



Fundación para
el Avance de la
Libertad

INFORME DE POLÍTICA PÚBLICA **PUBLIC POLICY BRIEF**



**Reforma de la receta médica en España:
Hacia un sistema interoperable entre la
sanidad pública y la privada**

**Reforming medical prescription in Spain:
Towards an interoperable system between the
public and private healthcare sectors**

María José Hernández Leal

Reforma de la receta médica en España: Hacia un sistema interoperable entre la sanidad pública y la privada

Reforming medical prescription in Spain: Towards an interoperable system between the public and private healthcare sectors

María José Hernández Leal *

SUMARIO

01. Situación actual en España: una oportunidad para mejorar la colaboración público-privada
02. Experiencia internacional comparada
03. Medidas para reducir la brecha en el acceso a medicamentos
04. Conclusión
05. Referencias bibliográficas básicas
06. Resumen ejecutivo

GRÁFICOS Y ESQUEMAS

Gráfico 1. Asegurados de la sanidad privada en el periodo 2019-2025.

Esquema 1. Circuitos de acceso a medicamentos financiados en España. Circuito actual vs circuito propuesto.

CONTENT

01. Current situation in Spain: an opportunity to improve the public-private partnership
02. International comparative experience
03. Measures to reduce the gap in access to medicines
04. Conclusion
05. Essential bibliographic references
06. Executive summary

FIGURES AND FLOWCHARTS

Figure 1. Private healthcare policyholders from 2019 to 2025.

Flowchart 1. Channels for accessing funded medicines in Spain. Current channel vs proposed channel.

Publicación de la Fundación para el Avance de la Libertad bajo licencia Creative Commons.
Reproducción del texto autorizada bajo la obligación de mencionar a los autores y a la Fundación, y en su caso linkear la publicación original.

Published by the Foundation for the Advancement of Freedom under a Creative Commons licence.
Reproduction of the text is permitted provided that the authors and the Foundation are credited and, where applicable, a link is provided to the original publication.

Imágenes / Images: Shutterstock.
Publicación sin ISBN / Published without an ISBN.
Impreso en España en agosto de 2026 / Printed in Spain in August 2026.

* **María José Hernández Leal es Profesora en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Navarra. Es coautora del libro Sanidad en libertad publicado por la Fundación para el Avance de la Libertad a través de su sello editorial AVANCE Libros para la Libertad, y ganador del Premio Carlos Alberto Montaner en su segunda edición (2025). El libro está disponible en: <https://tienda.fundalib.org>**

* **María José Hernández Leal is a lecturer at the Faculty of Nursing, University of Navarra. She is the co-author of the book *Sanidad en libertad* (Healthcare in Freedom), published by the Foundation for the Advancement of Liberty through its imprint AVANCE Libros para la Libertad, and winner of the second edition of the Carlos Alberto Montaner Award (2025). The book is available at: <https://tienda.fundalib.org>**

01. SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA: UNA OPORTUNIDAD PARA MEJORAR LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA

01.1 Un sistema sanitario mixto con circuitos de prescripción todavía separados

La coexistencia entre sanidad pública y privada constituye una realidad estructural del sistema sanitario español. En 2025, alrededor de 12,8 millones de personas disponían de seguro sanitario privado, equivalentes al 26,2% de la población, manteniéndose una tendencia de crecimiento sostenido (Fundación IDIS, 2026). La penetración del aseguramiento privado es especialmente elevada en comunidades como Madrid (37,3%), Cataluña (31%) e Illes Balears (30,1%) (Fundación IDIS, 2026).

La sanidad privada desarrolla, además, una actividad asistencial significativa que representa entre el 30%-42% del sistema sanitario, actuando como amortiguador y colaborador del sistema público. Solo por ejemplificar, realizan más de 119.245.105 consultas a especialistas, atienden a 33.375.738 urgencias, y más de 5.301.878 altas hospitalarias (Fundación IDIS, 2026).

En consecuencia no puede considerarse un circuito marginal o desconectado de la actividad sanitaria general. En la práctica, millones de ciudadanos combinan ambos sistemas en distintos momentos.

Sin embargo, esta coexistencia asistencial no se ha traducido plenamente en una integración equivalente de los procesos farmacéuticos. La prescripción y, sobre todo, el acceso a la financiación pública de los

01. CURRENT SITUATION IN SPAIN: AN OPPORTUNITY TO IMPROVE THE PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP

01.1 A mixed healthcare system with prescription channels that remain separate

The coexistence of public and private healthcare is a structural feature of the Spanish healthcare system. In 2025, around 12.8 million people had private health insurance, equivalent to 26.2 per cent of the population, with a trend of sustained growth continuing (IDIS Foundation, 2026). The penetration of private health insurance is particularly high in regions such as Madrid (37.3 per cent), Catalonia (31 per cent) and the Balearic Islands (30.1 per cent) (IDIS Foundation, 2026).

The private healthcare sector also provides a significant level of care, accounting for between 30% and 42% of the healthcare system, acting as a buffer and partner to the public system. To give just a few examples, they carry out more than 119,245,105 consultations with specialists, attend to 33,375,738 emergency cases, and handle more than 5,301,878 hospital discharges (IDIS Foundation, 2026).

Consequently, it cannot be regarded as a marginal sector or one disconnected from general healthcare activity. In practice, millions of citizens combine both systems at different stages of their care.

However, this coexistence of care has not fully translated into an equivalent integration of pharmaceutical processes. Prescribing and, above all, access to public funding for medicines continue to be

medicamentos continúan condicionados por el ámbito institucional desde el que se genera la receta. El resultado es una discontinuidad especialmente visible cuando un paciente recibe diagnóstico, seguimiento e indicación terapéutica en la sanidad privada pero necesita un medicamento financiado por el Sistema Nacional de Salud (SNS).

determined by the institutional setting from which the prescription is issued. The result is a discontinuity that is particularly evident when a patient receives a diagnosis, follow-up care and treatment advice within the private healthcare sector, but needs to access a medicine funded by the National Health Service (NHS).

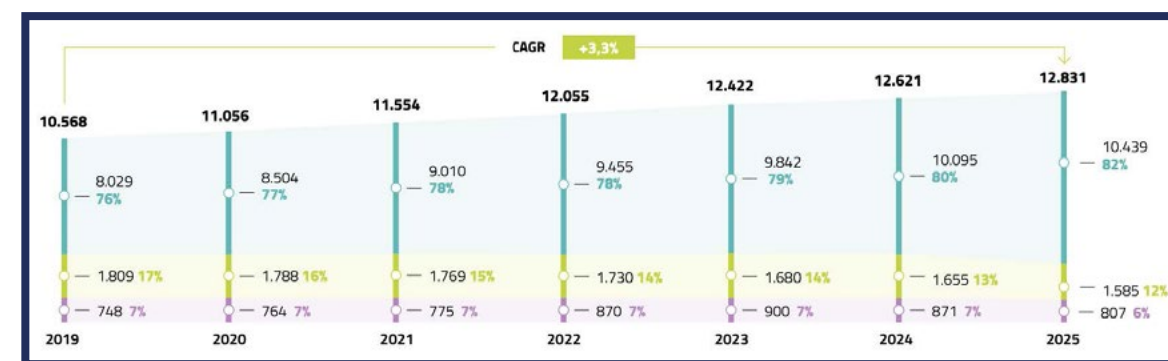


Gráfico 1. Asegurados en el periodo 2019-2025 (miles).
Fuente: Fundación IDIS, 2026.

Figure 1. Policyholders from 2019 to 2025 (thousands).
Source: IDIS Foundation, 2026.

01.2 Financiación pública del medicamento

Antes de que un medicamento pueda ser prescrito y dispensado en España debe contar con la correspondiente autorización de comercialización de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) o de las instituciones europeas competentes. La autorización de comercialización y la financiación pública son, sin embargo, decisiones diferentes. Un medicamento autorizado no tiene necesariamente derecho a financiación con cargo al SNS.

01.2 Public funding for medicines

Before a medicinal product can be prescribed and dispensed in Spain, it must have the relevant marketing authorisation from the Spanish Agency for Medicines and Healthcare Products (AEMPS) or the relevant European institutions. Marketing authorisation and public funding are, however, separate decisions. An authorised medicinal product is not necessarily entitled to funding from the National Health Service (SNS). Inclusion in the public pharmaceuti-

La incorporación a la prestación farmacéutica pública responde a criterios como la gravedad de la enfermedad, el beneficio clínico, la existencia de alternativas terapéuticas, el coste-efectividad, el impacto presupuestario y el grado de innovación. En 2024, el SNS contaba con 22.557 presentaciones de medicamentos financiadas, equivalentes al 68,4% de las presentaciones autorizadas. Ese mismo año, el gasto farmacéutico mediante recetas con cargo al SNS alcanzó aproximadamente 13.865 millones de euros, un 4,9 % más que en 2023 (Ministerio de Sanidad, 2025).

El marco general está recogido 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. Esta norma regula, entre otros aspectos, la financiación pública, los precios, la aportación del usuario y la dispensación.

En cuanto a la determinación de precios, el laboratorio presenta una propuesta económica y la Administración evalúa las condiciones de incorporación al SNS. La Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos (CIPM) decide el precio industrial máximo de financiación o habitualmente denominado PVL —Precio de Venta del Laboratorio— y a esto se le suma el margen de distribución, el de farmacia y el IVA. Para finalmente, determinar la cantidad a subvencionar por el Estado y también el precio máximo de referencia.

El sistema público mantiene, por tanto, capacidad para determinar qué medicamentos financia, en qué indicaciones, bajo qué condiciones, a qué precio y con qué nivel de aportación del paciente.

cal benefit scheme is based on criteria such as the severity of the condition, clinical benefit, the existence of therapeutic alternatives, cost-effectiveness, budgetary impact and the degree of innovation. In 2024, the National Health Service (SNS) had 22,557 funded medicinal product formulations, equivalent to 68.4 per cent of authorised formulations. In that same year, expenditure on prescription medicines funded by the SNS amounted to approximately 13,865 million euros, 4.9 per cent more than in 2023 (Ministry of Health, 2025).

The general framework is set out in Royal Legislative Decree 1/2015 of 24 July, which approves the consolidated text of the Law on Guarantees and the Rational Use of Medicines and Healthcare Products. This legislation regulates, amongst other aspects, public funding, pricing, user contributions and dispensing.

With regard to price setting for funded medicines, the pharmaceutical company submits a financial proposal and the Administration assesses the conditions for inclusion in the National Health Service (SNS). The Interministerial Commission on Medicines Prices (CIPM) sets the maximum manufacturer's price for funding—commonly referred to as the PVL (Manufacturer's Selling Price)—to which the distribution margin, the pharmacy margin and VAT are added. This ultimately determines the amount to be subsidised by the State, as well as the maximum reference price.

The public system therefore retains the capacity to determine which medicines it funds, for which indications, under what conditions, at what price and with what level of patient contribution.

01.3 Cómo se prescribe un medicamento

El proceso comienza con la valoración clínica del paciente en un centro sanitario público o privado. Tras el diagnóstico, el profesional prescribe el tratamiento mediante receta electrónica u otros formatos habilitados. Cuando el medicamento está incluido en la financiación del Sistema Nacional de Salud (SNS), pueden aplicarse requisitos adicionales, como el visado, que determina si se cumplen las condiciones para acceder a la financiación pública. La aportación final del paciente varía según el medicamento y su situación personal, existiendo supuestos de aportación reducida o exención.

La dispensación se realiza posteriormente en la farmacia, donde se verifica la prescripción y se aplica, cuando corresponde, la parte financiada por el sistema público.

01.4 ¿Qué pasa en la sanidad privada?

El principal problema aparece cuando un paciente recibe diagnóstico, seguimiento e indicación terapéutica en la sanidad privada, pero necesita acceder a un medicamento financiado por el SNS. En estos casos, la prescripción privada no permite acceder directamente a la financiación pública y el paciente debe acudir al sistema público para obtener una nueva receta válida dentro de ese circuito.

Este procedimiento genera una duplicidad clínica y administrativa de escaso valor añadido. El paciente debe solicitar otra cita, desplazarse, aportar informes y explicar nuevamente su situación. Al mismo tiempo, profesionales de atención

01.3 How a medicine is prescribed

The process begins with a clinical assessment of the patient at a public or private healthcare centre. Following diagnosis, the healthcare professional prescribes the treatment via an electronic prescription or other authorised formats. Where the medicine is covered by the National Health Service (NHS), additional requirements may apply, such as authorisation, which determines whether the conditions for accessing public funding are met. The patient's final contribution varies depending on the medicine and their personal circumstances, with cases where a reduced contribution or exemption may apply.

The medicine is then delivered at the pharmacy, where the prescription is checked and, where applicable, the portion funded by the public system is applied.

01.4 How does it work in the private sector?

The main problem arises when a patient receives a diagnosis, follow-up care and treatment advice within the private healthcare system, but needs access to a medicine funded by the National Health Service (SNS). In such cases, a private prescription does not allow direct access to public funding, and the patient must turn to the public system to obtain a new prescription that is valid within that system.

This procedure results in clinical and administrative duplication that offers little added value. The patient must book another appointment, travel to the clinic, provide medical reports and explain their situation all over again. At the

primaria destinan parte de su tiempo a revisar, validar o reproducir tratamientos previamente indicados por otro médico legalmente habilitado, reduciendo la disponibilidad para atender procesos agudos, pacientes crónicos complejos, prevención o coordinación asistencial.

Esta fragmentación resulta especialmente problemática cuando se trata de tratamientos crónicos o que requieren ajustes frecuentes, donde la reiteración de consultas y recetas multiplica los costes de tiempo para pacientes, profesionales y sistema sanitario.

same time, primary care professionals spend part of their time reviewing, validating or replicating treatments previously prescribed by another legally qualified doctor, thereby reducing their availability to deal with acute conditions, complex chronic patients, prevention or the coordination of care.

This fragmentation is particularly problematic in the case of chronic treatments or those requiring frequent adjustments, where repeated consultations and prescriptions multiply the time costs for patients, professionals and the healthcare system.



02. EXPERIENCIA COMPARADA: CÓMO RESUELVEN OTROS PAÍSES LA PRESCRIPCIÓN ENTRE LA SANIDAD PÚBLICA Y LA PRIVADA

La experiencia internacional demuestra que España no se enfrenta a un dilema insoluble. En numerosos países desarrollados existen mecanismos que permiten integrar, con distintos grados de apertura y control, las prescripciones realizadas fuera del núcleo estrictamente público. La diferencia entre modelos no radica tanto en si el médico trabaja en una organización pública o privada, sino en cómo se acredita al prescriptor, qué condiciones debe cumplir la receta, quién financia el medicamento y qué mecanismos de supervisión se aplican.

ALEMANIA. Una parte importante de la atención ambulatoria del seguro sanitario obligatorio es prestada por médicos que ejercen como profesionales independientes. Para atender a pacientes del seguro y generar prescripciones válidas de financiación estatal, estos profesionales deben estar acreditados como 'Vertragsarzt' o disponer de una autorización específica. El modelo alemán muestra, por tanto, que la financiación pública de una prescripción no exige necesariamente que el profesional sea empleado del sector público, sino que esté formalmente integrado, autorizado y sometido a las reglas del sistema asegurador.

AUSTRIA utiliza una fórmula similar, aunque con mayor flexibilidad para de-

02. A COMPARISON: HOW OTHER COUNTRIES DEAL WITH DRUG PRESCRIPTION ACROSS PUBLIC AND PRIVATE HEALTHCARE

International experience shows that Spain is not facing an insurmountable dilemma. In many developed countries, mechanisms exist which allow prescriptions issued outside the strictly public sector to be integrated, with varying degrees of openness and control. The difference between models lies not so much in whether the doctor works in a public or private organisation, but rather in how the prescriber is accredited, what conditions the prescription must meet, who funds the medicine and what oversight mechanisms are applied.

GERMANY. A significant proportion of outpatient care under the compulsory health insurance scheme is provided by doctors practising as independent professionals. In order to treat patients covered by the scheme and issue prescriptions eligible for state funding, these professionals must be accredited as a 'Vertragsarzt' or hold a specific authorisation. The German model therefore demonstrates that public funding of a prescription does not necessarily require the practitioner to be a public-sector employee, but rather that they are formally integrated into, authorised by and subject to the rules of the insurance system.

AUSTRIA. uses a similar formula, although with greater flexibility for

terminados médicos no concertados. El sistema distingue entre los 'Vertragsärzte', médicos contratados por el seguro público, y los 'Wahlärzte', médicos privados sin concierto. Las recetas de los primeros se integran directamente en el circuito de financiación estatal. Sin embargo, desde 2021 determinados medicamentos prescritos por médicos privados pueden ser dispensados con cobertura sin necesidad de transformar previamente la receta privada en una receta pública, siempre que no requieran autorización específica.

Para medicamentos sujetos a mayores restricciones pueden mantenerse procedimientos adicionales de validación. Este modelo resulta especialmente relevante porque demuestra que parte del control administrativo puede trasladarse desde una segunda consulta médica hacia mecanismos de validación aseguradora y farmacéutica.

POLONIA. En Polonia se ha avanzado todavía más en la separación entre el origen de la asistencia y el derecho a la financiación del medicamento. Un médico puede emitir una receta reembolsable tanto si trabaja en una consulta financiada por el Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) -Fondo Nacional de Salud de Polonia- como si ejerce de forma privada, siempre que se cumplan las condiciones legales de financiación. La responsabilidad del prescriptor consiste en comprobar y documentar que el paciente reúne los criterios clínicos exigidos para acceder al reembolso. El país ha extendido además este enfoque a

certain non-contracted doctors. The system distinguishes between 'Vertragsärzte' – doctors contracted by the public health insurance scheme – and 'Wahlärzte' – private doctors not under contract. Prescriptions from the former are integrated directly into the state funding system. However, since 2021, certain medicines prescribed by private doctors can be dispensed with cover without the need to first convert the private prescription into a public one, provided they do not require specific authorisation.

For medicines subject to greater restrictions, additional validation procedures may remain in place. This model is particularly significant because it demonstrates that part of the administrative control can be shifted from a second medical consultation to validation mechanisms carried out by insurers and pharmacists.

POLAND. In Poland, further progress has been made in separating the source of care from the entitlement to reimbursement for medicines. A doctor may issue a reimbursable prescription whether they work in a practice funded by the Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – Poland's National Health Fund – or practise privately, provided that the legal conditions for reimbursement are met. The prescriber's responsibility is to verify and document that the patient meets the clinical criteria required to qualify for reimbursement. The country has also extended this approach to certain

determinados medicamentos gratuitos, permitiendo que puedan ser prescritos por profesionales con independencia de que atiendan al paciente dentro o fuera del circuito estatal.

El modelo polaco resulta especialmente ilustrativo para España porque sustituye parte del control basado en la repetición de la consulta por un sistema de información clínica y farmacéutica integrado, en el que la financiación depende del cumplimiento de criterios objetivos y verificables, no necesariamente del lugar donde se haya producido la consulta.

SUIZA. Finalmente, Suiza responde a una lógica diferente. La cobertura sanitaria básica se articula mediante un seguro obligatorio gestionado por aseguradoras sometidas a una fuerte regulación pública, es decir, no existen proveedores públicos. Para que un medicamento sea cubierto, debe cumplir condiciones como haber sido prescrito por un profesional habilitado, utilizarse conforme a las indicaciones autorizadas, estar incluido en la Specialities List (SL) y respetar las limitaciones de indicación, cantidad o uso que correspondan. Una vez cumplidos estos requisitos, el medicamento entra en la cobertura del seguro obligatorio, sujeto a la franquicia y al copago aplicable. En este caso, el elemento central no es el carácter público o privado del médico, sino que la prescripción se ajuste a las reglas comunes de cobertura establecidas por el sistema.

free medicines, allowing them to be prescribed by healthcare professionals regardless of whether they treat the patient within or outside the state healthcare system.

The Polish model is particularly instructive for Spain because it replaces part of the control based on repeat consultations with an integrated clinical and pharmaceutical information system, in which funding depends on compliance with objective and verifiable criteria, not necessarily on the location where the consultation took place.

SWITZERLAND. Finally, Switzerland operates on a different basis. Basic healthcare cover is organised through compulsory insurance managed by insurers subject to strict public regulation; in other words, there are no public providers. For a medicine to be covered, it must meet certain conditions, such as having been prescribed by a qualified professional, being used in accordance with the authorised indications, being included on the Specialities List (SL), and complying with any applicable restrictions on indication, quantity or use. Once these requirements are met, the medicine is covered by compulsory insurance, subject to the applicable excess and co-payment. In this case, the key factor is not whether the doctor is in the public or private sector, but whether the prescription complies with the standard coverage rules established by the system.

Estos ejemplos muestran una tendencia común: el control del gasto y la seguridad no requieren necesariamente que una prescripción financiada se origine exclusivamente dentro de un centro público. Pueden garantizarse mediante acreditación profesional, interoperabilidad, reglas de financiación homogéneas, trazabilidad, autorización cuando proceda y auditoría posterior.

Esta evolución es coherente con las recomendaciones internacionales en materia de seguridad del medicamento. La Organización Mundial de la Salud (2023) estima que el daño asociado a los medicamentos y a las opciones terapéuticas representa cerca del 50 % del daño prevenible en la atención sanitaria. Para reducirlo, la OMS propone actuar sobre los sistemas y prácticas de medicación, reforzando, entre otros elementos, la calidad y disponibilidad de la información, los procesos estructurados, la medición de resultados y la coordinación entre profesionales y pacientes.

A escala europea, la evolución del marco farmacéutico avanza hacia una mayor coordinación y persigue mejorar el acceso equitativo y oportuno a medicamentos seguros, eficaces, disponibles y asequibles. Paralelamente, las iniciativas europeas buscan preservar la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios y reforzar la seguridad de suministro y la resiliencia de las cadenas farmacéuticas (EU Commission, 2025).

España puede extraer lecciones de estas experiencias sin reproducirlas mecánicamente. Su estructura autonómica, la amplia cobertura del Sistema Nacional de Salud, el peso de la atención primaria y la coexistencia con un sector privado de ele-

These examples illustrate a common trend: expenditure control and safety do not necessarily require a funded prescription to originate exclusively within a public healthcare facility. They can be ensured through professional accreditation, interoperability, standardised funding rules, traceability, authorisation where appropriate, and subsequent auditing.

This evolution is consistent with international recommendations on medication safety. The World Health Organisation (2023) estimates that harm associated with medicines and treatment options accounts for around 50 per cent of preventable harm in healthcare. To reduce this, the WHO proposes taking action on medication systems and practices, strengthening, amongst other things, the quality and availability of information, structured processes, the measurement of outcomes, and coordination between professionals and patients.

At European level, developments in the pharmaceutical framework are moving towards greater coordination and aim to improve equitable and timely access to safe, effective, available and affordable medicines. At the same time, European initiatives seek to preserve the financial sustainability of healthcare systems and to strengthen security of supply and the resilience of pharmaceutical supply chains (European Commission, 2025).

Spain can learn from these experiences without simply replicating them. Its autonomous regional structure, the extensive coverage of the National Health System, the prominence of primary care and the coexistence with a heavily utili-

vada utilización exigen una solución propia. Sin embargo, la comparación internacional demuestra que no existe una razón estructural para que el acceso a un medicamento financiado deba depender siempre de repetir una consulta pública cuando la indicación clínica ya ha sido realizada por un profesional privado habilitado.

El reto consiste, por tanto, en evolucionar desde un modelo basado en el origen institucional de la receta hacia otro basado en la habilitación del prescriptor, la interoperabilidad de los sistemas, el cumplimiento de las condiciones de financiación y la supervisión pública efectiva.

sed private sector call for a tailored solution. However, international comparison shows that there is no structural reason why access to a funded medicine should always depend on a repeat public consultation when the clinical indication has already been established by an authorised private healthcare professional.

The challenge, therefore, lies in moving from a model based on the institutional origin of the prescription towards one based on the prescriber's authorisation, the interoperability of systems, compliance with funding conditions and effective public oversight.



03. PROPUESTAS PARA REDUCIR LA BRECHA EN EL ACCESO A MEDICAMENTOS EN ESPAÑA

El objetivo de la reforma es eliminar duplicidades innecesarias, preservar la equidad en el acceso a los medicamentos y trasladar progresivamente el control desde el origen institucional de la prescripción hacia mecanismos de supervisión digital, trazabilidad y responsabilidad profesional. En términos operativos, un médico del sector privado debidamente habilitado debe poder emitir una prescripción susceptible de financiación pública cuando concurren tres condiciones: 1) Que el profesional esté acreditado y registrado en el sistema interoperable. 2) Que la prescripción se emita en formato electrónico y trazable, con información clínica suficiente para verificar su pertinencia. 3) Que el medicamento y su indicación cumplan las condiciones de financiación pública vigentes.

Medida 1. Reformar el marco legal de la prescripción interoperable. La primera medida requiere revisar el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, en particular su artículo 5.1, que vincula la prestación farmacéutica financiada por el SNS a la receta oficial emitida por profesionales autorizados en el ejercicio de sus funciones dentro de dicho ámbito.

La reforma debería permitir que la capacidad de originar una prescripción susceptible de financiación pública no dependa exclusivamente del ámbito institucional en el que ejerza el profesional, sino de su habili-

03. MEASURES TO REDUCE THE GAP IN ACCESS TO MEDICINES IN SPAIN

The aim of the reform is to eliminate unnecessary duplication, preserve equity in access to medicines and gradually shift control from the institutional source of the prescription towards mechanisms for digital supervision, traceability and professional accountability. In practical terms, a duly qualified private-sector doctor should be permitted to issue a prescription eligible for public funding provided that three conditions are met: 1) The practitioner is accredited and registered in the interoperable system. 2) The prescription must be issued in an electronic and traceable format, with sufficient clinical information to verify its appropriateness. 3) The medicine and its indication must meet the current conditions for public funding.

Measure 1. Reforming the legal framework for interoperable prescriptions. The first measure involves reviewing Royal Decree 1718/2010 of 17 December on medical prescriptions and dispensing orders, in particular Article 5.1, which links pharmaceutical services funded by the National Health Service (SNS) to official prescriptions issued by authorised professionals in the course of their duties within that framework.

The reform should ensure that the ability to issue a prescription eligible for public funding does not depend exclusively on the institutional setting in which the professional practises, but rather on their

Circuito de acceso al medicamento financiado

Comparación entre el modelo actual y un modelo interoperable propuesto



Esquema 1. Circuitos de acceso a medicamentos financiados en España. Circuito actual vs circuito propuesto. Fuente: Elaboración propia.

Flowchart 1. Channels for accessing funded medicines in Spain. Current channel vs proposed channel. Source: Drawn by the author.

tación profesional, acreditación para operar en el sistema interoperable y sometimiento a las mismas reglas públicas de control, trazabilidad y auditoría.

Medida 2. Crear un Registro Estatal de Prescriptores Habilitados. El Estado debería impulsar un Registro Estatal de Prescriptores Habilitados para la prescripción

professional qualifications, accreditation to operate within the interoperable system, and compliance with the same public rules on control, traceability and audit.

Measure 2. Establishing a National Register of Authorised Prescribers. The national government should establish a National Register of Authorised Prescribers for intero-

interoperable, conectado con los colegios profesionales, las comunidades autónomas y, cuando proceda, con mutualidades y otras entidades autorizadas. Su finalidad sería garantizar la seguridad y responsabilidad del sistema: únicamente podrían generar prescripciones con efectos sobre la financiación pública aquellos profesionales cuya identidad, habilitación y actividad pudieran ser verificadas, auditadas y, en caso de incumplimiento, sancionadas.

Medida 3. Desarrollar un Registro Electrónico de Prescripción Interoperable. Debería desarrollarse una infraestructura electrónica común capaz de registrar las prescripciones susceptibles de financiación pública, independientemente de que hayan sido emitidas en el sector público o privado. Esta plataforma no tendría necesariamente que sustituir los sistemas autonómicos existentes, sino actuar como una capa común de interoperabilidad entre ellos. De esta forma, parte del control que actualmente exige una nueva consulta podría realizarse mediante información estructurada y verificable. España parte de una posición favorable, dado el amplio desarrollo de la receta electrónica. El reto sería ampliar de forma regulada su interoperabilidad a prescriptores privados previamente acreditados.

Medida 4. Separar la prescripción clínica de la validación financiera. Una de las reformas centrales debería consistir en diferenciar claramente el acto clínico de prescribir del acto administrativo de financiar. El profesional sanitario determina el tratamiento que considera indicado, mientras que el sistema público establece

perable prescribing, linked to professional bodies, the autonomous communities and, where appropriate, mutual insurance societies and other authorised bodies. Its purpose would be to guarantee the security and accountability of the system: only those professionals whose identity, authorisation and practice could be verified, audited and, in the event of non-compliance, sanctioned would be able to issue prescriptions that affect public funding.

Measure 3. Developing an Interoperable Electronic Prescription Register. A common electronic infrastructure should be developed that is capable of recording prescriptions eligible for public funding, regardless of whether they have been issued in the public or private sector. This platform would not necessarily have to replace existing regional systems, but rather act as a common layer of interoperability between them. In this way, part of the verification currently required for a new consultation could be carried out using structured and verifiable information. Spain is in a favourable position, given the widespread adoption of electronic prescriptions. The challenge would be to extend their interoperability, in a regulated manner, to previously accredited private prescribers.

Measure 4. Distinguishing between clinical prescribing and financial validation. One of the key reforms should be to draw a clear distinction between the clinical act of prescribing and the administrative act of funding. The healthcare professional determines the treatment they consider appropriate, whilst the public system de-

si esa prescripción reúne las condiciones para recibir financiación total, parcial o nula. Este principio permitiría mantener las reglas actuales de financiación sin exigir que toda prescripción procedente del sector privado sea automáticamente financiada. El SNS conservaría la capacidad para determinar qué medicamentos cubre, para qué indicaciones, bajo qué requisitos y con qué nivel de aportación del paciente.

Medida 5. Orientar la inspección farmacéutica hacia un modelo basado en el riesgo. La inspección sanitaria debería evolucionar desde un control basado principalmente en el origen de la prescripción hacia un sistema orientado a la detección de riesgos y comportamientos anómalos. Para ello podría crearse un mecanismo de coordinación Estado-comunidades para analizar patrones de prescripción potencialmente inadecuados. Entre los indicadores de alerta podrían incluirse:

- Volúmenes de prescripción excepcionalmente elevados por profesional.
- Concentraciones atípicas en determinados principios activos.
- Tasas anormalmente elevadas de medicamentos de alto coste.
- Desviaciones relevantes respecto de guías o protocolos clínicos.
- Patrones repetitivos o inusuales en determinados pacientes o grupos.
- Otras conductas que justifiquen una revisión específica.

Medida 6. Establecer un régimen de auditoría y responsabilidad. La ampliación de la

termines whether that prescription meets the criteria for full, partial or no funding. This principle would allow the current funding rules to be maintained without requiring every prescription from the private sector to be automatically funded. The National Health Service (SNS) would retain the power to determine which medicines it covers, for which conditions, under what conditions and with what level of patient contribution.

Measure 5. Shifting pharmaceutical inspection towards a risk-based model. Health inspections should evolve from a system of control based primarily on the source of the prescription towards one geared towards detecting risks and anomalous behaviour. To this end, a coordination mechanism could be established between the national and regional governments, which would assess potentially inappropriate prescribing patterns. Warning indicators could include:

- Exceptionally high prescription volumes per healthcare professional.
- Atypical concentrations of certain active ingredients.
- Abnormally high rates of high-cost medicines.
- Significant deviations from clinical guidelines or protocols.
- Repetitive or unusual patterns in certain patients or groups.
- Other behaviours warranting a specific review.

Measure 6. Establishing an audit and accountability framework. Any expansion of

capacidad de prescripción debe ir acompañada de mecanismos eficaces de responsabilidad. Las auditorías no deberían limitarse exclusivamente a los casos previamente identificados como sospechosos; también convendría incorporar controles aleatorios y revisiones periódicas que permitan detectar riesgos adicionales no previstos.

Asimismo, debería establecerse un régimen sancionador gradual y proporcionado para los supuestos de prescripción fraudulenta, uso indebido del sistema o negligencia grave, aplicable tanto a profesionales como, cuando exista connivencia demostrada, a otros actores implicados.

La apertura del sistema sólo será sostenible si se acompaña de trazabilidad, auditoría y consecuencias efectivas ante el incumplimiento.

Medida 7. Reforzar la transparencia y evaluación autonómica. Los servicios autonómicos de salud deberían publicar periódicamente información agregada que permita evaluar el funcionamiento del nuevo modelo. Entre otros indicadores, podría incluirse:

- Número de prescripciones emitidas a través del sistema interoperable.
- Porcentaje validado sin incidencias.
- Principales causas de rechazo, revisión o suspensión.
- Distribución por especialidad y grupos terapéuticos.
- Evolución del gasto asociado.

La transparencia contribuiría a reforzar la legitimidad de la reforma, facilitaría su evaluación y permitiría introducir correcciones tempranas ante posibles desviaciones.

prescribing powers must be accompanied by effective accountability mechanisms. Audits should not be limited solely to cases previously identified as suspicious; it would also be advisable to incorporate random checks and periodic reviews to enable the detection of any further unforeseen risks.

Furthermore, a graduated and proportionate system of sanctions should be established for cases of fraudulent prescribing, misuse of the system or gross negligence, applicable both to professionals and, where there is proven collusion, to other parties involved.

The opening up of the system will only be sustainable if it is accompanied by traceability, auditing and effective consequences in the event of non-compliance.

Measure 7. Strengthening transparency and regional evaluation. All regional health services should regularly publish aggregated information that enables the performance of the new model to be assessed. Among other indicators, this could include:

- The number of prescriptions issued via the interoperable system.
- Percentage validated without incidents.
- Main reasons for rejection, review or suspension.
- Breakdown by specialism and therapeutic groups.
- Trends in associated expenditure.

Transparency would help to strengthen this reform's legitimacy, facilitate its evaluation and enable early corrective action to be taken in the event of any deviations.

Medida 8. Integrar a las farmacias comunitarias en el nuevo circuito. Las farmacias comunitarias deberían participar activamente en el desarrollo del modelo. En colaboración con los servicios de salud y los colegios farmacéuticos, podrían establecerse circuitos de soporte para incidencias relacionadas con la dispensación, la validación de prescripciones y la información al paciente.

La farmacia constituye, además, un punto privilegiado para identificar problemas prácticos, duplicidades, incompatibilidades o fallos de interoperabilidad. Su incorporación al sistema no debería limitarse a la dispensación, sino formar parte de un circuito coordinado de seguridad, seguimiento y mejora continua de la prescripción farmacéutica.

Measure 8. Integrating community pharmacies into the new system. Community pharmacies should play an active role in developing the model. In collaboration with health services and pharmaceutical associations, support mechanisms could be established to resolve issues relating to dispensing, the validation of prescriptions and patient information.

Pharmacies also provide an ideal vantage point for identifying practical problems, duplication, incompatibilities or interoperability issues. Their integration into the system should not be limited to dispensing, but should form part of a coordinated system for safety, monitoring and the continuous improvement of pharmaceutical care.



04. CONCLUSIÓN

La rigidez actual en la relación entre prescripción privada y financiación pública impone costes innecesarios al paciente, a la atención primaria y al conjunto del sistema sanitario. Mantenerla como regla general equivale a aceptar una burocracia redundante en un contexto donde la tecnología, la experiencia internacional y la propia madurez institucional española permiten soluciones mejores.

La reforma adecuada no pasa por suprimir controles, sino por rediseñarlos. Un sistema interoperable, con prescriptores habilitados, receta electrónica compartida, validación financiera diferenciada, auditoría basada en riesgo y transparencia pública puede ofrecer más eficiencia sin sacrificar seguridad ni equidad.

El principio rector debería ser sencillo: si el acto clínico es válido, identificable y trazable, el sistema público no debe obligar al paciente a duplicar su recorrido solo para reconocer administrativamente una prescripción que ya existe. El esfuerzo de reforma debe concentrarse, por tanto, en construir mecanismos robustos de supervisión y coordinación entre niveles de gobierno, respetando las competencias autonómicas pero garantizando una base común estatal.

La liberalización ordenada de la receta médica entre sanidad pública y privada puede convertirse en una de esas reformas que, sin alterar los grandes principios del sistema, mejora de manera tangible la vida de los ciudadanos y el funcionamiento cotidiano de la sanidad.

04. CONCLUSION

The current rigidity in the relationship between private prescriptions and public funding imposes unnecessary costs on patients, primary care and the health system as a whole. Maintaining this as a general rule amounts to accepting redundant bureaucracy in a context where technology, international experience and Spain's own institutional maturity allow for better solutions.

Proper reform does not involve removing controls, but rather redesigning them. An interoperable system, featuring authorised prescribers, shared electronic prescriptions, differentiated financial validation, risk-based auditing and public transparency, can deliver greater efficiency without sacrificing safety or equity.

The guiding principle should be simple: if the clinical procedure is valid, identifiable and traceable, the public system must not force the patient to repeat the process simply to obtain administrative recognition of a prescription that already exists. The reform effort must therefore focus on building robust mechanisms for oversight and coordination between levels of government, respecting regional powers whilst ensuring a common national framework.

The orderly liberalisation of medical prescriptions between the public and private healthcare sectors could become one of those reforms which, without altering the system's core principles, tangibly improves citizens' lives and the day-to-day functioning of the healthcare system.

05. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS BÁSICAS 05. ESSENTIAL BIBLIOGRAPHIC REFERENCES

European Commission

Reform of the EU pharmaceutical legislation.

Directorate-General for Health and Food Safety. Recuperado de:

https://health.ec.europa.eu/medicinal-products/reform-eu-pharmaceutical-legislation_en?utm_source=chatgpt.com

Fundación IDIS. (2026).

Observatorio del Sector Sanitario Privado 2026.

Recuperado de:

<https://www.fundacionidis.com/informes/analisis-de-situacion-de-la-sanidad-privada/observatorio-del-sector-sanitario-privado-2026>

Ministerio de Sanidad (2025, 18 de diciembre).

El gasto en receta médica del Sistema Nacional de Salud alcanzó los 13.865 millones de euros, un 4,9 % más que en 2023

Recuperado de:

https://www.sanidad.gob.es/en/gabinete/notasPrensa.do?id=6821&utm_source=chatgpt.com

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.

Recuperado del BOE:

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-8343>

World Health Organization (2024)

Medication without harm: Policy brief

Recuperado de:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240062764>

06. RESUMEN EJECUTIVO

La coexistencia entre la sanidad pública y la privada forma parte de la realidad estructural del sistema sanitario español. Millones de pacientes combinan ambos circuitos para acceder a diagnóstico, seguimiento o tratamiento con mayor rapidez y flexibilidad. Sin embargo, esta complementariedad se interrumpe cuando una prescripción realizada por un médico privado debe ser financiada por el Sistema Nacional de Salud: con frecuencia, el paciente necesita acudir de nuevo a un facultativo público para obtener una receta oficial. Esta duplicidad no añade valor clínico y convierte un problema de coordinación en una carga para el paciente y para el sistema.

El impacto es directo. El paciente pierde tiempo, repite información y retrasa el inicio o la continuidad de su tratamiento; atención primaria dedica recursos a convalidar decisiones clínicas ya adoptadas, en lugar de concentrarse en actividad asistencial de mayor valor; y el sistema público absorbe trámites evitables que contribuyen a la saturación de consultas y circuitos. Por ello, el debate no debe plantearse como una sustitución de lo público por lo privado, sino como la necesidad de una colaboración público-privada eficaz, regulada y orientada a resolver de forma oportuna las necesidades reales de los pacientes.

La experiencia internacional muestra que la participación de profesionales privados en circuitos de prescripción interoperables es compatible con sistemas sanitarios sólidos. Una reforma orientada

06. EXECUTIVE SUMMARY

The coexistence of public and private healthcare is a structural feature of the Spanish healthcare system. Millions of patients combine both systems to gain access to diagnosis, monitoring or treatment more quickly and flexibly. However, this complementary relationship breaks down when a prescription issued by a private doctor must be funded by the National Health Service: patients often need to return to a public doctor to obtain an official prescription. This duplication adds no clinical value and turns a coordination issue into a burden for both the patient and the system.

The impact is direct. Patients waste time, have to repeat information and delay the start or continuation of their treatment; primary care dedicates resources to validating clinical decisions that have already been made, rather than focusing on higher-value clinical activities; and the public system is burdened with avoidable red tape that contributes to the overcrowding of clinics and care pathways. Therefore, the debate should not be framed as a replacement of the public sector by the private sector, but rather as the need for an effective, regulated public-private partnership aimed at addressing patients' real needs in a timely manner.

International experience shows that the participation of private practitioners in interoperable prescription pathways is compatible with robust healthcare systems. A results-oriented reform should move towards recognising interoperable

a resultados debería avanzar hacia el reconocimiento de la prescripción interoperable de médicos privados habilitados, un registro electrónico común, acceso regulado a la receta financiada, protocolos homogéneos de validación y trazabilidad, y una inspección basada en análisis de riesgo. El objetivo no es desregular, sino sustituir controles burocráticos ex ante por controles digitales, auditables y proporcionales.

En definitiva, una colaboración público-privada bien diseñada puede mejorar simultáneamente la experiencia del paciente, la productividad de los profesionales y la eficiencia del gasto. El criterio de éxito debe ser sencillo: que el paciente reciba la solución adecuada en el momento oportuno, sin duplicar consultas ni trámites por la falta de conexión entre sistemas.

prescriptions issued by authorised private doctors, a common electronic register, regulated access to publicly funded prescriptions, standardised validation and traceability protocols, and risk-based inspection. The aim is not to deregulate, but to replace ex ante bureaucratic controls with digital, auditable and proportionate controls.

Ultimately, a well-designed public-private partnership can simultaneously improve the patient experience, the productivity of healthcare professionals and the efficiency of spending. The measure of success must be simple: that the patient receives the right solution at the right time, without having to repeat consultations or administrative procedures due to a lack of connectivity between systems.



OTROS INFORMES DE POLÍTICAS PÚBLICAS ELABORADOS POR LA FUNDACIÓN

OTHER POLICY BRIEFS PRODUCED BY THE FOUNDATION



Las propuestas de Fundalib para un segmento locomotora que aporta prosperidad y futuro.

Fundalib's proposals for a key sector that brings prosperity and a brighter future.

Las medidas liberales para que la emancipación juvenil deje de ser un sueño inalcanzable.

Liberal measures to ensure that young people's life plans cease to be an unattainable dream.

OTROS INFORMES DE POLÍTICAS PÚBLICAS ELABORADOS POR LA FUNDACIÓN

OTHER POLICY BRIEFS PRODUCED BY THE FOUNDATION



Una apuesta clara por la energía nuclear frente a los apagones y la cerrazón del gobierno.

A commitment to nuclear power in the face of power cuts and the government's intransigence.

Una política exterior capaz de generar prosperidad y soberanía geopolítica para Ghana.

A foreign policy capable of bringing prosperity and geopolitical sovereignty to Ghana.

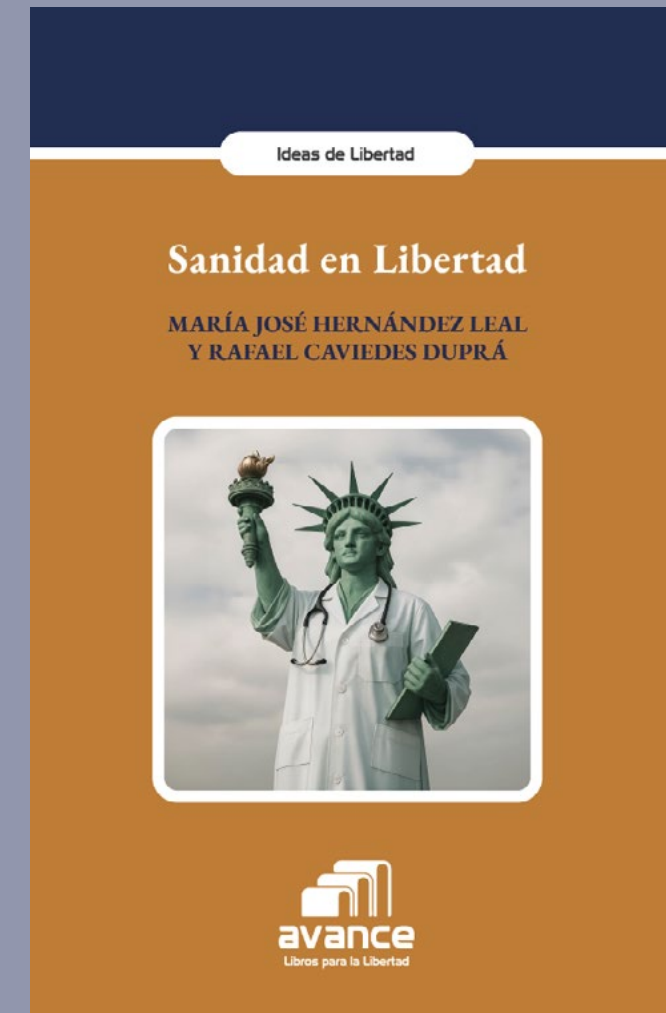
OTROS INFORMES DE POLÍTICAS PÚBLICAS ELABORADOS POR LA FUNDACIÓN

OTHER POLICY BRIEFS PRODUCED BY THE FOUNDATION



La baja médica es especialmente farragosa y burocrática para los pacientes de la sanidad privada, y requiere una reforma valiente.

Sick leave is particularly cumbersome and bureaucratic for patients in the private healthcare system, and requires bold reform.



Un estudio sobre la necesaria liberalización del sector sanitario en España. Libro ganador del Premio Carlos Alberto Montaner 2025



<https://tienda.fundalib.org>



www.fundalib.org