medicamentos, que evite el conflicto de intereses para el farmacéutico incentivando las no dispensaciones justificadas y las acciones encaminadas a racionalizar el uso y el gasto en medicamentos, que mantenga la actual red de farmacias comunitarias, que independice la retribución por acto profesional de dispensación obtenida por el farmacéutico comunitario del precio del medicamento que dispense, que permita la valoración de intervenciones farmacéuticas complementarias, que no incre-

Continúa ➡

medicamentos³, sino que, además, está prácticamente basado en la dispensación, constituyendo una barrera para el óptimo desarrollo de una amplia cartera de servicios profesionales⁴. Recientemente se ha definido la Cartera de Servicios Farmacéuticos como *“las diferentes actividades sanitarias, independientes entre sí, con estructura, definición, objetivos, procedimientos consensuados y sistemas de documentación, que se desarrollan en el interior de la farmacia comunitaria por parte del personal que realiza su trabajo en la misma”*⁵.

De hecho, en la farmacia comunitaria actual, además de la dispensación, se realizan diversas actividades sanitarias profesionales centradas en el paciente que son susceptibles de constituir otros servicios farmacéuticos y que presentan distintos objetivos, procedimientos, recursos y resultados. Por ello, SEFAC entiende⁶ que hay que analizar de forma racional y específica la forma de retribuir cada uno de estos servicios farmacéuticos. De acuerdo con esta visión, el sistema retributivo de la farmacia comunitaria no es un único sistema, sino la suma de tantos como servicios farmacéuticos profesionales preste dicha farmacia a la población, independientemente de quien los financie (Administración sanitaria, compañías de seguros, clientes/usuarios, etc.).

Con estas referencias el presente informe pretende abordar únicamente una propuesta para el sistema retributivo del servicio de dispensación, sin perjuicio de que en futuros informes se estudien los demás servicios farmacéuticos que se prestan desde la farmacia comunitaria.

ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL

La oficina de farmacia es un establecimiento sanitario privado de interés público que de acuerdo con la Ley 16/1997 debe prestar a la población diez servicios básicos⁷. De todos ellos, la Administración sanitaria del Estado sólo ha reglamentado la retribución de la dispensación de los medicamentos y productos sanitarios y, por extensión, de las fórmulas magistrales y preparados oficinales, debido a su carácter de medicamentos (Tabla 1). De hecho, la dispensación de todos ellos es la única prestación que comprende -en el caso de pacientes no hos-

pitalizados- la prestación farmacéutica de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud⁸ y para la cual la farmacia está autorizada a prestar como establecimiento sanitario⁹.

No obstante, a través de los diferentes conciertos y convenios establecidos entre los colegios de farmacéuticos y las diferentes entidades gestoras de las Administraciones sanitarias de las Comunidades Autónomas, se han concertado y regulado algunos de dichos servicios e incluso algunos más (tratamiento directamente observado en pacientes tuberculosos, dispensación de metadona, programa de mejora del uso de medicamentos en pacientes asistidos por servicios de atención domiciliaria, cribaje de VIH o cáncer de colon, etc.) (Tabla 1).

El sistema retributivo actual de la dispensación en la farmacia comunitaria está orientado al producto mediante un margen. Este margen depende, por tanto, única y exclusivamente del precio industrial del medicamento dispensado.

Actualmente, la farmacia comunitaria se encarga de hacer efectiva -con una cobertura del 99,95%¹⁰- la dispensación de medicamentos y productos sanitarios a los pacientes no hospitalizados de la población española, siendo este servicio el más demandado¹¹, el que supone la actividad a la que se dedica más tiempo¹² y el que genera la mayor parte de los ingresos de la farmacia. Además, también aporta una amplísima variedad de actuaciones en el ámbito de la salud, que contribuye a la calidad de la asistencia sanitaria en España y que tiene proporciones semejantes a las asumidas por la Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud^{13,14}.

Por ello, como consecuencia de esta realidad, todavía se identifica la retribución de la dispensación con la retribución de la farmacia y, por tanto, existen diferentes opiniones sobre qué actividades se consideran incluidas en el margen de las farmacias y cuáles no^{15,16}.

De hecho, cuando a través de las distintas publicaciones se pone de manifiesto la necesidad de modificar el sistema retributivo de la farmacia¹⁷⁻²⁴ siempre se hace referencia al sistema retributivo de la dispensación basado en el margen de beneficio sobre el precio de fabricación del medicamento.

Los distintos sistemas de pago en farmacia pueden agruparse en tres catego-

mente el presupuesto asignado por el SNS (en 2010) a la prestación farmacéutica básica, que mantenga el sistema de fijación de los precios de venta al público de los medicamentos, que permita la viabilidad económica de la farmacia comunitaria y que no afecte a la aportación a pagar por el paciente.

SEFAC propone el cambio del sistema retributivo actual de la dispensación en farmacia comunitaria a un sistema retributivo mixto, basado fundamentalmente en un honorario profesional complementado por un cargo logístico variable y -adicional y excepcionalmente- de un cargo de viabilidad aplicable a farmacias NRD.

El honorario profesional es el resultado de la suma entre un honorario profesional básico de dispensación de importe fijo que retribuye los subprocesos básicos del acto profesional de la dispensación y otro/s honorario/s adicional/es que retribuyen otros subprocesos adicionales que pueden ser requeridos como consecuencia de otras actividades o verificaciones durante el proceso de la dispensación. Ambos revisables anualmente con el IPC.

El cargo logístico es variable con el número anual de dispensaciones efectuadas en la farmacia y con el precio de adquisición del medicamento dispensado, con el fin de cubrir los costes de la adquisición, custodia y almacenamiento de los medicamentos y productos sanitarios en los que incurre la farmacia comunitaria. El cargo de viabilidad aplicable a farmacias NRD tiene como objeto asegurar la accesibilidad del medicamento al paciente, garantizando la sostenibilidad económica de estas farmacias y está en la misma línea de las medidas establecidas normativamente por la propia Administración sanitaria desde 2011.

Por último, y con el fin de determinar los importes correspondientes al honorario básico de dispensación y a los cargos logísticos y de viabilidad propuestos, se realizó un análisis de impacto presupuestario para el SNS derivado de esta propuesta. El resultado señaló como valores potenciales: 3,37 euros para el honorario profesional básico; 3,97% sobre el PVP-IVA para las primeras 25.000 dispensaciones anuales; 4,05% para las dispensaciones anuales entre 25.001 y 65.000; 3,78% para las dispensaciones anuales mayores de 65.000 y 0,4 euros para compensar las bajas tasas de dispensaciones anuales en las farmacias NRD.

El importe de los honorarios adicionales no se incluyó en dicho análisis, ni se determinó por la complejidad de su cálculo, debido a la elevada casuística y cantidad de factores que intervienen en su valoración.

Continúa ➡

TABLA 1 RETRIBUCIÓN DE LOS SERVICIOS BÁSICOS QUE DEBE REALIZAR LA FARMACIA COMUNITARIA SEGÚN LA LEY 16/1997.

Listado de servicios básicos según la Ley 16/1997	Realización	Forma de retribución
1. La adquisición, custodia, conservación y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios.	Sí	Margen sobre el precio del medicamento dispensado
2. La vigilancia, control y custodia de las recetas médicas dispensadas.	Sí	No existe
3. La garantía de la atención farmacéutica, en su zona farmacéutica, a los núcleos de población en los que no existan oficinas de farmacia.	Sí	No existe
4. La elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales, en los casos y según los procedimientos y controles establecidos.	Sí	Honorario profesional
5. La información y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes.	Sí, de forma voluntaria y minoritaria	No existe*
6. La colaboración en el control del uso individualizado de los medicamentos, a fin de detectar las reacciones adversas que puedan producirse y notificarlas a los organismos responsables de la farmacovigilancia.	Sí*	No existe
7. La colaboración en los programas que promuevan las Administraciones sanitarias sobre garantía de calidad de la asistencia farmacéutica y de la atención sanitaria en general, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria.	Si, en general por iniciativa de las organizaciones farmacéuticas*	No existe*
8. La colaboración con la Administración sanitaria en la formación e información dirigidas al resto de profesionales sanitarios y usuarios sobre el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.	No*	No existe*
9. La actuación coordinada con las estructuras asistenciales de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.	No*	No existe*
10. La colaboración en la docencia para la obtención del título de Licenciado en Farmacia, de acuerdo con lo previsto en las Directivas Comunitarias, y en la normativa estatal y de las Universidades por las que se establecen los correspondientes planes de estudio en cada una de ellas.	Sí*	No existe*

*Salvo excepciones no conocidas.

rías^{25,26}: orientados al producto, orientados al paciente y mixtos. Mientras que los incluidos en las dos últimas son similares a las alternativas usualmente empleadas para retribuir la actuación de otros profesionales sanitarios (pago por acto, capitación y salario), los etiquetados como "orientados al producto" resultan más próximos a los modos de reembolso de la distribución detallista¹⁷. Un resumen de las variantes de retribución a las oficinas de farmacia españolas puede observarse en la Tabla 2^{26,27}. Si se revisa la historia de la farmacia en nuestro país, no es hasta 1945 cuando se orienta el sistema retributivo de las

farmacias hacia el producto a través de la fijación de un margen²⁸, coincidiendo con el progresivo auge de la industria farmacéutica, la mayor presencia en el mercado de las especialidades farmacéuticas y el cada vez menor peso de la formulación magistral en el trabajo de la farmacia. En la Tabla 3 puede apreciarse la evolución de los márgenes en la farmacia hasta la actualidad. Actualmente, es este Real Decreto 823/2008²⁹, modificado por varios Reales Decretos-leyes²⁹⁻³³, el que establece los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso hu-

A la vista de estos resultados, SEFAC propone el cambio de sistema retributivo actual al nuevo sistema propuesto, teniendo en cuenta que el impacto sobre el sistema nacional de salud es de prácticamente neutro (0,00595% del coste total: 15.126,05 millones de euros) a la vez que no genera un detrimento económico a la farmacia comunitaria.

SEFAC opina que el nuevo modelo propuesto es un modelo de futuro que incentiva un servicio farmacéutico de dispensación más profesional, centrado en el paciente, que permite la viabilidad de la red de farmacias comunitarias y abre la puerta a la realización de otras intervenciones y actividades farmacéuticas que tienen como fin la mejora de la asistencia sanitaria al paciente, a través del uso racional de los medicamentos, y la disminución de la morbilidad asociada a éstos.

SEFAC espera y confía que tanto la Administración sanitaria como los farmacéuticos comunitarios y las entidades, corporaciones y organizaciones que los representan conozcan, analicen y reflexionen sobre el contenido de este informe, con el fin de modificar el actual sistema retributivo de la dispensación en la farmacia comunitaria.

EXECUTIVE SUMMARY

The current system of payment for dispensing in Spanish community pharmacies is aimed at the product through setting a margin that depends entirely on a percentage of the price of the medication that is dispensed. This generates a great conflict of interest with regard to the pharmaceutical intervention that is given for this service, acting as a disincentive and constituting a barrier for introducing services based on knowledge management about medications. In addition, the progressive drop in the real benefit margin obtained by the community pharmacist for carrying out the dispensing service, as a result of the multiple measures that the health administrations have adopted over the last 12 years, is jeopardising the economic feasibility of many chemists.

Both these reasons have a direct impact on the pharmaceutical service given to patients, which is why SEFAC (the Spanish Society of Community Pharmacy) decided to get a committee to study whether it is feasible to change the payment system of community pharmacists to a system not based on margins on the price of the medication dispensed, in order to avoid this conflict of interests with professional activity and which, at the same time, does not involve an additional eco-

Continúa ➔

TABLA 2 RESUMEN DE LAS VARIANTES DE RETRIBUCIÓN/FINANCIACIÓN A LAS OFICINAS DE FARMACIA EN ESPAÑA 26,27

Tipo de sistema	Base de retribución			Pago a la farmacia
<i>Sistemas orientados al producto</i>	Por volumen de ventas (Margen comercial)	Margen fijo		Precio de coste + % de margen sobre pvp
		Margen escalonado o variable (generalmente regresivo)		
<i>Sistemas orientados al paciente</i>	Por servicio pasivo	Capitación		Precio de coste + fijo beneficiario
		Asignación por farmacia	General (todas)	Según sistema vigente + asignación
	Limitada (algunas)			
	Por servicio activo	Pago por acto	Honorario de dispensación (por envase, medicamento, receta, acto)	Precio de coste + honorario
				Fijo general
				Variable
				Máximo negociable
				Por actos especiales
			Honorario por elaboración de preparados oficiales	Por tarifa según dificultad y cantidad
	Participación en el diferencial de coste con el precio de referencia	Porcentaje del ahorro obtenido		
<i>Mecanismos intermedios</i>		Participación en programas de: sustitución de medicamentos y revisión de utilización de medicamentos		
		Actividades cognitivas/atención farmacéutica		
		Profesionales retribuidos por salario		
	Sistemas mixtos			

mano, de forma que la cuantía correspondiente al concepto de dispensación de medicamentos y venta al público de medicamentos de uso humano se establece mediante un margen de beneficio sobre el precio de fabricación de dichos medicamentos. Este margen de beneficio correspondiente exclusivamente al concepto de dispensación depende únicamente del precio industrial del medicamento dispensado (Tabla 4). Sin embargo, cuando los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente son dispensados por las farmacias con cargo a fondos públicos de las Comunidades Autónomas, del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, de la Mutualidad General Judicial y del Instituto Social de las Fuerzas Armadas,

dicho margen se minorará con una escala de deducciones mensuales sobre la factura mensual correspondiente a las recetas facturadas por cada oficina de farmacia con cargo a fondos públicos. Dicha escala incluye varios tramos de facturación que llevan asociados un porcentaje que varía entre cero y el 20%³⁴ (Tabla 5).

El primer tramo de facturación está exento de deducción. Sin embargo, tras varias modificaciones se ha aprobado para algunas de las farmacias incluidas en este primer tramo y que cumplan determinados requisitos la aplicación a su favor a través de una escala (Tabla 6) de un índice corrector de sus márgenes de dispensación³⁵.

Adicionalmente, el Real Decreto Ley 8/2010³¹ añadió una nueva deducción extraordinaria del 7,5% sobre el precio

conomic impact on the National Health System (SNS), the patient or the community pharmacist.

To do this, in the first place, a benchmarking analysis was carried out, with the aim of analysing the international situation of the community pharmacist, in which the methodologies that exist in the 10 most relevant countries in pharmacies in Europe (Germany, Belgium, France, Great Britain, Holland, Ireland and Switzerland), Australia (Australia) and America (Canada and the United States) were observed. It was concluded that developed countries show an evolution on the payment system based on margins (percentage of the price of the medication), such as any commercial mercantile activity, towards a system focused on payment for pharmaceutical services offered, more typical of professional activities, through a professional timetable and, based on this, it was suggested that Spain should evolve in the same way.

In the second place, a pioneering study was carried out to estimate and analyse the cost of Spanish community pharmacy dispensing with the data compiled from 3,482,524 dispensing procedures in 2010, corresponding to 80 pharmacists distributed all over Spain. The result was that this is closely related to the number of dispenses made, with an average estimated cost of each dispensing procedure in a pharmacy in Spain (50,001-75,000 yearly dispenses) of 3.35 euros (IC95%: 2.12 to 5.47). The cost is found to be below the average margin of contribution to benefit (3.56 euros that correspond to a margin of 27.9%) in a third of the pharmacies that corresponds to those that dispense a reduced number of prescriptions (RNP), set at less than 25,000 dispensing procedures a year. The disaggregated components of this cost are the cost of the basic dispensing procedure: 74.18% (labour costs associated to dispensing: 66.19% plus other costs related to dispensing: 7.99%) and the logistics cost: 25.82% (costs related to the premises: 24.18% plus costs for interests derived from the delayed payment of the medications: 1.64%).

Based on the results of the two above-mentioned studies and the analysis of the dispensing process (the basic sub processes of which it is made up and the additional sub processes derived from additional pharmaceutical interventions), a proposal for a payment system for dispensing in Spanish community pharmacies was drawn up, taking into account the following premises. That it should encourage the participation of the community pharmacist in improving the morbidity associated to the medications; that it should prevent the conflict of interests for pharmacists encouraging jus-

Continúa ➔

TABLA 3 EVOLUCIÓN DE LOS MÁRGENES EN LA FARMACIA ESPAÑOLA.

Año	Disposición regulatoria	Margen farmacia (sobre precio de venta al público de un medicamento sin impuestos)
1945	Orden Ministerial de 11-1-1945	Fijo 25%
1948	Orden Ministerial de 11-1-1948	Fijo 30%
1964	Orden Ministerial de 28-2-1964	Escalonado 30% - 20% - 15%
1977	**	Escalonado 30% - 20% - 15%
1980	**	Escalonado 30% - 20% - 15%
1982	Orden Ministerial de 22-1-1982	Fijo 30%
1985	Orden Ministerial de 10-8-1985*	Fijo 28,2%
1988	Orden Ministerial de 26-7-1988	Fijo 29,9%
1997	Real Decreto 165/1997	Fijo 27,9%
2000	Real Decreto-Ley 5/2000	Escalonado 27,9% hasta PVL ≤ 78,34 € y 33,53 €. Modificado por escala deducciones que van desde 7-13%
2005	Real Decreto 2402/2004	Escalonado 27,9% hasta PVL ≤ 89,62 € y 33,53 €. Modificado por escala deducciones que van desde 8-15%
2008	Real Decreto 823/2008	Escalonado 27,9% hasta PVL ≤ 91,63 € y 33,53 €. Modificado por escala deducciones que van desde 8% al 15%
2010	Real Decreto-Ley 4/2010	Escalonado 27,9% hasta PVL ≤ 91,63€; 38,37 € si PVL ≤ 200 €; 43,37 € si 200 € ≤ PVL ≤ 500 €; y 48,37 € si PVL > 500 €. Modificado por escala deducciones que van desde 7,8% al 20%
2011	Real Decreto-Ley 9/2011	Escalonado 27,9% hasta PVL ≤ 91,63 €; 38,37 € si PVL ≤ 200 €; 43,37 € si 200 € ≤ PVL ≤ 500 €; y 48,37 € si PVL > 500 €. Modificado por escala deducciones que van desde 7,8-20% y modificado por escala correctora al alza de los márgenes de las oficinas de farmacia que van desde 7,25% al 8,75% o bien los importes fijos correspondientes.
2012	Real Decreto-Ley 16/2012***	Escalonado 27,9% hasta PVL ≤ 91,63 €; 38,37 € si PVL ≤ 200 €; 43,37 € si 200 € ≤ PVL ≤ 500 €; y 48,37 € si PVL > 500 €. Modificado por escala deducciones que van desde -3,40% al 27,52%.
2012	Real Decreto-Ley 19/2012	Escalonado 27,9% hasta PVL ≤ 91,63 €; 38,37 € si PVL ≤ 200 €; 43,37 € si 200 € ≤ PVL ≤ 500 €; y 48,37 € si PVL > 500 €. Modificado por escala correctora al alza de los márgenes de las oficinas de farmacia que van desde 7,25% al 8,75% o bien los importes fijos correspondientes.

*Suspendida por el Tribunal Supremo ante el recurso interpuesto por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

**Cambian sólo los tramos de precios de venta al público sobre los que se aplican los márgenes.

Nota: No se indican los márgenes relativos a envases clínicos, medicamentos genéricos y publicitarios.

***No llegó a aplicarse la escala al ser sustituida por Real Decreto-Ley 19/2012 por la anterior escala.

de venta al público, que se reparte entre todos los agentes de la cadena farmacéutica, y que supone una deducción de alrededor del 2% para la oficina de farmacia.

Dada la relación directa entre el margen de beneficio correspondiente a la dispensación y el precio del medicamento, es importante reseñar que desde 1996 se han desplegado veintinueve leyes que han moderado, en menor o mayor medida, la tasa de crecimiento de la facturación³⁶ y, por tanto, han intervenido sobre los precios de los medicamentos. Como consecuencia, a través del sistema de precios de referencia y del resto de medidas aprobadas por la administra-

ción sanitaria, el gasto público en medicamentos medio por receta del SNS alcanzó en el primer semestre de 2012 el nivel más bajo de los últimos catorce años³⁷ (Figura 1).

En el periodo 1996-2009 la oficina de farmacia recibió el impacto de veinticinco medidas, que han afectado su margen directa o indirectamente³⁸, y en los últimos tres años el de cuatro reales decreto leyes más. Como consecuencia de la aplicación de estas normativas sobre márgenes, deducciones y descuentos sobre la factura de los medicamentos financiados y la intervención de los precios de los medicamentos, ya en 2010 un tercio de las farmacias se encontraban

tified non-dispenses and actions aimed at rationalising the use and expense of medications; that it should maintain the current network of community pharmacies; that it should keep payment for the professional activity of dispensing obtained by the community pharmacist independent from the price of the medication that is dispensed; that it should allow the assessment of complementary pharmaceutical interventions; that it should not increase the budget assigned by the National Health Service (in 2010) to basic pharmaceutical service; that it should maintain the system of setting the retail price of the medications; that it should enable the economic feasibility of community pharmacists and that it should not affect the part to be paid by the patient.

SEFAC proposes a change in the current payment system for dispensing in community pharmacists to a mixed payment system, fundamentally based on a professional fee complemented by a variable logistics charge and –additionally and exceptionally– a feasibility charge applicable to pharmacies with a reduced number of prescriptions (RNP).

The professional fee is the result of the sum between a basic professional dispensing fee at a set amount that pays for the basic sub processes of the professional activity of dispensing and other additional fee(s) that pay for other additional sub processes that can be required as a result of other activities or verifications during the dispensing procedure. Both would be annually reviewable against the consumer prices index.

The logistics charge is variable with the annual number of dispenses made in the pharmacy and with the acquisition price of the medication dispensed, in order to cover the costs of acquiring, taking care of and storing the medications and health products that the community pharmacists have.

The objective of the feasibility charge applicable to RNP pharmacists is to ensure that the patient can obtain the medication, guaranteeing the economic sustainability of these pharmacies and it is in line with the regulatory measures established by the health administrations since 2011.

Finally, and with the aim of determining the amounts corresponding to the basic dispensing fee and to the logistics and feasibility charges proposed, a budget impact analysis on the National Health Service derived from this proposal was carried out. The result showed these potential values: 3.37 euros for the basic professional fee; 3.97% above the retail price-VAT for the first 25,000 dispenses a year; 4.05% for yearly dispenses between 25,001 and 65,000; 3.78% for ye-

Continúa ➔

TABLA 4 MARGEN DE BENEFICIO ESCALONADO CORRESPONDIENTE AL CONCEPTO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS Y VENTA AL PÚBLICO DE MEDICAMENTOS DE USO HUMANO VIGENTE EN LA ACTUALIDAD.

PVL del medicamento (€)	PVP-IVA del medicamento (€)	Margen (€ por envase)
≤ 91,63	≤ 143,04	27,9% del PVP
> 91,63 y ≤ 200	> 143,04 ≤ 255,75	38,37
> 200 y ≤ 500	> 255,75 ≤ 572,95	43,37
> 500	> 572,95	48,37

PVL: Precio industrial de fabricación.

PVP: Precio de venta al público sin impuestos.

PVP-IVA: Precio de venta al público con impuestos.

TABLA 5 ESCALA DE DEDUCCIONES APLICABLES A LA FACTURACIÓN MENSUAL DE LAS OFICINAS DE FARMACIA POR LAS RECETAS DEL SNS Y LAS MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS (ISFAS, MUFACE Y MUGEJU).

Ventas totales a PVP IVA hasta	Deducción	Resto hasta	Porcentaje aplicable
0,00	0,00	37.500,00	0,00
37.500,01	0,00	45.000,00	7,80
45.000,01	585,00	58.345,61	9,10
58.345,62	1.799,45	120.206,01	11,40
120.206,02	8.851,53	208.075,90	13,60
208.075,91	20.801,83	295.242,83	15,70
295.242,83	34.487,04	382.409,76	17,20
382.409,77	49.479,75	600.000,00	18,20
600.000,01	89.081,17	En adelante	20,00

TABLA 6 ESCALA DE APLICACIÓN DE ÍNDICES CORRECTORES DE LOS MÁRGENES DE LAS OFICINAS DE FARMACIA EN FAVOR DE ÉSTAS.

Diferencial		Porcentaje	Fijo
De	a		
0,01	2.750,00	7,25 %	
2.750,01	5.500,00	7,75 %	199,38
5.500,01	8.250,00	8,25 %	412,50
8.250,01	10.466,66	8,75 %	639,37
10.466,67	12.500,00		833,33

FIGURA 1 EVOLUCIÓN DEL GASTO MEDIO POR RECETA (€) DESDE 1998 HASTA EL PRIMER SEMESTRE DE 2012.

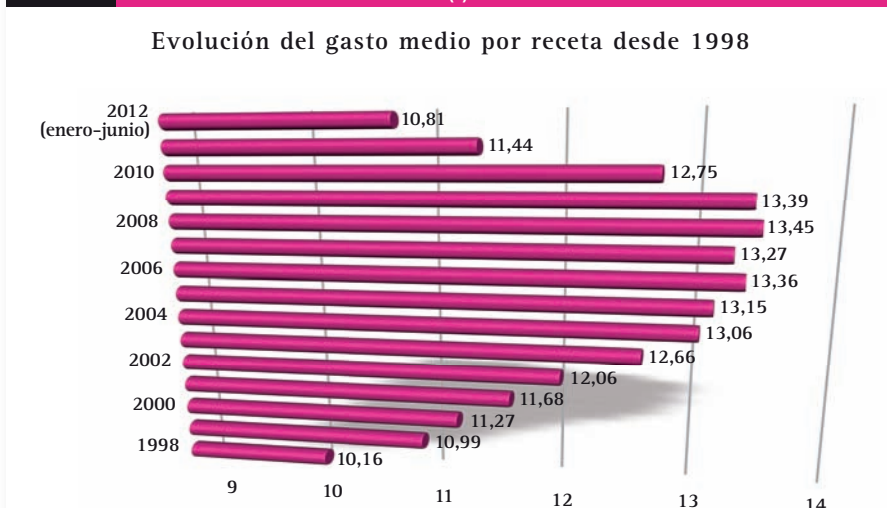


Gráfico elaborado a partir de los datos publicados en la Nota de prensa de 31-7-12 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Balance enero-junio de los datos de la factura a través de receta oficial del SNS.

arly dispenses of more than 65,000 and 0.4 euros to compensate for the low levels of yearly dispenses in RNP pharmacies.

The sum of the additional fees was not included in this analysis, nor was it determined because of the complex nature of calculating it, due to the high casuistry and number of factors that intervene in its assessment.

In view of these results, SEFAC proposes a change in the current payment system to the new system proposed, taking into account that the impact on the national health system is practically neutral (0.00595% of the total cost: 15,126.05 million euros) at the same time as not creating an economic detriment to the community pharmacists.

SEFAC believes that the new model proposed is a model for the future that encourages a more professional pharmaceutical dispensing service, focused on the patient, that permits the feasibility of the network of community pharmacists and opens the door to carrying out other pharmaceutical interventions and activities with the aim of improving the health service offered to the patient, through the rational use of medications and the decrease in the morbidity associated to them. SEFAC hopes and trusts that the health administrations as well as the community pharmacists and the associations, corporations and organisations that represent them get to know, analyse and reflect on the content of this report, with the aim of modifying the current system for paying for community pharmacist dispensing procedures.

PALABRAS CLAVE

PALABRAS CLAVE EN ESPAÑOL

Retribución, margen profesional, honorarios, dispensación.

PALABRAS CLAVE EN INGLÉS

Payment, professional margin, fees, dispensing.

Fecha de recepción: 25/11/2012

Fecha de aceptación: 30/11/2012

en situación de riesgo³⁹ y actualmente el margen final real promedio que tienen las oficinas de farmacia en España sobre los medicamentos financiados por el SNS está alrededor del 21% sobre el precio de venta al público^{40,41}.

Hasta el momento, los sistemas mixtos de pago propuestos para la farmacia comunitaria española^{17,42-44}, en general, contemplan los siguientes apartados:

- a) Una tarifa fija por la dispensación de cada medicamento.
- b) La devolución más o menos total del coste del medicamento/producto sanitario.
- c) Una retribución por servicios definidos explícitamente por el financiador, basados en intervenciones profesionales documentadas.
- d) Para determinadas situaciones, la posibilidad de un pago fijo selectivo según los servicios concertados o una garantía de ingresos mínimos por ejemplo para contribuir a garantizar la adecuada asistencia en los núcleos de población pequeños.

II JUSTIFICACIÓN

El tradicional papel profesional de los farmacéuticos, centrado en la preparación y dispensación de medicamentos, viene experimentando desde el último tercio del siglo XX una paulatina transformación hacia un amplio abanico de funciones como consecuencia de la mayor implicación del farmacéutico en los procesos de salud, haciendo énfasis en su condición de profesional sanitario, próximo y accesible⁴⁵.

La retribución a través de un margen sobre el medicamento incentiva la accesibilidad de éste a la población y ha sido un instrumento muy eficaz para conseguir la universalidad del acceso al medicamento en España, y podía tener sentido en el siglo pasado. Sin embargo, actualmente esa necesidad ya ha sido muy bien cubierta y ha sido superada por otras necesidades relacionadas con las consecuencias de su amplia utilización. La farmacoterapia causa un elevado número de ingresos hospitalarios cuando muchos de ellos podrían ser evitados⁴⁶⁻⁴⁸ y el coste económico de los medicamentos constituye una de las partidas más elevadas a las que los paí-

ses dedican sus recursos económicos, cuando se barajan incumplimientos del orden del 50% en los tratamientos farmacológicos.

Es, por tanto, necesario reorientar el sistema retributivo de los servicios implicados en la consecución del uso racional de los medicamentos y satisfacer las nuevas necesidades. El servicio de dispensación es sin duda un proceso clave en el logro de este fin, y dado que el sistema retributivo es un medio eficaz para orientar a la farmacia comunitaria hacia el papel que se le pretende asignar, y que, según el sistema empleado, sus ingresos quedarán en mayor o menor medida vinculados a los precios de los productos, a sus cantidades o a las actividades profesionales realizadas¹⁷ parece razonable adaptar el sistema retributivo del servicio de dispensación a esta nueva realidad.

Según la Organización Mundial de la Salud, los farmacéuticos contribuyen al uso seguro y eficaz de los medicamentos, al tiempo que juegan un papel significativo en el uso racional del medicamento, promoviendo la información al paciente y realizando estudios de utilización de fármacos⁴⁹. Por ello, la resolución del Consejo de Ministros del Consejo de Europa de 2001 ya recomendaba a los Gobiernos de los Estados miembros llevar a cabo las adaptaciones reglamentaria necesarias, que reflejasen la evolución del papel del farmacéutico en el marco de la seguridad sanitaria, indicando explícitamente que *“su sistema de remuneración debe ser reexaminado teniendo en cuenta, no los márgenes y el volumen de ventas, sino el servicio profesional que se provee, como ha sido previsto por la Resolución AP(93)1, sobre la función y la formación del farmacéutico de oficina”*⁵⁰.

De hecho, si analizamos lo que ha ocurrido en los países desarrollados de nuestro entorno, la retribución de la farmacia comunitaria ha ido evolucionando desde la aplicación de un margen (fijo o variable) sobre el precio del medicamento, como cualquier actividad comercial, hacia un sistema centrado en la remuneración de los servicios farmacéuticos prestados, como cualquier actividad profesional⁵¹. Parece una norma general que la farmacia debe obtener su legítimo beneficio mediante

el desarrollo de intervenciones profesionales. Diversos países desarrollados de Europa (Alemania, Bélgica, Francia, Gran Bretaña, Holanda, Irlanda y Suiza), América (Canadá y Estados Unidos) y Australia (Australia) estructuran la retribución a la farmacia mediante un honorario por cada dispensación, que remunera el trabajo profesional. Muchos de ellos poseen además una cantidad variable como compensación a los costes directos, fijos y variables, asociados a la actividad empresarial. Como se puede observar en la Tabla 7, ninguno de los países analizados remunera la actividad profesional mediante un porcentaje ligado al precio. Francia, que hasta ahora aplicaba una estructura *borderline*, no basada específicamente en un porcentaje sobre el precio, ha anunciado un cambio en su sistema retributivo, hacia un sistema basado en un honorario de dispensación⁵², al igual que Escocia⁵³. España debería evolucionar en este sentido, desterrando el actual sistema de márgenes sobre el precio del medicamento y adoptar un sistema retributivo adecuado a los nuevos requisitos antes mencionados, exento de conflicto de intereses en relación con la intervención del farmacéutico, que permita su desarrollo profesional y que se base en las otras actividades profesionales que se desarrollan en la farmacia comunitaria orientadas a conseguir el uso racional del medicamento.

Además de las razones anteriormente expuestas, la experiencia acumulada durante los años en los que este sistema retributivo se encuentra vigente indica que este sistema colisiona con el valor añadido que aporta y que todavía podría aportar el farmacéutico como profesional sanitario en el marco de la atención farmacéutica, ocasionando varios inconvenientes. A continuación se exponen tres inconvenientes del sistema actual de retribución de la dispensación:

- El valor del acto profesional que aporta el farmacéutico está en función del precio de fabricación industrial del medicamento, y no en función de la consecución de los objetivos de dicho servicio en beneficio del paciente. Independientemente de que el margen sea fijo (idéntico porcentaje para todos los medicamentos), variable según sus niveles de precios, o mixto, combi-

TABLA 7 RETRIBUCIÓN DE LA FARMACIA COMUNITARIA EN DISTINTOS PAÍSES DESARROLLADOS.

País	Honorarios por actividad profesional (por medicamento dispensado)	Compensación de la actividad empresarial
Alemania	8,10 €	3% s/PVL
Bélgica	3,88 € (dispensación estándar) 1,19 € (dispensación por DO, capítulo IV)	6,04% s/PVL 3,62 € + 2\$ (s/PVL-60 €)
Francia	0,53 €	26,1% s/PVL < 22,90 € 10% s/PVL < 150 € 6% s/PVL > 150 €
Gran Bretaña	0,90 £ (básico) 1.092 £, 2.016 £ o 2.092 £ (a) 300 £, 3.600 £, 5.040 £ o 0,703 £/disp. (b) 125 £ (dispensaciones repetidas)	NA
Holanda	7,50 €	NA
Irlanda	4,69 € (GSM) 4,55 € (DP, LTI) 62,03 € (HTD)	NA
Suiza	4 puntos (validación de un medicamento) 3 puntos (validación de un tratamiento) 20 puntos (sustitución genérica) 1 punto: 1,08 CHF	4-20 €
Canadá (Québec)	8,44-7,89 Can\$ (básico) (c, e) 0,28-0,26 Can\$ (básico) (d, e) 2,11-1,97 Can\$ (dispensación en dispositivo personalizado) (e) 8,44 Can\$ (rehusar la dispensación) 18,65 Can\$ (opinión farmacéutica) 8,44 Can\$ (transmisión perfil farmacoterapéutico)	NA
Estados Unidos	4,0-5,0 US\$ (rango: 2,0 - 10,64)	NA
Australia	6,42 A\$ (dispensación normal) 8,46 A\$ (preparación extemporánea) 2,71 A\$ (medicamentos peligrosos) 0,15 A\$ (prescripción electrónica)	NA

DO: denominación oficial. NA: no aplicable. GSM: General Medical Services. DP: Drug Payment. LTI: Long Term Illness. HTD: High Tech Drugs. (a): Establishment Payment en función del número mensual de dispensaciones: < 2.529, < 2.809 o > 2.810. (b): Practice Payment en función del número mensual de dispensaciones: < 1.099, < 1.599, < 2.299 o > 2.300. (c): dispensaciones para > 90 días. (d): dispensaciones para < 90 días, respectivamente. (e): en farmacias que tienen menos o más de 38.000 dispensaciones anuales.

nando ambos, como ocurre en nuestro país, este sistema genera incentivos para dispensar, siempre que sea posible, aquellos medicamentos que aporten un mayor ingreso marginal^{17,54,55}. Así la variación del precio del medicamento, sea por la causa que fuere, afecta directamente a la retribución de dicho acto sin que la dispensación se realice mejor o peor y, por tanto, incentive su mejora.

- Es desmotivador y desincentivador para ejercer la práctica profesional del farmacéutico de forma asistencial, ya que con este sistema no se incentiva la mejora en el uso racional del medicamento por parte del paciente, ni que se le proteja frente a la aparición de PRM y RNM. En definitiva no incentiva la participación del

farmacéutico en la mejora de los resultados de la farmacoterapia del paciente. Se retribuye por igual al farmacéutico que intenta alcanzar este objetivo como al que no, desincentivando al que lo hace. De hecho, este sistema ha sido también identificado como una barrera importante para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria española, y por tanto para el desarrollo de la atención farmacéutica⁵⁶.

- Sitúa al farmacéutico ante un claro conflicto de intereses, entre su actuación profesional y su retribución económica, ya que toda decisión que tome con el fin de no dispensar o derivar al médico en caso de duda, error o condición de no dispensación, tendrá como consecuencia el dejar de percibir una

retribución por su intervención. En este sentido, desincentiva cualquier acción encaminada a no dispensar o a racionalizar el consumo y el gasto en medicamentos y productos sanitarios. Este hecho complica la integración del farmacéutico en el sistema sanitario.

Como consecuencia del actual sistema se genera: la desincentivación del objetivo más sanitario de la dispensación, el desinterés por la formación continuada necesaria para llevarlo a cabo y la búsqueda de otras formas de beneficio económico que desvirtúan el ejercicio profesional y la misión del farmacéutico como profesional y de la farmacia comunitaria como establecimiento sanitario. Así, el aumento del mercantilismo en la farmacia, abandonando las tareas asistenciales y clínicas, puede llegar a poner en peligro la justificación de la necesidad de esta profesión, por lo que es necesario, realizando los cambios necesarios en la práctica profesional del farmacéutico, para que siga dando respuesta a las necesidades de los pacientes en relación con el uso de los medicamentos⁵⁷.

Por otro lado, tal y como ya se ha comentado con más detalle en el apartado "antecedentes y situación actual", como consecuencia del actual sistema retributivo, la disminución del precio de los medicamentos ha minorado progresivamente, año tras año, la retribución de quien la hace posible sin que existan razones objetivas que así lo justifiquen, hasta el punto de comprometer la viabilidad económica de un gran número de farmacias. La farmacia comunitaria no solo no ha disminuido la calidad de la prestación de este servicio, sino que incluso ha tenido que hacer frente a una sobrecarga asistencial derivada de las últimas medidas aprobadas sobre la prestación farmacéutica. Así pues, existe también una justificación económica para hallar otro sistema retributivo que permita la sostenibilidad de la farmacia comunitaria.

Por todo ello, un cambio en el sistema retributivo de la dispensación que primase la asistencia farmacéutica al paciente sería más beneficioso para mejorar la eficiencia de la prestación farmacéutica y podría hacer más sostenible esta última por parte de todas las farmacias⁵⁸.

OBJETIVO

Elaborar una propuesta de sistema retributivo aplicable al servicio de dispensación que la farmacia comunitaria española presta al Sistema Nacional de Salud, que permita un mayor desarrollo profesional del farmacéutico, sea sostenible y proteja al paciente de la posible aparición de problemas relacionados con los medicamentos y resultados negativos asociados a su farmacoterapia.

METODOLOGÍA

Para lograr este objetivo, la junta directiva de SEFAC constituyó una comisión de trabajo ad-hoc en febrero de 2011. El primer paso consistió en realizar un estudio de benchmarking de los sistemas retributivos de la farmacia comunitaria de diversos países desarrollados de nuestro entorno⁵¹. A continuación, se realizó un estudio de los costes de dispensación de la farmacia comunitaria en España⁵⁹ y un estudio del proceso de dispensación, determinando sus elementos básicos y aquéllos que podrían ser adicionales, teniendo en cuenta los consensos de atención farmacéutica existentes sobre la dispensación. Con los resultados de estos tres estudios y el establecimiento de una serie de premisas se elaboró una propuesta de sistema retributivo para el servicio de dispensación de medicamentos y productos sanitarios en la farmacia comunitaria. Por último, se estudió el impacto económico de dicha propuesta para el SNS y la farmacia comunitaria⁶⁰ y se elaboró el presente informe.

Las premisas que se han seguido para la elaboración de la propuesta fueron:

1. **Incentivar la participación** del farmacéutico comunitario en la mejora de la morbimortalidad asociada a los medicamentos.
2. **Evitar el conflicto de intereses** para el farmacéutico, incentivando las no dispensaciones justificadas y las acciones encaminadas a racionalizar el uso y el gasto público en medicamentos.
3. **Salvaguardar la red nacional** sanitaria de farmacias comunitarias actualmente existente.

4. **Independizar** la retribución por acto profesional de dispensación obtenida por el farmacéutico comunitario, es decir, el honorario profesional del precio del medicamento que dispense.
5. **Permitir la valoración** de intervenciones farmacéuticas complementarias.
6. **No incrementar** el presupuesto asignado por el Sistema Nacional de Salud a la prestación farmacéutica básica.
7. **Mantener** el sistema de fijación de los precios de venta al público de los medicamentos.
8. **Permitir** la viabilidad económica de la farmacia comunitaria.
9. **Evitar** que el paciente se vea afectado económicamente por este cambio retributivo.

PROPUESTA DE NUEVO MODELO RETRIBUTIVO

El ámbito de aplicación de esta propuesta es la prestación farmacéutica extrahospitalaria, es decir, la dispensación de medicamentos y productos sanitarios con cargo a fondos públicos realizada a través de las farmacias comunitarias españolas a los beneficiarios del SNS.

A los efectos de este informe el servicio de dispensación se define como el servicio profesional del farmacéutico encaminado a garantizar, tras una evaluación individual, que los pacientes reciban y utilicen los medicamentos de forma adecuada a sus necesidades clínicas en las dosis precisas, según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado con la información para su correcto uso y de acuerdo con la normativa vigente⁶¹.

De acuerdo con el documento de consenso sobre AF de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de 2001¹¹, los objetivos de este servicio son los siguientes:

- a) *Entregar el medicamento y/o el producto sanitario en condiciones óptimas (principal requerimiento del usuario) y de acuerdo con la normativa legal vigente.*
- b) *Proteger al paciente frente a la posible aparición de problemas relacionados con los medicamentos.*

Es imprescindible que el sistema retributivo del servicio farmacéutico de la dispensación esté en consonan-

cia con los objetivos que se pretenden lograr con él e incentiven su consecución.

Con el fin de clarificar la propuesta, ésta se ha dividido en ocho proposiciones, de forma que sea más sencilla su lectura, su argumentación y su comprensión con la explicación que acompaña a cada una de ellas. A continuación de dichas proposiciones se detallan los importes económicos anejos a la propuesta.

1 *La dispensación es el servicio más demandado por la población en la farmacia y su sistema retributivo debe permitir su viabilidad económica e incentivar el desarrollo profesional. La red nacional de farmacias comunitarias españolas es la puerta de entrada al sistema sanitario por su cobertura, cercanía, confianza, consejo y calidad.*

El modelo mediterráneo de farmacia español trata de garantizar el acceso universal del paciente a los medicamentos, al margen de su situación geográfica o temporal. Ese objetivo se ha conseguido con la actual red de farmacias que permiten una disponibilidad del medicamento a toda la población, sea en el municipio más pequeño o sea cual sea la hora. Por ello, es imprescindible que el modelo retributivo sea aplicable a todas las farmacias sin distinción y que permita la equidad en el acceso a la prestación farmacéutica para todos los ciudadanos españoles.

2 *Se propone un sistema retributivo mixto basado fundamentalmente en un honorario profesional por acto profesional de dispensación complementado con un cargo logístico variable.*

El sistema retributivo propuesto sustituiría al actual sistema de retribución, basado en un margen comercial sobre el precio del medicamento dispensado más propio de actividades mercantiles⁵¹ y que conduce a centrar la dispensación sobre el producto⁶².

De acuerdo con los objetivos de la dispensación anteriormente mencio-

TABLA 8 SUBPROCESOS Y ACTIVIDADES INCLUIDAS EN EL ACTO PROFESIONAL BÁSICO DE DISPENSACIÓN.

Subprocesos del proceso de dispensación	Actividades incluidas
Verificación de consideraciones administrativas	-Identificar al solicitante (paciente/representante). -Comprobación de la validez y autenticidad de la prescripción. -Comprobación y aplicación de las condiciones de financiación del producto prescrito.
Validación de la dispensación	-Verificar los criterios de no dispensación y optimización de la efectividad y seguridad de cada medicamento dispensado con la información disponible en ese momento. -Bloquear/Validar la dispensación y derivación al médico, si procede. -Valorar todos aquellos aspectos que a juicio del farmacéutico sean necesario tener en cuenta para ese paciente y/o ese medicamento concreto. -Notificar a farmacovigilancia de acuerdo a la legislación vigente.
Provisión y complemento, en su caso, y preferiblemente por escrito, de la información personalizada sobre el medicamento (IPM)	-El paciente conoce el objetivo del tratamiento. -El paciente conoce la forma de administración correcta del medicamento. -Aportar (preferiblemente por escrito) cualquier otra información necesaria para asegurar que el paciente conoce su proceso de uso, incluida su efectividad y seguridad.
Entregar el medicamento en condiciones óptimas Registro y documentación de las intervenciones farmacéuticas realizadas	Entregar el medicamento en condiciones óptimas si procede, y si no es así justificar la no dispensación. -Registrar la dispensación realizada (si se ha producido). -Documentar las intervenciones en términos cualitativos y cuantitativos (porque de la no dispensación, derivación, incidencias, PRM/RNM detectados, etc.).

PRM: Problemas relacionados con los medicamentos.

RNM: Resultados negativos asociados a la medicación.

nados, la retribución a través del honorario profesional tiene como objetivo incentivar que se protege al paciente de problemas relacionados con los medicamentos, mientras que la retribución a través del cargo logístico tiene como objetivo asegurar la disponibilidad del medicamento.

El honorario profesional remunera el acto profesional de la dispensación, es decir, el valor sanitario añadido por el farmacéutico a la dispensación, y orienta la dispensación hacia el paciente (63). Mientras que el cargo logístico remunera los gastos derivados para garantizar la disponibilidad del medicamento o producto sanitario.

3 *El acto profesional de la dispensación es aquel por el que el farmacéutico se responsabiliza de que el medicamento, dispensado o no, no es inadecuado para ese paciente de acuerdo con la información disponible en ese momento siguiendo un protocolo validado.*

Cuando el paciente acude a que se le dispense un medicamento, el farmacéutico, a través de este servicio profesional, garantiza tras una evaluación individual y la información disponible en ese momento, que el paciente recibe y utiliza el medicamento/s de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas y durante el periodo de tiempo adecuado, con la información para su correcto proceso de uso⁶⁴ y de acuerdo con la normativa vigente. Constituye el acto profesional que mejor identifica a la farmacia y debe ser entendido como un acto asistencial y como un eslabón natural de la cadena terapéutica del medicamento o proceso de utilización del medicamento⁶⁵.

El servicio de dispensación es un servicio de atención farmacéutica orientado al proceso, por lo que el acto profesional de dispensación, sin entrar en una explicación pormenorizada, incluye la realización de una serie de subprocesos logísticos, administrativos y clínicos⁶⁶ que tienen un carácter básico o adicional.

Los subprocesos básicos necesarios para llevar a cabo los objetivos del servicio

de dispensación antes comentados son los siguientes:

1. Identificación del solicitante.
2. Verificación de las consideraciones administrativas.
3. Verificación de las condiciones de no dispensación con la información disponible en dicho momento.
4. Verificar que el paciente conoce su proceso de uso, proporcionando y complementando en su caso, la información personalizada sobre el medicamento (IPM).
5. Entrega del medicamento en condiciones óptimas.
6. Registro y documentación de las intervenciones farmacéuticas realizadas.

Este acto profesional puede desembocar en el bloqueo justificado de una dispensación y, como consecuencia en la no dispensación del medicamento, debido a un riesgo grave y evidente para la salud del paciente⁶⁷, y, por consiguiente, la no dispensación será igualmente retribuida que si ésta se hubiese realizado.

La Tabla 8 muestra con mayor detalle estos subprocesos básicos y las actividades incluidas en el acto profesional básico de dispensación.

4 El honorario profesional básico de una dispensación es un importe fijo independiente del precio del medicamento a dispensar y del número de dispensaciones que realice la farmacia. Tiene como función retribuir el acto profesional de dicha dispensación siendo revisable anualmente en función del IPC.

Un honorario se define⁶⁸ como el “estipendio o sueldo que se da a alguien por su trabajo en algún arte liberal”, por ello, se ha utilizado este sustantivo para denominar a la retribución que obtiene el farmacéutico. El pago del acto de dispensación a través del honorario profesional es una forma de remunerar la responsabilidad profesional que se adquiere en el acto de la dispensación⁶⁹ y que se concreta en la relación del profesional (farmacéutico) con el cliente (paciente) a través del medicamento.

Este honorario cubre los costes laborales y otros costes relacionados con la dispensación, y en este sentido se debe revisar anualmente con arreglo al IPC, si

TABLA 9 SUBPROCESOS INCLUIDOS EN EL ACTO PROFESIONAL ADICIONAL DE DISPENSACIÓN.

Subprocesos adicionales	Ejemplos
Verificaciones sanitarias y administrativas adicionales del medicamento	-Control de su abuso y tráfico ilegal. -Medidas específicas de seguimiento por motivos de seguridad -Medicamentos sometidos a procesos administrativos adicionales (visado) por la farmacia. -Otros.
Forma de prescripción y/o dispensación del medicamento	-Dosis unitarias. -Sistemas personalizados de dosificación. -Otros.
Necesidad de solicitar una consulta para realizar intervenciones farmacéuticas adicionales derivadas de incidencias	-Informe farmacéutico de derivación al médico. -Ofrecer educación sanitaria. -Episodio de seguimiento farmacoterapéutico o estudio de la medicación posterior a la dispensación. -Otros.
Situación y horario en la que se presta la dispensación	-Servicio de urgencia. -Atención Farmacéutica domiciliaria. -Atención Farmacéutica sociosanitaria. -Botiquines y/o depósitos de medicamentos. -Otros.

bien podrían establecerse otras fórmulas equivalentes como, por ejemplo, las ligadas a los incrementos salariales percibidos por el resto de profesionales del equipo de atención primaria.

El honorario profesional de dispensación tiene un carácter básico cuando retribuye la realización de los subprocesos básicos, y un carácter adicional cuando retribuye la realización de subprocesos adicionales.

El cobro del honorario profesional es independiente de que el medicamento se haya dispensado o no, lo que refuerza en la dispensación la ausencia de un conflicto de intereses con la actuación del profesional del farmacéutico. Por ello, el honorario profesional por acto de dispensación desliga la retribución de la actuación profesional de la retribución del medicamento dispensado y es más propio de actividades profesionales.

5 Aquellas dispensaciones que por sus características precisen de subprocesos adicionales a los subprocesos básicos de la dispensación serán retribuidas por un honorario profesional constituido por la suma del honorario profesional básico y el/los honorario/s profesional/es adicional/es aplicable/s a cada caso. Dichos honorarios serán revisables anualmente en función del IPC.

Las actividades adicionales desarrolladas en la dispensación tienen que ver con las verificaciones sanitarias y administrativas adicionales, con la forma de prescripción del medicamento, con la necesidad de solicitar una consulta para realizar intervenciones farmacéuticas adicionales y con la situación y el horario en que se presta el servicio de dispensación. El margen con el que se ha retribuido al farmacéutico debería haber valorado todas las intervenciones administrativas o sanitarias que fueran necesarias para realizar una correcta dispensación. Sin embargo, este hecho no se ha producido y además es actualmente inasumible básicamente por tres razones:

- La falta de conocimiento sobre qué es la dispensación, qué objetivos persigue, cuál es su coste y qué procesos e intervenciones se consideran incluidas en ella.
- La falta de incentivo que supone el hecho de que haciendo algo más se gana lo mismo que no haciéndolo.
- El escaso importe con el que actualmente se retribuye la dispensación es insuficiente para costear otras intervenciones adicionales.

En la práctica, el acto de la dispensación en ciertas circunstancias requiere de la realización de verificaciones, procesos o intervenciones farmacéuticas adicionales que exceden dichos subprocesos básicos y, por tanto, se retri-

buyen con un honorario profesional adicional, dada la mayor dedicación de recursos que requieren.

Los subprocesos adicionales están relacionados con las siguientes situaciones (Tabla 9):

1. *Verificaciones sanitarias y administrativas adicionales del medicamento.*

- a) Control de su abuso y tráfico ilegal (estupefacientes, psicótropos, anabólicos...).
- b) Medidas específicas de seguimiento por motivos de seguridad, tanto en el ámbito de la atención primaria como especializada (medicamentos de uso hospitalario, de diagnóstico hospitalario o medicamentos de prescripción por determinados médicos especialistas y de especial control médico)⁷⁰.
- c) Medicamentos sometidos a procesos administrativos adicionales.
- d) Otros.

2. *Forma de prescripción y/o dispensación del medicamento.*

En determinadas situaciones los medicamentos pueden ser prescritos en dosis unitarias, por lo que puede requerirse de un fraccionamiento, manipulación, recondicionamiento o reenvasado, etiquetado e información escrita al paciente, con el fin de facilitar su cumplimiento y adecuación a la duración del tratamiento prescrito. Todos estos procesos condicionan actividades y controles adicionales a su dispensación habitual. Si bien la preparación de sistemas personalizados de dispensación es una actividad post-dispensación, se incluye en este apartado por constituir la única forma de dispensación para determinados pacientes.

3. *Necesidad de solicitar una consulta para realizar intervenciones farmacéuticas adicionales sobre el paciente derivadas de incidencias en el proceso de dispensación.*

Cuando durante el proceso de dispensación tenga lugar una incidencia que requiera la intervención⁷¹ adicional del farmacéutico con el fin de resolverla, éste concertará con el paciente una consulta al margen de la dispensación en una zona de atención personalizada que permita su resolución. Las intervenciones adicionales que se requieran en cada dispensación y que

TABLA 10 COSTE MEDIO DE LA DISPENSACIÓN EN ESPAÑA.

	Coste (€)	IC _{-95%}	IC _{+95%}
Coste medio	4,27	2,09	7,46
Asociado a dispensación	3,16	1,58	5,18
Asociado al producto	1,78	0,14	3,03

TABLA 11 CORRELACIÓN DEL COSTE DE LA DISPENSACIÓN CON EL VOLUMEN DE LAS DISPENSACIONES.

Número de dispensaciones anuales de la farmacia	Coste medio (€)	Coste asociado a dispensación (€)	Coste asociado a producto (€)
Menos de 25.000	6,02 (4,17; 8,70)	4,25 (2,35; 6,06)	1,78 (1,66; 1,72)
De 25.001 a 65.000	3,99 (2,12; 6,54)	3,02 (1,71; 4,33)	0,97 (0,95; 0,97)
Más de 65.001	3,33 (1,70; 4,27)	2,43 (1,46; 3,55)	0,90 (0,82; 0,91)

variarán en función de las características del paciente (edad, nivel cultural, polimedicación, etc.) y la información disponible condicionarán el tiempo y los recursos dedicados por el farmacéutico y, por tanto, incrementarán el honorario básico de dispensación. Estas intervenciones, a modo de ejemplo, podrían ser la elaboración de informes de derivación al médico, episodios de seguimiento farmacoterapéutico⁷², etc.

Las intervenciones, como parte del proceso de dispensación siempre estarán registradas y justificadas por el farmacéutico responsable, registrando el resultado en la salud del paciente. Como consecuencia de la intervención, la actuación del farmacéutico responsable de la dispensación, podrá ser dispensar o no dispensar⁶⁸ el medicamento y/o derivar el paciente al médico. En caso de derivar al médico utilizará una clasificación consensuada de derivaciones fármaco-terapéuticas, como por ejemplo la propuesta en el proyecto Medafar⁷³.

4. *Situación y horario en la que se presta el servicio de dispensación.*

La dispensación puede ser realizada en horarios y situaciones diferentes a las establecidas durante el horario y ubicación habitual en la que se prestan. La dispensación realizada tanto durante el servicio de urgencia como en otros ámbitos de actuación profesional que se desarrollan vinculados a la oficina de farmacia, como los servicios de atención farmacéutica domiciliaria, sociosanitaria o de la dispensación en botiquines o depósitos de medicamentos, requiere también la consideración de incrementos específicos en el ho-

norario básico de dispensación dependiendo de cada situación, ya que su coste ha sido constatado en distintos estudios⁷⁴⁻⁷⁶.

6 *El cargo logístico tiene como función retribuir los costes derivados de la adquisición, custodia, almacenamiento y conservación en los que incurre la farmacia para mantener el medicamento en condiciones óptimas a disposición de la población. Este cargo es variable en función del volumen de dispensaciones de la farmacia y del precio de adquisición del medicamento, siendo revisable anualmente en función del IPC.*

Los componentes desagregados del cargo logístico son los costes relacionados con las instalaciones y los costes por intereses derivados del pago aplazado de los medicamentos.

El análisis de los datos recabados en el estudio del coste de la dispensación de la farmacia comunitaria en España, realizado por SEFAC (Tabla 10), reveló que dicho coste variaba significativamente en función del número de dispensaciones de las farmacias, por lo que se propuso, en base a este número, una estratificación de las farmacias en tres grupos (Tabla 11) cada una con un cargo logístico diferente. Por otro lado, este coste también varía dependiendo del precio de adquisición del medicamento, por lo que el cargo logístico depende tanto del precio del medicamento como del número de dispensaciones anuales de la farmacia. Por tanto, al estar sujeto a ambas variables, este cargo también se debería revisar anualmente con arreglo

TABLA 12 DISTRIBUCIÓN DE LAS FARMACIAS POR TRAMOS, EN FUNCIÓN DE SU VOLUMEN DE VENTAS MEDIO.

Tramo ^o	Ventas anuales, media (€)	Ventas al SNS, media (€)	% de farmacias
1	443.426	300.612	56,6
2	774.992	562.588	10,6
3	944.624	700.090	13,7
4	1.451.843	1.076.397	17,3
5	2.964.770	2.006.086	1,5

Fuente: PWC, 2012.

TABLA 14 COMPARACIÓN ENTRE EL SISTEMA RETRIBUTIVO ACTUAL Y EL SISTEMA RETRIBUTIVO PROPUESTO.

Sistema retributivo actual	Sistema retributivo propuesto
Margen comercial sobre PVP	Honorario profesional Por acto de dispensación
IVA	Cargo logístico variable por coste de adquisición, custodia, almacenamiento y conservación
Precio coste medicamento (PVL/PVF)	Cargo viabilidad farmacias NRD
	IVA
	Precio coste medicamento (PVL/PVF)

PVL/PVF: Precio de coste de adquisición del medicamento al laboratorio (PVL) o al almacén mayorista (PVF).

Farmacias NRD: Farmacias con número reducido de dispensaciones. Incluye las farmacias de viabilidad económica comprometida (VEC).

TABLA 13 DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS DISPENSADOS EN ESPAÑA EN FUNCIÓN DE SU PVP.

Rango de precios	Porcentaje de dispensaciones
De 0,00 a 6,00 €	65,03
De 6,01 a 12,00 €	14,22
De 12,01 a 18,00 €	5,41
De 18,01 a 24,00 €	4,57
De 24,01 a 30,00 €	2,05
De 30,01 a 36,00 €	1,24
De 36,01 a 42,00 €	1,28
De 42,01 a 143,04 €	5,66
De 143,05 a 255,75 €	0,43
De 255,76 a 572,95 €	0,10
Más de 572,95 €	0,01

al IPC. Los cargos logísticos propuestos están calculados para no incrementar la partida presupuestaria en medicamentos de 2010 sin cambiar las retribuciones de las farmacias, por diferentes que sean sus situaciones (Tabla 12).

7 Las dispensaciones de medicamentos, en las que la Administración sea quien gestione su adquisición, serán retribuidas con los honorarios profesionales fijos de los subprocesos básicos y adicionales que le correspondan, así como por un cargo logístico reducido en concepto de custodia, almacenamiento y conservación.

Habitualmente, el farmacéutico comunitario gestiona tanto la adquisición como la dispensación de los medicamentos en el ámbito extrahospitalario, sin embargo, desde hace algunos años las distintas Administraciones sanitarias han procedido a la compra centralizada de algunos medicamentos de diagnóstico hospitalario (DH) y vacunas con el fin de disminuir los costes de adquisición, restringiendo su dispensación exclusivamente a través de los servicios de farmacia hospitalarios, sociosanitarios y de atención primaria. Esta medida, sin entrar a valorar el coste que conlleva y los

problemas que ocasiona tanto a los pacientes como a dichos servicios, es ya una realidad. De hecho, las dispensaciones de los medicamentos cuyo PVP-IVA sea mayor de 572,95 euros en la farmacia comunitaria suponen menos del 0,01% de las dispensaciones totales (Tabla 13). De igual forma sucede con los medicamentos y otros productos para campañas sanitarias⁶⁹, cuya adquisición y distribución conjunta se decida por las distintas Administraciones sanitarias como, por ejemplo, sucedió con oseltamivir durante la pandemia de gripe aviar. En relación con esta situación SEFAC aportó una idea de trabajo sobre un sistema diferente de retribuir la dispensación de medicamentos DH que mejorase su dispensación dando solución a los problemas que el sistema actual genera para el paciente, la Administración y la farmacia comunitaria y hospitalaria^{77,78}. El sistema propuesto se basaba en desligar la adquisición de los medicamentos DH de su dispensación. La adquisición la llevaría a cabo la Administración, de forma centralizada, mientras que la dispensación la realizaría la farmacia comunitaria, para lo cual ésta recibiría un cargo principal por dispensación y otro residual por almacenamiento (custodia y conservación). El cargo por dispensación se correspondería con la suma del honorario profesional básico y del honorario profesional adicional requerido

para la dispensación de dichos medicamentos. El importe del honorario profesional adicional se calculará en función del coste que suponga llevar a cabo el seguimiento de los protocolos específicos de dispensación utilizados en el entorno hospitalario.

8 Excepcionalmente, con el objeto de garantizar la accesibilidad, la calidad y la continuidad del servicio de dispensación a los usuarios del SNS, se establecerá un cargo de viabilidad adicional a favor de las farmacias con un número reducido de dispensaciones anuales (NRD). Tanto la cuantía del cargo como el establecimiento de este número de dispensaciones se revisarán periódicamente.

Excepcionalmente, para garantizar la sostenibilidad y la cobertura de la prestación farmacéutica a través de la viabilidad de las farmacias a toda la población, es necesario -tal y como ya ha sido contemplado por la Administración sanitaria³²- el establecimiento de un sistema de compensación para las farmacias con un número reducido de dispensaciones (NRD) anuales ubicadas especialmente en núcleos rurales, núcleos pequeños de población, barrios aislados o socialmente

deprimidos, etc., cuya viabilidad en la actual coyuntura económica puede estar comprometida^{79,80} y que juegan un papel de primera magnitud en la salud de la población a la que atienden.

De acuerdo con el estudio de costes de la dispensación de SEFAC realizado con datos del año 2010 se considera un número reducido de dispensaciones anuales las de menos de 25.000. No obstante, tanto la aplicación de dicho cargo como su cuantía deberán ser objeto de revisión periódica y estar basado en un estudio de la necesidad social que lo justifique. Este cargo de viabilidad económica en farmacias NRD se sumará al honorario profesional y al cargo logístico.

A la vista de las proposiciones anteriores, las diferencias entre el sistema retributivo propuesto y el actual pueden apreciarse en la Tabla 14.

PROPUESTA ECONÓMICA

A continuación, se exponen de forma resumida las cuantías de los componentes del sistema retributivo propuesto:

1.- Para medicamentos cuyo PVP-IVA es menor o igual de 143,04 euros:

Número de dispensaciones anuales de las farmacias*	<25.000	25.001-65.000	>65.000
Honorario profesional básico:	3,38 €		
Honorarios profesionales adicionales*:	A determinar		
Cargo logístico:	3,97%	4,05%	3,78%
Cargo viabilidad para farmacias NRD:	0,4 €	-	-

*Los importes de los honorarios profesionales adicionales son diferentes en función de los subprocesos adicionales que retribuyen y han de ser estimados en la práctica asistencial. No obstante, a modo de ejemplo y estimación, en otros países de nuestro entorno, el incremento de éstos sobre el honorario básico varía entre el 40% y el 300%.

De acuerdo con este escandalo, en el momento de la dispensación del medicamento o producto sanitario, la farmacia cobrará al paciente la aportación estipulada legalmente y facturará el resto a la administración sanitaria correspondiente. La administración sanitaria entregaría a la farmacia el importe resul-

tante de la siguiente operación:

PVF - aportación del paciente + Honorario básico + Honorarios adicionales (en su caso) + Cargo logístico (según nº dispensaciones anuales) + Cargo NRD (en su caso).

2.- Para medicamentos cuyo PVP-IVA es mayor de 143,04 euros:

Honorario profesional básico:	3,38 €
Honorario profesional adicional:	A determinar
Cargo logístico*:	A determinar
Cargo farmacias NRD:	A determinar

**En el caso de medicamentos de coste elevado en que la Administración se encargue de su adquisición y la farmacia comunitaria de su dispensación, el cargo logístico será reducido, dado que la farmacia no incurriría en los gastos necesarios para su adquisición. El cargo logístico reducido cubriría los gastos derivados del almacenamiento (custodia y conservación). En este caso, la Administración sanitaria entregaría a la farmacia el importe resultante de la siguiente operación:*

Honorario profesional básico + Honorario profesional adicional + Cargo logístico reducido + Cargo NRD (si procede).

A continuación, se expone de forma esquemática la distribución de los distintos componentes del sistema retributivo propuesto sin tener en cuenta los honorarios profesionales adicionales, al no estar contemplados en el actual sistema retributivo y teniendo en cuenta que dicha distribución si se expresara en forma numérica sólo sería correcta en el caso de utilizar el PVP medio. En caso de PVP mayores o menores del PVP medio, la suma de todos los componentes no coincidiría con el importe del PVP.

La inclusión de los honorarios adicionales desvirtúan el concepto actual de PVP como precio total obtenido a partir de un margen sobre el precio de venta a la farmacia, quedando éste únicamente como referencia en la retribución de la dispensación de medicamentos no financiados por el SNS.

PVP	Aportación del paciente	- Pago del coste de adquisición del medicamento (PVF)
	Diferencia	
	Honorario básico	
	Cargo logístico	
Abono de la Administración	Cargo viabilidad (si procede)	- Margen bruto

DISCUSIÓN

Es conveniente valorar si el resultado obtenido constituido por la propuesta se corresponde con el objetivo planteado, elaborar una propuesta de sistema retributivo para el servicio de dispensación con una serie de condicionantes.

La propuesta traslada los dos mensajes principales establecidos en el objetivo. El primero y más importante es el cambio de filosofía en la retribución de la dispensación, que tiene como fin permitir un mayor desarrollo profesional del farmacéutico y proteger al paciente de la posible aparición de problemas relacionados con los medicamentos y resultados negativos asociados a su farmacoterapia. Este objetivo está presente a través de varias proposiciones utilizadas en su planteamiento: permitir la valoración de intervenciones farmacéuticas complementarias, evitar el conflicto de intereses para el farmacéutico, establecer los subprocesos que constituyen el acto básico de dispensación e independizar el honorario por acto de dispensación del precio del medicamento dispensado.

El segundo es la necesidad de que el sistema propuesto sea sostenible y permita la viabilidad económica necesaria para mantener la actual red nacional sanitaria de farmacias comunitarias existente que tan importante papel juega en la salud de la población a la que atiende.

El primer mensaje modifica la filosofía del actual sistema retributivo propuesto, ya que el objetivo ya no es solamente "entregar el medicamento y/o el producto sanitario en condiciones óptimas y de acuerdo con la normativa legal vigente", sino también "proteger al paciente frente a la posible aparición de problemas relacionados con los medicamentos". Es

verdad que hay farmacéuticos que ya realizan esta segunda misión. Sin embargo, lo es de forma voluntaria y sin que esté retribuida. Entre la pervivencia del actual sistema orientado al producto con independencia del

valor aportado por la dispensación y la todavía dificultad actual de implantar sistemas orientados al paciente, parece más factible proponer un sistema mixto que facilite la reorientación del servicio de dispensación centrado en el medicamento hacia el paciente, potenciando las actividades profesionales centradas en la gestión del conocimiento más deseables por su contribución a la mejora de la salud⁸¹.

Como ya se ha comentado es imprescindible que el sistema retributivo del servicio farmacéutico de la dispensación esté en consonancia con los objetivos que se pretenden lograr con él, por lo que no tiene sentido establecer objetivos cuya consecución no esté reflejada en la retribución. Por esta razón, este nuevo sistema retributivo diferencia entre la retribución del primer objetivo a base del honorario profesional básico y entre la retribución del segundo objetivo a través de los honorarios profesionales adicionales. Con esta retribución adicional se permite diferenciar las distintas intervenciones, protocolizarlas y remunerarlas más racionalmente estimulando su realización y constituyendo la base para la realización de otros servicios farmacéuticos -estén o no relacionados con la dispensación- en beneficio de la salud del paciente, lo que, en definitiva, es incentivar la participación del farmacéutico comunitario en la mejora de la morbimortalidad asociada a la farmacoterapia. El sistema propuesto también permite independizar el valor aportado por el farmacéutico del valor comercial del medicamento, con el fin de eliminar el actual conflicto de intereses, de forma que, por ejemplo, si un farmacéutico bloquea la dispensación, se le retribuirá más que si dispensa el medicamento cuando éste no debería ser dispensado, ya que con su intervención (no dispensar) está ahorrando futuros gastos sanitarios al sistema. Por ello, el pago por acto de dispensación a través de un honorario profesional supone un paso hacia delante en su profesionalidad, desligándose de condicionantes sobre los que no puede intervenir, como es el precio del medicamento, y permitiéndole realizar autónomamente el acto de dispensación (sin el conflicto de intereses que supone el hecho de no ser retribuido si no dispensa el medicamento), con un fin que redundará en la mejor asistencia sanitaria del paciente. Puede decirse que este sistema además

retribuye por dispensar mejor y no sólo por dispensar o dispensar lo más caro, promoviendo así la calidad farmacoterapéutica de la dispensación.

Es evidente que, para facilitar la implantación del sistema propuesto, es necesario que el farmacéutico como profesional sanitario tenga acceso a la información clínica necesaria del paciente (historial farmacoterapéutico y a todos aquellos datos o informaciones necesarias) para evaluar la necesidad, efectividad y seguridad de su tratamiento farmacológico. En el caso de pacientes del Sistema Nacional de Salud, este acceso se debería implementar dentro de los sistemas de receta electrónica, con el consentimiento informado del paciente y la total garantía de privacidad y confidencialidad de acuerdo con la Ley de protección de datos de carácter personal⁸² y la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁸³, permitiendo en su caso complementar la información clínica disponible del paciente, así como el establecimiento de un sistema de comunicación con el facultativo prescriptor responsable del tratamiento farmacológico y, en caso necesario, con el paciente⁸⁴.

Además, es necesario disponer de aplicaciones informáticas que permitan -entre otras funciones⁸⁵- registrar los datos de la dispensación, documentar las incidencias e intervenciones farmacéuticas realizadas, de forma que pueda verificarse la procedencia y justificación de su realización, así como si se han realizado las verificaciones adecuadas que justifiquen la retribución de los honorarios profesionales correspondientes.

Otro aspecto relevante del sistema propuesto es la colaboración del farmacéutico comunitario con el sistema sanitario, tanto en la racionalización del gasto público en medicamento como en la optimización de los resultados en salud tendría su compensación al no existir este conflicto de intereses. De ahí que el actual sistema retributivo sea una de las principales barreras para la integración real del farmacéutico comunitario en el sistema sanitario y el impulso necesario para la implantación de la atención farmacéutica.

Se podría argüir que la retribución de la dispensación es, *per se*, perversa, en el sentido de que sólo si hay acto de dispensación (se dispense al final o no) hay retribución, lo que podría entender que la actuaciones tendentes a disminuir la

dispensación tendrían un conflicto de intereses con la actuación profesional del farmacéutico. Sin embargo, en un sistema en el que la prescripción y la dispensación son realizadas por profesionales diferentes, este argumento carece de validez.

El sistema de pago actual es, en principio, un sistema sencillo, tanto se factura, tanto se retribuye exclusivamente en función del margen fijo o porcentual que corresponda. Sin embargo, las deducciones, cargos y modificaciones en función de los precios, de la aportación del paciente y de las normativas varias publicadas en los últimos años han complicado enormemente dicho sistema. No obstante, puede decirse que en este sentido es un sistema muy previsible y se puede afirmar que todas las farmacias que facturen un volumen idéntico generarán los mismos ingresos. El sistema propuesto, en que los honorarios profesionales tienen la preponderancia, es un sistema menos previsible, lo que implica que dos farmacias con una facturación similar pueden estar obteniendo diferentes beneficios en función de las variables a computar, ya que en este sistema el número de dispensaciones o el volumen de facturación pueden suponer un modificador, pero no una variable principal, pues a éste se le pueden sumar otros modificadores, como son las intervenciones adicionales realizadas, etc. Por otro lado, la incorporación de elementos hasta ahora inexistentes, como son los honorarios adicionales, aportarían una mayor complejidad a la hora de la facturación. Sin embargo, la supuesta complejidad que aportaría este sistema redundaría en una mayor racionalización de los honorarios y a una mayor adaptación de la retribución a las distintas situaciones que se producen en la dispensación.

De hecho, hay que señalar que en el estudio de impacto económico sobre el presupuesto del sistema sanitario destinado a la farmacia comunitaria, esta partida no ha sido incluida, sencillamente porque no existen datos previos, registros o protocolos de dispensación lo suficientemente extendidos que permitan su inclusión para su valoración, así como porque tanto la casuística de posibles intervenciones como las variables que intervienen en su valoración son tan elevadas que se requieren estudios pormenorizados para fijar sus cuantías. El segundo objetivo de la propuesta de retribución es el referente a la sostenibili-

dad de la farmacia comunitaria española y está presente a través de dos premisas: mantener la red nacional sanitaria de farmacias comunitarias actualmente existente y permitir la viabilidad económica de la farmacia comunitaria. Para cumplir este objetivo, era necesario conocer el coste de la dispensación de la farmacia comunitaria como **límite inferior** que debía cubrir el sistema retributivo propuesto. Para estimarlo se realizó un estudio (el primero realizado en nuestro país) con datos del ejercicio 2010 de una muestra de ochenta farmacias, que, si bien fue pequeña, aportó datos que permitieron constatar, mediante comparación con otros estudios, una representatividad aceptable. Este estudio confirmó que la farmacia comunitaria está siendo cada vez más económicamente inviable como consecuencia de las sucesivas medidas económicas aprobadas por la administración sanitaria.

El estudio también constató que el coste de la dispensación está muy relacionado con el volumen de facturación de la farmacia, de forma que las farmacias con mayores costes de dispensación presentaban mayores costes logísticos por cada receta dispensada. Esta realidad obligó a dividir a las farmacias en tres grupos (menos de 25.000 recetas anuales, entre 25.000 y 65.000 y más de 65.000) y a aplicar a cada uno de ellos un cargo logístico diferente en función del número de recetas anuales dispensadas en la farmacia. Los datos aportados por el estudio de estimación del coste de la dispensación en la farmacia comunitaria realizado indicaban que un tercio de las farmacias (las de menos de 25.000 dispensaciones anuales también denominadas farmacias con número reducido de dispensaciones, NRD) estaban en una situación económica muy precaria, mientras que las situadas entre 25.000 y 50.000 dispensaciones anuales -que suponían otra tercera parte de las farmacias- presentaban un grave riesgo financiero. Con el fin de hacer sostenible las farmacias NRD, se decidió establecer un cargo de viabilidad económica adicional para estas farmacias, de acuerdo con las medidas que en este mismo sentido aprobó en 2011 la propia administración sanitaria con el fin de hacer sostenibles las llamadas farmacias con viabilidad económica comprometida (VEC). Por dicho motivo, la propuesta de sistema retributivo incluye un cargo de viabilidad para las farmacias NRD que incluye también a las farmacias VEC. De

no hacerlo así, se estaría poniendo en peligro la viabilidad de la prestación farmacéutica realizada por este gran número de farmacias.

Permitir la viabilidad económica de la farmacia comunitaria es una premisa que *a priori* colisiona con la premisa, también establecida, de no incrementar el presupuesto asignado por el Sistema Nacional de Salud a la prestación farmacéutica básica. En el actual marco de crisis económica no parece responsable ni realista proponer un cambio retributivo que incremente significativamente el presupuesto destinado por el Sistema Nacional de Salud a la prestación farmacéutica de medicamentos y productos sanitarios realizada por la farmacia comunitaria. Sin embargo, tampoco es responsable ni realista obviar las consecuencias para la farmacia comunitaria derivadas de las medidas económicas aprobadas por la administración sanitaria y por ende al servicio de dispensación. Por ello, con el fin de racionalizar la propuesta se consideró que lo máximo que la farmacia comunitaria podía ofrecer -en base al presupuesto del gasto público en medicamentos y productos sanitarios dispensados en el año 2010-, era la dispensación básica retribuida con un honorario básico, excluyéndose los honorarios profesionales adicionales, es decir, la retribución de todas aquellas actividades adicionales desarrolladas en la dispensación. Esta consideración se justificó en base a los resultados obtenidos en el estudio de estimación del coste de dispensación de la farmacia comunitaria (con datos de 2010), cuyo coste resultante tenía el carácter de importe mínimo, por lo que su disminución supondría comprometer la viabilidad económica de la farmacia comunitaria, premisa que se había de cumplir.

No obstante, para definir el importe del honorario básico de dispensación (3,38 euros), se realizó el estudio de impacto económico sobre el presupuesto asignado por el Sistema Nacional de Salud a la prestación farmacéutica realizada por la farmacia comunitaria para que éste no tuviese que ser aumentado.

El impacto económico de la propuesta de sistema retributivo sobre la situación particular de cada farmacia dependerá de las variables que intervienen en el cálculo del honorario y los cargos, y que son: el número de recetas de pensionistas dispensadas respecto del total, la distribución de los precios de las recetas dispensadas y su proximidad al precio me-

dio, y el número de dispensaciones anuales. Por otra parte, el impacto futuro de este sistema sobre la dispensación dependerá de los importes establecidos para los honorarios profesionales y sus actualizaciones anuales. En principio, el honorario básico de dispensación supone un freno para las sucesivas y previsibles bajadas de precios futuras, teniendo en cuenta el actual sistema de precios menores, ya que éste es independiente del precio del medicamento dispensado. Para el Sistema Nacional de Salud, si bien será necesario aumentar el presupuesto para retribuir los honorarios profesionales adicionales, también supondrá un ahorro frente a los previsibles futuros aumentos de precios provocados por la inclusión en la prestación farmacéutica de nuevos medicamentos más caros.

Una limitación a destacar en relación con los datos aportados, tanto por el estudio de estimación del coste de la dispensación como de la propuesta, es el hecho de que no se haya reflejado el impacto que supone la "receta electrónica" sobre la dispensación, tanto en los tiempos de atención al paciente con o sin dispensación, como en los recursos económicos que supone. Este hecho se debe no sólo a la irregular situación que tiene lugar en nuestro país en relación con la implantación de este tipo de dispensación y a la diferente velocidad a la que tiene lugar en las diferentes comunidades autónomas, sino también a las diferencias entre los también diferentes sistemas de dispensación mediante receta electrónica. No obstante, y teniendo en cuenta las debidas diferencias, SEFAC dispone de datos pormenorizados de dicho impacto en Galicia⁸⁶, donde los resultados apuntan a costes más elevados (4,3 euros para pensionistas, 5,4 euros para activos, 0,5 euros para la atención al paciente sin dispensación alguna y 0,23 euros por receta en el proceso administrativo de justificación de la dispensación), y se concluye que el sistema de dispensación de receta electrónica utilizado independientemente de la complejidad operativa y burocrática aporta muy poca información para una adecuada actuación profesional del farmacéutico.

Para la elaboración de la propuesta, se consideraron también otras premisas cuyo fin era facilitar su aceptación e implantación.

La primera, y que ya se ha comentado anteriormente, consiste en proponer a la Administración sanitaria un cambio de

sistema retributivo de la dispensación que cubra la dispensación básica y que no suponga un incremento de su coste.

La segunda premisa hace referencia al mantenimiento de sistema de fijación de los precios de venta al público de los medicamentos. El mantenimiento de este sistema no cabe duda que encorseta de forma considerable la posibilidad de mejorar este sistema retributivo e, incluso, de modificarlo en la línea de otros países europeos como el belga. No obstante, dada la elevada intervención del estado sobre la salud y, en especial, sobre la prestación farmacéutica en nuestro país, la fijación de los precios de los medicamentos se encuentra muy regulada a través de multitud de normativas, por lo que analizando lo que supondría modificarlas así como el tiempo necesario para ello se ha estimado conveniente mantener dicho precio. Ésta es la razón por la que el sistema propuesto sólo es aplicable a la dispensación de medicamentos y productos sanitarios en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. Para su aplicación en dispensaciones a particulares sería necesaria la modificación del mecanismo de fijación de los precios de venta al público de los medicamentos teniendo en cuenta el honorario y los cargos propuestos, siendo entonces muy parecido al modelo retributivo belga⁸⁷.

La tercera, y no por ello menos importante, es la de evitar que el paciente se vea afectado económicamente por el sistema retributivo propuesto para la farmacia comunitaria. La forma en que se retribuye al profesional no debería afectar al paciente. En este sentido, con el sistema propuesto el paciente seguiría aportando en la dispensación de medicamentos y productos sanitarios los mismos importes que reglamentariamente hubieran sido establecidos por la administración sanitaria. No obstante, el sistema propuesto incentiva una dispensación más orientada hacia el paciente, y hacia su protección respecto de los problemas de la farmacoterapia, por lo que la propuesta le beneficia.

Por último, es necesario señalar que la propuesta económica del sistema retributivo se ha basado en el estudio de estimación del coste de la dispensación de la farmacia comunitaria española realizado con datos de 2010, por lo que teniendo en cuenta las nuevas medidas adoptadas durante este tiempo sobre la prestación farmacéutica y su significativa influencia en los ingresos de la farmacia comunitaria,

sería conveniente la realización de un estudio que estimase los costes de dispensación en la farmacia comunitaria con los datos del ejercicio 2012, y así poder actualizar la propuesta.

CONCLUSIONES

La barrera que supone el actual sistema de retribución del servicio de dispensación para el desarrollo de la actividad asistencial del farmacéutico comunitario y su integración real en el Sistema Nacional de Salud ha impulsado a SEFAC a proponer un cambio en el sistema de retributivo del servicio de dispensación.

Este cambio se basa en una propuesta que tiene como objetivo permitir un mayor desarrollo profesional del farmacéutico, adecuando la retribución de este servicio al objetivo de proteger al paciente de la posible aparición de problemas relacionados con los medicamentos y resultados negativos asociados a su farmacoterapia.

Para ello, SEFAC propone un sistema retributivo mixto basado fundamentalmente en un honorario profesional fijo para retribuir el acto profesional de dispensación que incluirá la suma de un honorario profesional básico y el/los honorario/s profesional/es adicional/es que procedan, complementado con un cargo logístico variable para retribuir los costes derivados de la adquisición, custodia y almacenamiento, en los que incurre la farmacia para disponer del medicamento en condiciones óptimas a la población. De forma excepcional también propone la aplicación de un cargo de viabilidad para aquellas farmacias con un número reducido de dispensaciones anuales.

Con este sistema se elimina el conflicto de intereses que supone que el acto profesional del farmacéutico esté únicamente ligado al precio del medicamento dispensado, permitiéndole retribuir las intervenciones farmacéuticas adicionales y colaborar tanto en la racionalización del gasto público en medicamentos, como en la optimización de los resultados en salud, facilitando su integración en el sistema sanitario.

Dicha propuesta también tiene como objetivo permitir la sostenibilidad de la red nacional de farmacias comunitarias que existen actualmente, a la vez que pro-

cura que el impacto económico de dicho sistema sobre el Sistema Nacional de Salud, sobre la farmacia y sobre el paciente sea neutro para todos ellos.

SEFAC opina que el nuevo modelo propuesto es un modelo de futuro, un paso adelante del farmacéutico comunitario hacia su labor asistencial que incentiva un servicio farmacéutico de dispensación más profesional, centrado en el paciente, que permite la viabilidad de la red de farmacias comunitarias y abre la puerta a la realización de otras intervenciones y actividades farmacéuticas cuyo fin es optimizar la asistencia sanitaria al paciente a través de la mejora del uso racional de los medicamentos y la disminución de la morbimortalidad asociada a éstos.

SEFAC espera y confía que esta propuesta sea conocida por los farmacéuticos comunitarios, por sus representantes y las distintas administraciones sanitarias, para que la analicen y reflexionen sobre su contenido, con el fin último de promover –en el ámbito de sus competencias– un cambio en el actual sistema retributivo del servicio de dispensación de medicamentos y productos sanitarios que se presta por la farmacia comunitaria española al Sistema Nacional de Salud. **FC**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Van Mil JW, Schulz M, Tromp TF. Pharmaceutical care, European developments in concepts, implementation, teaching, and research: a review. *Pharm World Sci.* 2004; 26(6): 303–11.
2. SEFAC [Internet]. Estatutos sociales de la sociedad española de farmacia comunitaria (SEFAC). [Accedido el 14-06-2012]. Disponible en: <http://www.sefac.org/estatutos>
3. Gastelurrutia MA. Elementos facilitadores y dificultades para la diseminación e implantación de servicios cognitivos del farmacéutico en la farmacia comunitaria española. Madrid: Ergón; 2006. (ISBN: 84-8473-423-4).
4. SEFAC reclama en Infarma una ampliación de la cartera de servicios, basada en criterios científicos y profesionales, y con cambios en su sistema retributivo [Internet]. SeFac al día. Viernes 4 Marzo de 2011. [Accedido el 14-06-12]. Disponible en: <http://www.sefac.org/noticia/sefac-reclama-en-infarma-una-ampliacion-de-la-cartera-de-servicios-basada-en-criterios-cient>
5. Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. Quinto Comunicado. Cartera de Servicios Farmacéuticos en la Farmacia Comunitaria. *Farmacéuticos.* 2011; 371: 42–43.
6. Baixauli VJ. A vueltas con la atención farmacéutica y la remuneración. Cartas al Director. *Pharm Care Esp.* 2012; 14(3): 92–93.

7. Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de servicios de las oficinas de farmacia. *Boletín Oficial del Estado*, nº 100, (26-4-1997).
8. Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. *Boletín Oficial del Estado*, nº 254, (23-10-2003).
9. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, nº 222, (16-9-2006).
10. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos [Internet]. La realidad económica de la Farmacia en España: Estudio del impacto económico en las oficinas de farmacia de las medidas de contención del gasto en medicamentos en los últimos diez años. [Accedido el 20-6-2012]. Disponible en: [http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000016.nsf/voDocumentos/661211E31D24FC5FC125781F0034826B/\\$File/MENSOR_Enero2011.pdf?OpenElement](http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000016.nsf/voDocumentos/661211E31D24FC5FC125781F0034826B/$File/MENSOR_Enero2011.pdf?OpenElement).
11. Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo, Diciembre de 2001. [Accedido el 15-10-2012]. Disponible en: <http://www.mssi.gov.es/profesionales/farmacia/consenso/home.htm>
12. Mott DA, Doucette WR, Gaither CA, Kreling DH, Pedersen CA, Schommer JC. Pharmacist Participation in the Workforce: 1990, 2000, and 2004. *J Am Pharm Assoc* 2006; 46: 322-355.
13. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. La aportación del Farmacéutico a la calidad de la asistencia sanitaria en España. Informe Libro Blanco. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 1997.
14. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Valoración del consejo sanitario de las oficinas de farmacia. Informe. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2002.
15. Opiniones en el Foro-Aula de opinión sanitaria [Internet]. Retribución farmacéutica doc.nº3. Experiencia española. Efectos de los cambios retributivos. [Accedido el 17-8-12]. Disponible en: www.fundacionfundamed.org/auladeopinion/librosaula/aula3.pdf
16. La Farmacia al servicio del paciente: necesidad de cambio. De la teoría a la práctica. Documento Final de Conclusiones y Ponencias Jornada X Aniversario Fundación Pharmaceutical Care. Madrid: Visto Bueno Equipo Creativo; 2009.
17. Meneu R. Alternativas a la distribución de medicamentos y su retribución. *Gac Sanit* 2002; 16(2): 171-81.
18. Aránguez Ruiz A, Villafaina Barroso A. Concepto e importancia de la calidad de prescripción-dispensación. En: Aránguez Ruiz A, Villafaina Barroso A, editores. *Polimedición y salud: estrategias para la adecuación terapéutica*. Plasencia: Polimedición Labs; 2011. Págs. 296-311.
19. Rodríguez-Santana I. El Modelo de Futuro de Gestión de la Salud. Propuestas para un Debate. Madrid: Fundación Bamberg; 2012.
20. Gabinete López-Santiago [Internet]. Otras modalidades de retribución del farmacéutico 15-4-2008. [Accedido el 18-8-12]. Disponible en: <http://www.lopez-santiago.com/index.php?seccion=actualidad&subseccion=opiniones&idActualidadContent=370>
21. Álvarez de Toledo F. Los farmacéuticos ante las distintas modalidades de remuneración. *Boletín Reap*. 1997; 2(3): 24.
22. Abellán F (Coordinador), Baixauli V, Egulleor A, Gastelurrutia M A, Gutiérrez P, López Guzmán J, et al. Un sanitario por descubrir. Situación actual y perspectivas de futuro del farmacéutico comunitario: propuestas para su integración real en el sistema sanitario. Madrid: SEFAC; 2011.
23. García F, García B. La atención farmacéutica está inexorablemente unida al desarrollo y la aplicación de un sistema mixto de remuneración en España. *Opinión. Pharm Care Esp*. 2012; 14(2): 80-83.
24. Cordobés A. La evolución del concepto de atención farmacéutica y su repercusión en España. *Offarm* 2002; 21(5): 134-40.
25. Huttin C. A critical review of the remuneration systems for pharmacists. *Health Policy* 1996; 36: 53-68.
26. McDonad S, Lopatka H, Bachynsky J, Kirwin D. Systematic review of pharmacy reimbursement literature (Working Paper 99-4). Edmonton: Institute of Health Economics; 1999.
27. López-Casasnovas O, Rodríguez Palenzuela D. La regulación de los servicios sanitarios en España. Madrid: Civitas, Asociación de Economía de la Salud, FEDEA; 1997.
28. Hernández de Troya MV. La prestación farmacéutica del sistema nacional de salud [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 1998.
29. Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano. *Boletín Oficial del Estado*, nº 131, (30-5-2008).
30. Real Decreto-ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, nº 75, (27-3-2010).
31. Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público. *Boletín Oficial del Estado*, nº 126, (24-5-2010).
32. Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011. *Boletín Oficial del Estado*, nº 200, (20-8-2011).
33. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. *Boletín Oficial del Estado*, nº 98, (24-4-2012).
34. Real Decreto 1193/2011, de 19 de agosto, por el que se establece el procedimiento de aplicación de la escala conjunta de deducciones a la facturación mensual de cada oficina de farmacia. *Boletín Oficial del Estado*, nº 205, (26-8-2011).
35. Real Decreto-ley 19/2012, de 25 de mayo, de medidas urgentes de liberalización del comercio y de determinados servicios. *Boletín Oficial del Estado*, nº 126, (26-5-2012).
36. Borrás R. Impacto directo e indirecto del RDL 16/2012 en las Oficinas de Farmacia. Madrid: Antares Consulting; 2012.
37. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Balance enero-junio de los datos de la factura a través de receta oficial del SNS. Nota de prensa. 31 de julio de 2012.
38. Antares Consulting [Internet]. Aportación de la Oficina de Farmacia al Sistema Sanitario español en el periodo de 1996 a 2010. [Accedido el 18-10-12]. Disponible en: http://www.antares-consulting.com/es_ES/main/detallepublicacion/Publicacion/56/apartado/B/idUnidad/1
39. Soria Escoms B. (coordinador). Informe Bernat Soria [Internet]. [Accedido el 28-10-2012]. Disponible en: http://www.abott.es/sala_prensa/informebernatsoria.asp
40. Pricewaterhouse Coopers Asesores de Negocios, S.L. El futuro de la oficina de farmacia. Madrid: Colegio de Farmacéuticos de Madrid y Colegio de Farmacéuticos de Barcelona; 2012.
41. Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia [Internet]. Observatorio de Políticas Farmacéuticas (Mayo 2012). Actualizado 2-7-12. [Accedido el 18-8-12]. Disponible en: http://www.redfarmaceutica.com/Observatorio/default.cfm?int_id-Section=2034
42. Martínez Romero F, Vallés Larraz A. Modelos de retribución de la Atención Farmacéutica. Nuevas opciones. *Farm Profesional* 1997; 11: 46-9.
43. Barbero A. Remuneración Farmacéutica. Sistema mixto. *Farmacia Profesional* 2002; 16(8): 14-6.
44. Gisbert R, Illa R. La retribución a la atención farmacéutica (I). *El farmacéutico* 1996; 181: 67-72.
45. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos [Internet]. Documento base primera versión (diciembre 2002). Plan Estratégico para el desarrollo de la Atención Farmacéutica. Introducción. Justificación del Plan Estratégico de Atención Farmacéutica. [Accedido el 17-8-12]. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/planestrategico/acciones/Paginas/documentobaseprimeraversion.aspx>
46. Baena I. Problemas Relacionados con Medicamentos como causa de consulta en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada [Tesis doctoral]. Madrid: Ergon; 2004.

47. Fajardo P. Resultados negativos asociados a la medicación causa de consulta a servicios de urgencia hospitalarias. [Tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2011.
48. Guillén Valera J. Nueva muestra de la relación entre mal uso de fármacos y urgencias. Correo Farmacéutico. Semana del 31 de octubre al 6 de noviembre de 2011; Entorno: 26.
49. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos [Internet]. Plan Estratégico de Atención Farmacéutica. Introducción. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. [Accedido el 6-10-2012]. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/planestrategico/acciones/Paginas/documentobaseprimeraversion.aspx>
50. Comité de Ministros Consejo de Europa. Resolución ResAp 2 relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad de la salud. Pharm Care Esp. 2001; 3: 216-22.
51. Sanz Granda A. Sistemas retributivos en la farmacia comunitaria. Visión internacional. Informe elaborado para la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria. Madrid: SEFAC; 2011.
52. Brass P.L, Kiour A, Maquart B. Morin A. Rapport Pharmacies d'officine: rémunération, missions, réseau. Inspection Générale des Affaires Sociales de la République Française: Paris; 2011.
53. Farmacia Comunitaria Escocesa [Internet]. Hoja A-3 detalles del pago a la farmacia comunitaria. [Accedido el 20-10-2012]. Disponible en: http://www.communitypharmacyscotland.org.uk/contractor_services/helpful_guides/guide_to_payment_schedules.asp
54. Organización Mundial de la Salud. Medir precios, disponibilidad, asequibilidad y componentes de los precios de los medicamentos. Segunda Edición. Ginebra: OMS HAI global; 2008.
55. Baixauli Fernández V, Eguilleor Villena A, Gutiérrez Ríos P, López Guzmán J, Molina Porlán P, Sánchez-Caro J, Abellán F. (Coord.). Recetas sencillas para consultas complejas. Cómo resolver los 15 conflictos tipo en la relación asistencial farmacéutico-paciente. Madrid: SEFAC; 2009.
56. Gastelurrutia MA, Fernández-Llimós F, Benrimoj SI, Castrillon CC, Faus MJ. Barreras para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria española. Aten Primaria. 2007; 39(9): 465-72.
57. Gastelurrutia MA. Servicios farmacéuticos remunerados en la farmacia comunitaria. Discurso de ingreso Academia Iberoamericana de Farmacia. Granada: Academia Iberoamericana de Farmacia; 2012.
58. Abellán F (Coordinador). Baixauli V, Eguilleor A, Gastelurrutia M A, Gutiérrez P, López Guzmán J et al. Un sanitario por descubrir. Situación actual y perspectivas de futuro del farmacéutico comunitario: propuestas para su integración real en el sistema sanitario. Madrid: SEFAC; 2011.
59. Sanz Granda A. Estudio del coste de la dispensación de la farmacia comunitaria en España. Informe elaborado para la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria. Madrid: SEFAC; 2012.
60. Sanz Granda A. Análisis de impacto presupuestario para el Sistema Nacional de Salud y la farmacia comunitaria en España de la propuesta de un nuevo sistema retributivo propuesto por SEFAC. Informe elaborado para la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria. Madrid: SEFAC; 2012.
61. Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria, panel de expertos. Guía práctica para los servicios de atención farmacéutica en la farmacia comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2010: Pág. 28.
62. Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos [Internet]. Presente y futuro de la Farmacia Española (Documento para la reflexión y el debate). Febrero de 2012. (Accedido 28-10-2012). Disponible en: <http://www.actasanitaria.com/documentos/documentos/documento-informe-del-consejo-andaluz-de-farmacéuticos-sobre-la-situacion-de-la-oficina-de-farmacia.html>
63. Plaza F, Díez M. Implantación de la atención farmacéutica. Sistemas de retribución y papel de la administración. Pharm Care Esp 2000; 2: 193-200.
64. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Definición del Uso Racional de Medicamentos. [Accedido el 28-10-12]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4874s/1.html>
65. Herrera Carranza J. Manual de farmacia clínica y atención farmacéutica. Madrid: Elsevier España; 2003.
66. Dispensación. En: Faus MJ, Amariles P, Martínez-Martínez F. Atención Farmacéutica. Conceptos, procesos y casos prácticos. Madrid: Ergon; 2008.43-62.
67. Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, de receta médica y órdenes de dispensación. Boletín Oficial del Estado, nº 17, (20-1-2011).
68. Real Academia Española [Internet]. Diccionario de la Lengua Española - Vigésima segunda edición. [Accedido el 14-06-2012]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/>
69. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, nº 178, (27-7-2006).
70. Real Decreto 1344/2007, de 11 de octubre, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano. Boletín Oficial del Estado, nº 262, (1-11-2007).
71. Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria, panel de expertos. Guía práctica para los servicios de atención farmacéutica en la farmacia comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.; 2010: Pág. 31.
72. García Delgado P, Martínez Martínez F, Gastelurrutia Garralda MA, Faus Dáder MJ. Dispensación de medicamentos. Madrid: Ergon; 2009.
73. Pastor R, Alberola C, Álvarez de Toledo F, Fernández de Cano N, Solá N. Clasificación de Derivaciones Farmacoterapéuticas Medafar. Madrid; International Marketing & Communication: 2008.
74. Antares Consulting. Estudio de las guardias de las Oficinas de Farmacia en las provincias de Castilla-La Mancha. Informe final. Madrid: Consejo de Colegios de Farmacéuticos de Castilla-La Mancha; 2010.
75. Consejo general de Colegios Oficiales de Farmacéuticos [Internet]. Horarios y Guardias de las oficinas de farmacia en España (2009). [Accedido el 14-6-2011]. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000016.nsf/voDocumentos?openview&Clave=Inf.+estadistica&Informacion+estadistica&>
76. Honrubia F, Cebrián C, Cuéllar B, Silvestre P, Carbajal JA, Merino P, et al. Grupo de Investigación del Colegio de Farmacéuticos de Albacete. Demanda del servicio de urgencia en oficinas de farmacia. Perfil de dispensación, estudio económico, valoración de consejo e indicación farmacéutica. Offarm 2005; 24(5): 94-104.
77. SEFAC. Nueva propuesta de sistema retributivo para la dispensación de medicamentos de DH en nuestras farmacias. Sefac Informa. Jueves 9 de junio de 2011.
78. SEFAC. Sobre la continua salida de medicamentos de Diagnóstico Hospitalario de las farmacias comunitarias para su dispensación en hospitales. Sefac Opina. Jueves 9 Junio de 2011.
79. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Farmacias con viabilidad económica comprometida. Farmacias rurales. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2011.
80. Análisis práctico de la aplicación del RDL 16/2012 en la pequeña farmacia rural española. Departamento de Documentación de la Sociedad Española de Farmacia Rural-SEFAR. Mayo 2012.
81. Meneu R. La distribución y dispensación de medicamentos. Gac Sanit. 2006; 20(Supl 1): 154-9.
82. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14-12-1999).
83. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15-11-2002).
84. SEFAC. Sobre la receta electrónica. Sefac Opina. Lunes 17 Mayo de 2010.
85. SEFAC. Sobre la integración de los módulos de servicios de atención farmacéutica en los programas de gestión de las farmacias. Sefac Opina. Lunes 10 de Marzo de 2008.
86. Casal-Sánchez C, Losada-Campa M. Tiempos necesarios para la dispensación de recetas electrónicas en Galicia: necesidades y procesos. Farmacéuticos Comunitarios. 2012; 4(2):
87. Granda E. Retribución del farmacéutico Objeto de reflexión. Economía y Salud. Farmacia Profesional. 2010; 24 (5): 6-10.