

■ ORIGINAL

Modelos de remuneración del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico.

Potential remuneration models for medication review with follow-up service in community pharmacy

NOAIN MA¹, GASTELURRUTIA MA¹, MARTÍNEZ-MARTÍNEZ F¹, BENRIMOJ SI².

¹Grupo en Investigación de la Universidad de Granada. Universidad de Granada.

²University of Technology. Sidney (Australia).

ABREVIATURAS:

FC: Farmacia Comunitaria; **FI:** Farmacéutico Innovador; **FCS:** Farmacéutico conSIGUE; **PRM:** Problema relacionado con el medicamento;

SPF: Servicio profesional farmacéutico; **SFT:** Seguimiento Farmacoterapéutico.

RESUMEN

Introducción: Existen diferentes motivos que justifican la necesidad de remunerar el servicio de seguimiento farmacoterapéutico (SFT). El cálculo de su precio se puede realizar de varias maneras y es importante para que su pago salvaguarde la sostenibilidad de la actividad.

Objetivo: Explorar cómo se justifica la necesidad de remunerar la provisión del servicio de SFT, describir las propuestas sobre quién y a quién se debería pagar, así como los modelos de remuneración propuestos.

Método: Se realizaron 21 entrevistas semiestructuradas a farmacéuticos Innovadores con experiencia en la realización de SFT y a otros que acababan de comenzar a realizar SFT en el entorno del Programa conSIGUE.

Resultados: En ambos grupos, se argumenta que el farmacéutico posee la formación necesaria para proveer el servicio y le aventaja la cercanía que tiene con los pacientes. Además, se alude a la asunción de responsabilidad del farmacéutico y al impacto económico y clínico generado por la provisión del servicio. Se sugiere que sea la Administración la que sufrague el servicio y que el pago se efectúe a la farmacia como organización, sin dejar de compensar económica y profesionalmente al proveedor. El precio del servicio debe cubrir, entre otros, los costes de provisión y tener en cuenta el tiempo empleado transcurrido. También se podría valorar la complejidad de los casos, el impacto y eficiencia, el número de pacientes, etc.

Fecha de recepción: 20/05/15 **Fecha aceptación:** 03/07/15

Correspondencia: MA Noain

Correo electrónico: anoain4@gmail.com

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

Conclusión: Es necesario conseguir la remuneración del servicio de SFT con un precio adecuado para que sea sostenible a lo largo del tiempo. Este tipo de servicio debe ser sufragado por la Administración sanitaria aunque no se descarta la participación de los beneficiarios. El pago se debe realizar a la farmacia y el farmacéutico proveedor debe recibir el complemento correspondiente.

Palabras clave: farmacia comunitaria, remuneración, precio, pagador, cobrador.

ABSTRACT

Introduction: Different reasons justify the need to remunerate the provision of the service of Medication Review with follow-up (MRF). Its price could be obtained through several calculations and its value is essential to sustain the activity.

Objective: To explore how is being justified the need to remunerate the MRF' provision, to describe the proposals on who should pay and to whom, as well as to explore the models of remuneration proposed.

Method: 21 semi-structured interviews were conducted with innovative pharmacists experienced in the provision of MRF service and with others that have just been introduced to it within the framework of the conSIGUE program.

Results: Pharmacists justified the need to obtain the remuneration of the service for different reasons. In both groups, it is argued that the pharmacist possesses the expertise to provide the service and is surpassed by an easy access to patients. In addition to this, participants referred to the assumption of responsibility and to the economic and clinical impact of the service provision. In both groups the Administration is proposed as the main payer while it is recommended to pay to the pharmacy as an organization as well as, to economically and professionally compensate the provider. The price must cover between others, costs of provision and the spent time. It could be also considered the complexity of the case, the impact and efficiency, the number of patients, etc.

Conclusion: It is necessary to obtain the remuneration of MRF's service with a suitable price in order to sustain the activity. This type of service must be defrayed by the Administration without ruling a patient copayment. The community pharmacy must bill the service provision and the provider must be compensated.

Keywords: Community pharmacy, remuneration, price, payer, collector.

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

INTRODUCCIÓN

Los servicios profesionales farmacéuticos (SPF) se definen como servicios profesionales prestados por farmacéuticos que emplean sus conocimientos para adoptar un papel activo en la asistencia sanitaria del paciente, mediante una interacción eficaz tanto con los pacientes como con otros profesionales de la salud¹. Hoy por hoy, en el ámbito de la farmacia comunitaria (FC), el servicio que requiere mayor implicación del farmacéutico y exige mayor conocimiento en la práctica es, el servicio de seguimiento farmacoterapéutico (SFT)². Este servicio permite mejorar la calidad de vida de los pacientes que lo reciben porque permite prevenir y en su caso resolver, los resultados negativos asociados al uso de los medicamentos mejorando así el control de sus problemas de salud^{2,3}.

La provisión de cualquier SPF en la FC, incluido la del SFT, es una actividad empresarial que como cualquier otra, genera unos costes⁴. El conocimiento exhaustivo de los costes de cualquier actividad permite a las empresas averiguar si ésta supondrá un éxito económico para la organización^{5,6}. Así, las farmacias que desean proveer SPF necesitan determinar sus costes asociados con el fin de determinar su viabilidad económica y tomar la decisión estratégica de proveerlos^{7,8,9,10}. No en vano, los costes imputados a la oferta y provisión del SFT afectan a la rentabilidad global de su explotación. Además, en base a la identificación y cuantificación de estos costes de provisión, se podría estimar el precio a fijar.

La remuneración de los SPF y su propia regulación están normalizadas sólo en algunos países¹¹. En España en concreto, la provisión del servicio de SFT es una actividad profesional no remunerada en ningún ámbito sanitario. La falta del pago es una barrera que dificulta su implantación¹² porque los servicios no remunerados no son rentables y suponen gastos añadidos. De hecho ya se sabe que los incentivos o pago por servicios, constituyen el primer facilitador en la estrategia a llevar a cabo en la implantación de nuevos servicios¹³.

El proyecto conSIGUE es una iniciativa que promueve la provisión del servicio de SFT a pacientes mayores polimedicados con el objetivo final de conseguir su integración en la práctica habitual farmacéutica^{14,15}.

La primera fase del proyecto (conSIGUE impacto) se diseñó con el objetivo principal de evaluar el impacto clínico, económico y humanístico del servicio. Como parte de la evaluación económica se identificaron de forma pormenorizada todos los recursos necesarios para la provisión del servicio. Para ello se realizó un estudio cualitativo basado en los testimonios aportados por farmacéuticos participantes en el proyecto y, farmacéuticos con experiencia previa en la provisión del servicio. Estos últimos proveían el servicio de forma habitual en las farmacias en las que ejercían

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

o lo habían hecho en el pasado. Parte de los resultados de este trabajo, se publicaron en un artículo anterior en el que se enumeraron todos los costes incurridos a la provisión del servicio así como, los componentes de la inversión necesaria para iniciar la actividad¹⁶.

En este contexto y como continuación del artículo publicado anteriormente, se pretende ahora explorar cómo justifican los farmacéuticos participantes la necesidad de remunerar la provisión del servicio de SFT, describir sus propuestas sobre quién y a quién se debería pagar, así como los modelos de remuneración propuestos.

Metodología

Diseño, participantes, lugar y entrevistas

La metodología aplicada se describe con detalle en el artículo citado anteriormente¹⁶. Se trata de un estudio cualitativo en el que se realizaron entrevistas semiestructuradas. En el anexo 1 se presenta la guía de la entrevista utilizada. Los resultados de este artículo se corresponden a las respuestas del bloque de preguntas de la guía relacionadas con la rentabilidad del servicio de SFT.

Los farmacéuticos entrevistados, todos en activo en el momento de realizar las entrevistas, constituyeron 2 grupos diferenciados: el grupo de los denominados farmacéuticos *Innovadores* (FI) que estaba constituido por farmacéuticos titulares o adjuntos con amplia experiencia en la provisión del servicio de SFT y, el grupo de los denominados farmacéuticos *conSIGUE* (FCS) que estaba formado por farmacéuticos titulares o adjuntos, que habían participado en el estudio piloto del proyecto *conSIGUE impacto*.

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

Temas	Pregunta	Preguntas secundarias
Proyecto conSIGUE	¿Qué te parece el SFT?	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Qué es lo que más te interesa?
Sostenibilidad de la prestación del servicio SFT	<p>El servicio SFT se ha implantado en tu farmacia, es decir es un servicio que se presta habitualmente</p> <p><u>¿Cómo se ha gestionado ese cambio en tu farmacia?</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Qué número de pacientes "usuarios de SFT" dirías que es necesario, para afirmar que el servicio está implantado? ■ ¿Qué cambios específicos se han realizado para alcanzar ese número de pacientes? ■ ¿Qué has necesitado para integrarlo en la práctica habitual? ¿Dónde lo has encontrado? ■ ¿En que se diferencia de la venta de medicamentos? ¿En qué sentido? ■ ¿Has contratado a más personal? ¿Por qué? ¿Qué características debe presentar? ¿En qué régimen, contratado de la farmacia, subcontratado? (modelo) ■ ¿Has necesitado más tiempo? ¿Qué has hecho para conseguirlo? ■ ¿Cuánto tiempo piensas que es necesario para ese cambio?
Gastos de la prestación del SFT	<p>Hablamos de gastos de la prestación del SFT</p> <p><u>¿Cuáles son los gastos del SFT?</u></p>	<p>Si hiciéramos una lista de gastos ¿Qué pondrías?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Algo más? (referencia lista de costes de inversión - gastos) ■ ¿Cómo los cuantificas? ■ ¿Piensa que esos gastos perjudicarían la sostenibilidad del negocio? ■ Teniendo en cuenta los gastos considerados ¿Supondría mucho esfuerzo económico para tu farmacia? ■ ¿Cuál piensas que es el tiempo de retorno de la inversión?
Rentabilidad del SFT	<p>Hablamos de ingresos y prestación del SFT</p> <p><u>¿Qué rentabilidad piensas que debe tener la prestación del SFT?</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Cómo te gustaría que te pagaran por el servicio? ¿En honorarios por hora, por paciente, por intervención realizada? ¿Otros? ■ ¿A quién se debería pagar: al farmacéutico proveedor, a la farmacia? ■ ¿Qué margen debería obtener? ■ ¿Quién debe pagar? ■ ¿Cuánto debe pagar? ■ ¿Habría otro tipo de consecuencia en la rentabilidad global de la farmacia? ■ ¿Fidelización? ■ Si siguieras como hasta ahora y/o atendieras a más pacientes, es decir, aumentará la actividad ¿Cuánto tiempo piensas que podría mantenerse en ésta situación, sin haber un reflejo positivo en la rentabilidad? ■ ¿Tienes normas de calidad para la prestación del servicio? ¿En que mejora su prestación? ¿Afecta a los costes?

Anexo 1: Guía para la entrevista

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

Resultados

Se realizaron un total de 21 entrevistas, 15 a FI y 6 a FCS. En la tabla 1 se presenta un resumen de los resultados encontrados.

	Farmacéuticos Innovadores	Farmacéuticos conSIGUE
Justificación para la remuneración	Sanitario adecuado con la formación necesaria	
	Deseo profesional	Dedicación tiempo y esfuerzo
	Asunción de responsabilidad sobre resultados en el paciente	
	Investigación del impacto clínico y económico	
Pagador	Administración Sanitaria	
	Copago	Paciente
	Industria Farmacéutica	
Cobrador	Farmacia	
	Compensación económica al proveedor	
Cálculo del precio	Tiempo y número de pacientes	Tiempo
	Complejidad (dificultad casos)	Complejidad (costes)
	Costes de provisión	
	Impacto económico	Eficiencia
	Cupo de pacientes	
	Número de visitas	
	Honorario ligado al margen	Intervenciones realizadas
	Impacto humanístico	
Tarifa aplicada		

Tabla 1. Propuestas realizadas por grupo de farmacéuticos para: justificar la necesidad de remunerar el servicio de SFT, los posibles pagadores y cobradores y, las variables para calcular el precio.

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

A- FARMACÉUTICOS INNOVADORES (FI)

MOTIVOS EXPUESTOS PARA JUSTIFICAR LA NECESIDAD DE REMUNERAR EL SERVICIO DE SFT

Se asegura que el farmacéutico es un sanitario cualificado que posee la formación adecuada para analizar y controlar los tratamientos:

“tenemos los conocimientos para hacerlo...valemos mucho más que para vender y podemos hacerlo.” (FI 1)

Así mismo, se hace referencia a la responsabilidad que asume el farmacéutico proveedor sobre la evolución de los resultados en salud, lo que debería ser “por justicia” reconocido:

“...aunque podría cobrar igual sin hacer nada, esa es la diferencia. Ehm,... es decir, ...yo cobro lo mismo si hago o no seguimiento, que es más trabajo” (FI 3)

Además se asegura que el farmacéutico desea realizar SFT y ser remunerado por ese tipo de tareas y no únicamente por la venta de productos, o la realización de una correcta dispensación y/o indicación.

“Que nosotros queremos hacer seguimiento, cobrar por esto,... queremos cobrar y creemos que podemos cobrar...” (FI 14)

Por otra parte se explica que numerosos estudios han demostrado el impacto, tanto clínico como económico del servicio, lo que justifica su pago:

“para poder dar el servicio de forma sostenible hay que generar datos clínicos y datos económicos que verdaderamente demuestren que esto es importante, y esto ya se ha hecho en muchos casos.” (FI 14)

Sin embargo, hay quién manifiesta que el único beneficio económico que se debe percibir a cambio de la prestación del servicio, es el obtenido gracias a la fidelización de clientes:

“...el único beneficio sería,... si yo tengo un paciente en seguimiento, sé que me voy a asegurar la dispensación del tratamiento.” (FI 7)

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

HONORARIOS

Pagador

Se proponen 4 pagadores del servicio. El primero es la Administración pública:

“Hombre, la Administración, según el sistema que tenemos aquí en España sería la Administración.” (FI 3)

En este sentido se afirma que con el seguimiento se reducirían los gastos derivados de visitas médicas, hospitalizaciones, visitas a urgencias, etc., y también porque hay pacientes que no podrían pagarlo.

“Las consecuencias de nuestros servicios,... yo creo que la Administración es la que lo tenía que pagar...pues evitan un gasto farmacéutico, unos ingresos hospitalarios, lo que sea.” (FI 14)

“el paciente, como está montado el sistema español,... complicado (que pague por el servicio), complicado porque en barrios pobres el paciente no te paga, en barrios ricos sí. Este barrio, que es un barrio medio-bajo, la gente con una pensión paupérrima, ¿qué te va a pagar?, ¿me entiendes?” (FI 15)

También se propone un sistema de copago paciente-Seguridad Social o Mutuas privadas. Se argumenta que la aportación del paciente es imprescindible para que se pueda sostener el servicio, sobre todo en el caso de la Seguridad Social, incluso aunque se sepa que la imposición del copago sería una medida impopular:

“El copago tiene que subir, pero no hay quién se atreva con el tema; la Sanidad está quebrada...que el paciente tienen que pagar, no sé si al farmacéutico o al sistema, en general...” (FI 6)

“Yo entiendo que parte lo debe pagar, a mi manera de ver, la Seguridad Social, y parte lo debe pagar el paciente.” (FI 5)

Además, se plantea que el copago se debería ajustar a los distintos niveles de contribución, en función de la renta per capita. También se asegura que ya hay pacientes, que no sólo están dispuestos a pagar, sino que exigen hacerlo: *“Sí, sí me lo dicen muchas veces, me persiguen con los billetes por la farmacia –toma, toma, toma-, ¡cóbrame por lo que haces, por favor!.”* (FI 15)

Finalmente, se propone la Industria Farmacéutica como posible pagador, porque el seguimiento permite evaluar los efectos de los medicamentos y contribuir a que el paciente los tome en las mejores condiciones posibles a la vez que mejora la adherencia:

“sería como un estudio a lo mejor de efectividad del medicamento, porque muchas veces el propio medicamento no está siendo efectivo porque el paciente no está haciendo un buen uso del mismo.” (FI 11)

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

Cobrador

Se defiende fundamentalmente a la farmacia - en el nombre de su titular-, como la entidad a la que se debiera realizar el pago por el servicio. Se explica que es una cuestión de imperativo legal del modelo español de farmacia:

“Según el modelo que tenemos ahora mismo habría que pagar a la farmacia.” (FI 13)

Otro motivo dado es que el titular es un empresario que pone los medios necesarios.

“Entonces yo necesito este sitio, yo no soy nada tampoco sin él (sin el titular).” (FI 15)

“Al titular le cuesta un dinero extra contratar a un farmacéutico que sepa más de farmacia, porque sabe realizar seguimiento.”(FI 5)

Así mismo se opina que el proveedor del servicio debería obtener un beneficio económico en compensación al “trabajo innovador” realizado que debería normalizarse:

“Pero además es que pago y mal pago, porque tú no le puedes pagar un sueldo de adjunto,... o sea, si una persona toma responsabilidades sobre la farmacoterapia de pacientes... esa persona tiene que tener un sueldo de acuerdo a esto.” (FI 14)

“sus funciones son más específicas, te hacen un trabajo más profesional, que tú estás recibiendo un dinero por eso, lógicamente esa persona igual necesita un plus como los complementos salariales (de los convenios).” (FI 10)

Incluso, hay quién propone aplicar un coeficiente de reparto sobre el beneficio, entre el farmacéutico proveedor y el titular:

“Entonces, yo creo que tiene que ser equitativo a los dos, no sé si un 50-50, pero tienen que ser los dos, porque la farmacia es tu ámbito de trabajo.” (FI 11)

Precio del servicio

Para calcular el precio del servicio de SFT se propone tener en cuenta los siguientes elementos:

- 1. El tiempo y el número de pacientes atendidos.** El tiempo sería reflejo de la complejidad de los casos porque cuantos más medicamentos y problemas de salud haya, se necesita más tiempo. Pero el número de pacientes también es importante porque en aquellos casos que requieran menos tiempo no significa que no hayan sido evaluados. En este sentido se afirma:

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

“El tiempo también, es que oye, es el tiempo. Hacer un promedio del tiempo que tú le dedicas al paciente..., y también yo tengo pacientes que no he tenido que intervenir en nada pero aseguro que están bien controlados.” (FI 13)

- 2. La complejidad del caso.** Se propone un modelo que tiene en cuenta la complejidad del caso influyendo por ejemplo, el número de PRM detectados y resueltos, el número de intervenciones realizadas, el número de medicamentos y problemas de salud etc., y sobre todo la eficiencia del proveedor:

“Si tú te molestas y eres bueno y encuentras PRM, te pagan más, y me parece lo más lógico.” (FI 15)

“Consiste en no pagar ni por tiempo, ni por paciente sino por complejidad de los casos. A mi no me interesa el tiempo que tú hayas estado con el paciente, a mi me interesa el número de problemas que le hayas resuelto.”. (FI 2)

“Yo cuando estuve en los EEUU descubrí un buen modelo aplicado en el programa Fairview en Minnesota. Es complejo pero bueno.” (FI 2)

- 3. El impacto económico del servicio.** Ésta propuesta plantea que se cobre un precio por los resultados obtenidos en el servicio y se asegura además que probablemente este será el criterio que se siga para pagar los servicios en un futuro:

“Y como a los profesionales de la salud nos pagan o nos van a pagar por resolver problemas, no por detectarlos,....., pues tendremos que hacerlo por ahí (el cálculo del precio del servicio).” (FI 14)

- 4. Los costes de provisión.** Independientemente de la efectividad del farmacéutico proveedor, el precio debe cubrir como mínimo los costes de provisión. En particular se hace hincapié sobre los salarios:

“el sueldo de farmacéutico, debería ser el aproximado que debería sacar, y luego habría que valorar de verdad lo que estamos ahorrando al Estado.” (FI 12)

- 5. El número de pacientes asignado por farmacia.** Corresponde a un pago por capitación³⁸ que ya se ha aplicado con los médicos de la Seguridad Social. Consiste en calcular el salario en función del número de pacientes atendidos por cada profesional sanitario. En el caso del seguimiento, se trataría del número de pacientes asignado a cada farmacia en la que recibirían el servicio.

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

“Que la Administración controle el número de pacientes que lleve cada farmacia y determine el dinero que le corresponda...en función del número de pacientes que podemos atender al día, como hacen los médicos.” (FI 3).

- 6. El número de visitas.** Se basa en pagar el servicio por visita realizada, independientemente del número de pacientes total por farmacia. Se explica que cada paciente necesita un número concreto, individualizado, de visitas:

“muchas veces para conseguir el estado de situación no sólo se necesita una visita, necesitas varias, porque conforme habla más el pacientes más datos da.” (FI 7)

- 7. Un honorario ligado al margen de la dispensación de medicamentos.** Ésta propuesta conlleva realizar seguimiento a todos los pacientes que lo necesitan y supondría un aumento del beneficio obtenido por la dispensación.

“Paga el Estado cuando te paga el medicamento. Otra cosa distinta es que el precio justo sea el 27,9; es que ahora es cuando lo vemos, a lo mejor tiene que ser el 40 (con la provisión del servicio).” (FI 9)

- 8. El impacto humanístico.** Los pacientes que acuden a seguimiento descubren los motivos por los que toman medicamentos, como deben hacerlo, conocen sus problemas de salud y aprenden a mejorarlos, etc., produciéndoles una gran satisfacción que debería tenerse en cuenta:

“siempre estamos hablando con gente mayor pero casi todos saben lo que toman, para qué es, cómo se tienen que tomar (gracias al seguimiento)...y eso hay que valorarlo.” (FI 3)

- 9. Una tarifa de precios.** Hay quién no se ha planteado la cuestión del precio e incluso, se siente incapaz de improvisar propuestas. Por eso, simplemente se dice:

“es que no me he puesto nunca a pensar en cantidad ni en...me imagino como cualquier profesional, o sea, no sé, un abogado o un arquitecto que elabore un informe.” (FI 10)

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

B- FARMACÉUTICOS conSIGUE (FCS)

JUSTIFICACIÓN DEL PAGO

A pesar de que en este grupo existe un cierto escepticismo en cuanto a la posibilidad de conseguir, en un futuro próximo, la remuneración del servicio se dice que lo justo sería pagar al farmacéutico que dedica tiempo y esfuerzo:

“no te van a pagar, eso está clarísimo, todo el tiempo que tú usas o utilizas para un cliente o un paciente, no te lo van a pagar.” (C5)

Sin embargo, si se demuestra que el farmacéutico es el sanitario más adecuado para realizar el servicio, se podrá conseguir la remuneración.

“Todos los farmacéuticos y todo el mundo dicen –es que el farmacéutico es el que entiende de medicamentos- bueno hay que demostrarlo ¿Entiendes?.” (C4)

HONORARIOS

Pagador

Se propone a la Administración pública sanitaria, por un lado porque sería la máxima beneficiaria, ya que el servicio permitirá controlar la farmacoterapia de sus asegurados, y por otro por su carácter universal, que garantiza unas prestaciones sanitarias financiadas:

“¡La Administración claro!...Tendría que ser Sanidad.” (C4)

“Lo ideal sería que pagara la Seguridad Social.” (C6)

“si el beneficio es para el paciente, debería pagar la Seguridad Social.” (C2)

“yo por supuesto al paciente no le cobraría...intentaría que la Administración pagase....pero tampoco una cifra bestial porque no nos lo va a pagar.” (C5)

También se propone que sea el paciente quien pague, pero en ese caso habría que valorar cuánto estaría dispuesto a pagar:

“para las personas que no tienen acceso al servicio público, para gente privada, hay que evaluar cuanto estarían dispuestas a pagar.” (C3)

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

Cobrador

Se afirma que debería cobrar la farmacia como organización y que la gestión del cobro la realice el Ministerio de Salud para evitar diferencias entre Comunidades Autónomas:

“Si estuviera centralizado en el Ministerio sería mucho mejor, que cueste lo mismo lo que hace un farmacéutico aquí o en Barcelona.” (C1)

Incluso, se propone que el Colegio de Farmacéuticos tramite el pago como ya se hace con la facturación de recetas:

“Yo creo que el Colegio sería un buen medio (para gestionar el cobro)...” (C1)

En lo relativo al cobro surge una preocupación: hay quién piensa que las farmacias que provean el servicio lograrán acuerdos exclusivos con la Administración consiguiendo mayores beneficios económicos:

“yo no sé si algún día se planteará la Administración el que las farmacias que hagan seguimiento farmacoterapéutico son las farmacias VIP y con las que el ambulatorio trabaje más.” (C5)

Por otra parte, independientemente de que el cobro lo realice la farmacia, se manifiesta que hay que compensar económicamente al proveedor.

“Si es un empleado de la farmacia el que hace seguimiento, se le tiene que reconocer y se le tiene que pagar aparte.” (C3)

Precio del servicio

Los factores que habría que valorar para establecer el precio del servicio serían:

- 1. El tiempo.** Cada caso en seguimiento requiere un determinado tiempo que hay que tener en cuenta independientemente de que se detecten PRM o no:

“Pero claro, también pienso que tú estás gastando tiempo y si no llegas a ningún lado (no se detectan PRM, ni RNM), tú has gastado tiempo...tu tiempo también se paga.” (C6)

En este sentido, se propone aplicar 2 tarifas en función de la duración de los encuentros. La primera y más elevada, se aplicaría a la primera entrevista y la segunda tarifa a visitas cortas o sucesivas:

“Yo lo que si que haría es, a la hora de valorar el seguimiento farmacoterapéutico, cobraría de distinta forma lo que es el comienzo a lo que son las sucesivos encuentros.” (C5)

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj S².

- 2. Los costes de provisión del servicio.** Se hace referencia a la necesidad de que el precio cubra al menos los gastos del servicio, sobre todo el gasto de personal:

“Me refiero a cubrir los gastos, lo que cuesta mantener que una persona haga la visita y analice la situación del paciente.” (C1)

“¿Cuánto nos deberían pagar? Yo creo que una persona, cubrir los gastos de un farmacéutico.” (C2”)

- 3. La complejidad de los casos relacionada con los costes de provisión.** Se considera que cuanto más complejo es el caso, más gastos se generan y por lo tanto debería cobrarse más:

“un paciente con hipertensión la pauta sería otra, el gasto es distinto que un paciente infartado al que hay que mirar muchos más parámetros y tiene más gasto en todo” (C2)

- 4. La eficiencia del proveedor.** Se entiende que el farmacéutico puede involucrarse más y ser más o menos eficiente en función de si el servicio es remunerado, e incluso del importe ingresado:

“...y te pagamos 100 euros más y dices... pues que bien ¡A lo mejor lo hago mejor!” (C6)

- 5. El número de intervenciones realizadas.** Se propone que el precio se realice en función de estas:

“yo considero que mejor sería por intervenciones...si yo fuese el que tuviera que pagar, vamos si yo fuera el ministerio, lo pagaría así.” (C3)

Discusión

Tras la realización de 21 entrevistas semiestructuradas tanto a farmacéuticos innovadores como a otros participantes del programa conSIGUE se obtuvieron diferentes argumentos para justificar la necesidad de cobrar el servicio proponiéndose diferentes pagadores, cobradores y posibles cálculos del precio. En la tabla 1 se resumen todas las propuestas realizadas en ambos grupos.

En los 2 grupos, se ha defendido que el farmacéutico es el profesional sanitario más adecuado para proveer el servicio. En concreto, los *Innovadores*, han aludido al impacto clínico y económico generado. Efectivamente la evidencia científica sugiere que la provisión de SPF tiene un impacto coste-efectivo como ha quedado demostrado en importantes estudios^{17,18,19,20,21,22,23,24,25,26}. De hecho, los resultados obtenidos en algunos de ellos han permitido conseguir la regulación y remuneración de su provisión^{11,27,28,29,30}. Esto demuestra que efectivamente el farmacéutico es un sanitario eficaz aunque todavía es necesario afianzar el rol del farmacéutico comunitario como parte integral de los equipos multidisciplinares que atienden a los pacientes¹⁴.

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

También en ambos grupos se ha manifestado la necesidad de que se cobre por el servicio ya que no se puede mantener un servicio si no se cobra nada a cambio. En este sentido, nadie ha expresado lo importante que sería conseguir la remuneración del servicio para poder cumplir con las expectativas profesionales que se tiene de los farmacéuticos. Así por un lado, la FC mantiene su actividad a pesar de la gran presión económica ejercida sobre ella^{31,32}, y el empuje de las autoridades para garantizar la accesibilidad del medicamento de forma segura y eficaz a toda la población mundial³¹. Por otro lado, estas autoridades empujan al desarrollo de la provisión de SPF³³. Pero en este caso, la situación es más precaria porque la provisión de servicios apenas supone ingresos para la farmacia, sobre todo en algunos países como España. Es necesario ayudar a las farmacias a adquirir la capacidad suficiente, incluida la financiera, para que las nuevas prestaciones farmacéuticas se den de forma sostenible³⁴.

Se manifiesta que quien debe pagar por el servicio es la Administración. Pues bien, así sucede en otros países en los que se proveen servicios semejantes al SFT. Estos son el Home Medication Review de Australia³⁰, *Medication Therapy Management* (MTM) de Estados Unidos, el servicio de *Standard Medication Management Assessment* (SMMA) y *Comprehensive Annual Care Plan* (CACP) de Canadá, los servicios denominados avanzados como el *Medicines Use Review* (MUR) y *New Medicine Service* (NMS) de Inglaterra³⁵ y, *Medications Use Review and Adherence Support* (MURAS) de Nueva Zelanda¹¹. También se propone que los pacientes contribuyan a financiar el servicio. Esto parece razonable porque el Sistema Sanitario español se enfrenta a un problema de sostenibilidad como ha quedado patente con la imposición del copago-farmacéutico de medicamentos³⁶. Además de estas propuestas, se plantea la posibilidad de que contribuyan la Industria Farmacéutica y compañías de seguros (Mutuas), algo que en la actualidad se está ensayando en España en el control del paciente asmático en FC³⁷ y con el cálculo del riesgo cardiovascular en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona³⁸.

Hay acuerdo en que la farmacia debe ser quien cobre el servicio prestado como uno más de los servicios que ofrece este establecimiento sanitario y también en que debe complementarse al profesional que lo realice. Esta mejora debería ser regularizada en los convenios colectivos. En efecto, la provisión del servicio implica la asunción de responsabilidad sobre la salud del paciente³⁹. Hoy por hoy, no existe ningún reconocimiento sobre el esfuerzo, el progreso y adquisición de formación del farmacéutico. Precisamente, la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (Sefac), propone un modelo de carrera profesional que otorga reconocimiento público y expreso de valía profesional al farmacéutico que realiza servicios⁴⁰. Este tipo de iniciativas no sólo son necesarias sino que además deberían estar normalizadas y reguladas.

En los sistemas sanitarios, se suelen aplicar 3 formas de pagos. *A priori* el sistema que se asemeja más al español es el *sistema de salario* en el que el pago al farmacéutico se realiza por las horas de trabajo anuales realizadas. Otro sistema es el *pago por capitación* (aludido entre los farmacéuticos *Innovadores*) cuya cuantía depende del número

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

de pacientes en seguimiento por farmacia o farmacéutico⁴¹. El inconveniente de ambos sistemas es que el pago se efectúa haya o no intervención⁴². El tercer sistema, el denominado *fee for service* o tarifa por servicio, en el que el pago se realiza por intervención realizada, es un sistema que fomenta la actividad ya que cuantas más entrevistas y/o visitas realice el farmacéutico más cobrará⁴². Este es el sistema que se aplica en los servicios anteriormente mencionados, excepto el servicio *Fairview Pharmacy Services' MTM program de Minnessota*, que lleva muchos años en servicio⁴³. El cálculo del precio del servicio se realiza en función de la complejidad del caso. Es un sistema sofisticado que probablemente se ajusta mejor a la realidad de la prestación.

Finalmente, destaca el hecho de que nadie ha comentado la necesidad de aplicar un margen de beneficio al calcular el precio del servicio. Sin embargo, la sostenibilidad de la actividad sólo se logrará si la prestación del servicio genera una renta suficiente que permita a la farmacia subsistir²⁰. De hecho, algunos participantes incluso afirman que no es necesario cobrar por el servicio sino que el beneficio por su prestación se alcanzaría gracias a la fidelización de los pacientes. Es evidente que quienes afirman esto desconocen la complejidad del servicio y las responsabilidades que se asumen al realizarlo. En España, esto ya ha sido analizado en relación a un servicio, el Sistema Personalizado de Dosificación (SPD)⁴⁴ que no tiene ni la complejidad ni requiere la responsabilidad del SFT.

Conclusión

Los farmacéuticos justifican la necesidad de conseguir la remuneración del servicio de seguimiento farmacoterapéutico por motivos diferentes aunque en ambos grupos, se coincide en la formación adecuada del farmacéutico y su cercanía con los pacientes.

En ambos grupos se sugiere que sea la Administración la que sufrague el servicio y que el pago se efectúe a la farmacia como organización. También se propone como pagadores a la Industria Farmacéutica y a las Aseguradoras privadas y que los pacientes contribuyan mediante copago. Además, se plantea que el farmacéutico proveedor reciba una compensación profesional y económica diferenciada que debería regularse en los convenios colectivos.

Se proponen diferentes modelos para calcular el precio del servicio. Las variables a tener en cuenta para ese cálculo son: el tiempo, la complejidad de los casos y los costes de provisión del servicio.

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

Bibliografía

1. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical care practice*. New York: McGraw-Hill Companies; 1998. ISBN 0-07 012046-3.
2. Grupo de Expertos de Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso. Madrid, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2008.
3. Pharmaceutical Care Research Group, University of Granada (Spain). *Pharmacotherapy follow-up: The Dader method (3rd revision: 2005)*. *Pharmacy Practice*. 2006; 4(1): 44-53.
4. Calomo JM. Teaching Management in a Community Pharmacy. *Am J Pharm Educ*. 2006; 70(2): 41.
5. IMS. *Statements on Management Accounting. Definition of Management accounting (2008)*. [Acceso, Julio 2014]. Disponible en: <http://www.imanet.org/PDFs/Public/Research/SMA/Definition%20of%20Mangement%20Accounting.pdf>
6. Kaplan RS and Robert S. Research opportunities in management accounting. *J Manage Acc Res*. 1993; 5: 1-14.
7. Doucette WR, McDonough RP, Mormann MM, Vaschevici R, Urmie JM, Patterson BJ. Three-year financial analysis of pharmacy services at an independent community pharmacy. *J Am Pharm Assoc*. 2003; 52(2):181-7.
8. Liu Y, Nevins JC, Carruthers KM, Doucette WR, McDonough RP, Pan X. Osteoporosis risk screening for women in a community pharmacy. *J Am Pharm Assoc*. 2007; 47(4) : 521-6.
9. McDonough RP, Harthan AA, McLeese KE, Doucette WR. Retrospective financial analysis of medication therapy management services from the pharmacy's perspective. *J Am Pharm Assoc*. 2010; 50(1): 62-6.
10. Rupp MT. Analyzing the costs to deliver medication therapy management services. *J Am Pharm Assoc*. 2011; 51(3) : e19-26; quiz e7
11. Mossialos E, Courtin E, Naci H, Benrimoj S, Bouvy M, Farris K, Noyce P, Sketris I. From "retailers" to health care providers: Transforming the role of community pharmacists in chronic disease management. *Health Policy*. 2015 Feb 18. pii: S0168-8510(15)00041-X. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.02.007. [Epub ahead of print]
12. Gastelurrutia MA, Fernández-Llimos F, Benrimoj SI, Castrillon CC, Faus MJ. Barreras para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria española. *Aten Primaria*. 2007; 39(9): 465-470.
13. Gil MI, Benrimoj SI, Martínez-Martínez F, Cardero M, Gastelurrutia MA. Priorización de facilitadores para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas mediante la aplicación de análisis factorial exploratorio. *Aten Primaria*. 2013; (45)7: 368-375.
14. Benrimoj SI, Feletto E, Gastelurrutia MA, Martínez-Martínez F, Faus MJ. A holistic and integrated approach to implementing cognitive pharmaceutical services. *Ars Pharm*. 2010; 51: 69-87.
15. Martínez-Martínez F, García-Cárdenas V, Sáez-Benito L, Varas R, Gastelurrutia MA, Sabater-Hernández D, Faus MJ, Benrimoj SI. Programa conSIGUE Impacto. Evaluación del impacto clínico, económico y humanístico del Seguimiento Farmacoterapéutico en adultos mayores polimedicados. *Vitae*. 2013; 20 (Suppl1): S15-S18.
16. Noain MA, Gastelurrutia MA, Martínez-Martínez F, Benrimoj SI. Identificación de los costes de la provisión sostenible del servicio de Seguimiento

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

Farmacoterapéutico. Pharm Care Esp. 2014; 16(5): 180 -192.

17. Schumock GT, Butler MG, Meek PD, Vermeulen LC, Arondekar BV, Bauman JL. Evidence of the economic benefit of clinical pharmacy services: 1996-2000. *Pharmacotherapy* 2003; 23(1): 113-32.
18. Perez A, Doloresco F, Hoffman JM, Meek PD, Touchette DR, Vermeulen LC, Schumock GT. ACCP: economic evaluations of clinical pharmacy services: 2001-2005. *Pharmacotherapy*. 2009; 29(1):128. doi: 10.1592/phco.29.1.128.
19. Bernsten C, Andersson K, Garipey Y, Simoens S. A comparative analysis of remuneration models for pharmaceutical professional services. *Health Policy*. 2010; 95 (1):1-9.
20. Jódar F, Malet-Larrea A, Martín JJ, García-Mocho L, Puerto M, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA, García-Cárdenas V, Sabater-Hernández D, Sáenz-Benito L, Benrimoj SI. Cost-Utility Analysis of a Medication Review with Follow-Up Service for Older Adults with Polypharmacy in Community Pharmacies in Spain: The conSIGUE Program. *Pharmacoeconomics*. 2015: DOI 10.1007/s40273-015-0270-2.
21. Álvarez de Toledo F, Arcos P, Eyaralar T, Abal F, Dago A, Cabiedes L, Sánchez Posada I, Alvarez Sánchez G. Atención Farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (estudio TOMCOR). *Rev. Esp. Salud Pública*. 2001; 75: 375-388.
22. Cranor CW, Christensen DB. The Asheville Project: Short-Term outcomes of a Community Pharmacy Diabetes Care Program. *J Am Pharm Assoc*. 2003; 43:149-59.
23. Cranor CW, Bunting BA, Christensen DB. The Asheville Project: Long-Term Clinical and Economic Outcomes of a Community Pharmacy Diabetes Care Program. *J Am Pharm Assoc*. 2003; 43:173-84.
24. Bunting BA, Cranor CW. The Asheville Project: long-term clinical, humanistic, and economic outcomes of a community-based medication therapy management program for asthma. *J Am Pharm Assoc*. 2006; 46 (2):133-47.
25. Bunting BA, Smith BH, Sutherland SE. The Asheville Project: clinical and economic outcomes of a community-based long-term medication therapy management program for hypertension and dyslipidemia. *J Am Pharm Assoc*. 2008; 48(1):23-31.
26. Isetts BJ, Schondelmeyer SW, Artz MB, Lenarz LA, Heaton AH, Wadd WB, Brown LM, Cipolle RJ. Clinical and economic outcomes of medication therapy management services: The Minnesota experience. *J Am Pharm Assoc*. 2008; 48:203-2011.
27. Ministry of Health and Danish Pharmaceutical Association. Agreement between the Danish Pharmaceutical Association and the Ministry of Health on Regulation of the Gross Outcome of Community Pharmacies in 2005 and 2006. Copenhagen: Ministry of Health and Danish Pharmaceutical Association; 2004.
28. Eickhoff C, Schulz M. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Germany. *Ann Pharmacother*. 2006; 40: 729-735.
29. Centers of Medicare and Medicaid Services. Medicare Part D Medication Therapy Management (MTM) Programs 2008 Fact Sheet. Baltimore: Department of Health and Human Services, Centers of Medicare and Medicaid Services; 2008. Available at: <http://www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovContra/Downloads/MTMFactSheet.pdf>. Accessed July 3, 2008.
30. The Commonwealth of Australia. The Fifth Community Pharmacy Agreement [Internet]. Fifth Community Pharmacy Agreement [Acceso, Diciembre 2011]. Disponible en: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/fifth-community-pharmacy-agreement>
31. WHO FIFTY-FOURTH WORLD HEALTH ASSEMBLY. WHO medicines strategy. [Acceso, Enero 2015]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/>

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

documents/s16336e/s16336e.pdf

32. Farris KB, Fernández-LLimos F, Benrimoj SI. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and from around the world. *Ann Pharmacother*. 2005; 39(7-8):1539-41.
33. WHO Research for universal health coverage: World health report 2013. [Acceso, Enero 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837_eng.pdf?ua=1
34. Feletto E, Wilson LK, Roberts AS, Benrimoj SI. Flexibility in community pharmacy: a qualitative study of business models and cognitive services. *Pharm World Sci* 2010; 32(2):130-8
35. Pharmaceutical Services Negotiating Committee. Community Pharmacy Contractual Framework. *Advances Services*. [Acceso, Mayo 2015]. Disponible en: <http://psnc.org.uk/services-commissioning/advanced-services/>
36. 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. (BOE, núm. 98 de 24 de abril 2012).
37. García-Cárdenas V, Sabater-Hernández D, Kenny P, Martínez-Martínez F, Faus MJ, Benrimoj SI. Effect of a pharmacist intervention on asthma control. A cluster randomised trial. *Respir Med*. 2013;107(9):1346-55.
38. Barau Germés M, Aranzana Martínez F, Gascón Lecha MP, Rodríguez Caba C, Estrada Campmany M, Lozano Peruchet P. Detección de riesgo cardiovascular concertado por una mutualidad privada. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2014;6 (Supl 1):52-53.
39. Hepler CD and Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990; 47: 533-543.
40. SEFAC. Propuesta de modelo de carrera profesional. [Acceso, Marzo 2015]. Disponible en: https://www.sefac.org/files/documentos_sefac/documentos/Modelo_de_carrera_profesional.pdf
41. Chan P, KA, Grindrod KA, Bougher D, Pasutto FM, Wilgosh C, Eberhart G, Tsuyuki R. A Systematic Review of Remuneration Systems for Clinical Pharmacy Care Services. *Can Pharm J*. 2008; 141(2): 102-111.
42. Huttin C. A critical review of the remuneration systems for pharmacists. *Health Policy*. 1996; 36: 53-68.
43. Brummel A, Lustig A, Westrich K, Evans MA, Plank GS, Penso J, Dubois RW. Best practices: Improving Patient Outcomes and Costs in an ACO Through Comprehensive Medication Therapy Management. *J Manag Care Spec Pharm*. 2014; 20(12): 1152-1158.
44. Rius P, Gascón, MP, Sánchez A, Barau M, Capdevila C, Estrada M. Servicio de sistemas personalizados de dosificación: coste del servicio frente al margen de los medicamentos. *Pharm Care Esp*. 2013; 15(1): 10-20.