

Informe Económico:

**Riesgos del Estado de Bienestar en
la prestación farmacéutica**

Y

Propuestas para un modelo eficiente



Prof. Francesco D. Sandulli
Prof. David Córdova Almanza
Prof. José Ignacio López Sánchez

Investigadores

Prof. Dr. Francesco D. Sandulli: Director de la Cátedra UCM-Orange, Profesor Titular de Universidad en Organización de Empresas, Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universidad Complutense de Madrid, Especialización en Management Research por el Real Colegio Complutense en la Universidad de Harvard, Profesor Visitante en la Haas School of Business de la Universidad de California en Berkeley. Consultor en Accenture y Director de Proyecto en Everis. Funcionario en excedencia de Naciones Unidas.

Prof. David Córdova Almanza. Director y Profesor de Programa Superior IE Business School. Consultor, Vices. Colaborador de la OCDE en Asuntos de Gobernanza Pública. Diplomado en Business&Government Affairs por Georgetown University. Doctorando en Derecho Constitucional por la UCM.

Prof. Dr. José Ignacio López Sánchez: Director del departamento de organización de empresas y profesor titular de Universidad, Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universidad Complutense de Madrid, Especialización en Management Research por el Real Colegio Complutense en la Universidad de Harvard, Profesor Visitante en la McDonough Business School en la Universidad de Georgetown. Director de la Revista Universia Business Review.

Índice

1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL	1
1.1. Evolución del Gasto Público en Medicamentos	1
1.2. Viabilidad Económica de la Oficina de Farmacia	7
2. MEDIDAS DE VIABILIDAD DEL SISTEMA	11
2.1. Integración de la Oficina de Farmacia en el Sistema Nacional de Salud: Intervención Farmacéutica Especializada.	12
2.2. Control del Gasto en Medicamentos Hospitalario: Dispensación de Medicamentos de Diagnóstico Hospitalario en Oficinas de Farmacia.....	13
2.3. Corresponsabilidad del Paciente en la Moderación del Gasto en Medicamentos.	14
2.4. Medidas de Aumento de la Productividad de la Oficina de Farmacia.	16
2.5. Eliminación de la Cobertura de Medicamentos Destinados Patologías Menores.	17
3. CONCLUSIONES.....	18

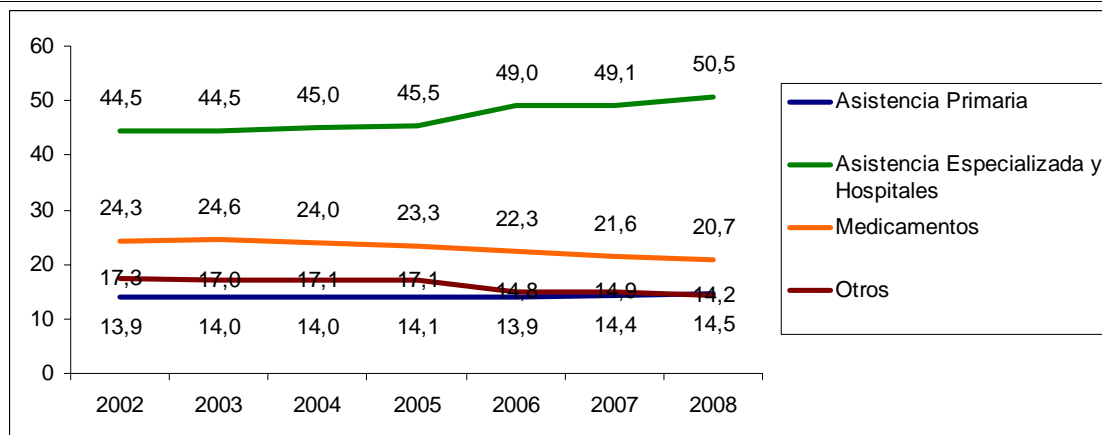
1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

1.1. Evolución del Gasto Público en Medicamentos

Los ciudadanos de la mayoría de los países desarrollados hacen cada vez mayor utilización de los servicios sanitarios públicos y privados. España no es una excepción a esta tendencia. Atendiendo a los datos disponibles, el gasto sanitario público por habitante creció en valores constantes un 25% entre 2002 y 2008. En relación al PIB, el gasto sanitario total en los países desarrollados suele estar en el entorno del 10% del PIB. Tampoco en este sentido España es diferente, ya que según la OCDE el gasto sanitario total del país en 2009 ascendió al 9,5% del PIB.

Dentro de las distintas categorías de gasto sanitario la evolución ha sido dispar en los últimos años. El principal origen del fuerte incremento del gasto sanitario es el crecimiento del gasto originado por la asistencia especializada y en hospitales. El gasto derivado de este tipo de servicios sanitarios ha crecido de forma significativa en los últimos años hasta superar en 2008 el 50% del gasto sanitario público total (Gráfico 1).

Gráfico 1. Evolución de la composición del gasto público sanitario en España 2002-2008, en porcentaje del gasto público sanitario total.

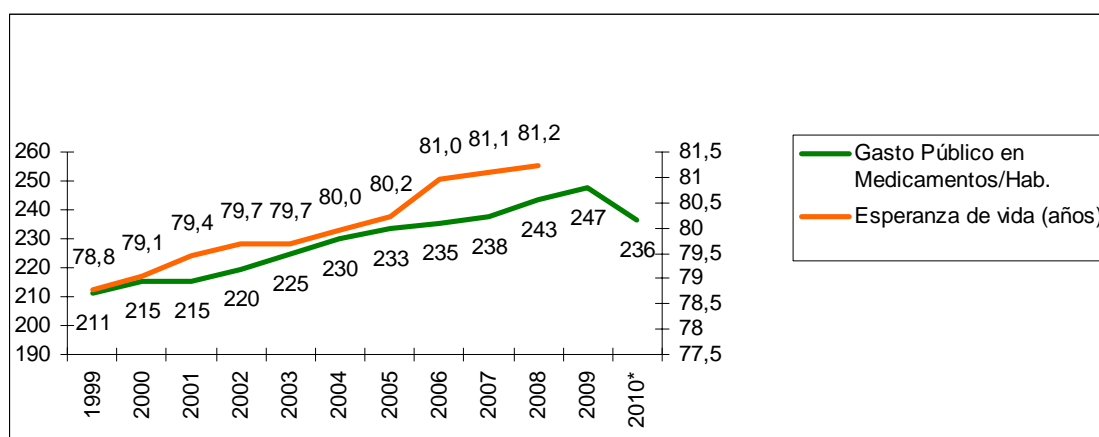


Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011).

La principal razón que explica el alto y creciente peso del gasto hospitalario en la financiación pública del gasto sanitario es una estrategia de atención sanitaria enfocada al tratamiento de enfermos agudos, que producen ingresos hospitalarios y por tanto hacen girar el sistema nacional de salud en torno al hospital.

La importancia relativa del gasto en asistencia primaria ha crecido también en los últimos años, aunque de forma mucho más modesta que el gasto en asistencia especializada y hospitales. El gasto en medicamentos es el segundo mayor componente de gasto sanitario público en España. Sin embargo, el peso del gasto en medicamentos en el conjunto del gasto sanitario decrece de forma continua en los últimos años, como consecuencia de la intensa actividad regulatoria ejercida en la última década sobre este componente de gasto. Esto implica que el gasto en medicamentos crece menos que otras partidas de gasto sanitario.

Gráfico 2. Evolución del gasto público en medicamentos por habitante (euros constantes) y esperanza de vida.



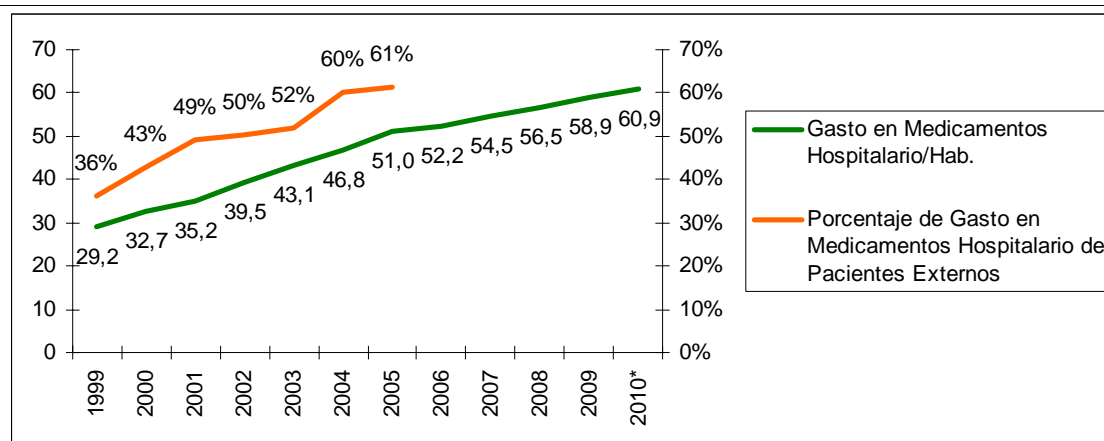
Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011).

El crecimiento del gasto en medicamentos está vinculado a la evolución de ciertas características del sistema de salud. En primer lugar, en la última década la esperanza de vida ha aumentado en cerca de 3 años (Gráfico 2). El envejecimiento de la población es uno de los factores determinantes del crecimiento de la demanda de medicamentos, ya que es un factor especialmente clave en el aumento del tamaño de la población de enfermos crónicos. Además, el incremento del número de operaciones quirúrgicas y la reducción en la estancia media hospitalaria están relacionados con el incremento en el gasto en medicamentos, de tal manera que la innovación en métodos diagnósticos y quirúrgicos está vinculada con el incremento del gasto en medicamentos, mientras que un mayor gasto en medicamentos está relacionado con una menor estancia en hospital.

Dentro de los componentes de gasto en medicamentos, el crecimiento experimentado hasta 2009 ha sido motivado principalmente por el crecimiento en el gasto en medicamentos hospitalario. Entre 1999 y 2009, mientras que el gasto por

habitante en medicamentos dispensados a través de oficinas de farmacia creció un 3,6% en valores reales, el gasto en medicamentos hospitalario por habitante se ha duplicado. Este aumento se debe a la mayor frecuentación hospitalaria y sobre todo a la dispensación hospitalaria de medicamentos a pacientes externos. No existen datos recientes sobre el peso de los medicamentos dispensados a pacientes externos en los hospitales, sin embargo ya en 2006 más del 60% del gasto en medicamentos hospitalario estaba originado por estos pacientes (Gráfico 3).

Gráfico 3. Evolución del gasto en medicamentos hospitalario en España, en euros constantes.

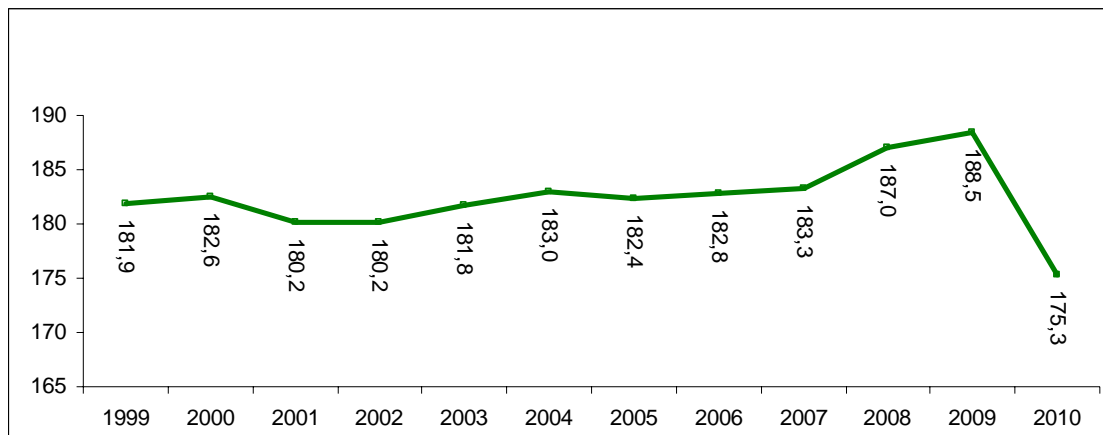


*Estimación IMS Health (2011)

Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2007), Consejo General de Colegios Farmacéuticos (2010), IMS Health (2011).

En relación al gasto en medicamentos dispensados por oficinas de farmacia, uno de los efectos de los RD 4/2010 y 8/2010 ha sido una fuerte reducción de este gasto por habitante en 2010, hasta los 175,3 euros por habitante constantes (Gráfico 4). Estos niveles de gasto no se registraban desde los años 80 del siglo pasado, e implican una reducción del gasto del 7% en apenas un año, que es el doble del crecimiento registrado en la última década.

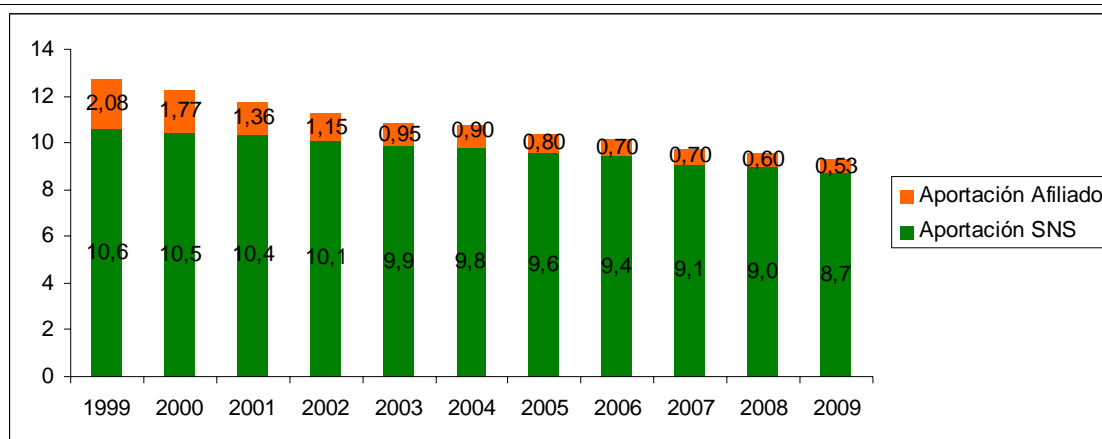
Gráfico 4. Evolución del gasto en medicamentos no hospitalario en España



Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011).

Sin embargo, la combinación del aumento continuado en el número de afiliados pasivos a la seguridad social y de la caída de las aportaciones que los trabajadores realizan al gasto en medicamentos tiene como resultado que aunque entre 1999 y 2010 el gasto medio por receta se haya reducido en un 48%, la carga que cada receta supone para las arcas públicas se haya reducido sólo del 17% (Gráfico 5). Esta situación está creando un problema de riesgo moral entre los pensionistas, ya que no se ven afectados económicamente por su consumo de medicamentos. **Es decir, se puede estar produciendo un proceso de transferencia de rentas de unos ciudadanos que han pagado sus impuestos a otro conjunto de ciudadanos que realizan un consumo de medicamentos superior al que incurrirían de tener que soportar económicamente la parte realmente proporcional de dicho consumo.** Para aliviar el efecto de esta transferencia sobre las arcas públicas, se planteó el actual sistema de deducciones del RD 5/2000, provocando que se produzca una transferencia de rentas desde las oficinas de farmacia a los ciudadanos, intermediada por la administración.

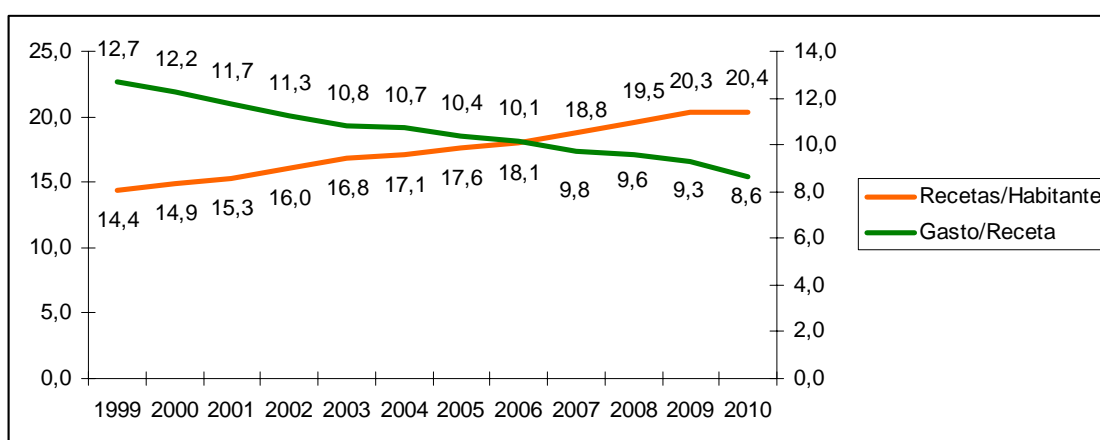
Gráfico 5. Aportación de los afiliados a la Seguridad Social al coste medio de cada receta, en euros constantes.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011).

Además, en el origen real del incremento del gasto en medicamentos dispensados a través de oficinas de farmacia de los últimos años se encuentra el fuerte aumento en el número de recetas. Entre 1999 y 2010 el número de recetas por habitante creció más de un 40%, alcanzando en 2009 la cifra de más de 20 recetas por habitante y año (Gráfico 6.). Las iniciativas tomadas por la administración en los últimos años y especialmente en el año 2010 han conseguido reducir el precio medio por receta pero no han conseguido reconducir (aliviar pero no eliminar) la tendencia creciente en el aumento del número de recetas.

Gráfico 6. Evolución del número de recetas por habitante y gasto por receta (en euros constantes) en España



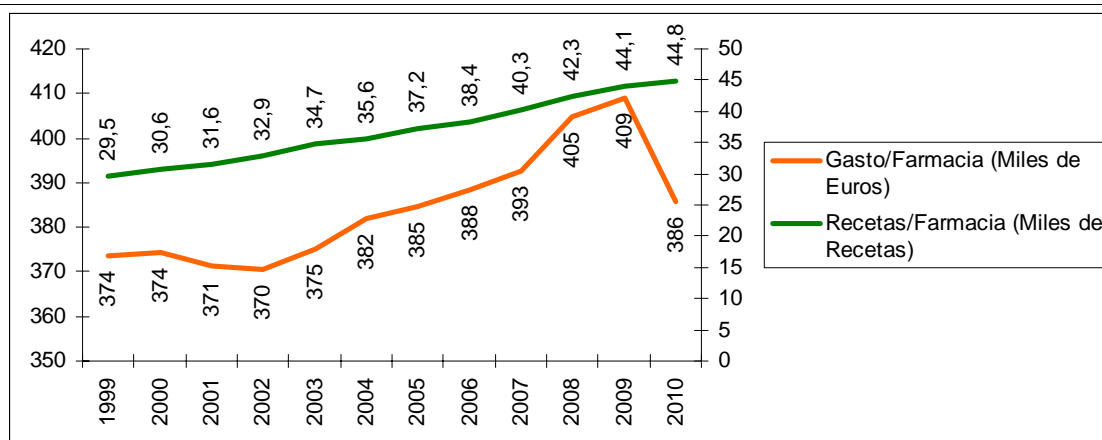
Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011) y Consejo General de Colegios Farmacéuticos (2010).

1.2. Viabilidad Económica de la Oficina de Farmacia

La oficina de farmacia está sometida a fuertes tensiones económicas generadas por dos fenómenos que está ejerciendo un efecto negativo sobre su viabilidad económica. La primera fuerza es un sustancial incremento de la carga de trabajo derivado del aumento del número de recetas gestionadas por oficina de farmacia con el consiguiente aumento de la carga burocrática y la ralentización en los procesos de dispensación impuestos por los procesos de receta electrónica. La segunda fuerza viene dada por la reducción de los márgenes y la reducción de los precios de medicamentos de los últimos años.

Los reales decretos RD 4/2010 y 8/2010 aprobados en el año 2010 han provocado una importante anomalía en este año, al mantenerse la tendencia creciente en el número de recetas por oficina de farmacia pero quebrarse la tendencia creciente de los ingresos. En un único año los ingresos han descendido un 5,6% volviéndose a los niveles de ingreso del año 2005. De mantenerse la doble tendencia de crecimiento en la carga de trabajo y reducción de ingresos, en los próximos años se generarían serias dudas sobre la viabilidad económica de la oficina de farmacia.

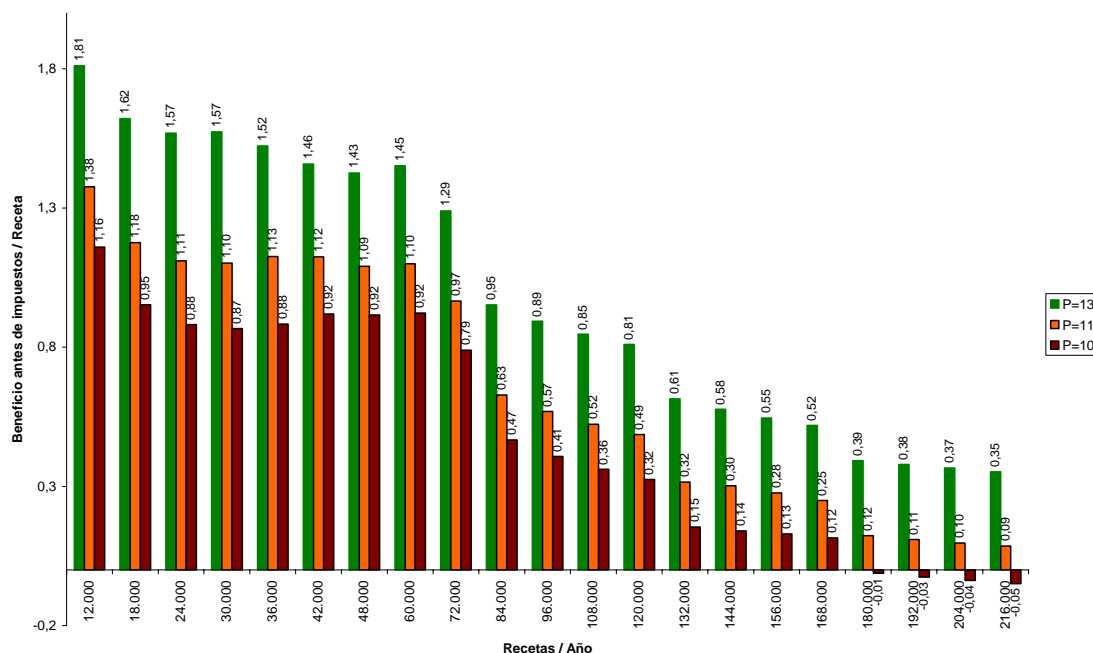
Gráfico 7. Evolución del número de recetas e ingresos por recetas del SNS por oficina de farmacia en España



Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011) y Consejo General de Colegios Farmacéuticos (2010).

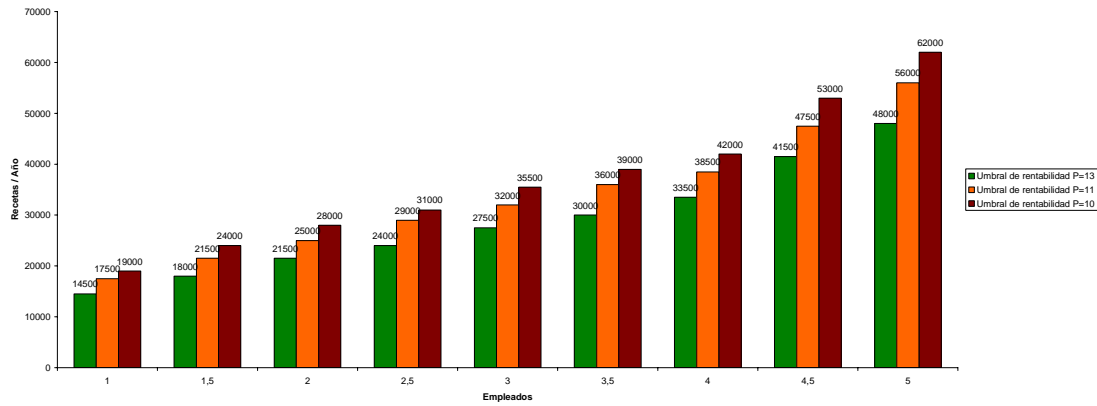
Mientras que la carga de trabajo ha aumentado un 12%, se ha producido un descenso en el margen comercial medio de las oficinas de farmacia, que se ha reducido en un 20% entre 2001 y 2010. El mayor impacto de las deducciones y mayor dificultad para cubrir los costes operativos provocan una caída del beneficio antes de impuestos en todas las oficinas de farmacia (Gráfico 8). Las farmacias más pequeñas, con menos de 18.000 recetas al año, verán reducido su beneficio por receta en cerca de un 27%, provocando la inviabilidad económica de las farmacias de este tamaño.

Gráfico 8. Efecto que la caída de los ingresos medios por receta tendría sobre la rentabilidad antes de impuestos de las oficinas de farmacia, simulaciones realizadas para ingresos medios de 13, 12 y 11 euros por receta.



Además, este proceso de disminución en el precio medio de la receta afecta directamente al umbral de rentabilidad, de tal forma que el número mínimo de recetas anuales facturadas al SNS necesarias para considerar la apertura de una oficina de farmacia pasaría de 14.500 a 17.500 (Gráfico 9). Ni siquiera, la presunta compensación establecida en el RD 9/2011 ayudaría a alcanzar el nivel mínimo necesario de rentabilidad a farmacias que no tuvieran un volumen de negocio de más de 13.000 recetas anuales. Los datos de la simulación confirma la delicada situación en la que se encuentran las oficinas de farmacias más pequeñas debido a la continua contracción del margen.

Gráfico 9. Umbral de rentabilidad en función del importe medio de la receta (P).



A esta situación debe sumarse el incremento en el volumen medio de recetas anuales tramitadas por oficina de farmacia. El mayor número de recetas tramitadas tiene como efecto el aumento de las deducciones y la necesidad de contratar a más trabajadores con el fin de mantener el nivel de servicio. El resultado final del incremento de la carga de trabajo es la caída de la rentabilidad antes de impuestos de la mayoría de las oficinas de farmacia.

2. MEDIDAS DE VIABILIDAD DEL SISTEMA

El actual modelo de prestación de servicios sanitarios está centrado en pacientes agudos. Sin embargo, la falta de atención y prevención a tiempo del paciente crónico genera una alta ineficiencia ya que el coste generado por un paciente crónico tratado como agudo es en muchos casos muy superior al coste necesario para prevenir que se llegue a una fase aguda de la patología.

A partir de la situación actual y las tendencias futuras, se deben plantear medidas destinadas a atajar las principales causas del crecimiento del gasto en medicamentos: El aumento de la esperanza de vida, el crecimiento de las patologías crónicas, el control del gasto en medicamentos en el medio hospitalario y la transferencia de rentas de los pacientes a la administración y el problema de riesgo moral. Estas medidas deben permitir operar en un entorno de demanda expansiva de medicamentos a un sector en recesión por efecto de las medidas legales.

2.1. Integración de la Oficina de Farmacia en el Sistema Nacional de Salud: Intervención Farmacéutica Especializada.

La primera medida que se ha planteado es el reforzamiento del papel de la oficina de farmacia como herramienta de monitorización del estado de salud de los ciudadanos a través del establecimiento de la intervención farmacéutica especializada. En este trabajo se ha defendido que por su capilaridad y tamaño, doblando el número de centros de atención primaria, la red de oficinas de farmacia puede jugar un papel determinante en la eficacia de políticas dirigidas a reorientar el conjunto del sistema de salud a la atención de los enfermos crónicos. En esta dirección, la potenciación de los servicios de intervención farmacéutica estaría dirigida a intentar minimizar los casos agudos en pacientes crónicos a través de una continua monitorización de ciertos indicadores de salud del paciente.

La prestación de un servicio remunerado que cubriera a un 30% de la población de enfermos crónicos en España podría llegar a generar unos ahorros superiores a 1.600 millones de euros anuales al conjunto de la economía. Esta medida beneficiaría al sistema de salud a través de la reducción de costes hospitalarios, a los pacientes mejorando su calidad de vida, a las oficinas de farmacia al poder incorporar un nuevo servicio remunerado, a los trabajadores al tener que aumentar el número de empleados para poder prestar el servicio (Tabla 1).

Tabla 1. Impacto económico anual de la intervención farmacéutica

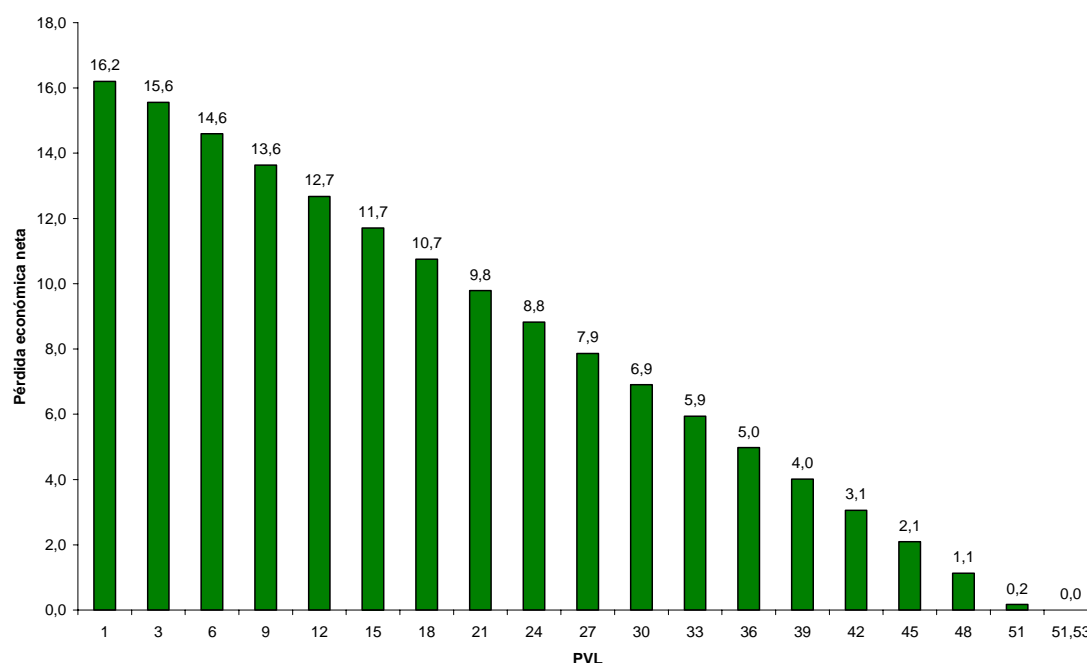
REDUCCIÓN DE COSTES HOSPITALARIOS (MILES €)	EMPLEO GENERADO EN OFICINA DE FARMACIA (MILES €)	COSTE DE LA ADMINISTRACIÓN (15 EUROS PACIENTES Y MES) (MILES €)	IMPACTO SOBRE EL BENEFICIO ANTES DE IMPUESTOS DE LA OFICINA DE FARMACIA (MILES €)	IMPACTO ECONÓMICO (MILES €)
+1.609.369	+602.385	-1.063.438	+470.642	+1.618.959

2.2. Control del Gasto en Medicamentos Hospitalario: Dispensación de Medicamentos de Diagnóstico Hospitalario en Oficinas de Farmacia.

Una segunda medida pretende incrementar el control sobre el gasto farmacéutico hospitalario, revirtiendo el proceso de derivación de medicamentos a dispensación hospitalaria. El creciente número de medicamentos dispensados en los servicios de farmacia hospitalaria está generando una elevada carga de trabajo en estos servicios y copago encubierto desde los ciudadanos al sistema nacional de salud.

El posible ahorro que consigue el Sistema Nacional de Salud al dispensar los medicamentos a través de hospitales, se obtiene a través de una fuerte ineficiencia económica provocada por el gran aumento de los costes de desplazamiento y espera que los pacientes tienen que asumir al tener que desplazarse a los hospitales que casi siempre se encuentran a mayor distancia de la residencia del enfermo que la oficina de farmacia más cercana (Gráfico 10.)

Gráfico 10. Pérdida económica neta para la sociedad en función del PVL del medicamento, en euros por unidad dispensada en Hospitales



Partiendo del supuesto que criterios clínicos permitieran que un 30% del volumen de los medicamentos dispensados en hospitales volviera a ser gestionado por oficinas de farmacia, el conjunto de la economía española ahorraría con esta medida hasta 590 millones de euros.

Los principales beneficiados de esta medida serían los pacientes y los trabajadores del sector de oficina de farmacia en el caso que se aumentara el nivel de empleo (Tabla 2).

Tabla 2. Impacto económico de la derivación hacia la oficina de farmacia de medicamentos de diagnóstico hospitalario

REDUCCIÓN DE COSTES DE DESPLAZAMIENTO Y ESPERA DE PACIENTES (MILES €)	INCREMENTO DE COSTE PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	EMPLEO GENERADO EN OFICINA DE FARMACIA (MILES €)	IMPACTO SOBRE EL BENEFICIO ANTES DE IMPUESTOS DE LA OFICINA DE FARMACIA (MILES €)	IMPACTO ECONÓMICO (MILES €)
+892.080	-389.880	+203.192	-112.254	+593.138

2.3. Corresponsabilidad del Paciente en la Moderación del Gasto en Medicamentos.

La tercera medida planteada en este trabajo busca cuantificar el problema de riesgo moral y consiste en redefinir el sistema de financiación y corresponsabilidad de consumo de medicamento. Imitando el planteamiento propuesto en Francia, la medida consistiría en que se compensara la creciente carga de trabajo en las oficinas de farmacia con una contribución por parte del paciente de 10 céntimos de euro por receta. Esta medida está dirigida a atenuar el problema de riesgo moral de ciudadanos que no son conscientes del gasto en medicamentos que están generando. El importe de la

contribución, aunque muy reducido, explicitaría el consumo farmacéutico en el comportamiento del paciente.

Suponiendo una elasticidad de la demanda de medicamentos igual a 0,1, la medida podría fomentar el consumo responsable de medicamentos y una reducción del gasto de cerca de 600 millones de euros. El efecto neto sobre la economía española sería positivo, al conseguir ahorrar cerca de 550 millones de euros (Tabla 3).

Tabla 3. Impacto económico de la compensación de 0,10 € por receta

	CONTRIBUCIÓN PACIENTE (MILES €)	REDUCCIÓN DE DEMANDA FÁRMACOS (MILES €)	DESEMBOLSO ADMINISTRACIÓN (MILES €)	IMPACTO SOBRE EL BENEFICIO ANTES DE IMPUESTOS DE LA OFICINA DE FARMACIA (MILES €)	IMPACTO SOBRE EL EMPLEO (MILES €)	IMPACTO ECONÓMICO (MILES €)
SIN CONTRIBUCIÓN DEL PACIENTE	0	0	-95.769	+95.769	0	0
CONTRIBUCIÓN DEL PACIENTE Y CONTRACCIÓN DE LA DEMANDA	-91.098	+595.497	0	+46.094	-509	+550.493

2.4. Medidas de Aumento de la Productividad de la Oficina de Farmacia.

La cuarta medida busca paliar las tensiones en el margen generadas por la gran carga de trabajo y las medidas legislativas que actualmente están soportando las oficinas de farmacia. El estudio ha analizado el impacto que medidas de fomento de la productividad pudieran tener en la rentabilidad de la oficina de farmacia.

Suponiendo una modesta subida de la productividad por empleado de un 17%, los resultados del análisis indican que la mejoría de la productividad aumentaría la rentabilidad de las oficinas de farmacia, pero provocaría una pérdida de empleo. Además, hay que indicar que las oficinas de tamaño pequeño no se verían beneficiadas por esta iniciativa al tener poco margen de maniobra para reducir su intensidad de mano de obra.

A pesar de esto, el resultado para el conjunto de la economía sería una ganancia de 83 millones de euros, por lo que las administraciones deberían participar y apoyar activamente la adopción de medidas de mejora de la productividad en las oficinas de farmacia (Tabla 4).

Tabla 4. Impacto económico de un incremento de la productividad por empleado del 17%

IMPACTO SOBRE EL BENEFICIO ANTES DE IMPUESTOS DE LA OFICINA DE FARMACIA (MILES €)	IMPACTO SOBRE EL EMPLEO (MILES €)	IMPACTO ECONÓMICO (MILES €)
+186.404	-102.767	+83.637

2.5. Eliminación de la Cobertura de Medicamentos Destinados Patologías Menores.

La última medida que se propone en el trabajo también va dirigida a paliar los efectos del problema de riesgo moral y alcanzar la máxima eficiencia económica en el acceso a los medicamentos. Consistiría en la desfinanciación de los medicamentos destinados a patologías menores de la cobertura en el sistema nacional de salud. Esta medida tiene como objeto reducir el gasto público farmacéutico sobre un conjunto de medicamentos destinados al tratamiento de patologías leves y ocasionales y de bajo coste, pero que representan un número elevado de recetas para el Sistema Nacional de Salud.

Para realizar una aproximación a los efectos de esta medida y poder cuantificarla, se plantea un ejercicio teórico sobre todos los medicamentos de PVL inferior a 2 euros. Esta medida no penalizaría a los pacientes con menores recursos económicos, siendo el impacto medio de las misma no superior al 0,2 % de la pensión mínima más baja.

Esta medida produciría unas ganancias de rentas de más de 738 millones de euros, beneficiando a las cuentas públicas a través de la reducción del gasto en medicamentos y el incremento de recaudación por IVA (Tabla 5).

Tabla 5. Impacto económico de la exclusión de la cobertura de medicamentos destinados a patologías menores (PVL inferior a 2 euros), por tamaño de oficina de farmacia

IMPACTO SOBRE EL BENEFICIO ANTES DE IMPUESTOS DE LA OFICINA DE FARMACIA (MILES €)	INCREMENTO DEL DESEMBOLSO DE LOS PACIENTES (MILES €)	REDUCCIÓN GASTO EN MEDICAMENTOS SISTEMA NACIONAL DE SALUD E INCREMENTO RECAUDACIÓN IVA (MILES €)	REDUCCIÓN DE EMPLEO POR CONTRACCIÓN DEMANDA DE MEDICAMENTOS (MILES €)	IMPACTO ECONÓMICO (MILES €)
+624.082	-521.468	+638.156	-2.674	+738.096

3. CONCLUSIONES

A modo de resumen en la Tabla 6 se muestran los efectos de las medidas para neutralizar el crecimiento en el consumo de medicamentos. En este trabajo se han descrito en primer lugar las causas estructurales del crecimiento del gasto en medicamentos en España. Las más importantes son el aumento de patologías asociadas al aumento de la esperanza de vida de la población, un sistema inadecuado de financiación que causa un problema de riesgo moral o de falta de corresponsabilidad del paciente en el control de consumo de medicamentos y finalmente la falta de control sobre el gasto en medicamentos hospitalario.

En segundo lugar, se ha descrito la situación económica actual de la oficina de farmacia, caracterizada por una caída continua de los márgenes y una presión al alza de la carga de trabajo. En tercer lugar se han planteado una serie de medidas dirigidas a atacar las causas estructurales del crecimiento del gasto en medicamentos en España y a garantizar la viabilidad del nivel de servicio y capilaridad de la red de oficinas de farmacia. Se ha analizado el impacto económico de utilizar la intervención farmacéutica como mecanismo para combatir el crecimiento de las patologías asociadas a la edad dentro de una política sanitaria enfocada a los enfermos crónicos y de larga duración. También se ha estudiado cómo combatir el problema de riesgo moral y de falta de responsabilidad en el consumo, planteando un nuevo escenario de corresponsabilización en el consumo de farmacéutico a través de la contribución por parte del paciente de 10 céntimos por receta o la eliminación de la cobertura sanitaria para medicamentos destinados a patologías menores. Además, se ha defendido la necesidad de ejercer un mayor control sobre el gasto en medicamentos hospitalario a través de la dispensación de todos los medicamentos a pacientes no hospitalizados en la oficina de farmacia, al

ser un entorno más conocido y transparente. Además de las medidas propuestas existen otras medidas planteadas en la literatura o en otros informes de análisis del gasto sanitario que con el objeto de mantener la rigurosidad de este informe no se han analizado por tener un impacto de difícil cuantificación económica o de escaso impacto sobre la viabilidad de la oficina de farmacia.

Tabla 6. Resumen del impacto económico de las distintas medidas planteadas en el informe

MEDIDA	IMPACTO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (MILES €)	IMPACTO EN LOS PACIENTES (MILES €)	IMPACTO EN EL EMPLEO (MILES €)	IMPACTO SOBRE EL BENEFICIO DE LA OFICINA DE FARMACIA (MILES €)	IMPACTO ECONÓMICO (MILES €)
INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA	+545.931	0	+602.385	+470.642	+1.618.959
DISPENSACIÓN EN OFICINA DE FARMACIA DE MEDICAMENTOS DE DH	-389.880	+892.080	+203.192	-112.254	+593.138
PAGO 0,10 €POR RECETA SIN CONTRIBUCIÓN DEL PACIENTE	-95.769	0	0	+95.769	0
PAGO 10 CÉNTIMOS POR RECETA POR PARTE DEL PACIENTE Y CONTRACCIÓN DE LA DEMANDA	+595.497	-91.098	-509	+46.094	+550.493
AUMENTO DE LA PRODUCTIVIDAD POR EMPLEADO UN 17%	0	0	-102.767	+186.404	+83.637
ELIMINACIÓN DE LA COBERTURA SANITARIA DE MEDICAMENTOS DESTINADOS A PATOLOGÍAS MENORES	+638.156	-521.468	0	+624.082	+738.096