

21 de enero de 2022

**Real Decreto xxx/año, de día de mes, por el que se modifica Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes tanto a la distribución como a la dispensación de medicamentos**

En España, según datos declarados por las comunidades autónomas, en el año 2021 hay 712 oficinas de farmacia afectadas por el índice corrector. Más de 3% de oficinas de farmacia en el territorio nacional. Éstas se concentran en los municipios de menos de 1.500 habitantes, representando más del 80% de las oficinas de farmacia totales afectadas en el territorio nacional.

Al objeto de facilitar la sostenibilidad de las oficinas de farmacia con menores ingresos en nuestro país, en el Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes tanto a la distribución como a la dispensación de medicamentos, se establece un índice corrector de las deducciones que actúa como un mecanismo, para que aquellas oficinas de farmacia afectadas, vean minoradas sus deducciones correspondientes a las recetas u órdenes de dispensación de medicamentos de uso humano fabricados industrialmente y dispensados con cargo a fondos públicos, sin que el importe derivado de la aplicación de dicho índice pueda superar a favor de la farmacia los 833, 33 euros mensuales, o bien, con la modificación que se propone la cuantía que corresponda según las actualizaciones que se realicen de la misma.

Cabe destacar que los márgenes correspondientes a la distribución y dispensación de los medicamentos se establecieron en el Real Decreto 164/1997, de 7 de febrero, por el que se establecen los márgenes correspondientes a los almacenes mayoristas por la distribución de especialidades farmacéuticas de uso humano, y en el Real Decreto 165/1997, de 7 de febrero, por el que se establecen los márgenes correspondientes a la dispensación al público de especialidades farmacéuticas de uso humano. Ambos fueron modificados por el Real Decreto 2402/2004, de 30 de diciembre, por el que se desarrolla el artículo 104 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, para las revisiones coyunturales de precios de especialidades farmacéuticas y se adoptan medidas adicionales para la contención del gasto farmacéutico. Posteriormente, tras la aprobación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios y tras las diversas modificaciones que la anterior regulación de los márgenes de los medicamentos citados había sufrido, se elaboró un real decreto único, que recogía las actualizaciones anuales exigidas por el Real Decreto 2402/2004, de 30 de diciembre. Así pues, se publicó el 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, que derogó las dos Real Decretos citados anteriores.

Lo establecido relativo a la aplicación del índice corrector de los márgenes no ha sufrido modificaciones respecto a su texto original. Sí se han visto modificados los requisitos aplicables. En el año 2011 se centraban en las oficinas de farmacia que “estén ubicadas en núcleos de población aislados o socialmente deprimidos y que sus ventas anuales totales en términos de precio de venta al público incrementado con el impuesto sobre el valor añadido, no superen los 200.000 euros en el ejercicio económico correspondiente

al año natural anterior.” Fue en el mayo de 2012 cuando se eliminó la especial consideración a núcleos de población aislados o socialmente deprimidos. Desde esa fecha, las oficinas de farmacia afectadas son aquellas que cumplen las siguientes características: a) Que sus titulares no hayan sido objeto de sanción administrativa o inhabilitación profesional ni estén excluidas de su concertación; b) Que participen en los programas de atención farmacéutica y en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos que establezca la administración sanitaria correspondiente; c) Que sus ventas anuales totales, en términos de precio de venta al público incrementado con el impuesto sobre el valor añadido, no superen los 200.000 euros en el ejercicio económico correspondiente al año natural anterior.

Tras lo expuesto, el objetivo de este real decreto es incrementar las garantías para que la prestación farmacéutica que se realiza por los farmacéuticos y las farmacéuticas de las oficinas de farmacia sitas en el entorno rural con riesgo de despoblación y en los entornos social y económicamente vulnerables siga siendo accesible y capilar a toda la ciudadanía en todo el territorio nacional, así como contribuir a evitar la despoblación en las zonas rurales. Dado el número afectado de oficinas de farmacia y ante la situación actual de la España vaciada, con una visión compartida se ha acordado la presente modificación en el seno de la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del SNS, órgano de co-gobernanza en el SNS en materia de política y prestación farmacéutica.

Cabe destacar que es una medida alineada con los objetivos del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, en concreto con la reforma 5 del componente 18 (C18.R5), denominada “Reforma de la regulación de medicamentos y productos sanitarios y mejora del acceso a medicamentos” y con el Plan ante el Reto Demográfico del Gobierno de España.

Este real decreto responde a los principios de necesidad, eficacia, proporcionalidad, seguridad jurídica, transparencia, y eficiencia, tal y como exige la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. A estos efectos se pone de manifiesto el cumplimiento de los principios de necesidad y eficacia dado el interés general en el que se fundamentan las medidas que se establecen para alcanzar el objetivo previsto. La norma es acorde con el principio de proporcionalidad al contener la regulación imprescindible para la consecución de los objetivos previamente mencionados, ya que las medidas que ahora se regulan resultan proporcionadas al bien público que se trata de proteger. Igualmente, se ajusta al principio de seguridad jurídica, siendo coherente con el resto del ordenamiento jurídico. En relación con el principio de eficiencia, este real decreto no impone cargas administrativas.

Este real decreto ha sido sometido a informe de las comunidades autónomas y de las Ciudades de Ceuta y de Melilla y ha sido informado por el Comité Consultivo y el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

La presente norma se dicta al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1.1.<sup>a</sup> y 149.1.16.<sup>a</sup> de la Constitución Española, que atribuye al Estado la competencia exclusiva para regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles

en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales, así como en materia de bases y coordinación general de la sanidad.

En su virtud, a propuesta de la Ministra de Sanidad, de acuerdo/oído el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día xx de xx de 2022,

### DISPONGO:

**Artículo único.** *Modificación del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes tanto a la distribución como a la dispensación de medicamentos.*

Se modifica el apartado 8 y se añade un nuevo apartado 10 en el artículo 2 del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes tanto a la distribución como a la dispensación de medicamentos, que quedan redactados en los siguientes términos:

“8. Con el objeto de garantizar la accesibilidad y calidad en la prestación farmacéutica que se presta por los farmacéuticos y las farmacéuticas de las oficinas de farmacia que resulten exentas de la escala de deducciones regulada en el apartado 5 de este artículo les será de aplicación a su favor un índice corrector de los márgenes de las oficinas de farmacia correspondiente a las recetas u órdenes de dispensación de medicamentos de uso humano fabricados industrialmente dispensados con cargo a fondos públicos, conforme a la siguiente escala:

Diferencial		Porcentaje	Fijo
De	A		
0,01	2.750,00	7,25	
2.750,01	5.500,00	7,75	234,27
5.500,01	8.250,00	8,25	484,69
8.250,01	10.466,66	8,75	751,26
10.466,67	12.500,00		979,16

Para la aplicación del tramo correspondiente de la mencionada escala se tendrá en cuenta la cuantía de la diferencia entre 12.500 euros y el importe de la facturación mensual correspondiente a las recetas u órdenes de dispensación de medicamentos de uso humano fabricados industrialmente dispensados con cargo a fondos públicos. Dicha facturación mensual se calculará en términos de precio de venta al público incrementado con el impuesto sobre el valor añadido. Por lo que se refiere a las presentaciones de medicamentos con precio industrial superior a 91,63 euros y a efectos de dicha facturación mensual, se excluirá de dicho cómputo la cantidad que, calculada en

términos de precio de venta al público, incluido el impuesto sobre el valor añadido, exceda del citado precio industrial.

A la diferencia entre dicha cuantía y el tramo inferior que corresponda de la mencionada escala se le aplicará el porcentaje señalado en la misma y a la cantidad resultante se le añadirá el importe fijo especificado en cada tramo de la escala. En ningún caso el importe derivado de la aplicación del índice corrector de los márgenes podrá superar, a favor de la farmacia, los 979,16 euros mensuales, pudiéndose esta cifra superar en aplicación de lo establecido en las actualizaciones recogidas en el apartado 10 del presente artículo.

Tales oficinas de farmacia deberán cumplir, además, los siguientes requisitos:

a) Que no hayan sido objeto sus titulares de sanción administrativa o inhabilitación profesional ni estén excluidas de su concertación.

b) Que participen en los programas de atención farmacéutica y en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos que establezca la administración sanitaria correspondiente.

c) Que sus ventas anuales totales, en términos de precio de venta al público incrementado con el impuesto sobre el valor añadido, no superen los 235.000 euros en el ejercicio económico correspondiente al año natural anterior.

d) Que presten servicio a núcleos de población que dispongan, como máximo, de 1.500 habitantes censados en el padrón municipal o que presten servicio en zonas consideradas como aisladas o económicamente deprimidas por la autoridad competente.

La decisión sobre el cumplimiento de los requisitos exigidos, así como la resolución de las incidencias que se produzcan al efecto, corresponderá a las distintas administraciones sanitarias competentes en materia de ordenación y/o prestación farmacéutica que establecerán el procedimiento para su aplicación. De todo ello se dará audiencia previa a la Mutualidad General de Funcionarios de la Administración Civil del Estado, a la Mutualidad General Judicial, al Instituto Social de las Fuerzas Armadas y, en su caso, al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

La cuantía derivada de la aplicación del índice corrector de los márgenes correspondiente a las administraciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, incluyendo la Mutualidad General de Funcionarios de la Administración Civil del Estado, la Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas, será la que resulte de aplicar el porcentaje que representa cada una de ellas en la facturación mensual de cada oficina de farmacia, consideradas conjuntamente. El procedimiento de gestión de dicha información se ajustará a las reglas establecidas respecto de los informes relativos a la aplicación de la escala conjunta de deducciones.”

“10. Anualmente se actualizarán los importes fijos especificados en cada tramo de la escala prevista en el apartado 8, teniendo en cuenta la evolución del índice de precios de consumo.”

#### **Disposición final primera. Título competencial.**

Este Real Decreto se dicta al amparo de lo establecido en el artículo 149.1.1.<sup>a</sup> y 149.1.16.<sup>a</sup> de la Constitución Española.

**Disposición final segunda.** *Entrada en vigor.*

Este real decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

## MEMORIA DEL ANÁLISIS DE IMPACTO NORMATIVO DEL REAL DECRETO POR EL QUE SE MODIFICA EL REAL DECRETO 823/2008, DE 16 DE MAYO, POR EL QUE SE ESTABLECEN LOS MÁRGENES, DEDUCCIONES Y DESCUENTOS CORRESPONDIENTES TANTO A LA DISTRIBUCIÓN COMO A LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS

### I. FICHA DEL RESUMEN EJECUTIVO.

<b>Ministerio/Órgano proponente</b>	Ministerio de Sanidad/Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia	<b>Fecha</b>	21 de enero de 2022
<b>Título de la norma</b>	REAL DECRETO POR EL QUE SE MODIFICA EL REAL DECRETO 823/2008, DE 16 DE MAYO, POR EL QUE SE ESTABLECEN LOS MÁRGENES, DEDUCCIONES Y DESCUENTOS CORRESPONDIENTES TANTO A LA DISTRIBUCIÓN COMO A LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS		
<b>Tipo de Memoria</b>	<input type="checkbox"/> normal <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> abreviada		
<b>OPORTUNIDAD DE LA PROPUESTA</b>			
<b>Situación que se regula</b>	<p>En España, según datos declarados por las comunidades autónomas, en el año 2021 hay 712 oficinas de farmacia afectadas por el índice corrector. Más de 3% de oficinas de farmacia en el territorio nacional. Éstas se concentran en los municipios de menos de 1.500 habitantes, representando más del 80% de las oficinas de farmacia totales afectadas en el territorio nacional.</p> <p>Al objeto de facilitar la sostenibilidad de las oficinas de farmacia con menores ingresos en nuestro país, en el <i>Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes tanto a la distribución como a la dispensación de medicamentos</i> se establece un índice corrector de las deducciones que actúa como un mecanismo, para que aquellas oficinas de farmacia afectadas, vean minoradas sus deducciones correspondientes a las recetas u órdenes de dispensación de medicamentos de uso humano fabricados</p>		

industrialmente y dispensados con cargo a fondos públicos, sin que el importe derivado de la aplicación de dicho índice pueda superar a favor de la farmacia los 833, 33 euros mensuales.

Cabe destacar que los márgenes correspondientes a la distribución y dispensación de los medicamentos se establecieron en el *Real Decreto 164/1997, de 7 de febrero, por el que se establecen los márgenes correspondientes a los almacenes mayoristas por la distribución de especialidades farmacéuticas de uso humano*, y en el *Real Decreto 165/1997, de 7 de febrero, por el que se establecen los márgenes correspondientes a la dispensación al público de especialidades farmacéuticas de uso humano*. Ambos fueron modificados por el *Real Decreto 2402/2004, de 30 de diciembre, por el que se desarrolla el artículo 104 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, para las revisiones coyunturales de precios de especialidades farmacéuticas y se adoptan medidas adicionales para la contención del gasto farmacéutico*. Posteriormente, tras la aprobación de la *Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios* y tras las diversas modificaciones que la anterior regulación de los márgenes de los medicamentos citados había sufrido, se elaboró un real decreto único, que recogía las actualizaciones anuales exigidas por el *Real Decreto 2402/2004, de 30 de diciembre*. Así pues, se publicó el *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* que derogó los dos Real Decretos citados anteriores.

Lo establecido relativo a la aplicación del índice corrector de los márgenes no ha sufrido modificaciones respecto a su texto original. Sí se han visto modificados los requisitos aplicables. En el año 2011 se centraban en las oficinas de farmacia que “estén ubicadas en núcleos de población aislados o socialmente deprimidos y que sus ventas anuales totales en términos de precio de venta al público incrementado con el impuesto sobre el valor añadido, no superen los 200.000 euros en el ejercicio económico correspondiente al año natural anterior.” Fue en el mes de mayo de 2012 cuando se eliminó la especial consideración a núcleos de población aislados o socialmente deprimidos. Desde esa fecha, las oficinas de farmacia afectadas son

	<p>aquellas que cumplen las siguientes características: a) Que no hayan sido objeto de sanción administrativa o inhabilitación profesional ni estén excluidas de su concertación; b) Que participen en los programas de atención farmacéutica y en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos que establezca la administración sanitaria correspondiente; c) Que sus ventas anuales totales, en términos de precio de venta al público incrementado con el impuesto sobre el valor añadido, no superen los 200.000 euros en el ejercicio económico correspondiente al año natural anterior.”</p>
<p><b>Objetivos que se persiguen</b></p>	<p>El objetivo de esta modificación es incrementar las garantías para que la prestación farmacéutica que se realiza por los farmacéuticos y las farmacéuticas de las oficinas de farmacia sitas en el entorno rural con riesgo de despoblación y en los entornos social y económicamente vulnerables siga siendo accesible y capilar a toda la ciudadanía en todo el territorio nacional, así como contribuir a evitar la despoblación en las zonas rurales.</p> <p>Para ello se pretende, adecuar a las necesidades actuales, la aplicación del índice corrector de los márgenes de las oficinas de farmacia que resulten exentas de la escala de deducciones.</p> <p>En concreto se plantean como medidas las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La modificación de los requisitos exigibles para participar de la aplicación de dicho índice.</li> <li>• Elevación de las cuantías fijas derivadas de la aplicación del índice corrector de los márgenes mediante la actualización del IPC.</li> <li>• El establecimiento de la actualización anual de las cuantías fijas.</li> </ul>
<p><b>Principales alternativas consideradas</b></p>	<p>Queda descartada la opción de no hacer nada, dado que esta alternativa podría afectar a la prestación farmacéutica que se lleva a cabo en los entornos rurales de España.</p>
<p><b>CONTENIDO Y ANÁLISIS JURÍDICO</b></p>	
<p><b>Tipo de norma</b></p>	<p>Real Decreto</p>



<b>Estructura de la Norma</b>	La norma se estructura en un preámbulo, un artículo único y dos disposiciones finales.
<b>Informes recabados</b>	<p>El proyecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 26 de la Ley 50/1997 de 27 de noviembre, del Gobierno, debe someterse a los siguientes informes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe del Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática.</li> <li>- Informe del Ministerio de Hacienda y Función Pública.</li> <li>- Informe del Ministerio de Defensa.</li> <li>- Informe del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital.</li> <li>- Informe de las mutualidades de funcionarios: MUFACE, MUGEJU e ISFAS.</li> <li>- Informe del Ministerio de Política Territorial.</li> <li>- Informe de la Secretaría General Técnica del Departamento.</li> <li>- Informe de las Consejerías de Sanidad de todas las comunidades autónomas y Ciudades de Ceuta y Melilla, así como del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.</li> </ul> <p>Asimismo, se recabarán los informes de los siguientes órganos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comité Consultivo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.</li> <li>- Comisión Delegada del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.</li> <li>- Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.</li> </ul> <p>Finalmente, el proyecto será dictaminado por el Consejo de Estado, de acuerdo con lo previsto en el artículo 22.3 de la Ley Orgánica 3/1980, de 22 de abril, del Consejo de Estado.</p> <p>.</p>
<b>Trámite de consulta pública previa</b>	Se ha sometido a consulta pública previa en cumplimiento del artículo 26.2 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre. Fue llevada a cabo del 20 de octubre al 8 de noviembre de 2021.

<b>Trámites de audiencia e información públicas</b>	Se prevé realizar los trámites audiencia e información pública en coherencia con el artículo 26.6 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, y el texto de esta norma se publicará en la página web de este Ministerio	
<b>ANÁLISIS DE IMPACTOS</b>		
<b>ADECUACIÓN AL ORDEN DE COMPETENCIAS</b>	La presente norma se dicta al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1. 1. <sup>a</sup> y 149.1. 16. <sup>a</sup> de la Constitución Española, que atribuye al Estado la competencia exclusiva de regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales, así como en materia de bases y coordinación general de la sanidad.	
<b>IMPACTO ECONÓMICO Y PRESUPUESTARIO</b>	Efectos sobre la economía en general.	Este proyecto normativo no tiene impacto económico sobre la economía en general, toda vez que las modificaciones previstas no producen efecto alguno en los precios de las prestaciones sanitarias, sobre el empleo o sobre la productividad de las personas trabajadoras o las empresas, o sobre los consumidores. Asimismo, el proyecto no tiene incidencia sobre la innovación.  Sí se prevé un impacto positivo en la economía de las personas titulares de las oficinas de farmacia que se vean afectadas por las modificaciones expuestas en la norma.

	<p>En relación con la competencia.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> la norma no tiene efectos significativos sobre la competencia. <input type="checkbox"/> la norma tiene efectos positivos sobre la competencia. <input type="checkbox"/> la norma tiene efectos negativos sobre la competencia.
	<p>Desde el punto de vista de las cargas administrativas</p>	<input type="checkbox"/> supone una reducción de cargas administrativas. Cuantificación estimada: _____ <input type="checkbox"/> incorpora nuevas cargas administrativas. Cuantificación estimada: _____ <input checked="" type="checkbox"/> no afecta a las cargas administrativas.
	<p>Desde el punto de vista de los presupuestos, la norma</p> <p><input type="checkbox"/> Afecta a los presupuestos de la Administración del Estado.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Afecta a los presupuestos de otras Administraciones Territoriales.</p>	<input type="checkbox"/> X Se estima un gasto de <b>124.597,15 euros/año.</b> <input type="checkbox"/> Implica un ingreso
<p><b>IMPACTO DE GÉNERO</b></p>	<p>La norma tiene un impacto de género</p>	<p>Negativo <input type="checkbox"/></p> <p>Nulo <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>

		Positivo X
<b>IMPACTO SOBRE LA INFANCIA, ADOLESCENCIA Y LA FAMILIA</b>	<p>Se prevé que el impacto sobre la infancia y la adolescencia sea positivo.</p> <p>Asimismo, se espera un impacto positivo en la familia.</p>	
<b>OTROS IMPACTOS CONSIDERADOS</b>	<p>No se prevé impacto en las personas con discapacidad.</p> <p>Se espera que el impacto sobre la salud de la población sea positivo dado los objetivos generales que persigue la norma.</p> <p>No se prevé impacto medioambiental.</p>	
<b>OTRAS CONSIDERACIONES</b>	<p>Cabe destacar que es una medida alineada, que no comprendida, con los objetivos del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, en concreto con la reforma 5 del componente 18 (C18.R5), denominada “Reforma de la regulación de medicamentos y productos sanitarios y mejora del acceso a medicamentos” y con el Plan ante el Reto Demográfico del Gobierno de España.</p>	

## MEMORIA DEL ANÁLISIS DE IMPACTO NORMATIVO DEL REAL DECRETO POR EL QUE SE MODIFICA EL REAL DECRETO 823/2008, DE 16 DE MAYO, POR EL QUE SE ESTABLECEN LOS MÁRGENES, DEDUCCIONES Y DESCUENTOS CORRESPONDIENTES TANTO A LA DISTRIBUCIÓN COMO A LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS

La presente Memoria se emite de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre, por el que se regula la Memoria del Análisis de Impacto Normativo.

### II. OPORTUNIDAD DE LA PROPUESTA.

#### 1) MOTIVACIÓN.

##### a) Causas de la propuesta

En poblaciones con una baja densidad de población, donde por planificación sanitaria no hay consultorios de salud, la oficina de farmacia puede llegar a ser el único establecimiento sanitario cercano a la población.

En España, según datos declarados por las comunidades autónomas, en el año 2021 hay 712 oficinas de farmacia afectadas por el índice corrector. Más de 3% de oficinas de farmacia en el territorio nacional.

En concreto, se desgrega esta información por comunidades autónomas:

	Número de oficinas de farmacia afectadas por el índice corrector								
	2017	2018	% Var	2019	% Var	2020	% Var	2021	% Var
<b>Andalucía</b>	129	125	-3,10%	119	-4,8%	118	-0,8%	99	-16,1%
<b>Aragón</b>	63	61	-3,17%	62	1,6%	62	0,0%	53	-14,5%
<b>Asturias</b>	2	2	0,00%	3	50,0%	2	-33,3%	2	0,0%
<b>Baleares</b>	13	13	0,00%	10	-23,1%	12	20,0%	19	58,3%
<b>Canarias</b>	0	0	0,00%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>Cantabria</b>	3	3	0,00%	3	0,0%	3	0,0%	2	-33,3%
<b>Castilla-La Mancha</b>	145	138	-4,83%	130	-5,8%	120	-7,7%	105	-12,5%

	Número de oficinas de farmacia afectadas por el índice corrector								
	2017	2018	% Var	2019	% Var	2020	% Var	2021	% Var
<b>Castilla y León</b>	242	228	-5,79%	219	-3,9%	209	-4,6%	172	-17,7%
<b>Cataluña</b>	50	51	2,00%	51	0,0%	55	7,8%	44	-20,0%
<b>C. Valenciana</b>	85	78	-8,24%	74	-5,1%	77	4,1%	67	-13,0%
<b>Extremadura</b>	40	37	-7,50%	33	-10,8%	31	-6,1%	27	-12,9%
<b>Galicia</b>	12	10	-16,67%	10	0,0%	9	-10,0%	10	11,1%
<b>Madrid</b>	28	24	-14,29%	27	12,5%	20	-25,9%	27	35,0%
<b>Murcia</b>	0	0	0,00%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>Navarra</b>	67	69	2,99%	61	-11,6%	64	4,9%	68	6,3%
<b>País Vasco</b>	2	2	0,00%	2	0,0%	2	0,0%	1	-50,0%
<b>La Rioja</b>	18	15	-16,67%	15	0,0%	16	6,7%	16	0,0%
<b>INGESA</b>	0	0	0,00%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>TOTAL NACIONAL</b>	899	856	-4,78%	819	-4,3%	800	-2,3%	712	-11,0%

En los últimos 5 años se observa una tendencia decreciente, de tal forma que el número de oficinas de farmacia afectadas por el índice corrector en los últimos 5 años es de 712 en el año 2021, 800 en 2020, 819 en 2019, 856 en 2018 y 899 en 2017.

Asimismo, en el 2021, el 80,62% (574) de las oficinas de farmacia afectadas por el índice corrector están en municipios de menos de 1.500 habitantes.

En concreto, se desgrega esta información por comunidades autónomas:

	<b>Número de oficinas de farmacia afectadas por el índice corrector en poblaciones de menos de 1.500 habitantes</b>		
	<b>Nº de oficinas de farmacia totales</b>	<b>Número de oficinas de farmacia afectadas por el índice corrector (2021)</b>	<b>% que representa</b>
Andalucía	99	73	73,74%
Aragón	53	51	96,23%
Asturias	2	2	100,00%
Baleares	19	3	15,79%
Canarias	0	0	
Cantabria	2	2	100,00%
Castilla-La Mancha	105	97	92,38%
Castilla y León	172	167	97,09%
Cataluña	44	33	75,00%
C. Valenciana	67	63	94,03%
Extremadura	27	27	100,00%
Galicia	10	4	40,00%
Madrid	27	8	29,63%
Murcia	0	0	
Navarra	68	25	36,76%
País Vasco	1	1	100,00%
La Rioja	16	16	100,00%
INGESA	0	0	
<b>TOTAL NACIONAL</b>	<b>712</b>	<b>572</b>	<b>80,34%</b>

La situación actual de la España vaciada y la necesidad de que el modelo de prestación farmacéutica a través de las oficinas de farmacia sea garantizado, provoca la modificación propuesta, con el objetivo principal de incrementar las garantías para que la prestación farmacéutica que se realiza por los farmacéuticos y las farmacias de las oficinas de farmacia sitas en el entorno rural con riesgo de despoblación y en los entornos social y económicamente vulnerables siga siendo accesible y capilar a toda la ciudadanía en todo el territorio nacional, así como contribuir a evitar la despoblación en las zonas rurales.

Así pues, esta modificación se ha tratado en el seno de la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del SNS, acordándose, por consenso, los términos de la modificación prevista.

## **b) Antecedentes**

El artículo 94 del *Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios* establece que las cuantías económicas correspondientes a los conceptos de la distribución y dispensación de los medicamentos y de los productos sanitarios y, en su caso, de las deducciones aplicables a la facturación de los mismos al Sistema Nacional de Salud serán fijados por el Gobierno, previo acuerdo de la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos, de forma general o por grupos o sectores, tomando en consideración criterios de carácter técnico-económico y sanitario.

Los márgenes correspondientes a la distribución y dispensación de los medicamentos se establecieron en el *Real Decreto 164/1997, de 7 de febrero, por el que se establecen los márgenes correspondientes a los almacenes mayoristas por la distribución de especialidades farmacéuticas de uso humano*, y en el *Real Decreto 165/1997, de 7 de febrero, por el que se establecen los márgenes correspondientes a la dispensación al público de especialidades farmacéuticas de uso humano*. Ambos fueron modificados por el *Real Decreto 2402/2004, de 30 de diciembre, por el que se desarrolla el artículo 104 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, para las revisiones coyunturales de precios de especialidades farmacéuticas y se adoptan medidas adicionales para la contención del gasto farmacéutico*. Posteriormente, tras la aprobación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios y tras las diversas modificaciones que la anterior regulación de los márgenes de los medicamentos citados había sufrido, se elaboró un real decreto único, que recogía las actualizaciones anuales exigidas por el *Real Decreto 2402/2004, de 30 de diciembre*. Así pues, se publicó el *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* que derogó los dos Real Decretos citados anteriores.

En el *Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo*, se establece, al objeto de facilitar la sostenibilidad de las oficinas con menores ingresos, un índice corrector de las deducciones, correspondiente a las recetas u órdenes de dispensación de medicamentos de uso humano fabricados industrialmente dispensados con cargo a fondos públicos, sin que el importe derivado de la aplicación de dicho índice pueda superar a favor de la farmacia los 833,33 euros mensuales.

Actualmente las oficinas de farmacia que están afectadas, son aquellas que cumplan las siguientes características:

- a) Que no hayan sido objeto de sanción administrativa o inhabilitación profesional ni estén excluidas de su concertación.
- b) Que participen en los programas de atención farmacéutica y en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos que establezca la administración sanitaria correspondiente.
- c) Que sus ventas anuales totales, en términos de precio de venta al público incrementado con el impuesto sobre el valor añadido, no superen los 200.000 euros en el ejercicio económico correspondiente al año natural anterior.

Los requisitos actualmente aplicables no son los originales dado que en el año 2011 se centraban en las oficinas de farmacia que “estén ubicadas en núcleos de población aislados o socialmente deprimidos y que sus ventas anuales totales en términos de precio de venta al público incrementado con el impuesto sobre el valor añadido, no superen los 200.000 euros en el ejercicio económico correspondiente al año natural anterior.” Fue en el mes de mayo de 2012 cuando se eliminó la especial consideración a núcleos de población aislados o socialmente deprimidos.

A excepción de los criterios, lo establecido relativo a la aplicación del índice corrector de los márgenes no ha sufrido modificaciones.

***c) Identificación de los colectivos o personas afectadas por la situación y a las que la norma va dirigida***

Este proyecto normativo se dirige de forma general a toda la población, y en particular a las personas titulares de las oficinas de farmacia afectadas por el índice corrector establecido en el artículo 2.8 del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo.

***d) ¿Por qué es el momento apropiado para hacerlo?***

MINISTERIO DE SANIDAD

La situación actual de la España vaciada y la necesidad de que el modelo de prestación farmacéutica a través de las oficinas de farmacia sea garantizado, provoca la modificación propuesta. Así pues, esta modificación se ha tratado en el seno de la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del SNS, acordándose, por consenso, los términos de la modificación prevista.

Cabe destacar que es una medida alineada con los objetivos del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, en concreto con la reforma 5 del componente 18 (C18.R5), denominada “Reforma de la regulación de medicamentos y productos sanitarios y mejora del acceso a medicamentos” y con el Plan ante el Reto Demográfico del Gobierno de España.

## 2) FINES Y OBJETIVOS PERSEGUIDOS.

El objetivo de esta modificación es incrementar las garantías para que la prestación farmacéutica que se realiza por los farmacéuticos y las farmacéuticas de las oficinas de farmacia sitas en el entorno rural con riesgo de despoblación y en los entornos social y económicamente vulnerables siga siendo accesible y capilar a toda la ciudadanía en todo el territorio nacional, así como contribuir a evitar la despoblación en las zonas rurales.

Para ello se pretende, adecuar a las necesidades actuales, la aplicación del índice corrector de los márgenes de las oficinas de farmacia que resulten exentas de la escala de deducciones.

En concreto se plantean como medidas las siguientes:

- Modifica los requisitos exigibles para participar de la aplicación de dicho índice, introduciendo como criterio a valorar aquellas oficinas de farmacia que presten servicio a núcleos de población aislados o socialmente deprimidos o bien que dispongan, como máximo, de 1.500 habitantes censados en el padrón municipal.
- Eleva las cuantías fijas derivadas de la aplicación del índice corrector de los márgenes mediante la actualización del IPC (considerando el incremento correspondiente desde octubre 2008, año de publicación del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, hasta octubre de 2021, empleando la calculadora del Instituto Nacional de Estadística que actualiza la renta con el IPC General (sistema IPC base 2016). Disponible en <https://www.ine.es/calcula/calcula.do>
- Establecer la actualización anual de los importes fijos especificados en cada tramo de la escala, teniendo en cuenta la evolución del índice de precios de consumo

MINISTERIO DE SANIDAD

### **3) ALTERNATIVAS.**

Queda descartada la opción de no hacer nada, dado que esta alternativa podría afectar a la prestación farmacéutica que se lleva a cabo en los entornos rurales de España.

Dado que lo que se pretende modificar está establecido en una norma con rango de Real Decreto, no caben más alternativas que regular los aspectos que recoge el proyecto de norma por una norma del mismo rango.

Esta propuesta normativa permite alcanzar la consecución de los objetivos descritos en el apartado anterior con el menor número de efectos indeseados y haciendo un uso óptimo de los recursos aplicados.

### **4) ADECUACIÓN A LOS PRINCIPIOS DE BUENA REGULACIÓN.**

El proyecto de Real Decreto cumple con los principios de buena regulación a los que se refiere el artículo 129 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, siendo los principios de necesidad, eficacia, proporcionalidad, seguridad jurídica, transparencia y eficiencia, en tanto que el mismo persigue el interés general al pretender incrementar las garantías para que la prestación farmacéutica que se realiza por los farmacéuticos y las farmacéuticas de las oficinas de farmacia sitas en el entorno rural con riesgo de despoblación y en los entornos social y económicamente vulnerables siga siendo accesible y capilar a toda la ciudadanía en todo el territorio nacional, así como contribuir a evitar la despoblación en las zonas rurales.

Asimismo, resulta coherente con el ordenamiento jurídico tanto nacional como europeo vigente.

Así, de acuerdo con los principios de necesidad y eficacia, la iniciativa normativa debe estar justificada por una razón de interés general, basarse en una identificación clara de los fines perseguidos y ser el instrumento más adecuado para garantizar su consecución. En este sentido, la norma viene justificada por una razón de interés general tan poderosa como es garantizar la prestación farmacéutica en los entornos rurales y en los entornos social y económicamente vulnerables en todo el territorio nacional. Además, este Real Decreto se basa en una identificación clara de los fines y objetivos perseguidos para establecer medidas que permitan alcanzarlos.

En virtud del principio de proporcionalidad, la iniciativa que se proponga deberá contener la regulación imprescindible para atender la necesidad a cubrir con la norma, tras constatar que no existen otras medidas menos restrictivas de derechos, o que impongan menos obligaciones a los destinatarios. En este aspecto, la norma es respetuosa con el principio de intervención mínima, habiéndose constatado que no existen otras medidas menos restrictivas de derechos, o que impongan menos obligaciones a los destinatarios.

Por lo que respecta al principio de seguridad jurídica, se trata de una norma con rango de real decreto que modifica a otro real decreto, cuya tramitación e integración en el ordenamiento jurídico goza de las garantías que amparan a las normas de este rango. A su vez, como garantía de este principio, esta iniciativa normativa se adopta de manera coherente con el resto del ordenamiento jurídico, nacional y de la Unión Europea.

En aplicación del principio de transparencia, se han puesto a disposición de la ciudadanía los documentos propios del proceso de elaboración de la norma, para lo que se ha sometido a consulta pública previa, del 20 de octubre al 8 de noviembre de 2021, en cumplimiento del artículo 26.2 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, y será sometido al trámite de audiencia e información pública contenido en el artículo 26.6 de la misma Ley 50/1997, de 27 de noviembre, al afectar a los derechos fundamentales e intereses legítimos de las personas.

En cuanto a la aplicación del principio de eficiencia, la iniciativa normativa evita la imposición de cargas administrativas.

Del mismo modo, durante el procedimiento de elaboración de la norma, tal y como se ha descrito en el apartado a), esta modificación se ha tratado en el seno de la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del SNS, acordándose, por consenso, los términos de la modificación prevista.

Finalmente, quedan justificados tanto en la parte expositiva del proyecto como en la memoria los objetivos que persigue esta norma.

### **III. CONTENIDO.**

El proyecto de real decreto se compone de un preámbulo, un artículo único y dos disposiciones finales.

Así pues, se detalla a continuación el contenido de la misma:

En el **artículo único** modifica el apartado 8 del artículo 2 y añade un nuevo apartado 10 en el citado artículo 2 del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes tanto a la distribución como a la dispensación de medicamentos. Fundamentalmente en tres aspectos:

- Modifica los requisitos exigibles para participar de la aplicación de dicho índice, introduciendo como criterio a valorar aquellas oficinas de farmacia que presten servicio a núcleos de población aislados o socialmente deprimidos o bien que dispongan, como máximo, de 1.500 habitantes censados en el padrón municipal.
- Eleva las cuantías fijas derivadas de la aplicación del índice corrector de los márgenes mediante la actualización del IPC (considerando el incremento correspondiente desde octubre 2008, año de publicación del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, hasta octubre de 2021, empleando la calculadora del Instituto Nacional de Estadística que actualiza la renta con el IPC General (sistema IPC base 2016). Disponible en <https://www.ine.es/calcula/calcula.do>
- Establece la actualización anual de los importes fijos especificados en cada tramo de la escala, teniendo en cuenta la evolución del índice de precios de consumo.

La **disposición final primera** se refiere al título competencial.

La **disposición final segunda** recoge la entrada en vigor de la norma al día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial del Estado.

#### IV. ANÁLISIS JURÍDICO.

A continuación, se muestra el análisis de la propuesta normativa en el ordenamiento jurídico actual.

##### 1) **Fundamento jurídico y rango normativo:**

El artículo 43 de la Constitución Española impone a los poderes públicos el deber de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, siendo este uno de los denominados principios rectores de la política social y económica, que cobran más sentido en nuestro ordenamiento jurídico por cuanto son principios informadores que orientan el sentido de la legislación y de la actuación de las Administraciones Públicas.

El Tribunal Constitucional, en diversas sentencias, se ha pronunciado sobre la efectividad del derecho a la protección de la salud contemplado en el artículo 43 de la Constitución, pues, en su condición de principio rector dirigido a orientar y determinar la actuación de todos los poderes públicos, estatales y autonómicos, obliga «a desarrollar la acción normativa que resulte necesaria para asegurar el cumplimiento de esos mandatos constitucionales» (STC 113/1989, de 22 de junio, FJ 3), es decir, a establecer las normas precisas para garantizar la organización y tutela de la salud pública a través de los medios necesarios.

Los medicamentos de uso humano, definidos como “Toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos o que pueda usarse en seres humanos o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico” en el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios conforman una de las medidas para sus fines previstos, encontrándose su dispensación regulada en la normativa estatal más relevante de nuestro país, el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio.

Así pues, en su artículo 94 se establece que las cuantías económicas correspondientes a los conceptos de la distribución y dispensación de los medicamentos y de los productos sanitarios y, en su caso, de las deducciones aplicables a la facturación de los mismos al Sistema Nacional de Salud serán fijados por el Gobierno, previo acuerdo de la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos, de forma general o por grupos o sectores, tomando en consideración criterios de carácter técnico-económico y sanitario. Estos, actualmente, se establecen en el Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, que se pretende modificar con esta norma.

Asimismo debe tenerse en cuenta el reparto competencial establecido en la Constitución, y más concretamente, en lo que aquí interesa, lo dispuesto en el artículo 148.1.20ª y 21ª (normas que ubican en la capacidad normativa de las comunidades autónomas las materias de asistencia social, sanidad e higiene), y lo establecido en el artículo 149.1.16ª CE que no solo atribuye al Estado la competencia exclusiva para determinar la legislación básica y la coordinación general de la sanidad, sino que, lógicamente, también le exige preservar la existencia de un sistema normativo nacional, que sea unívoco y que enarbole una regulación uniforme en materia de protección de la salud con vigencia en toda España. Las competencias en materia de garantías de los medicamentos y productos sanitarios, debido a la necesidad de la equidad en su acceso y al formar parte de la cartera común de servicios del SNS, son básicamente estatales siendo la prestación farmacéutica, por supuesto, competencia de las comunidades

autónomas. Así se va a estableciendo a lo largo del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio.

En cuanto al rango normativo, dado que se pretende modificar una norma con rango de real decreto, por el principio de jerarquía normativa, no queda otra opción que hacerlo mediante otro real decreto.

## **2) Congruencia con el ordenamiento jurídico nacional e internacional:**

En relación a la congruencia con el ordenamiento jurídico nacional, y tal y como se ha expuesto en el apartado II.1.b) Antecedentes, la propuesta de modificación planteada están en consonancia con la normativa nacional actual tanto sectorial como intersectorial.

La norma que se pretende modificar es el Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo.

En lo referente a la congruencia con el ordenamiento jurídico internacional cabe destacar que se respeta de forma íntegra las normativas comunitarias entre las que cabe destacar la Directiva 2001/83/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 6 de noviembre de 2001, por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos para uso humano. Es importante destacar que los objetivos que se persiguen son del ámbito competencial de los Estados Miembros.

Finalmente, cabe señalar que la proyectada norma es respetuosa con lo dispuesto en el artículo 135 de la Constitución Española, así como con la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera, que lo desarrolla, al no quedar comprometida la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud con la reforma planteada.

## **4) Entrada en vigor y vigencia:**

Se considera necesario fijar la fecha de entrada en vigor de la norma el día siguiente al de su publicación, debido al interés general que persigue y a la necesidad de aplicación inmediata de los cambios que contiene. Por ello, de conformidad con el artículo 23, párrafo segundo, de la *Ley 50/1997, de 27 de noviembre*, se considera que existen razones justificadas para no retrasar su vigencia al 2 de enero o 1 de julio siguientes a su aprobación.

MINISTERIO DE SANIDAD

## **5) Derogación de normas:**

No se derogan más normas que los propios apartados que se modifican mediante la presente norma.

## **V. ADECUACIÓN DE LA NORMA AL ORDEN DE DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS.**

La presente norma se dicta al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1. 1.<sup>a</sup> y 149.1. 16.<sup>a</sup> de la Constitución Española, que atribuye al Estado la competencia exclusiva de regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales, así como en materia de bases y coordinación general de la sanidad.

La norma que se modifica es una norma ya existente, por tanto, se es continuista en el ámbito de la legislación específica sanitaria.

Cabe destacar que las comunidades autónomas han participado de forma activa desde su diseño dado que la necesidad, así como esta modificación se ha tratado en el seno de la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del SNS, acordándose, por consenso, los términos de la modificación prevista.

Asimismo, está previsto que participen a través del Consejo Interterritorial del SNS, órgano con representación autonómica que, a su vez, también informará el proyecto.

## **VI. ANÁLISIS DE IMPACTOS.**

### **1) Impacto económico**

Desde un punto de vista general, se considera que esta norma no tiene una incidencia sobre la economía en general, al no afectar sus disposiciones al precio de los productos o servicios, no adoptarse medidas que promuevan la creación o destrucción de empleo o la modificación de las condiciones de trabajo, no incorporar medidas destinadas a promover la investigación o desarrollo de nuevas tecnologías, ni aumentar la oferta de bienes y servicios a disposición de los consumidores.

MINISTERIO DE SANIDAD



En otro orden de cosas, el proyecto de real decreto no tiene impacto sobre la competencia en el mercado, ya que no se incluye ningún aspecto que implique la utilización de alguno de los productos regulados por la norma en concreto por parte de los ciudadanos que pueda suponer una distorsión de la competencia en el mercado, posibles restricciones al acceso de nuevas empresas, o que limite la libertad de las ya existentes para competir o sus incentivos para hacerlo.

Igualmente, en relación con el posible impacto que este proyecto de real decreto tendrá, una vez aprobado, en las materias recogidas en la Ley 20/2013, de 9 de diciembre, de garantía de la unidad de mercado, señalar que el proyecto no contiene condiciones ni requisitos que tengan como efecto directo o indirecto la discriminación por razón de establecimiento o residencia de un operador económico.

No se genera tampoco ningún impacto sobre la innovación.

Sí se prevé un impacto positivo en la economía de las personas titulares de las oficinas de farmacia que se vean afectadas por las modificaciones expuestas en la norma.

A continuación, se expone el análisis realizado para determinar el impacto positivo que tendrá en la economía de las personas:

Se han considerado las cuantías fijas derivadas de la aplicación del índice corrector de los márgenes que se recogen actualmente en el Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo y se ha diferenciado por tramos de la escala las diferencias existentes tras la actualización del IPC, considerando el incremento correspondiente desde octubre 2008, año de publicación del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, hasta octubre de 2021, empleando la calculadora del Instituto Nacional de Estadística que actualiza la renta con el IPC General (sistema IPC base 2016).

Las diferencias se presentan en la siguiente tabla:

Diferencial		Porcentaje	Fijo actual	Fijo propuesto	Diferencia	Porcentaje
De	a					
0,01 €	2.750,00 €	7,25				
2.750,01 €	5.500,00 €	7,75	199,38 €	234,27 €	34,89 €	17,5%
5.500,01 €	8.250,00 €	8,25	412,50 €	484,69 €	72,19 €	17,5%
8.250,01 €	10.466,66 €	8,75	639,37 €	751,26 €	111,89 €	17,5%
10.466,67 €	12.500,00 €		833,33 €	979,16 €	145,83 €	17,5%

Así pues, las personas que se beneficien de este incremento podrán llegar a ver incrementados los importes recibidos en un 17,5% respecto a lo actual, oscilando, según el tramo de la escala en 34,89 a 145,83 euros.

## **2) Impacto presupuestario**

El presente proyecto de real decreto tiene impacto en los presupuestos de gastos e ingresos de las comunidades autónomas.

Con respecto al **presupuesto de ingresos**, cabe señalar en primer lugar que la aplicación del presente real decreto no implica la creación de ninguna tasa nueva, ni precio público.

Con respecto al **presupuesto de gastos**, debe señalarse que este proyecto normativo tiene impacto presupuestario para las comunidades autónomas y para el INGESA. Este impacto es derivado de la actualización del importe de las cuantías fijas derivadas de la aplicación del índice corrector de los márgenes que se recogen actualmente en el Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo.

Así pues, considerando el número de oficinas de farmacias afectadas con este índice y aplicando un escenario de impacto máximo, es decir, aquel que estima la aplicación de la cuantía máxima establecida, el impacto presupuestario previsto para cada comunidad autónoma y para el INGESA es el siguiente:

	<b>Número de oficinas de farmacia afectadas por el índice corrector</b>				<b>Diferencia</b>
	<b>2021</b>	Importe aplicando la cuantía fija máxima actual	<b>2021</b>	Importe aplicando la cuantía fija máxima propuesta	
<b>Andalucía</b>	99	82.499,67 €	99	96.936,84 €	<b>14.437,17 €</b>
<b>Aragón</b>	53	44.166,49 €	53	51.895,48 €	<b>7.728,99 €</b>
<b>Asturias</b>	2	1.666,66 €	2	1.958,32 €	<b>291,66 €</b>
<b>Baleares</b>	19	15.833,27 €	19	18.604,04 €	<b>2.770,77 €</b>
<b>Canarias</b>	0	0,00 €	0	0,00 €	<b>0,00 €</b>
<b>Cantabria</b>	2	1.666,66 €	2	1.958,32 €	<b>291,66 €</b>
<b>Castilla-La Mancha</b>	105	87.499,65 €	105	102.811,80 €	<b>15.312,15 €</b>

MINISTERIO DE SANIDAD

<b>Castilla y León</b>	172	143.332,76 €	172	168.415,52 €	<b>25.082,76 €</b>
<b>Cataluña</b>	44	36.666,52 €	44	43.083,04 €	<b>6.416,52 €</b>
<b>C. Valenciana</b>	67	55.833,11 €	67	65.603,72 €	<b>9.770,61 €</b>
<b>Extremadura</b>	27	22.499,91 €	27	26.437,32 €	<b>3.937,41 €</b>
<b>Galicia</b>	10	8.333,30 €	10	9.791,60 €	<b>1.458,30 €</b>
<b>Madrid</b>	27	22.499,91 €	27	26.437,32 €	<b>3.937,41 €</b>
<b>Murcia</b>	0	0,00 €	0	0,00 €	<b>0,00 €</b>
<b>Navarra</b>	68	56.666,44 €	68	66.582,88 €	<b>9.916,44 €</b>
<b>País Vasco</b>	1	833,33 €	1	979,16 €	<b>145,83 €</b>
<b>La Rioja</b>	16	13.333,28 €	16	15.666,56 €	<b>2.333,28 €</b>
<b>INGESA</b>	0	0,00 €	0	0,00 €	<b>0,00 €</b>
<b>TOTAL NACIONAL</b>	<b>712</b>	<b>593.330,96 €</b>	<b>712</b>	<b>697.161,92 €</b>	<b>103.830,96 €</b>

Por otra parte, al actualizar con el índice el criterio de ventas anuales totales, en términos de precio de venta al público incrementado con el impuesto sobre el valor añadido de 200.000 a 235.000 podría suponer un incremento de oficinas de farmacia afectadas. Suponiendo un incremento estimado en un 20%, el impacto presupuestario total estimado se presenta en la siguiente tabla:

	Número de oficinas de farmacia afectadas por el índice corrector				Diferencia	Incremento estimado por la actualización del volumen de ventas de 200.000 euros a 235.000 euros	Total
	2021	Importe aplicando la cuantía fija máxima actual	2021	Importe aplicando la cuantía fija máxima propuesta			
Andalucía	99	82.499,67 €	99	96.936,84 €	14.437,17 €	2.887,43 €	17.324,60 €
Aragón	53	44.166,49 €	53	51.895,48 €	7.728,99 €	1.545,80 €	9.274,79 €
Asturias	2	1.666,66 €	2	1.958,32 €	291,66 €	58,33 €	349,99 €
Baleares	19	15.833,27 €	19	18.604,04 €	2.770,77 €	554,15 €	3.324,92 €
Canarias	0	0,00 €	0	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Cantabria	2	1.666,66 €	2	1.958,32 €	291,66 €	58,33 €	349,99 €
Castilla-La Mancha	105	87.499,65 €	105	102.811,80 €	15.312,15 €	3.062,43 €	18.374,58 €
Castilla y León	172	143.332,76 €	172	168.415,52 €	25.082,76 €	5.016,55 €	30.099,31 €
Cataluña	44	36.666,52 €	44	43.083,04 €	6.416,52 €	1.283,30 €	7.699,82 €
C. Valenciana	67	55.833,11 €	67	65.603,72 €	9.770,61 €	1.954,12 €	11.724,73 €
Extremadura	27	22.499,91 €	27	26.437,32 €	3.937,41 €	787,48 €	4.724,89 €
Galicia	10	8.333,30 €	10	9.791,60 €	1.458,30 €	291,66 €	1.749,96 €
Madrid	27	22.499,91 €	27	26.437,32 €	3.937,41 €	787,48 €	4.724,89 €
Murcia	0	0,00 €	0	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Navarra	68	56.666,44 €	68	66.582,88 €	9.916,44 €	1.983,29 €	11.899,73 €
País Vasco	1	833,33 €	1	979,16 €	145,83 €	29,17 €	175,00 €
La Rioja	16	13.333,28 €	16	15.666,56 €	2.333,28 €	466,66 €	2.799,94 €
INGESA	0	0,00 €	0	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
<b>TOTAL NACIONAL</b>	<b>712</b>	<b>593.330,96 €</b>	<b>712</b>	<b>697.161,92 €</b>	<b>103.830,96 €</b>	<b>20.766,19 €</b>	<b>124.597,15 €</b>

Es decir, se estima un total de **124.597,15 euros/año**.

### 3) Análisis de las cargas administrativas

De acuerdo con la guía metodológica para la elaboración de la memoria del análisis de impacto normativo, se consideran cargas administrativas aquellas actividades de naturaleza administrativa que deben llevar a cabo las empresas y ciudadanos para cumplir con las obligaciones derivadas de la normativa.

Dado que el contenido del proyecto se circunscribe a actualizar cuantías y no produce innovación en los procesos administrativos actuales, no puede decirse que imponga a los ciudadanos y empresas ninguna obligación nueva para relacionarse con la Administración ni modifique las cargas actualmente existentes. Por tanto, se considera que el proyecto de real decreto no tiene efecto sobre las cargas administrativas.

#### **4) Impacto por razón de género**

Para el análisis del impacto por razón de género se ha analizado la información disponible (fecha de extracción 19 de noviembre de 2021) en el Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios del Ministerio de Sanidad.

El Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios se crea por Real Decreto 1277/2003 por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios (art. 5.1). Es de carácter público e informativo y contiene las decisiones en materia de autorizaciones de funcionamiento, modificación y, en su caso, de cierre de los centros, servicios y establecimientos sanitarios concedidas por las respectivas administraciones sanitarias de las comunidades autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía, quienes aportan la información para su actualización. El contenido y la estructura del Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios del entonces Ministerio de Sanidad y Consumo se publicó en la Orden SCO/3866/2007, de 18 de diciembre (BOE 312 de 29 de diciembre de 2007). Dicho Registro es gestionado, mantenido y actualizado por el Instituto de Información Sanitaria, actual Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación, del Ministerio de Sanidad.

Así pues, se ha analizado el género de las personas titulares de las oficinas de farmacia, siendo éstos establecimientos sanitarios.

El número de establecimientos analizados ha sido de 18.199, disponiéndose tras su análisis que el 63,98% (11.643) de las personas titulares de las oficinas de farmacia son mujeres y el 36,02% son hombres (6.556)

Tras lo expuesto, y ante las cifras comentadas, se informa que el impacto por razón de género es positivo.

Para finalizar se destaca que, de acuerdo con lo preceptuado en el artículo 26.3.f) de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, este proyecto de real decreto no contiene ningún aspecto del que puedan derivarse consecuencias negativas o de discriminación.

### **5) Impacto sobre la infancia y adolescencia**

Se valora este impacto en aplicación del artículo 22 quinquies de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Se prevé que el impacto sobre la infancia y la adolescencia sea positivo, por el impacto directo que tendrá el impacto positivo en el género.

### **6) Impacto en la familia**

Se valora este impacto en aplicación de lo dispuesto en la disposición adicional décima de la Ley 40/2003, de 18 de noviembre, de Protección a las Familias Numerosas y se considera positivo por los mismos motivos indicados en los apartados anteriores, es decir, porque tiene un impacto positivo en el género y en la infancia y adolescencia, lo que genera un impacto positivo directo en la familia.

### **7) Impacto en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad**

No se prevé impacto en las personas con discapacidad. Es decir, el impacto será nulo.

### **8) Otros impactos**

Se espera que el impacto sobre la salud de la población sea positivo dado que el objetivo general que persigue la norma es incrementar las garantías para que la prestación farmacéutica que se realiza por los farmacéuticos y las farmacias de las oficinas de farmacia sitas en el entorno rural con riesgo de despoblación y en los entornos social y económicamente vulnerables siga siendo accesible y capilar a toda la ciudadanía en todo el territorio nacional, así como contribuir a evitar la despoblación en las zonas rurales.

MINISTERIO DE SANIDAD

No se prevé impacto medioambiental y no afecta a la preservación del principio de «no causar un perjuicio significativo», DNHS, por sus siglas en inglés, “Do No Significant Harm”).”

Por otra parte, a continuación, se presenta la evaluación del cumplimiento del principio DNSH, conforme a la lista de verificación de la Guía técnica sobre la aplicación del principio de la Comisión Europea, utilizando la metodología establecida en el Reglamento del MRR.

Así pues, los objetivos que se evalúan son aquellos que requieren una evaluación sustantiva, siendo los siguientes:

- Mitigación del cambio climático
- Adaptación al cambio climático
- Uso sostenible y protección de los recursos hídricos y marinos
- Economía circular, incluidos la prevención y el reciclado de residuos
- Prevención y control de la contaminación a la atmósfera, el agua o el suelo
- Protección y restauración de la biodiversidad y los ecosistemas

En todos los objetivos medioambientales citados, los efectos estimados de las medidas comprendidas en el presente anteproyecto de Ley tienen un impacto previsible insignificante, teniendo en cuenta tanto los objetivos directos como los principales efectos directos como los indirectos a lo largo del ciclo de vida.

## VII. DESCRIPCIÓN DE LA TRAMITACIÓN.

Fue sometido al trámite de consulta pública previa a la elaboración del texto, previsto en el artículo 26.2 de la *Ley 50/1997*, a efectos de recabar la opinión de los sujetos potencialmente afectados por la futura norma, entre los días 20 de octubre y 8 de noviembre de 2021, ambos incluidos, recibándose 13 observaciones de ciudadanos y organizaciones. Las observaciones recibidas en este período de consulta pública y la valoración que de cada una de ellas se ha realizado figuran en el documento incorporado como anexo I a esta memoria.

Cabe destacar que tanto la elaboración del texto como la valoración de las alegaciones se ha desarrollado con la participación activa de las comunidades autónomas e INGESA en el seno de la Comisión Permanente de Farmacia.

Una vez redactado el texto del proyecto, al tratarse de una disposición que puede afectar a los derechos e intereses legítimos de los ciudadanos, se sustanció el trámite de información pública a través del portal web del Ministerio, en cumplimiento de lo

dispuesto en los artículos 26 de la Ley 50/1997. Dicho trámite tuvo lugar entre los días xx y xx de xxxxxx de 20xx, ambos incluidos. Las aportaciones recibidas, así como la decisión justificada sobre su aceptación o no, figuran en la tabla de observaciones incorporada como anexo I a esta memoria (pendiente de realizar).

A su vez y en el marco de las Administraciones Públicas, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 26 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, se han recabado los siguientes informes (pendiente de realizar):

- Informe de la Secretaría General Técnica del Departamento, en base al artículo 26.5, párrafo cuarto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.
- Informe de los siguientes Ministerios en base al artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre:
  - Informe del Ministerio de Hacienda y Función Pública.
  - Informe del Ministerio de Defensa.
  - Informe del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital.
- Informe de las mutualidades de funcionarios:
  - Mutualidad General de Funcionarios de la Administración Civil del Estado (MUFACE).
  - Mutualidad General Judicial (MUGEJU).
  - Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS).
- Informe del Ministerio de Política Territorial, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 26.5, párrafo sexto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.
- Informe del Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 26.9 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.
- Informe de las Consejerías de Sanidad de todas las comunidades autónomas y Ciudades de Ceuta y Melilla, así como del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

Asimismo, se recabarán los informes de los siguientes órganos:

- Comité Consultivo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- Comisión Delegada del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Finalmente, el proyecto será dictaminado por el Consejo de Estado, de acuerdo con lo previsto en el artículo 22.3 de la Ley Orgánica 3/1980, de 22 de abril, del Consejo de Estado.



La norma proyectada requerirá igualmente acuerdo previo de la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos.

## VIII. EVALUACIÓN EX POST.

Una vez analizados todos los criterios contenidos en el artículo 3.1 del Real Decreto 286/2017, de 24 de marzo, por el que se regulan el Plan Anual Normativo y el Informe Anual de Evaluación Normativa de la Administración General del Estado y se crea la Junta de Planificación y Evaluación Normativa», se concluye que en el presente caso no concurre ninguna causa que haga necesaria la evaluación normativa ex post de esta norma, y ello debido a que el proyecto:

- No supone coste o ahorro presupuestario significativo para la Administración General del Estado.
- No implica incremento o reducción de cargas administrativas para los destinatarios de la norma que resulte significativo por el volumen de población afectada o por incidir en sectores económicos o sociales prioritarios.
- No tiene una incidencia relevante sobre los derechos y libertades constitucionales.
- No plantea conflictividad previsible con las comunidades autónomas.
- No presenta impacto sobre la economía en su conjunto o sobre sectores destacados de la misma.
- No produce efectos significativos sobre la unidad de mercado, la competencia, la competitividad o las pequeñas y medianas empresas.
- No presenta un impacto relevante por razón de género.
- No tiene impacto relevante sobre la infancia y adolescencia o sobre la familia.

## **ANEXO I. TABLA DE OBSERVACIONES REALIZADAS**

### **I). OBSERVACIONES REALIZADAS EN EL TRÁMITE DE CONSULTA PÚBLICA PREVIA:**

<b>OBSERVACIONES</b>
<b>1. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA RURAL</b>
<p>En primer lugar, agradecer en nombre de SEFAR y de los farmacéuticos rurales la presente consulta pública y el apoyo recibido siempre por parte de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia. Sobre este tema en concreto, desde SEFAR, queremos hacer una serie de reflexiones. No es nueva la delicadísima situación de las farmacias ubicadas en el medio rural debido al modelo retributivo actual de nuestro sistema farmacéutico. Esta situación, unida al hecho de que es, precisamente, la farmacia rural la garante y justificación de nuestro modelo de planificación y que, en muchos casos, es el único servicio sanitario presente en estas pequeñas poblaciones nos ha sido siempre difícilmente entendible. Desde SEFAR acogimos con entusiasmo la publicación del RDL 09/2011 en cuanto a que suponía, por primera vez, el reconocimiento de la difícil situación económica de determinadas oficinas de farmacia y, aunque consideramos que los criterios establecidos no eran los más adecuados, nos pareció (y así lo manifestamos) un gran primer paso. No ocultaremos que la posterior modificación del RDL 16/2012 eliminando la especial consideración a núcleos de población aislados o económicamente deprimidos nos sorprendió negativamente. Es habitual que, a la hora de afrontar la problemática de la farmacia rural, se maneje únicamente la vertiente económica entendiendo ésta, además, como un mero dato de facturación, pero lo cierto es que el ejercicio en el mundo rural conlleva una serie de penalidades que no son tan conocidas como: - Elevado número de servicio de guardia (hasta 6 meses/año) - Imposibilidad de contratar personal en caso de enfermedad, vacaciones o bajas por maternidad. - Ausencia casi absoluta de servicios básicos: bancos, comercios, colegios, etc. que acarrear grandes gastos no deducibles para estas farmacias. - Lejanía con respecto a centros hospitalarios, etc. Estas circunstancias hacen que a la precariedad económica se una la precariedad personal al no poder gozar, estos compañeros, de una mínima conciliación familiar y profesional. Y estas circunstancias, además, plantean el grave problema (al que ya asistimos) de que no existe un relevo generacional en estas oficinas de farmacia poniéndose en peligro la igualdad, equidad y cohesión de nuestro sistema sanitario en el futuro. Por todo lo anterior, porque desde SEFAR estamos convencidos de que la farmacia rural es esencial en nuestras poblaciones y que es indispensable hacerla atractiva de cara a asegurar su relevo generacional proponemos se tomen las siguientes medidas:</p>

MINISTERIO DE SANIDAD

### Requisitos exigibles para la aplicación del índice corrector

Teniendo en cuenta que, con el articulado actual, se favorece más a otra tipología de oficinas de farmacia que a las ubicadas en el medio rural (altamente dependientes de la facturación al SNS) proponemos los siguientes requisitos:

- a/ Que no hayan sido objeto de sanción administrativa o inhabilitación profesional ni estén excluidas de su concertación.
- b/ Que participen en los programas de atención farmacéutica y en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos que establezca la administración sanitaria correspondiente.
- c/ Que su facturación anual al SNS, en términos de precio de venta al público incrementado con el impuesto sobre el valor añadido, no supere los 300.000 euros en el ejercicio económico correspondiente al año natural anterior.
- d/ Que dichas oficinas de farmacia se encuentren situadas en poblaciones inferiores a los 1.500 habitantes o en zonas consideradas como aisladas o económicamente deprimidas por la autoridad competente.

Elevación de las cuantías fijas derivadas de la aplicación del índice corrector: Teniendo en cuenta que los gastos fijos mínimos de estas oficinas de farmacia son de 1.599,62€ (según estudio de SEFAR) consideramos necesario doblar las cuantías actuales de acuerdo a la siguiente tabla (o similar)

Diferencial De A	Porcentaje Fijo	0,01	5.000	8%	-----	5.000,01	10.000	8,6%	400,40	10.000,01	15.000	8,9%	834,16	15.000,01	20.000	7,7%	1283,3	20.000,01	25.000	-----	1666,66	
Dichas cantidades deberían ser incrementadas anualmente en función del IPC y los importes podrían obtenerse a través de la recaudación del RDL 5/2000 o cualquier otro fondo establecido por la Administración y en el que participase el sector farmacéutico.																						

También consideramos necesario eximir a esta tipología de oficinas de farmacia de los descuentos aplicados a partir del RDL 8/2010.

### **Tras analizar las aportaciones, se considera que:**

1. En relación a la propuesta de requisitos: se acepta parcialmente.

Los apartados a y b) se encuentran actualmente recogidos en la normativa vigente y se mantienen en la propuesta. En relación al criterio c) SEFAR propone elevar la facturación anual de 200.000 a 300.000, lo que se acepta parcialmente, y se procede a considerar la elevación de la aplicación de la evolución del índice de precios de consumo, es decir, se elevaría un 17,5% y el resultante sería de 235.000 euros. En relación al criterio d) se acepta, enfocándose a núcleos de población en lugar de poblaciones.

Según la definición del INE, se considera núcleo de población a un conjunto de al menos diez edificaciones, que están formando calles, plazas y otras vías urbanas. Por excepción, el número de edificaciones podrá ser inferior a 10, siempre que la población que habita las mismas supere los 50 habitantes. Se incluyen en el núcleo aquellas edificaciones que, estando aisladas, distan menos de 200 metros de los límites exteriores del mencionado conjunto, si bien en la determinación de dicha distancia han de excluirse los terrenos ocupados por instalaciones industriales o comerciales, parques, jardines, zonas deportivas, cementerios, aparcamientos y otros, así como los canales o ríos que puedan ser cruzados por puentes.

Las edificaciones o viviendas de una entidad singular de población que no pueden ser incluidas en el concepto de núcleo se consideran en diseminado.

Una entidad singular de población puede tener uno o varios núcleos, o incluso ninguno, si toda ella se encuentra en diseminado. Ninguna vivienda puede pertenecer simultáneamente a dos o más núcleos, o a un núcleo y un diseminado.

2. En relación a la elevación de las cuantías fijas derivadas de la aplicación del índice corrector: se acepta parcialmente.

En la propuesta de texto del real decreto, se han considerado las cuantías fijas derivadas de la aplicación del índice corrector de los márgenes que se recogen actualmente en el Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo y se ha diferenciado por tramos de la escala las diferencias existentes tras la actualización del IPC, considerando el incremento correspondiente desde octubre 2008, año de publicación del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, hasta octubre de 2021, empleando la calculadora del Instituto Nacional de Estadística que actualiza la renta con el IPC General (sistema IPC base 2016). Esto supone un incremento de un 17,5% en todas las cuantías.

3. En relación a eximir a esta tipología de oficinas de farmacia de los descuentos aplicados a partir del RDL 8/2010: no se acepta.

Se considera que, con la modificación propuesta del real decreto, en lo relativo a incrementar los importes fijos en cada tramo de la escala, se consigue minimizar el impacto de estos descuentos en las oficinas de farmacia. Cualquiera otra aproximación afectaría a la linealidad y uniformidad de todo sistema actual de facturación y pago. De cualquier forma, la normativa vigente protege a las oficinas de farmacia más desfavorecidas, ya que el primer tramo de deducción comienza con facturación de 37.500 €/mensuales. Por otra parte, esta medida introduciría una distorsión importante en su aplicación ya que entenderíamos que se eximiría a todas las oficinas de farmacia susceptibles de recibir el índice corrector de los márgenes, con independencia de que lo reciban o no en función de su volumen mensual de facturación. Por otro lado, la aplicación en el mes en curso sería de difícil ejecución ya que la resolución sobre la identificación de las OF con índice corrector de márgenes en un año no se cuenta con ella hasta marzo-abril.

Por tanto, no se aceptan la propuesta de eximir a las OF subsidiarias de aplicación del IC de los descuentos contemplados en el artículo 8 del RDL 8/2010.

## 2. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA CLÍNICA, FAMILIAR Y COMUNITARIA

Desde SEFAC estamos de acuerdo en el problema que se pretende solucionar con la nueva norma, de la necesidad y oportunidad de su aprobación, así como en parte de su objetivo. También pensamos que son necesarias medidas adicionales para evitar este problema, que pasan por la modificación de las leyes de ordenación farmacéutica de nuestro país y su desarrollo en relación con la prestación de servicios farmacéuticos profesionales asistenciales. Es decir, compartiendo el objetivo de la norma creemos que la forma de alcanzarlo podría ser incluyendo otras medidas que complementen a las propuestas actuales de adecuar a las necesidades actuales la aplicación del índice corrector de los márgenes de las farmacias que resulten exentas de la escala de deducciones. El índice corrector no deja de ser un instrumento que permite minimizar el impacto de otras medidas que se aplican al resto de farmacias y que ya de por sí son responsables directas de la viabilidad económica de las farmacias, si bien, aunque en algunos casos puede permitir la sostenibilidad de las farmacias, no constituye en sí una medida activa que permita solucionar la problemática existente ni alcanzar el objetivo que se plantea, que no es otro que el hacer viable la prestación farmacéutica tanto en el entorno rural con riesgo de despoblación como en los entornos social y económicamente vulnerables, así como contribuir a evitar la despoblación en las zonas rurales. Las medidas deberían contribuir no solo al objetivo indicado en la norma, sino también a minimizar el número de farmacias VEC (viabilidad económica comprometida). La subvención tiene sentido cuando otras medidas no han dado sus resultados, algo que creemos que todavía no se ha producido en relación con estas farmacias y su entorno. Creemos que las medidas deberían ir orientadas principalmente a: a) Mejorar la prestación de servicios profesionales farmacéuticos de forma que estas farmacias aporten un valor añadido a la población rural y de entornos social y económicamente vulnerables a la que atiendan, permitiendo a su vez la generación de empleo y evitando la despoblación en las zonas rurales. b) Fortalecer la sostenibilidad de estas farmacias mediante: - La eliminación de los descuentos aplicados a éstas por la legislación vigente. - La retribución de los servicios sanitarios prestados por éstas en su entorno. Desde nuestra sociedad creemos que la forma en que se pague a un profesional condiciona la aportación que éste realiza al pagador, por lo que es importante que las medidas pasen en la medida de lo posible primero por la retribución y no por la subvención, así como por retribuir aquello que se puede medir y que aporta valor a la salud del ciudadano, no solo logísticamente sino también en términos de salud, mediante el uso de variables o indicadores

intermedios en la atención sanitaria. La realidad sanitaria rural de las zonas más despobladas, que son donde están la mayoría (>90 %) de las farmacias VEC muestra las siguientes debilidades:

- Población envejecida y sobre-envejecida (30 % población mayor de 65 años y 15 % mayores de 80 años), a menudo viviendo solos o parejas frágiles, cuyo gasto sanitario per cápita es el séxtuple (203 € vs 1.255 €) respecto a población menor de 44 años. - Cobertura sanitaria pública limitada, con centros de salud en cabeceras de comarca y consultorios locales con apertura limitadas, quedando el farmacéutico como único profesional sanitario de referencia de forma permanente. - Dificultad de acceso al nivel hospitalario, incluyendo el acceso a medicamentos hospitalarios que obligan a desplazamientos de largo recorrido (>30 km). La evidencia científica nos indica que solo con la dispensación de medicamentos no se puede hacer frente a los problemas derivados de la utilización de los medicamentos y productos sanitarios (falta de adherencia, polimedicación, sobreuso, efectos adversos, etc.) y que son necesarios otros servicios farmacéuticos complementarios para conseguir mejorar su uso y prevenir la morbimortalidad causada por el uso de medicamentos y productos sanitarios causada por éstos. Estos servicios son los llamados servicios profesionales farmacéuticos asistenciales (SPFA), tal como se realiza en otros países desarrollados con gran éxito y tal como planteó la AIReF (Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal) en su último informe sobre la partida farmacéutica. A su vez, el farmacéutico comunitario como profesional sanitario es un agente de salud que puede y debe colaborar con el resto de profesionales sanitarios en las actividades de salud pública (prevención de la enfermedad, educación y promoción de la salud), especialmente en los entornos en los que éstos escasean o sencillamente no existen. Es por esta razón que desde las farmacias VEC también se puede llevar a cabo la provisión de SPFAs relacionados con la salud comunitaria. En este sentido los SPFA que pueden aportar una mejora de calidad de vida a los pacientes rurales son: - Mejora del acceso a medicamentos de ámbito hospitalario: actualmente a los pacientes rurales se les obliga a desplazarse largas distancias en su búsqueda o en el mejor de los casos se les envía mediante un repartidor que no puede atender la dispensación - Mejora de la adherencia: identificación de perfiles de pacientes no adherentes, Revisión del uso de los medicamentos (RUM), educación sanitaria y preparación de sistemas personalizados de dosificación (SPD). - Optimización de la farmacoterapia mediante Seguimiento del tratamiento farmacológico. - Cribado de patologías frecuentes y relevantes de forma complementaria a los centros de salud: diabetes, hipertensión, cáncer de colon, COVID-19... - Seguimiento de pacientes con patologías crónicas: hipertensión, diabetes e hipercolesterolemia, ya que son algunas de las enfermedades crónicas más prevalentes entre la población anciana. Por último, carece de sentido aplicar descuentos (por el RD 8/2010) a la facturación de farmacias de viabilidad económica comprometida y después compensarles con una subvención.

Propuestas, En resumen, se plantea añadir a las medidas ya indicadas para los casos en que las medidas que proponemos no hayan dado sus frutos, las siguientes:

- Establecimiento de una cartera de SPFA para las farmacias VEC que permita solucionar necesidades sanitarias de su entorno y permitan hacer viable su subsistencia.
- Establecimiento del sistema retributivo adicional al de la dispensación que permita la facturación de la prestación farmacéutica por dichos SPFA.

SEFAC se brinda a colaborar en el desarrollo de estas propuestas con el fin de que sean una realidad aplicable en estas farmacias

**Tras analizar las aportaciones, se considera que:**

No se aceptan dado que no son objeto de esta modificación.

### 3. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS

Este Consejo General ha tenido conocimiento del Proyecto de modificación del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes tanto a la distribución como a la dispensación de medicamentos (en adelante, el "Proyecto"), sometido por el Ministerio de Sanidad a consulta pública previa. Por medio del presente escrito, y dentro del plazo establecido para ello, se efectúan las siguientes consideraciones: I. Consideraciones de carácter general sobre los problemas que se pretenden solucionar y la necesidad y oportunidad del Proyecto El Proyecto tiene por objetivo garantizar la labor que llevan a cabo las farmacias sitas en zonas rurales en riesgo de despoblación y en los entornos social y económicamente vulnerables, labor que permite una atención sanitaria accesible y capilar para todo el territorio. El documento señala acertadamente que estas farmacias constituyen, además, un elemento vertebrador frente a los procesos de despoblación de los territorios rurales. Para este objetivo, el Proyecto plantea adecuar la aplicación del índice corrector de los márgenes de las farmacias exentas de la escala de deducciones fijado por el art. 2.8 del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo (en adelante, el "RD 823/2008"), modificando los requisitos exigibles para participar en la aplicación del índice, elevando las cuantías fijas derivadas de su aplicación mediante la actualización del IPC y el establecimiento de una actualización anual de las cuantías fijas Este Consejo General comparte las consideraciones que se realizan en el Proyecto respecto a la especial trascendencia de las farmacias comunitarias que atienden a

la población de zonas deprimidas, siendo estas el primer eslabón de la cadena sanitaria y -en muchas ocasiones- el único agente sanitario al que tiene acceso permanente la población de áreas rurales. La importancia de todos los establecimientos que conforman la red de farmacias comunitarias de España no desvirtúa el hecho de que, en determinados entornos rurales, la farmacia comunitaria tenga una importancia singular. Así, éstas desempeñan una labor fundamental garantizando no sólo el acceso a los medicamentos y otros productos de salud, sino actuaciones adicionales en materia de atención sociosanitaria y vigilancia de la salud pública a los habitantes de entornos aislados y afectados por el declive poblacional, zonas que, por otra parte, padecen un envejecimiento poblacional más acusado que las zonas urbanas, y un nivel de pobreza muy superior. Por otra parte, estos establecimientos sanitarios constituyen un elemento de cohesión social y de desarrollo, actuando como factor de arraigo y fijando a sus habitantes, lo cual tiene un impacto marcadamente positivo de cara a afrontar el reto demográfico español. Consecuentemente, entendemos como una iniciativa positiva el que se estudien medidas específicas para salvaguardar este tipo de farmacias, adoptándose iniciativas tendentes a garantizar su funcionamiento y viabilidad económica. Es vital, por ello, que esta reforma fortalezca de forma efectiva y sostenible la solvencia y calidad de la red de farmacias rurales, a fin de mantener el nivel de excelencia del modelo farmacéutico español, en el que uno de los principales pilares de su éxito reside en el acceso equitativo (en cuanto al precio y en cuanto al abastecimiento) a los medicamentos en todo el territorio. Debe ponerse de relieve que las farmacias rurales se enfrentan, en muchas ocasiones, a situaciones de vulnerabilidad derivadas de su aislamiento y la despoblación del área donde radican. Vulnerabilidad que se manifiesta tanto desde una perspectiva económica -sobre la que incidiremos más adelante- como desde una perspectiva profesional: la situación de las farmacias rurales comporta la obligación de prestar un servicio permanente (el cual implica un elevado número de guardias, que no suponen una remuneración adicional) y una dificultad para incorporar tecnologías presentes en las farmacias urbanas (receta electrónica, etc.) y para actualizar los conocimientos de sus profesionales por medio de actividades presenciales. En ese sentido, la actualización del marco aplicable a este tipo de establecimientos sanitarios debe llevarse a cabo avanzando hacia un modelo de planificación que aborde los problemas descritos y que concilie las necesidades sanitarias de la población con la viabilidad económica y profesional de las farmacias comunitarias que prestan un servicio rural y que constituyen un recurso estratégico para la Administración, no solo desde el ya señalado prisma de la accesibilidad del medicamento, del resto de productos de salud y de la atención sanitaria a toda la población, sino también como una extensa red de detección de problemas de salud pública. Los poderes públicos, por tanto, deben procurar el mayor grado de viabilidad económica de las farmacias rurales, asegurando el mantenimiento de un nivel de rentabilidad que redunde en un alto estándar de calidad en la prestación de sus servicios sanitarios y, como venimos señalando, de carácter social. Con mayor razón si cabe, si tenemos en cuenta que estos establecimientos son especialmente sensibles a cualquier medida adoptada por el SNS (al tener una rentabilidad más estrecha y depender, en mayor



medida, del sistema público que las farmacias urbanas), habiendo recibido un impacto especial de las medidas de recorte del gasto que se han venido implementando a lo largo de los años y que han ido reduciendo el margen legal inicialmente establecido. II. Consideraciones sobre las medidas concretas que se plantean en el Proyecto Respecto a la modificación de los requisitos exigibles para la aplicación del índice corrector, que se propone como medida protectora de las farmacias rurales en el Proyecto, debe señalarse que, como se indica en el documento del Proyecto, la redacción primigenia del art. 2.8 del RD 238/2008 establecía como requisito el que las farmacias a las que se aplicará el índice corrector se hallasen ubicadas en “núcleos de población aislados o socialmente deprimidos”, el cual fue suprimido por medio del 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. La supresión de este requisito de aislamiento o depresión del territorio ha permitido incorporar dentro de la aplicación del índice corrector a un número de farmacias con un nivel de ingresos reducidos que no se sitúan en entornos aislados o deprimidos. Debe tenerse en cuenta que, como se extrae de las afirmaciones contenidas en el Proyecto, el 80 % de las farmacias afectadas por el índice corrector se encuentran en municipios de menos de 1.500 habitantes, lo que apunta a que el 20 % restante, situadas en municipios mayores, también se encuentran en una situación económica similar A este respecto, dentro de este 20 % de farmacias VEC afectadas por el índice existen muchas farmacias que prestan un servicio a población que, si bien, no está situada en un entorno de aislamiento propio del criterio de ruralidad de los municipios menores de 1.500 habitantes fijado en el documento del Proyecto, puede estar situada en entornos deprimidos o de otras características sociogeográficas en el que reside población especialmente vulnerable (personas mayores, en situación de dependencia, en riesgo de exclusión social, drogodependientes, etc.) para la que la atención farmacéutica supone un elemento central para su salud, por lo que desempeñan también un importante papel de cohesión social. Es por ello vital el que continúen beneficiándose del índice corrector y, por tanto, no se vean abocadas a un probable cierre que perjudicaría sensiblemente a la población que recibe su atención. Ello hace que este Consejo General deba poner de relieve que es indispensable que el índice corrector se siga aplicando a todas las farmacias que actualmente se benefician de ello, sin distinción de dónde se sitúen, y que las modificaciones que se lleven a cabo en el mismo (actualización de acuerdo con el IPC, actualización de las cuantías fijas) les sea de aplicación, pues su existencia tiene asimismo una importancia capital en la salud de colectivos vulnerables.

Sin perjuicio de ello, y aun considerando, como se ha expuesto, pertinente la modificación emprendida en mayo de 2012, y mediante la que se permitió la aplicación del índice corrector a toda farmacia VEC, en virtud de la especial problemática que -como se ha puesto de manifiesto presentan las farmacias rurales, en el que no sólo confluyen los intereses puramente sanitarios sino, adicionalmente, otros relacionados con el reto demográfico, este Consejo General considera que el Proyecto debería estudiar el

impulso de medidas de protección reforzadas para garantizar la viabilidad de estos establecimientos sanitarios. A razón de lo anterior, este Consejo General entiende que, para las farmacias situadas en determinados entornos rurales y cuya viabilidad económica resulte comprometida, no solo procede actualizar las cantidades del índice corrector de acuerdo con el IPC o la actualización de las cuantías fijas -propuestas que deben afectar a toda farmacia que reúna los requisitos de viabilidad económica, con independencia de dónde se sitúe.

Además de estas medidas generales, consideramos que resultaría positivo de cara a cumplir el objetivo del Proyecto, que se sopesase la introducción de modificaciones más ambiciosas para aquellas farmacias que reúnan los requisitos para la aplicación del índice corrector (farmacias VEC) y que, además, se encuentren en determinados entornos rurales, por ejemplo, mediante la aplicación de un índice corrector diferenciado para éstas, en el que los tipos de su escala fuesen superiores y pudiese compensar parte de los gastos fijos de estas farmacias rurales. Para ello, en primer lugar, entendemos que el Proyecto deberá abordar la definición de farmacia rural, apoyándose en una serie de parámetros territoriales y poblacionales que debe reunir el núcleo poblacional donde se encuentre situada este tipo de farmacia. A tal efecto, el Proyecto se refiere a “municipios de menos de 1.500 habitantes”, donde sitúa al 80,62 % de farmacias VEC. A este respecto, resulta importante señalar que las demarcaciones municipales en muchas ocasiones incluyen diferentes núcleos urbanos, a veces aislados entre sí, lo que puede implicar que una farmacia comunitaria situada en un municipio con más de 1.500 habitantes preste servicios sanitarios a un núcleo de población - criterio empleado por el RD 823/2008 en su redacción anterior- aislado, cuya población no tenga acceso a otro tipo de atención sanitaria. En consecuencia, entendemos que, de cara a elaborar una escala reforzada para las farmacias VEC situadas en determinados entornos rurales podría ser más adecuado tomarse en consideración el núcleo de población, el cual arroja una imagen más precisa sobre la naturaleza del entorno en el que se encuadra la farmacia. Por otra parte, debe ponerse de relieve que la cifra de 1.500 habitantes podría resultar exigua si se atiende al criterio empleado por otras normas. Por ejemplo, la Ley 2/2021, de 7 de mayo, de Medidas Económicas, Sociales y Tributarias frente a la Despoblación y para el Desarrollo del Medio Rural en Castilla-La Mancha emplea como referencia para determinar la ruralidad de un entorno cuando la población es inferior a 2.000 habitantes. Una vez tratada esta cuestión, queremos poner de relieve que la aplicación de una escala reforzada como la que se propone desde este Consejo General debería ir destinada a soportar una parte de los gastos fijos de las farmacias VEC que se encuentran en este tipo de entornos rurales, lo que ayudaría a garantizar la viabilidad de aquellos establecimientos que se encuentren en una situación, donde generalmente, las inversiones (como, por ejemplo, las relativas a determinados servicios tecnológicos) son más complicadas. En este sentido, debe tenerse en cuenta que según existen estudios que sitúan los gastos fijos medios de una farmacia rural en torno a los 15.000 euros al año, lo cual implica que la introducción de una medida que soportase parte de esos gastos fijos en una

farmacia comunitaria no supondría un gasto desorbitado al SNS, mientras que sí que sería una medida efectiva a efectos de alcanzar los objetivos fijados por el Proyecto.

En definitiva, se trata de valorar la aplicación de un índice corrector “ampliado” o “reforzado” a las farmacias VEC situadas en determinados entornos rurales. De esta forma, debería contemplarse en el RD que se pretende modificar, un sistema que, sin dejar de proteger a otro tipo de farmacias VEC cuya importancia por situarse en otro tipo de entornos con necesidades especiales (por ejemplo, socialmente deprimidos), asegure de manera reforzada la prestación de un servicio de la máxima calidad en las farmacias de determinados entornos rurales, dada su vital importancia no sólo desde el punto de vista sanitario, sino también, como vertebrador del territorio. Además de lo ya expuesto, este Consejo General entiende que las medidas referidas en el Proyecto a fin de proteger y garantizar las funciones desempeñadas por las farmacias rurales presentan un gran margen para su ampliación, más allá de la modificación del índice corrector. Debe, además, señalarse que muchos de los problemas de los que adolecen las farmacias rurales no son exclusivos de aquellas con un bajo nivel de ingresos, sino que afectan a todas las farmacias ubicadas en entornos rurales con independencia de su facturación; y entre los que se encuentra el exceso de guardias, la falta de conciliación, la dificultad de acceso a las tecnologías y a los programas de formación y, en definitiva, el aislamiento y los perjuicios que conlleva. De este modo, existen otras iniciativas, además de la modificación del art. 2.8 del RD 823/2008, que deberían estudiarse por la Administración. Entre estas, destaca la necesidad de avanzar hacia un modelo que prevea la aplicación de incentivos fiscales y remuneraciones para los servicios farmacéuticos de urgencia y los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales (SPFA) que se desarrollan por las farmacias de este tipo de entornos rurales y sobre los que se debería potenciar su desarrollo, en beneficio de la población a la que atienden. Entre estos servicios profesionales farmacéuticos asistenciales (SPFA), que deben ser objeto de concierto con las administraciones competentes, se incluyen tanto programas de seguimiento farmacoterapéutico continuado, adherencia, sistemas personalizados de dosificación, revisión del uso de la medicación o de su botiquín o conciliación de la medicación al alta hospitalaria, como la participación en programas y actividades relacionados con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Entre estos últimos, nos referimos a programas que favorezcan el envejecimiento saludable, ejercicio físico, cribados de enfermedades, prevención de la malnutrición, etc. También a otros como los relacionados con políticas de protección a las mujeres (salud sexual y reproductiva, nutrición en diversas etapas como embarazo, lactancia o menopausia, etc.), o a la población infantil (vacunación infantil, promoción de la alimentación saludable, prevención del sobrepeso y obesidad, ambientes saludables para niños, etc.) incluso a la población joven y adolescente (campañas de conductas sexuales saludables, anticoncepción, prevención del alcoholismo, cesación tabáquica, etc.). En cuanto a actuaciones en el ámbito de servicios sociales y con el propósito de mejorar la eficacia y alcance de los programas sociales de estas zonas rurales, se debería aprovechar la capacidad de las farmacias para

impulsar por parte de las Administraciones correspondientes la colaboración estos establecimientos sanitarios en la labor de detección de personas en riesgo de vulnerabilidad y atención social y la colaboración con distintos organismos, la asistencia a drogodependientes, la detección de situaciones de abandono o soledad de personas mayores, la detección de negligencia en los cuidados y violencia en el ámbito familiar o asistencial, la asistencia a población inmigrante, la detección de personas y familias en riesgo de exclusión social o la asistencia a mujeres víctimas de violencia de género y/o violencia sexual. En definitiva, las farmacias de estos entornos rurales son establecimientos sanitarios especialmente propicios para proporcionar, más allá de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios, una serie de servicios que proporcione una atención integral a la población residente -en especial, a los colectivos más frágiles y vulnerables- que redunde en una mejora del bienestar y la calidad de vida en las zonas rurales. Estos servicios se deberían realizar en la propia farmacia o, para determinadas situaciones de dependencia o vulnerabilidad, en el domicilio de las personas usuarias que vivan en zonas aisladas (atención farmacéutica domiciliaria). De este modo, los residentes en este tipo de entornos rurales, especialmente aquellos más vulnerables, aun incluso residiendo en núcleos que no disponen de farmacia ni botiquín, tendrían asegurada la dispensación domiciliaria y la prestación de estos servicios asistenciales por farmacias de la misma zona, cuya viabilidad económica se vería ampliamente reforzada mediante la prestación de este tipo de servicios. Igualmente, las farmacias rurales deberían ser incorporadas dentro de los instrumentos de apoyo que se han venido poniendo en marcha para el desarrollo sostenible del medio rural, y en especial, garantizándose su acceso a fondos destinados a proyectos de innovación tecnológica, que garanticen que las farmacias rurales cuentan con medios equiparables a aquellos de los que se disponen en farmacias situadas en núcleos de mayor población y que permitan que la población rural cuente con una atención de idéntica calidad que la población urbana. Por lo tanto, apoyándose en el papel que juega la farmacia comunitaria en estos entornos, las diferentes acciones y actuaciones que se han citado mejorarían de forma integral la atención, el cuidado, el bienestar y el nivel de calidad de vida de la población residente, especialmente la de las personas mayores, los niños, jóvenes y adolescentes, las mujeres o las personas más frágiles o dependientes, al tiempo que se contribuiría de forma definitiva a garantizar la viabilidad y supervivencia de las farmacias de estos entornos (lo que disminuiría, sin duda, su necesidad de acudir al índice corrector), contribuyendo a mantener y generar empleo y que sus habitantes sigan teniendo a su disposición la atención sanitaria que ofrecen. De todo ello derivaría un mayor grado de cohesión social, un mayor y mejor acceso a los servicios asistenciales y de protección social y un mayor arraigo y fijación de la población en estos entornos, contribuyendo de forma significativa a la lucha contra la despoblación y el reto demográfico.

Por último, este Consejo General considera que deben promoverse por todos los niveles de la Administración estudios rigurosos y completos sobre la situación de las farmacias rurales en España, de forma que se identifiquen de forma precisa los problemas que

les afectan y se puedan elaborar medidas que se dirijan a las necesidades concretas de estas farmacias y que garanticen su viabilidad.

En definitiva, tal y como reconoce el Proyecto, las farmacias rurales constituyen un elemento fundamental en la garantía de un acceso de los medicamentos al conjunto de la población en condiciones equitativas, así como en la vertebración del territorio y la lucha contra la despoblación, pero cuya situación de vulnerabilidad exige, a juicio de este Consejo General, no solo la pertinente modificación del art. 2.8 del RD 823/2008, sino impulsar un conjunto de iniciativas que fortalezcan a la red de farmacias rurales, de forma que se garantice la atención sanitaria en aquellos núcleos de población deprimidos y que se preserve la farmacia comunitaria como figura capital en la vertebración del territorio de cara a afrontar el reto demográfico.

**Tras analizar las aportaciones, se considera que:**

1. En relación a la “aplicación de un índice corrector “ampliado” o “reforzado” a las farmacias VEC situadas en determinados entornos rurales. De esta forma, debería contemplarse en el RD que se pretende modificar, un sistema que, sin dejar de proteger a otro tipo de farmacias VEC cuya importancia por situarse en otro tipo de entornos con necesidades especiales (por ejemplo, socialmente deprimidos), asegure de manera reforzada la prestación de un servicio de la máxima calidad en las farmacias de determinados entornos rurales, dada su vital importancia no sólo desde el punto de vista sanitario, sino también, como vertebrador del territorio.”, se acepta dado que el objetivo es modificar los criterios actuales para introducir uno dirigido a aquellas oficinas de farmacia que presten servicio a núcleos de población que dispongan, como máximo, de 1.500 habitantes censados en el padrón municipal o en zonas consideradas como aisladas o económicamente deprimidas por la autoridad competente.
2. En relación a la necesidad de avanzar hacia un modelo que prevea la aplicación de incentivos fiscales y remuneraciones para los servicios farmacéuticos de urgencia y los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales (SPFA): no se acepta dado que no son objeto de esta modificación

**4. MUY ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE VALENCIA**

## CONSIDERACIONES Y PROPUESTAS

PRIMERA. -Compartimos la necesidad de la modificación del real decreto en lo relativo a las farmacias de escasa viabilidad económica.

SEGUNDA. - Compartimos dos de las propuestas de modificación contempladas en la Consulta y proponemos una sugerencia respecto a los criterios exigidos para la aplicación del índice corrector de las deducciones y otra relativa al límite del importe derivado de la aplicación de dicho índice, siendo las siguientes:

-Que el límite de ventas de las farmacias comunitarias en el ejercicio económico correspondiente al año natural anterior se eleve de 200.000 euros que establece el Real Decreto en su texto vigente, a 300.000 euros, teniendo en cuenta que han transcurrido doce años desde la entrada en vigor del reglamento cuya modificación se pretende.

-Mostramos nuestro acuerdo con la elevación de las cuantías fijas derivadas de la aplicación del índice corrector de los márgenes mediante la actualización del IPC, prevista en la futura modificación del Real Decreto y conforme se indica en los objetivos de la norma.

-De igual forma, suscribimos el establecimiento de la actualización anual de las cuantías fijas, conforme al IPC, permitiendo de esta forma que la modificación propuesta pueda extenderse temporalmente.

-Por otra parte, la redacción actual del RD 823/2008, de 16 de mayo, establece que: sin que el importe derivado de la aplicación de dicho índice pueda superar a favor de la farmacia los 833, 33 euros mensuales. Sobre dicho extremo sugerimos que dicho límite debe aumentarse al menos actualizándolo al IPC experimentado desde la fecha de su entrada en vigor. Y todo ello porque como con acierto indica el apartado "Problemas que se pretenden solucionar con la nueva norma" de la Consulta, en poblaciones con una baja densidad de población, donde por planificación sanitaria no hay consultorios de salud, la farmacia comunitaria puede llegar a ser el único establecimiento sanitario cercano a la población.

### **Tras analizar las aportaciones, se considera que:**

En relación a la elevación de las cuantías fijas derivadas de la aplicación del índice corrector: se acepta parcialmente.

En la propuesta de texto del real decreto, se han considerado las cuantías fijas derivadas de la aplicación del índice corrector de los márgenes que se recogen actualmente en el Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo y se ha diferenciado por tramos de la escala las diferencias existentes tras

la actualización del IPC, considerando el incremento correspondiente desde octubre 2008, año de publicación del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, hasta octubre de 2021, empleando la calculadora del Instituto Nacional de Estadística que actualiza la renta con el IPC General (sistema IPC base 2016). Esto supone un incremento de un 17,5% en todas las cuantías.

## 5. AGG

Soy un farmacéutico que este año ya será farmacia vec y expongo 1) las ayudas a día de hoy son totalmente insuficiente y hasta una miseria que no cubren prácticamente nada ya que son 800 eu aprox pero si vendes 0... la realidad es que te pueden dar 100 eu con suerte ... una miseria que no paga nada , una farmacia vec que tenga que pagar local, luz ( carisma ) , cotizaciones autónomos ( cada vez más de pagar ) internet que es una net más cara al ser generalmente una tlan, y muchos más gastos más ... las ayudas deberían ser de 1000 eu al menos fijo de ayuda y luego una parte variable . Este importe no es tanto ya que no hay tantas farmacias vec y sería algo irrisorio para las arcas del estado o puede haber otras formas de financiación como que la mega farmacias que ganan muuucho aporte un porcentaje mínimo de facturación para compensar a la vec por ejemplo

2) las farmacias vec son las que realmente sostienen el modelo de farmacia y modelo mediterraneo dando servicio realmente a la población soportando estar en zonas "perdidas" , ganando una miseria , haciendo guardias sin límite sin posibilidad de poder contratar a nadie porque no se puede , se gana más dinero trabajando para cuenta ajena de Farmaceutico(y viviendo en una ciudad ) que siendo titular de farmacia vec . Por eso expongo que el gobierno debe apoyar realmente a las farmacias vec ya sea con un presupuesto real y efectivo de al menos 1000 eu mes por farmacia vec y dar ayudas en cuotas cotizaciones y que se guarden plazas directamente a las vec en los concursos de farmacias que se creen en las comunidades ya que el modelo mediterráneo se sostienen precisamente por las farmacias vec ( y no las grandes de las ciudades )

### **Tras analizar las aportaciones, se considera que:**

En relación a la elevación de las cuantías fijas derivadas de la aplicación del índice corrector: se acepta parcialmente.

En la propuesta de texto del real decreto, se han considerado las cuantías fijas derivadas de la aplicación del índice corrector de los márgenes que se recogen actualmente en el Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo y se ha diferenciado por tramos de la escala las diferencias existentes tras la actualización del IPC, considerando el incremento correspondiente desde octubre 2008, año de publicación del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, hasta octubre de 2021, empleando la calculadora del Instituto Nacional de Estadística que actualiza la renta con el IPC General (sistema

IPC base 2016). Esto supone un incremento de un 17,5% en todas las cuantías. El límite lo eleva a 979,16 euros, actualizándose anualmente conforme el IPC.

## 6. JPDAM

### MEDIDAS PARA ATAJAR LOS PROBLEMAS EN LA FARMACIA RURAL:

1º Pagar las guardias obligatorias a las farmacias Rurales, ya que en cualquier país de la Unión Europea hasta incluso en Andorra se pagan las guardias al farmacéutico que las realiza, esto obviamente corresponde a la Administración, lo mismo que la Administración paga las guardias a cualquier empleado público (Médicos, enfermeras, farmacéuticos de hospital, policías, guardias civiles, bomberos etc.). Esto es una especie de esclavitud moderna en pleno siglo XXI que se debe terminar de forma inmediata, ya que la normativa en vigor obliga a los farmacéuticos a un exigente servicio de guardias sin vacaciones ni compensación económica alguna, en contra de la lógica económica y de la decisión adoptada por los tribunales en casos análogos, como la sentencia TJUE de 21 de febrero de 2018.

2º Las farmacias VEC que no disponen en su población de Centro de Salud 24 horas deberían ser relevadas de la prestación del servicio de guardias obligatorias por las cargas que supone a dichas farmacias y que no tienen la obligación jurídica de soportar por pertenecer a aquellos municipios que no disponen de Ambulatorio 24 horas, además no tienen capacidad económica para pagar a un farmacéutico que pueda relevarles tanto en guardias como en vacaciones.

3º Duplicar las ayudas VEC y actualizar las mismas cada año de acuerdo al IPC para mantener su valor constante.

4º Liberalización de las farmacias en su totalidad según pide la CNMC (Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia) y la Unión Europea para cumplir con las directrices que marca la Comisión Europea para terminar con este injusto monopolio que perdura en el siglo XXI, por supuesto las farmacias rurales se podrían seguir conservando al limitar la apertura de más farmacias en estas zonas a 1000 habitantes y dándoles mejores condiciones a estos farmacéuticos en lo que respecta en los apartados anteriores y las consecuencias de dicha liberalización no afectarían en ningún momento a la fuga de los farmacéuticos rurales a las ciudades, ya



que tendrían unas condiciones dignas en estos pueblos y así las farmacias en dichos pueblos no se perderían y se evitaría la despoblación. De esta manera también se cumplirían las directrices que exige Europa sin dañar a nadie con una solución universal.

**Tras analizar las aportaciones, se considera que:**

En relación a la elevación de las cuantías fijas derivadas de la aplicación del índice corrector: se acepta parcialmente.

En la propuesta de texto del real decreto, se han considerado las cuantías fijas derivadas de la aplicación del índice corrector de los márgenes que se recogen actualmente en el Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo y se ha diferenciado por tramos de la escala las diferencias existentes tras la actualización del IPC, considerando el incremento correspondiente desde octubre 2008, año de publicación del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, hasta octubre de 2021, empleando la calculadora del Instituto Nacional de Estadística que actualiza la renta con el IPC General (sistema IPC base 2016). Esto supone un incremento de un 17,5% en todas las cuantías.

En relación a lo aportado de la retribución de las guardias o la liberalización de las oficinas de farmacia no se acepta dado que no son objeto de esta modificación.

**7. CM**

Como titular de una oficina de farmacia VEC creo que para el cómputo y cálculo del índice corrector se debería tener en cuenta, no sólo los medicamentos de uso humano, sino todo lo que dispensamos con cargo a fondos públicos con precio industrial superior a 91.63€, como son los dietoterápicos y las vacunas y extractos.

Por otra parte, creo que deberíamos tener una compensación por las guardias que realizamos, como ocurre en otros países de La Unión Europea, véase Francia, Italia, Alemania...

Además de la penosidad por el número de guardias que realizamos, se puede comprobar en receta electrónica el bajo número de dispensaciones realizadas, que ni siquiera compensan el coste de los gastos en electricidad (ordenadores, cruz.... ), calefacción etc...

**Tras analizar las aportaciones, se considera que:**

En relación a lo que se considera para el cómputo del cálculo del índice corrector y de la compensación por las guardias que se manifiesta, no es objeto de la norma, por lo que no se acepta.

## 8. FEDIFAR

Primera. - Coincidencia con los objetivos del Proyecto. Sugerencias de regulación complementaria. Hemos podido apreciar que el Proyecto de Real Decreto tiene por objetivo incrementar las garantías para que la prestación farmacéutica que se realiza por los farmacéuticos y las farmacéuticas de las oficinas de farmacia sitas en el entorno rural con riesgo de despoblación y en los entornos social y económicamente vulnerables siga siendo accesible y capilar a toda la ciudadanía en todo el territorio nacional, así como contribuir a evitar la despoblación en las zonas rurales.

A tal efecto, se plantean como medidas las siguientes: - La modificación de los requisitos exigibles para participar de la aplicación de dicho índice. - Elevación de las cuantías fijas derivadas de la aplicación del índice corrector de los márgenes mediante la actualización del IPC. - El establecimiento de la actualización anual de las cuantías fijas. FEDIFAR aplaude cualquier iniciativa tendente a reforzar la viabilidad de las oficinas de farmacia en zonas rurales pues en poblaciones con una baja densidad de población, donde por planificación sanitaria no hay consultorios de salud, la oficina de farmacia puede llegar a ser el único establecimiento sanitario cercano a la población.

No obstante, creemos que la modificación debe ir más allá en cuanto a sus destinatarios potenciales, e incluir también alguna reforma puntual para asegurar también la viabilidad económica de los principales proveedores de servicios y especialidades farmacéuticas a las farmacias, cuáles son las entidades de distribución. Siendo la norma que se pretende modificar el Real Decreto 823/2008, en el cual se regulan no solo los márgenes, descuentos y deducciones de las farmacias, sino también los de la distribución de medicamentos, creemos que estamos ante una oportunidad para acabar con un agravio que desde hace años afecta a la distribución farmacéutica, como es el relativo a la existencia de unos márgenes que obligan a trabajar a pérdidas en el suministro de determinadas especialidades de precio muy bajo.

Segunda. - Procedencia del establecimiento de un margen mínimo para la distribución. Como es bien sabido por parte de este Ministerio, la actividad de la distribución de amplia gama es la única que garantiza que todas y cada una de las farmacias accedan, en igualdad de condiciones, a todos y cada uno de los medicamentos comercializados, con independencia de la ubicación y capacidad de compra de las farmacias y del precio y rotación de los medicamentos. Es así como se asegura que toda la población española tiene idéntico acceso a todas las especialidades farmacéuticas disponibles, con independencia de su lugar de residencia. De hecho, en España, todas las farmacias, en mayor o menor proporción, tienen que suministrarse de algún mayorista de gama

completa, sencillamente porque la mayoría de los medicamentos, cuya distribución no es rentable, sólo están disponibles en estos almacenes. Para cumplir con esta función sanitaria, las empresas de distribución farmacéutica que encajan en la definición de “Distribución de amplia gama” detraen recursos de las operaciones rentables, para emplearlas en aquellas que son deficitarias. Es decir, detraen el beneficio en el suministro de los productos caros y de alta rotación para subvencionar el servicio de los productos baratos y de baja rotación, del mismo modo que emplean los ingresos en el servicio a las farmacias ubicadas en los núcleos urbanos para subvencionar el servicio a las ubicadas en poblaciones remotas. Esta forma de realizar el suministro justifica la denominación de “modelo solidario de distribución”. El modelo solidario de Distribución se fundamenta en un delicado equilibrio entre la distribución de medicamentos que, por su baja rotación o precio, necesitan ser subsidiados por aquellos de precio elevado y alta rotación. Sin embargo, una serie de factores sobre los que los almacenes de amplia gama no tienen control están alterando este equilibrio y, lo que es más preocupante, la proyección de estos factores para los próximos años señala claramente que esta situación puede provocar la inviabilidad económica del modelo. El RD 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, establece un margen para la distribución de medicamentos de uso humano del 7,6 por ciento sobre el precio de venta del distribuidor sin impuestos, para todas las presentaciones cuyo precio de venta de laboratorio sea inferior a 91,63 euros. A partir de ese precio, el margen se convierte en una cantidad fija de 7,54 euros por envase, por elevado que pueda llegar a ser el precio del medicamento. La evolución de los precios de los medicamentos, por diferentes motivos, está repercutiendo directamente en las percepciones económicas de la distribución y, por lo tanto, en la viabilidad del modelo solidario, puesto que la estructura de costes está absolutamente optimizada para el servicio que se presta. En primer lugar, se debe señalar que una parte importante de los costes de la distribución farmacéutica se vincula directamente al número de unidades de medicamentos distribuidas. Los costes de manipulación (recepción de los pedidos procedentes de los laboratorios, colocación de los medicamentos en los robots o estanterías, preparación de los pedidos de las farmacias) y expedición y transporte hacia las farmacias de un medicamento caro, son idénticos a los de uno barato. Es importante considerar también que, a mayor concentración de la demanda, menos costes de distribución por envase. Es fácil comprender que el almacenaje y suministro de un número de envases de unas pocas referencias es mucho menos costoso que el almacenaje y suministro del mismo número de envases repartidos entre muchas más referencias. Por otra parte, el hecho de operar en un sector altamente regulado, no impide que exista una dura competencia entre los almacenes mayoristas de distribución. Competencia que, sin duda, ha favorecido la búsqueda de la eficiencia empresarial a través de enormes inversiones en tecnología. No en vano, los almacenes españoles se encuentran entre los más robotizados de Europa y son, con mucha frecuencia, pioneros en nuevos desarrollos tecnológicos. Como en la práctica totalidad de los países de nuestro entorno, el Gobierno, en aras a la sostenibilidad de

la prestación farmacéutica, adopta diferentes políticas dirigidas a la contención del gasto público en medicamentos. Una de las más habituales, que en España podría considerarse como la más efectiva, consiste en promover bajadas de precio de aquellos medicamentos que pierden la protección de patente, cuando aparecen genéricos en el mercado, mediante los sistemas de precios de referencia y de precios menores. FEDIFAR comprende la necesidad de controlar el gasto farmacéutico, aunque suponga una limitación a sus ventas. En principio, considera el sistema de precios de referencia como una opción razonable, al aprovechar el abaratamiento posible en los medicamentos que ya llevan un cierto tiempo en el mercado, una vez que el laboratorio innovador ha dispuesto de un plazo para recuperar su inversión en investigación. Ahora bien, la experiencia acumulada desde la entrada en vigor del sistema de precios de referencia y sus órdenes ministeriales, nos ha permitido constatar que las decisiones de otros agentes (laboratorios) relativas a las bajadas de precios acaban teniendo una grave influencia sobre la distribución. Por ejemplo, cuando un laboratorio decide voluntariamente bajar el precio de sus medicamentos, a la vez está determinando una disminución del margen de toda la distribución. Se debe suponer que un laboratorio solamente realiza bajadas de precio que le sean viables económicamente, pero al estudiarlas no tiene en cuenta si son también viables para los distribuidores. Es un hecho constado que estas bajadas de precio conllevan, sin que la distribución tenga oportunidad de intervenir, la disminución del margen de los mayoristas hasta unos niveles que claramente quedan por debajo del umbral de rentabilidad. Esta disminución del margen debido a la existencia de cada vez más medicamentos muy baratos no se ve compensada por un mayor beneficio en el caso de nuevos medicamentos más caros, ya que el margen máximo está limitado a partir del precio de venta de laboratorio 91,63€. Otro fenómeno derivado de las políticas de precios genéricos y precios de referencia que incide directamente en la economía de las empresas de gama completa es la enorme dispersión de la demanda que se produce. Una especialidad, mientras está protegida por la patente, únicamente la marca titular y, en algunas ocasiones, otra marca bajo licencia comercializa el medicamento en sus diferentes presentaciones. Una vez que desaparece la protección, son muchos los laboratorios que registran genéricos. Se puede comprobar como cada año, aumenta notablemente el número de presentaciones. Este fenómeno es imputable, casi en exclusiva, a la aparición de medicamentos genéricos que no conllevan un aumento de facturación, sino por el contrario, una disminución debido a la rebaja en el precio y una disminución de la rentabilidad al repartirse las unidades facturadas en mayor número de referencias estocadas. No olvidemos, además, que la distribución farmacéutica afronta unos costes fijos que claramente se ven incrementados por factores coyunturales en los que no hay capacidad de reacción. Nos referimos por ejemplo a la incidencia que tiene la subida del precio de los carburantes y de los suministros de electricidad. Otros operadores económicos, en otros sectores de actividad, pueden decidir trasladar estos incrementos al consumidor final, incrementando el precio de sus productos o servicios, pero las entidades de distribución, al contar con un margen fijo regulado reglamentariamente carecen de esta posibilidad. Del mismo modo, no tienen la

alternativa que, en frecuentes casos, han utilizado algunos sectores industriales, consistente en disminuir su actividad para reducir el consumo. Un almacén de distribución de medicamentos debe estar plenamente operativo y sin recortes en ninguna de sus líneas, para prestar sus servicios y su actividad logística, la cual no puede interrumpirse o racionalizarse (por ejemplo, recortando el número de envíos a las farmacias para disminuir costes o eliminando servicios de urgencia) sin que ello afecte directamente al ciudadano. El deterioro derivado de todos los factores expuestos comienza a ser preocupante y la situación económica de las empresas de distribución podría resentirse. Además, al proyectar al medio plazo los factores analizados en este documento, observamos que el problema no parece mejorar si no que tiende a empeorar, por lo que sería aconsejable tomar medidas para no perjudicar el servicio que la distribución farmacéutica presta. En opinión de FEDIFAR, una de las medidas que puede adoptarse con esta finalidad consiste en poner un límite, a partir del cual, con independencia de si el laboratorio decide bajar el precio de su presentación, el margen para la distribución permanezca inalterable. Del mismo modo que existe un margen máximo en valores que no aumenta, aunque el medicamento valga miles de euros, la más elemental coherencia debería llevar a establecer un margen mínimo y actualizable que no debería disminuir, aunque los laboratorios sigan reduciendo voluntariamente sus precios, porque debe cubrir cuando menos los costes de manipulación. Sugerimos, por tanto, que al igual que se pone el foco en intentar asegurar la viabilidad económica de las farmacias en entornos rurales, se dicten también medidas para apoyar la viabilidad económica de las entidades de distribución, asegurando que la tendencia de los últimos años a la disminución del precio de los medicamentos, unida al incremento de determinados costes fijos, no provoque una quiebra del modelo solidario de distribución. La reforma del Real Decreto 823/2008 es una gran oportunidad para introducir este margen mínimo, lo que FEDIFAR solicita expresamente y se pone a disposición del Ministerio para colaborar en su fijación. Estamos convencidos que nuestras sugerencias y aportaciones serán tomadas en consideración.

**Tras analizar las aportaciones, se considera que:**

Las aportaciones que se realizan no son objeto de la norma, por lo que no se acepta.

**9. ASOCIACIÓN DE FARMACÉUTICOS RURALES DE LA PROVINCIA DE ALICANTE**

En primer lugar, agradecer en nombre de AFARPA (Asociación de Farmacéuticos Rurales de la Provincia de Alicante) y de los farmacéuticos rurales la presente consulta pública. Sobre este tema en concreto, desde AFARPA, queremos hacer una serie de reflexiones. No es nueva la delicadísima situación de las farmacias ubicadas en el medio rural debido al modelo retributivo actual de

MINISTERIO DE SANIDAD

nuestro sistema farmacéutico. Esta situación, unida al hecho de que es, precisamente, la farmacia rural la garante y justificación de nuestro modelo de planificación y que, en muchos casos, es el único servicio sanitario presente en estas pequeñas poblaciones nos ha sido difícilmente entendible la poca atención que nos han prestado desde las instituciones. Desde AFARPA acogimos con entusiasmo la publicación del RDL 09/2011 en cuanto a que suponía, por primera vez, el reconocimiento de la difícil situación económica de determinadas oficinas de farmacia, nos pareció un gran primer paso. Es habitual que, a la hora de afrontar la problemática de la farmacia rural, se maneje únicamente la vertiente económica entendiendo, además, ésta como un mero dato de facturación, pero lo cierto es que el ejercicio en el mundo rural conlleva una serie de peculiaridades que no son tan conocidas como:

- Imposibilidad de contratar personal en caso de enfermedad, vacaciones o bajas por maternidad.
- Ausencia casi absoluta de servicios básicos: bancos, comercios, colegios, etc. que favorece la despoblación.
- Lejanía con respecto a centros hospitalarios.
- Elevado número de servicio de guardia sin ventas. Porque les dan la medicación necesaria en el centro de salud, y si no, se van a una farmacia grande con mayor stock de una población grande cercana al hospital o centro de salud. Estas circunstancias hacen que a la precariedad económica se una la precariedad personal al no poder gozar, estos compañeros, de una mínima conciliación familiar y profesional. Y estas circunstancias, además, plantean el grave problema (al que ya asistimos) de que no existe un relevo generacional en estas oficinas de farmacia poniéndose en peligro la igualdad y cohesión de nuestro sistema sanitario en el futuro. Por todo lo anterior, porque desde AFARPA estamos convencidos de que la farmacia rural es esencial en nuestras poblaciones y que es indispensable hacerla atractiva de cara a asegurar su relevo generacional, y para fijar población, proponemos se tomen las siguientes medidas:

Requisitos exigibles para la aplicación del índice corrector Teniendo en cuenta que, con el articulado actual, se favorece más a otra tipología de oficinas de farmacia que a las ubicadas en el medio rural (altamente dependientes de la facturación al SNS) proponemos los siguientes requisitos: A. Que no hayan sido objeto de sanción administrativa o inhabilitación profesional ni estén excluidas de su concertación. B. Que participen en los programas de atención farmacéutica y en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos que establezca la administración sanitaria correspondiente. C. Que su facturación anual al SNS, en términos de precio de venta al público incrementado con el impuesto sobre el valor añadido, no supere los 300.000 euros en el ejercicio económico correspondiente al año natural anterior. D. Que dichas oficinas de farmacia ejerzan su labor profesional en poblaciones inferiores a los 1.500 habitantes o en zonas consideradas como aisladas o económicamente deprimidas por la autoridad competente. Elevación de las cuantías fijas derivadas de la aplicación del índice corrector: Teniendo en cuenta que los gastos fijos mínimos de estas oficinas de farmacia son de entre 1.300- 1599,62€ (máximo según estudio de SEFAR) consideramos necesario elevar las cuantías actuales de acuerdo a la siguiente tabla (o similar). Diferencial De A Porcentaje Fijo 0,01 4000 8% ---

---- 4000,01 8000 8,50% 320 8000,01 12000 9,00% 660 12000,01 16000 9,50% 1020 16000,01 20000 ----- 1400 Dichas cantidades deberían incrementarse anualmente en función del IPC y los importes podrían obtenerse a través de la recaudación del RDL 5/2000 o cualquier otro fondo establecido por la Administración y en el que participase el sector farmacéutico.

También consideramos necesario eximir a esta tipología de oficinas de farmacia de los descuentos aplicados a partir del RDL 8/2010.

### **Tras analizar las aportaciones, se considera que:**

1. En relación a la propuesta de requisitos: se acepta parcialmente.

Los apartados a y b) se encuentran actualmente recogidos en la normativa vigente y se mantienen en la propuesta. En relación al criterio c) SEFAR propone elevar la facturación anual de 200.000 a 300.000, lo que se acepta parcialmente, y se procede a considerar la elevación de la aplicación de la evolución del índice de precios de consumo, es decir, se elevaría un 17,5% y el resultante sería de 235.000 euros. En relación al criterio d) se acepta, enfocándose a núcleos de población en lugar de poblaciones.

Según la definición del INE, se considera núcleo de población a un conjunto de al menos diez edificaciones, que están formando calles, plazas y otras vías urbanas. Por excepción, el número de edificaciones podrá ser inferior a 10, siempre que la población que habita las mismas supere los 50 habitantes. Se incluyen en el núcleo aquellas edificaciones que, estando aisladas, distan menos de 200 metros de los límites exteriores del mencionado conjunto, si bien en la determinación de dicha distancia han de excluirse los terrenos ocupados por instalaciones industriales o comerciales, parques, jardines, zonas deportivas, cementerios, aparcamientos y otros, así como los canales o ríos que puedan ser cruzados por puentes.

Las edificaciones o viviendas de una entidad singular de población que no pueden ser incluidas en el concepto de núcleo se consideran en diseminado.

Una entidad singular de población puede tener uno o varios núcleos, o incluso ninguno, si toda ella se encuentra en diseminado. Ninguna vivienda puede pertenecer simultáneamente a dos o más núcleos, o a un núcleo y un diseminado.

2. En relación a la elevación de las cuantías fijas derivadas de la aplicación del índice corrector: se acepta parcialmente.

En la propuesta de texto del real decreto, se han considerado las cuantías fijas derivadas de la aplicación del índice corrector de los márgenes que se recogen actualmente en el Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo y se ha diferenciado por tramos de la escala las diferencias existentes tras la actualización del IPC, considerando el incremento correspondiente desde octubre 2008, año de publicación del Real Decreto 823/2008, de 16

de mayo, hasta octubre de 2021, empleando la calculadora del Instituto Nacional de Estadística que actualiza la renta con el IPC General (sistema IPC base 2016). Esto supone un incremento de un 17,5% en todas las cuantías.

3. En relación a eximir a esta tipología de oficinas de farmacia de los descuentos aplicados a partir del RDL 8/2010: no se acepta.

Se considera que, con la modificación propuesta del real decreto, en lo relativo a incrementar los importes fijos en cada tramo de la escala, se consigue minimizar el impacto de estos descuentos en las oficinas de farmacia. Cualquiera otra aproximación afectaría a la linealidad y uniformidad de todo sistema actual de facturación y pago. De cualquier forma, la normativa vigente protege a las oficinas de farmacia más desfavorecidas, ya que el primer tramo de deducción comienza con facturación de 37.500 €/mensuales. Por otra parte, esta medida introduciría una distorsión importante en su aplicación ya que entendemos que se eximiría a todas las oficinas de farmacia susceptibles de recibir el índice corrector de los márgenes, con independencia de que lo reciban o no en función de su volumen mensual de facturación. Por otro lado, la aplicación en el mes en curso sería de difícil ejecución ya que la resolución sobre la identificación de las OF con índice corrector de márgenes en un año no se cuenta con ella hasta marzo-abril.

Por tanto, no se aceptan la propuesta de eximir a las OF subsidiarias de aplicación del IC de los descuentos contemplados en el artículo 8 del RDL 8/2010.

#### **10. ASOCIACIÓN FARMACIA RURAL-VEC DE LA COMUNIDAD VALENCIANA- AFARUVEC,**

Sobre este tema en concreto, desde AFARUVEC, queremos hacer una serie de reflexiones.

No es nueva la delicadísima situación de las farmacias ubicadas en el medio rural debido al modelo retributivo actual de nuestro sistema farmacéutico. Esta situación, unida al hecho de que es, precisamente, la farmacia rural la garante y justificación de nuestro modelo de planificación y que, en muchos casos, es el único servicio sanitario presente en estas pequeñas poblaciones nos ha sido siempre difícilmente entendible.

Desde AFARUVEC acogimos con entusiasmo la publicación del RDL 09/2011 en cuanto a que suponga, por primera vez, el reconocimiento de la difícil situación económica de determinadas oficinas de farmacia y, aunque consideramos que los criterios establecidos no eran los más adecuados, nos pareció (y así lo manifestamos) un gran primer paso. No ocultaremos que la posterior



modificación del RDL 16/2012 eliminando la especial consideración a núcleos de población aislados o económicamente deprimidos nos sorprendió negativamente.

Dentro de la problemática de la farmacia rural, suele mencionar únicamente la vertiente económica entendiendo, además, esta como un mero dato de facturación, pero lo cierto es que el ejercicio en el mundo rural conlleva una serie de peculiaridades que no son tan conocidas como:

Elevado número de servicio de guardia (hasta 6 meses/año) Malas conexiones a internet o conexiones inexistentes.

imposibilidad de contratar personal en caso de enfermedad, vacaciones o bajas por maternidad.

Ausencia casi absoluta de servicios básicos: bancos, comercios, colegios, etc. que acarrear un gran gasto no deducible para estas farmacias.

Lejanía con respecto a centros hospitalarios. inexistencias o escasa atención medica presencial en los centros de salud de los pueblos rurales.

Comunicación por carretera difícil por la coreografía del terreno, que se complica en épocas de temporal y en invierno

Estas circunstancias hacen que a la precariedad económica se una la precariedad personal al no poder gozar, estos compañeros, de una mínima conciliación familiar y profesional. Y estas circunstancias, además, plantean el grave problema (al que ya asistimos) de que no existe un relevo generacional en estas oficinas de farmacia poniéndose en peligro la igualdad y cohesión de nuestro sistema sanitario en el futuro.

Por todo lo anterior, porque desde AFARUVEC estamos convencidos de que la farmacia rural es un eslabón fundamental para el mantenimiento, seguimiento y educación en salud de la población. Consiguiendo así afianzar y mejorar la calidad de vida de los habitantes de nuestros pueblos. Traduciéndose esto en fijar población por ganar en calidad de vida, quedando demostrado sobre todo en esta pandemia y que es indispensable hacerla atractiva de cara a asegurar su relevo generacional para que todo paciente tenga garantizado el acceso al medicamento y evitar la despoblación de la España Vacía, independientemente de donde viva, por ello proponemos se tomen las siguientes medidas:

Requisitos exigibles para la aplicación del índice corrector

Teniendo en cuenta que, con el articulado actual, se favorece más a otra tipología de oficinas de farmacia que a las ubicadas en el medio rural (altamente dependientes de la facturación al SNS) proponemos los siguientes requisitos:

Que no hayan sido objeto de sanción administrativa o inhabilitación profesional ni estén excluidas de su concertación.

Que participen en los programas de atención farmacéutica y en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos que establezca la administración sanitaria correspondiente.

Que dichas oficinas de farmacia ejerzan su labor profesional en poblaciones inferiores a los 500 habitantes o en zonas consideradas como aisladas o económicamente deprimidas por la autoridad competente.

Elevación de las cuantías fijas derivadas de la aplicación del índice corrector:

Teniendo en cuenta que los gastos fijos mínimos de estas oficinas de farmacia son de 1.599,62€ (según estudio de SEFAR) consideramos necesario doblar las cuantías actuales de acuerdo a la siguiente tabla (o similar)

Diferencial De	A	Porcentaje	Fijo
0,01	5.000	8%	-----
5.000,01	10.000	8,6%	400,40
10.000,01	15.000	8,9%	834,16
15.000,01	20.000	7,7%	1283,3
20.000,01	25.000	-----	1666,66

Dichas cantidades deberían incrementarse anualmente en función del IPC y los importes podrían obtenerse a través de la recaudación del RDL 5/2000 o cualquier otro fondo establecido por la Administración y en el que participase el sector farmacéutico.

También consideramos necesario eximir a esta tipología de oficinas de farmacia de los descuentos aplicados a partir del RDL 8/2010.

**Tras analizar las aportaciones, se considera que:**

1. En relación a la propuesta de requisitos: se acepta parcialmente.

Los apartados a y b) se encuentran actualmente recogidos en la normativa vigente y se mantienen en la propuesta. En relación al criterio c) SEFAR propone elevar la facturación anual de 200.000 a 300.000, lo que se acepta parcialmente, y se procede a considerar la elevación de la aplicación de la evolución del índice de precios de consumo, es decir, se elevaría un 17,5% y el resultante sería de 235.000 euros. En relación al criterio d) se acepta, enfocándose a núcleos de población en lugar de poblaciones.

Según la definición del INE, se considera núcleo de población a un conjunto de al menos diez edificaciones, que están formando calles, plazas y otras vías urbanas. Por excepción, el número de edificaciones podrá ser inferior a 10, siempre que la población que habita las mismas supere los 50 habitantes. Se incluyen en el núcleo aquellas edificaciones que, estando aisladas, distan menos de 200 metros de los límites exteriores del mencionado conjunto, si bien en la determinación de dicha distancia han de excluirse los terrenos ocupados por instalaciones industriales o comerciales, parques, jardines, zonas deportivas, cementerios, aparcamientos y otros, así como los canales o ríos que puedan ser cruzados por puentes.

Las edificaciones o viviendas de una entidad singular de población que no pueden ser incluidas en el concepto de núcleo se consideran en diseminado.

Una entidad singular de población puede tener uno o varios núcleos, o incluso ninguno, si toda ella se encuentra en diseminado. Ninguna vivienda puede pertenecer simultáneamente a dos o más núcleos, o a un núcleo y un diseminado.

2. En relación a la elevación de las cuantías fijas derivadas de la aplicación del índice corrector: se acepta parcialmente.

En la propuesta de texto del real decreto, se han considerado las cuantías fijas derivadas de la aplicación del índice corrector de los márgenes que se recogen actualmente en el Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo y se ha diferenciado por tramos de la escala las diferencias existentes tras la actualización del IPC, considerando el incremento correspondiente desde octubre 2008, año de publicación del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, hasta octubre de 2021, empleando la calculadora del Instituto Nacional de Estadística que actualiza la renta con el IPC General (sistema IPC base 2016). Esto supone un incremento de un 17,5% en todas las cuantías.

3. En relación a eximir a esta tipología de oficinas de farmacia de los descuentos aplicados a partir del RDL 8/2010: no se acepta.

Se considera que, con la modificación propuesta del real decreto, en lo relativo a incrementar los importes fijos en cada tramo de la escala, se consigue minimizar el impacto de estos descuentos en las oficinas de farmacia. Cualquiera otra aproximación afectaría a la linealidad y uniformidad de todo sistema actual de facturación y pago. De cualquier forma, la normativa vigente protege a las oficinas de farmacia más

desfavorecidas, ya que el primer tramo de deducción comienza con facturación de 37.500 €/mensuales. Por otra parte, esta medida introduciría una distorsión importante en su aplicación ya que entendemos que se eximiría a todas las oficinas de farmacia susceptibles de recibir el índice corrector de los márgenes, con independencia de que lo reciban o no en función de su volumen mensual de facturación. Por otro lado, la aplicación en el mes en curso sería de difícil ejecución ya que la resolución sobre la identificación de las OF con índice corrector de márgenes en un año no se cuenta con ella hasta marzo-abril.

Por tanto, no se aceptan la propuesta de eximir a las OF subsidiarias de aplicación del IC de los descuentos contemplados en el artículo 8 del RDL 8/2010.

## 11. BJCO

Sobre este tema en concreto, desde AFARUVEC, queremos hacer una serie de reflexiones.

No es nueva la delicadísima situación de las farmacias ubicadas en el medio rural debido al modelo retributivo actual de nuestro sistema farmacéutico. Esta situación, unida al hecho de que es, precisamente, la farmacia rural la garante y justificación de nuestro modelo de planificación y que, en muchos casos, es el único servicio sanitario presente en estas pequeñas poblaciones nos ha sido siempre difícilmente entendible.

Desde AFARUVEC acogimos con entusiasmo la publicación del RDL 09/2011 en cuanto a que suponga, por primera vez, el reconocimiento de la difícil situación económica de determinadas oficinas de farmacia y, aunque consideramos que los criterios establecidos no eran los más adecuados, nos pareció (y así lo manifestamos) un gran primer paso. No ocultaremos que la posterior modificación del RDL 16/2012 eliminando la especial consideración a núcleos de población aislados o económicamente deprimidos nos sorprendió negativamente.

Dentro de la problemática de la farmacia rural, suele mencionar únicamente la vertiente económica entendiendo, además, esta como un mero dato de facturación, pero lo cierto es que el ejercicio en el mundo rural conlleva una serie de peculiaridades que no son tan conocidas como:

Elevado número de servicio de guardia (hasta 6 meses/año) Malas conexiones a internet o conexiones inexistentes.

imposibilidad de contratar personal en caso de enfermedad, vacaciones o bajas por maternidad.

Ausencia casi absoluta de servicios básicos: bancos, comercios, colegios, etc. que acarrear un gran gasto no deducible para estas farmacias.

Lejanía con respecto a centros hospitalarios. inexistencias o escasa atención médica presencial en los centros de salud de los pueblos rurales.

Comunicación por carretera difícil por la coreografía del terreno, que se complica en épocas de temporal y en invierno

Estas circunstancias hacen que a la precariedad económica se una la precariedad personal al no poder gozar, estos compañeros, de una mínima conciliación familiar y profesional. Y estas circunstancias, además, plantean el grave problema (al que ya asistimos) de que no existe un relevo generacional en estas oficinas de farmacia poniéndose en peligro la igualdad y cohesión de nuestro sistema sanitario en el futuro.

Por todo lo anterior, porque desde AFARUVEC estamos convencidos de que la farmacia rural es un eslabón fundamental para el mantenimiento, seguimiento y educación en salud de la población. Consiguiendo así afianzar y mejorar la calidad de vida de los habitantes de nuestros pueblos. Traduciéndose esto en fijar población por ganar en calidad de vida, quedando demostrado sobre todo en esta pandemia y que es indispensable hacerla atractiva de cara a asegurar su relevo generacional para que todo paciente tenga garantizado el acceso al medicamento y evitar la despoblación de la España Vacía, independientemente de donde viva, por ello proponemos se tomen las siguientes medidas:

Requisitos exigibles para la aplicación del índice corrector

Teniendo en cuenta que, con el articulado actual, se favorece más a otra tipología de oficinas de farmacia que a las ubicadas en el medio rural (altamente dependientes de la facturación al SNS) proponemos los siguientes requisitos:

Que no hayan sido objeto de sanción administrativa o inhabilitación profesional ni estén excluidas de su concertación.

Que participen en los programas de atención farmacéutica y en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos que establezca la administración sanitaria correspondiente.

Que dichas oficinas de farmacia ejerzan su labor profesional en poblaciones inferiores a los 500 habitantes o en zonas consideradas como aisladas o económicamente deprimidas por la autoridad competente.

Elevación de las cuantías fijas derivadas de la aplicación del índice corrector:

Teniendo en cuenta que los gastos fijos mínimos de estas oficinas de farmacia son de 1.599,62€ (según estudio de SEFAR) consideramos necesario doblar las cuantías actuales de acuerdo a la siguiente tabla (o similar)

Diferencial De	A	Porcentaje	Fijo
0,01	5.000	8%	-----
5.000,01	10.000	8,6%	400,40
10.000,01	15.000	8,9%	834,16
15.000,01	20.000	7,7%	1283,3
20.000,01	25.000	-----	1666,66

Dichas cantidades deberían incrementarse anualmente en función del IPC y los importes podrían obtenerse a través de la recaudación del RDL 5/2000 o cualquier otro fondo establecido por la Administración y en el que participase el sector farmacéutico.

También consideramos necesario eximir a esta tipología de oficinas de farmacia de los descuentos aplicados a partir del RDL 8/2010.

#### **Tras analizar las aportaciones, se considera que:**

1. En relación a la propuesta de requisitos: se acepta parcialmente.

Los apartados a y b) se encuentran actualmente recogidos en la normativa vigente y se mantienen en la propuesta. En relación al criterio c) SEFAR propone elevar la facturación anual de 200.000 a 300.000, lo que se acepta parcialmente, y se procede a considerar la elevación de la aplicación de la evolución del índice de precios de consumo, es decir, se elevaría un 17,5% y el resultante sería de 235.000 euros. En relación al criterio d) se acepta, enfocándose a núcleos de población en lugar de poblaciones.

Según la definición del INE, se considera núcleo de población a un conjunto de al menos diez edificaciones, que están formando calles, plazas y otras vías urbanas. Por excepción, el número de edificaciones podrá ser inferior a 10, siempre que la población que habita las mismas supere los 50 habitantes. Se incluyen en el núcleo aquellas edificaciones que, estando aisladas, distan menos de 200 metros de los límites exteriores del

mencionado conjunto, si bien en la determinación de dicha distancia han de excluirse los terrenos ocupados por instalaciones industriales o comerciales, parques, jardines, zonas deportivas, cementerios, aparcamientos y otros, así como los canales o ríos que puedan ser cruzados por puentes.

Las edificaciones o viviendas de una entidad singular de población que no pueden ser incluidas en el concepto de núcleo se consideran en diseminado.

Una entidad singular de población puede tener uno o varios núcleos, o incluso ninguno, si toda ella se encuentra en diseminado. Ninguna vivienda puede pertenecer simultáneamente a dos o más núcleos, o a un núcleo y un diseminado.

2. En relación a la elevación de las cuantías fijas derivadas de la aplicación del índice corrector: se acepta parcialmente.

En la propuesta de texto del real decreto, se han considerado las cuantías fijas derivadas de la aplicación del índice corrector de los márgenes que se recogen actualmente en el Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo y se ha diferenciado por tramos de la escala las diferencias existentes tras la actualización del IPC, considerando el incremento correspondiente desde octubre 2008, año de publicación del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, hasta octubre de 2021, empleando la calculadora del Instituto Nacional de Estadística que actualiza la renta con el IPC General (sistema IPC base 2016). Esto supone un incremento de un 17,5% en todas las cuantías.

3. En relación a eximir a esta tipología de oficinas de farmacia de los descuentos aplicados a partir del RDL 8/2010: no se acepta.

Se considera que, con la modificación propuesta del real decreto, en lo relativo a incrementar los importes fijos en cada tramo de la escala, se consigue minimizar el impacto de estos descuentos en las oficinas de farmacia. Cualquiera otra aproximación afectaría a la linealidad y uniformidad de todo sistema actual de facturación y pago. De cualquier forma, la normativa vigente protege a las oficinas de farmacia más desfavorecidas, ya que el primer tramo de deducción comienza con facturación de 37.500 €/mensuales. Por otra parte, esta medida introduciría una distorsión importante en su aplicación ya que entendemos que se eximiría a todas las oficinas de farmacia susceptibles de recibir el índice corrector de los márgenes, con independencia de que lo reciban o no en función de su volumen mensual de facturación. Por otro lado, la aplicación en el mes en curso sería de difícil ejecución ya que la resolución sobre la identificación de las OF con índice corrector de márgenes en un año no se cuenta con ella hasta marzo-abril.

Por tanto, no se aceptan la propuesta de eximir a las OF subsidiarias de aplicación del IC de los descuentos contemplados en el artículo 8 del RDL 8/2010.

## 12. MFO

### MEDIDAS PARA ATAJAR LOS PROBLEMAS EN LA FARMACIA RURAL:

1º Pagar las guardias obligatorias a las farmacias Rurales, ya que en cualquier país de la Unión Europea hasta incluso en Andorra se pagan las guardias al farmacéutico que las realiza, esto obviamente corresponde a la Administración, lo mismo que la Administración paga las guardias a cualquier empleado público (Médicos, enfermeras, farmacéuticos de hospital, policías, guardias civiles, bomberos etc.). Esto es una especie de esclavitud moderna en pleno siglo XXI que se debe terminar de forma inmediata, ya que la normativa en vigor obliga a los farmacéuticos a un exigente servicio de guardias sin vacaciones ni compensación económica alguna, en contra de la lógica económica y de la decisión adoptada por los tribunales en casos análogos, como la sentencia TJUE de 21 de febrero de 2018.

2º Las farmacias VEC que no disponen en su población de Centro de Salud 24 horas deberían ser relevadas de la prestación del servicio de guardias obligatorias por las cargas que supone a dichas farmacias y que no tienen la obligación jurídica de soportar por pertenecer a aquellos municipios que no disponen de Ambulatorio 24 horas, además no tienen capacidad económica para pagar a un farmacéutico que pueda relevarles tanto en guardias como en vacaciones.

3º Duplicar las ayudas VEC y actualizar las mismas cada año de acuerdo al IPC para mantener su valor constante.

4º Liberalización de las farmacias en su totalidad según pide la CNMC (Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia) y la Unión Europea para cumplir con las directrices que marca la Comisión Europea para terminar con este injusto monopolio que perdura en el siglo XXI, por supuesto las farmacias rurales se podrían seguir conservando al limitar la apertura de más farmacias en estas zonas a 1000 habitantes y dándoles mejores condiciones a estos farmacéuticos en lo que respecta en los apartados anteriores y las consecuencias de dicha liberalización no afectarían en ningún momento a la fuga de los farmacéuticos rurales a las ciudades, ya que tendrían unas condiciones dignas en estos pueblos y así las farmacias en dichos pueblos no se perderían y se evitaría la despoblación. De esta manera también se cumplirían las directrices que exige Europa sin dañar a nadie con una solución universal.

5º Otra forma y desde luego la más digna y duradera sería recuperar e integrar a los farmacéuticos rurales en el servicio público de salud, como los médicos y las enfermeras. Las farmacias de esta manera pasarían a ser propiedad de los ayuntamientos o del estado y los farmacéuticos rurales estarían integrados en la bolsa de empleo pública. En Italia ya se ha llevado a cabo con éxito en las poblaciones rurales evitando así la despoblación



### **Tras analizar las aportaciones, se considera que:**

En relación a la elevación de las cuantías fijas derivadas de la aplicación del índice corrector: se acepta parcialmente.

En la propuesta de texto del real decreto, se han considerado las cuantías fijas derivadas de la aplicación del índice corrector de los márgenes que se recogen actualmente en el Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo y se ha diferenciado por tramos de la escala las diferencias existentes tras la actualización del IPC, considerando el incremento correspondiente desde octubre 2008, año de publicación del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, hasta octubre de 2021, empleando la calculadora del Instituto Nacional de Estadística que actualiza la renta con el IPC General (sistema IPC base 2016). Esto supone un incremento de un 17,5% en todas las cuantías.

En relación a lo aportado de la retribución de las guardias o la liberalización de las oficinas de farmacia no se acepta dado que no son objeto de esta modificación.

### **13. FEDERACIÓN EMPRESARIAL DE FARMACÉUTICOS ESPAÑOLES (F.E.F.E)**

Que mediante el presente escrito venimos a presentar nuestras SUGERENCIAS Y OPINIONES a la Consulta Pública Previa,

PRIMERA.- Según la propia Consulta Pública Previa, el objetivo a conseguir es: “El objetivo de esta modificación es incrementar las garantías para que la prestación farmacéutica que se realiza por los farmacéuticos y las farmacéuticas de las oficinas de farmacia sitas en el entorno rural con riesgo de despoblación y en los entornos social y económicamente vulnerables siga siendo accesible y capilar a toda la ciudadanía en todo el territorio nacional, así como contribuir a evitar la despoblación en las zonas rurales. “Para ello se pretende, adecuar a las necesidades actuales, la aplicación del índice corrector de los márgenes de las oficinas de farmacia que resulten exentas de la escala de deducciones. “En concreto se plantean como medidas las siguientes: • La modificación de los requisitos exigibles para participar de la aplicación de dicho índice. • Elevación de las cuantías fijas derivadas de la aplicación del índice corrector de los márgenes mediante la actualización del IPC. • El establecimiento de la actualización anual de las cuantías fijas.” Ya que, según se manifiesta: “En España, según datos declarados por las comunidades autónomas en septiembre de 2021, en el año 2021 hay 712 oficinas de farmacia afectadas por el índice corrector. Es decir, más de 3% de oficinas de farmacia en el territorio nacional. “En los últimos 5 años se observa una tendencia decreciente, de tal forma que el número de oficinas de farmacia

afectadas por el índice corrector en los últimos 5 años es de 712 en el año 2021, 800 en 2020, 819 en 2019, 856 en 2018 y 899 en 2017.”

SEGUNDA.- De lo manifestado en la consulta parece clara -ya veremos-, que sólo se pretende modificar el Real Decreto 823/2008, con respecto a las disposiciones que afecten a las Oficinas de farmacia en un entorno rural, dado que el Ministerio de Sanidad se ha percatado que la Oficina de Farmacia es en muchos municipios el único establecimiento sanitario, lo que la hace muy cercana a la población y que la capilaridad de la Oficina de Farmacia se demuestra en que más del ochenta por ciento (80 %, es decir, más de 17.700) de las Oficinas de Farmacia se encuentran radicadas en municipios con una población de mil quinientos (1.500) habitantes o menor. Esperemos que esta modificación no sirva para otros fines no confesados en la Consulta Pública.

TERCERA. - La precariedad de algunas Oficinas de farmacia no, sólo y fundamentalmente, es consecuencia directa de la llamada “España vaciada”, sino del maltrato al que se ha visto sometida la misma. En efecto, la Ordenación Farmacéutica no ha tenido en cuenta en ningún momento la viabilidad económica de la Oficina de Farmacia, para establecer los parámetros y requisitos para la apertura de estos establecimientos sanitarios, pese a los grandes cambios sufridos en el sector -especialmente en cuanto a su rentabilidad económica-, basta poner como ejemplo que la Ley Foral 12/2000, de 16 de noviembre, de Atención Farmacéutica, establece la obligatoriedad de que las poblaciones con setecientos (700) habitantes estén atendidas por una Oficina de Farmacia. La Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE), ya ha dejado clara su postura -desde hace tiempo-, con respecto a las subvenciones directas a la Oficina de Farmacia, de las que no somos partidarios reivindicando otras medias mucho más beneficiosas para el sector y para el desarrollo tanto en servicios como profesional de los titulares y trabajadores de la Oficina de Farmacia. La situación precaria de muchas Oficinas de Farmacia -no sólo en el medio rural-, es consecuencia directa de las medidas que desde la Administración ya del estado ya de las Comunidades Autónomas se han adoptado, especialmente es este siglo: reducción del margen profesional, así como de la reducción en los precios de las presentaciones de especialidades farmacéuticas y la desviación, no siempre legal, de determinadas presentaciones a otros canales como la dispensación hospitalaria ambulatoria (que no sólo se realiza desde los hospitales), exclusión de diversos medicamentos de la financiación pública, etcétera. Ello por no hablar de otras medidas adoptadas en aras de “un uso racional de los medicamentos”, como los RR.DD.LL. 4 y 8 del 2010, 9 del 2011, 16 del 2012 y demás leyes y reglamentos que han afectado muy negativamente a la Oficina de Farmacia, que se sumaban a otras ya vigentes como el Real Decreto-ley 5/2000, por lo que achacar, la precariedad de la Oficina de Farmacia a la “España vaciada” es, en cuando menos, una impostura. La propia Consulta pone de relieve que no sólo la Oficinas de Farmacia radicadas en el medio rural son la únicas que se encuentran en una situación precaria económicamente, o en situación de viabilidad económica

comprometida (VEC) como indica el Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo. Lo que demuestra, bien a las claras, que no se trata únicamente de un problema de la “España vaciada”.

El último Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2019, publicado el 26 de abril de 2021 por el Ministerio de Sanidad, resalta que se ha producido una reducción entre los años 2010 y 2018 del catorce por ciento (14%) en la factura a través de receta dispensada en Oficina de Farmacia (Pág. 166), aunque se guarda muy mucho de cuantificar el ahorro producido.

Por su parte el Informe monográfico de la Prestación Farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud, 2019, (pág. 29), indica que desde la aplicación del Real Decreto 16/2012, el ahorro de la factura del gasto farmacéutica ha sido de SIETE MIL SETECIENTOS DIECISIETE MILLONES DE EUROS, lo que no tiene en cuenta las abruptas reducciones en el importe operadas por los RR.DD.LL. publicados en los años 2010 y 2011. Estos fondos (ahorro) que nunca han redundado a favor de la Oficina de Farmacia.

CUARTA. - Son muy variadas las propuestas realizadas por esta patronal de Oficinas de Farmacia (FEFE), algunas de ellas coincidentes con las propuestas por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos<sup>1</sup>, y otras no como, por ejemplo, la remuneración de las guardias, especialmente en zonas rurales. FEFE ha apostado fuertemente por la Oficina de Farmacia asistencial, continuando y ahondando en la línea emprendida por el Consenso sobre Atención Farmacéutica cuando a principios de siglo indicaba: “Es un hecho que los ciudadanos a menudo tienen problemas cuando utilizan los medicamentos, por múltiples motivos, asociados a la complejidad de nuestra sociedad y de la propia terapia. Ante este suceso el farmacéutico no puede eludir su responsabilidad en el proceso asistencial, utilizando sus conocimientos para minimizar en lo posible la aparición de esos problemas, y contribuyendo a resolverlos lo antes posible cuando aparezcan. Este objetivo sólo puede lograrse orientando todas las actividades de la farmacia hacia una misma dirección, e implicándose en el equipo asistencial.” (Tanto el subrayado como el destacado en negrita es nuestro), de forma que la Oficina de Farmacia ha de tender a convertirse centros sanitarios de baja complejidad, donde se puedan hacer cribados, Atención Domiciliaria, ser agente implicado y activo de Salud Pública, vacunar, realizar test y certificarlos, crear nuevas secciones ya de nutrición ya de otras especialidades que la población está demandando. En el último Observatorio del Medicamento, se aborda el tema que plantea la Consulta Pública Previa que estamos examinando, destacando que: “Cobrar por las guardias obligatorias debería ser un derecho, como lo es en todas las profesiones sanitarias que colaboran con el Sistema Nacional de Salud, algo muy diferente a la subvención que supone el Real Decreto 823/2008. Ese derecho, además se reconoce en bastantes Estados de la Unión Europea, en algunos casos como en Alemania, incrementado el precio de

la dispensación en horas de guardia, impensable para nosotros, aunque en nuestro caso podría hacerse mediante un pago directo en función de las horas y recogerse en los conciertos.”

QUINTA. - No obstante, habrá que esperar al texto de la propuesta y a la explicación de cómo se actualizan las cuantías y el porqué de los actuales o nuevos escandallos, ya que ésta nos fue hurtada en modificaciones anteriores.

Por lo expuesto, SOLICITO AL MISNISTERIO DE SANIDAD, que tenga por presentado este escrito en tiempo y forma, y por remitidas las manifestaciones y opiniones de esta expresadas por esta Federación, para que las mismas sean tenidas en cuenta e incluida en la redacción y contenido de esta norma.

**Tras analizar las aportaciones, se considera que:**

En relación a lo aportado de la retribución de las guardias no se acepta dado que no son objeto de esta modificación.