



Curso de Evaluación y Selección de Medicamentos

Del 4 al 7 de junio de 2018
Palma (Balears)

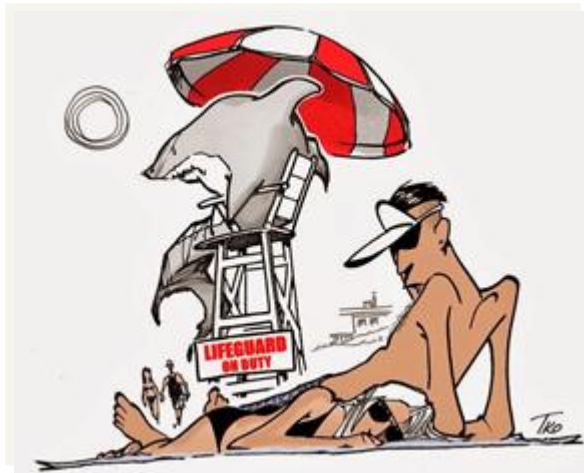
**DISTINTAS PERSPECTIVAS
EN EL ACCESO DE
MEDICAMENTOS EN EL
SNS**

Fijación de precios y financiación de medicamentos

*E. López Briz
Servicio de Farmacia
HUP La Fe (Valencia)
Grupo coordinador
GENESIS - SEFH*



DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES



¿Soy yo el único que aprecia aquí un claro conflicto de intereses?

- DECLARO CONFLICTO DE INTERESES CON EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD.
- DECLARO CONFLICTO DE INTERESES CON LOS PACIENTES.
- DECLARO CONFLICTO DE INTERESES CON EL GRUPO GENESIS-SEFH.



Hoja de ruta

- *Qué es valor, qué es precio*
- *Modos de fijar el precio: basado en el valor, basado en los costes*
- *Precio: cómo se decide y quién lo decide en España*
- *Financiación: como se decide y quién la decide en España*
- *Comisión Interministerial de Precios de los medicamentos*
- *Grupo de Coordinación del IPT*
- *¿Y si se decide no financiar?*
- *Conclusiones*



*“Sólo el
necio
confunde
valor y
precio”*

Antonio Machado




VALOR Y PRECIO



valor

Del lat. *valor*, -ōris.

1. *m.* Grado de utilidad o aptitud de las cosas para satisfacer las necesidades o proporcionar bienestar o deleite.
2. *m.* Calidad de las cosas, en virtud de la cual se da por poseerlas cierta suma de dinero o equivalente.

precio

Del lat. *pretium*.

1. *m.* Valor pecuniario en que se estima algo.



**¿CÓMO
FIJAR LOS
PRECIOS
DE LOS
MEDICAMENTOS?**



Opinion

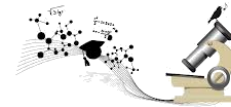
Dr. Fernando Lamata: "Es urgente definir métodos para evitar precios abusivos de medicamentos"

El sistema de fijación de precios de medicamentos "es un asunto de enorme importancia y su solución no puede esperar", según expone el Dr. Fernando Lamata en este artículo sobre la necesidad de establecer métodos adecuados para frenar precios abusivos de los fármacos



PRECIO BASADO EN LOS COSTES

(Cost-based pricing)



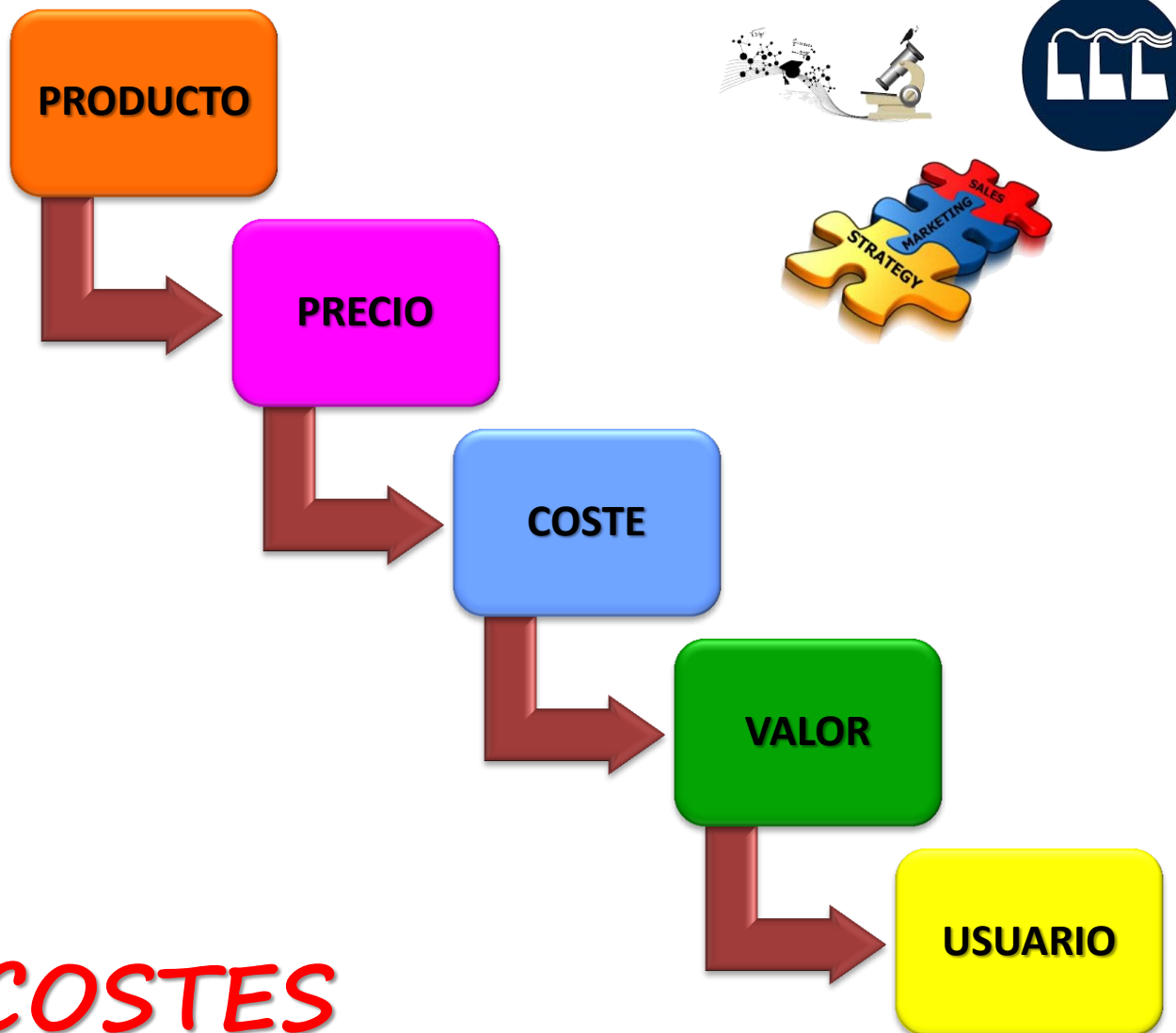
PRECIO BASADO EN EL VALOR

(Value-based pricing)





**PRECIO
BASADO
EN LOS COSTES**





PRECIO BASADO EN LOS COSTES





EL MITO DE LOS MIL MILLONES DE DÓLARES

(o así)





EL MITO DE LOS MIL MILLONES DE DÓLARES

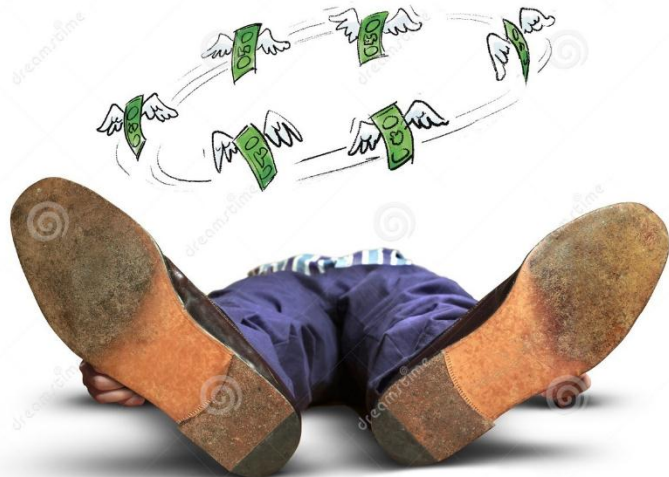
- Consideró **solo los nuevos medicamentos**, no los *me too*.
- Se trató de “**coste capitalizado**”, es decir, incluye los beneficios estimados que se hubieran generado si el dinero gastado en I+D se hubiera invertido en bolsa.
- Se trató de dinero **antes de pagar impuestos**... pero los costes de I+D son **deducibles** en proporción variableiii



Tufts Center for the
Study of Drug Development



- *Dificultades para conocer los costes reales (investigación, promoción, ...)*
- *Patentes*
- *Aumento de coste a medida que aumente la “ineficiencia” del proceso de investigación, premiando los procesos de investigación más ineficientes*
- *Falta de incentivo para la Industria Ftca.*





PRECIO BASADO EN EL VALOR

(Value-based pricing)





AÑOS DE VIDA GANADOS

(AVG, LYQ)



AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR CALIDAD

(AVAC, QALY)



MODOS DE VER

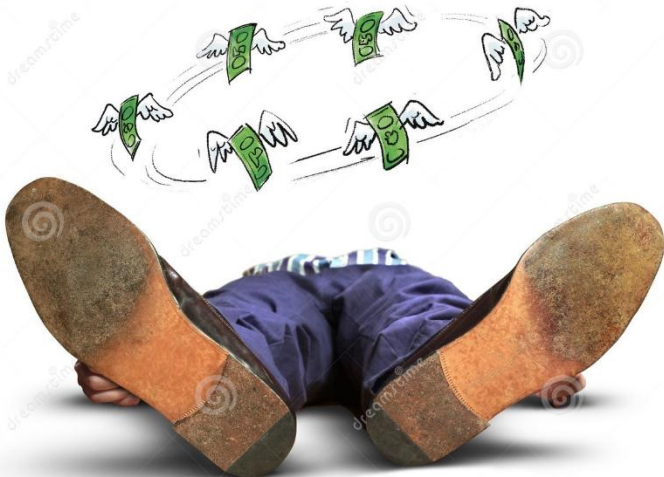
Susto o muerte: ¿cuál es el precio justo de los medicamentos?

Puigventós Latorre F¹, López Briz E², Fraga Fuentes MD³.

¹Especialista en Farmacia Hospitalaria. Palma de Mallorca. ²Servicio de Farmacia. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. ³Servicio de Farmacia. Hospital La Mancha-Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).



- *Dificultades para determinar el valor del CEI umbral*
- *Limitaciones y sesgos de la EE*
- *Equidad*
- *No desinversión en prácticas obsoletas o poco eficientes*
- *Revelación del umbral de “disponibilidad a pagar”*





PARADIGM SHIFT

A change from
one way of
thinking to
another.



VIEWPOINT

LESS IS MORE

Overuse of Health Care Services When Less Is More...More or Less



RightCare

Choosing Wisely®



An initiative of the ABIM Foundation

RightCare Weekly

jamanetwork.com/collection.aspx?categoryid=6017

The JAMA Network

Search The JAMA Network

All Journals

Home Journals > Collections CME For Authors Store Mobile About

Collections >

Collections

Less Is More

Most recent content is listed first. The collection includes content published from 1998 forward.

JAMA Internal Medicine | Research Letter | August 17, 2015 ONLINE FIRST

Urinalysis Orders Among Patients Admitted to the General Medicine Inpatient Service

Penny Yin, MD; Alex Kiss, PhD; Jerome A. Leis, MD, MSc
JAMA Intern Med. Published online August 17, 2015. doi:10.1001/jamaintern.2015.1111

NICE

800 "Do not do" recommendations database

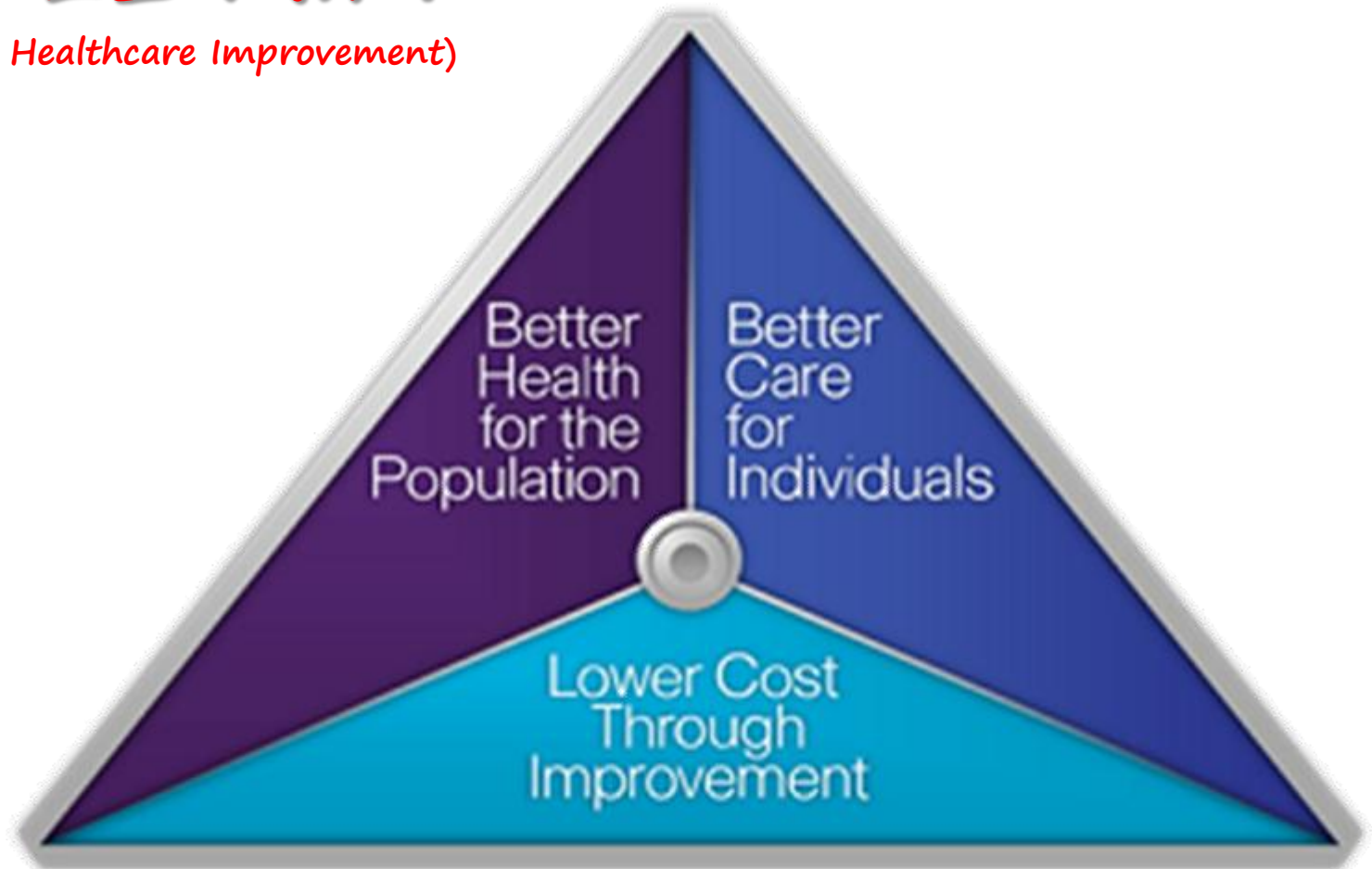
Type of guidance	Interventions	NICE "do not do" recommendation
Clinical guidelines CG osteoarthritis	Electro-acupuncture	Electro-acupuncture should not be used to treat people with osteoarthritis
	Glucosamine/chondroitin products	Use of chondroitin/glucosamine products is not recommended for the treatment of osteoarthritis
Clinical guidelines CG rheumatoid arthritis	arthroscopic knee washout alone	Arthroscopic knee washout alone should not be used as a treatment for osteoarthritis because it cannot demonstrate clinically useful benefit in the short or long term
	Abatacept	Abatacept is not recommended for treatment of rheumatoid arthritis
	Abatacept in combination with methotrexate	Abatacept with methotrexate is not recommended for treatment of moderate to severe active rheumatoid arthritis whose has responded inadequately to DMARDs





TRIPLE AIM

(Institute for Healthcare Improvement)





**¿NECESITAMOS UN UMBRAL
COSTE-EFECTIVIDAD?**



VIEWPOINT

Adding Cost-effectiveness to Define Low-Value Care

Ankur Pandya, PhD
Department of
Health Policy and
Management, Harvard
T.H. Chan School of
Public Health, Boston,
Massachusetts

Reducing low-value health care is a universally shared goal in virtually all health care systems. However, the task of reducing low-value health care in practice has been hindered by the lack of consensus around a single definition for “value.”

A key area of disagreement among commonly used definitions of value is whether to include economic costs. If costs are excluded, then the value is no different from clinical effectiveness. But if costs are explicitly included in the value, then it is necessary to know how to weigh health care outcomes against costs to determine the overall value. Cost-effectiveness analysis is specifically designed to weigh trade-offs between health outcomes and costs, and can be used to supplement efforts in reducing low-value health care.

Over the past 10 years, physician groups and researchers have catalyzed the national conversation around low-value health care by creating lists of health care services that should be avoided to improve the

However, the task of reducing low-value health care in practice has been hindered by the lack of consensus around a single definition for “value.”

overall value of health care delivery. The Choosing Wisely campaign features a list of low-value health care services provided by more than 50 clinical specialty societies without strict inclusion criteria (these are commonly used services with questionable value), including whether or not consideration is given to the cost.¹

For example, routine screening for colorectal cancer among older unscreened persons (aged >85 years) is included in Choosing Wisely, but it is an exception being supported by cost-effectiveness evidence.² Among the 435 health care services included in Choosing Wisely, only 2% cite cost-effectiveness studies to support their recommendation and only 29% of rationales for services contain the word cost (or related economic terms such as price, efficiency, financial, etc) vs 68% of rationales for services containing the words clinical, outcome, or harm.¹

Another low-value health care list proposed by Schwartz et al³ is frequently used by other researchers studying low-value health care; however, this list is restricted to interventions that harm the health of patients or do not show significant clinical benefit. Gawande⁴ recognized this tendency to think of value only in terms of health care outcomes when referring to the study by Schwartz et al³: “The researchers called it ‘low-value care,’

But, really, it was no-value care.” Certainly health care services that cause harm or show no effectiveness should be considered low-value health care by any definition.

By not using a cost-effectiveness analysis, physicians and researchers aiming to identify and reduce low-value health care are not putting a widely cited and intuitive conceptual value equation created by Porter⁵ into practice (ie, health care outcomes gained per dollar spent). Incremental cost-effectiveness ratios, which are the main results used in cost-effectiveness analyses, can be used to identify low-value health care services that improve the health of patients but are not worth the additional costs required to achieve these health care gains. Incremental cost-effectiveness ratios greater than \$100 000 to \$150 000 per quality-adjusted life-year (QALY) suggest low-value health care in the United States.⁶

Per economic theory, the excessive opportunity costs of paying for cost-ineffective health care imply these dollars would be better spent on cost-effective health care services, or that these resources would be better used in other sectors such as education or housing. In contrast to other under-defined or incomplete notions of value, incremental cost-effectiveness ratios are a quantitative metric that can be used to systematically identify services currently missing in discussions of low-value health care in the United States.

Including cost-effectiveness in the definition of low-value health care is not a simple task, but not because of lack of data. The number of published cost-effectiveness analyses has increased every year since 1990 with more than 735 published in 2016, and more than 5000 total cost-effectiveness studies published since 1975, all of which are cataloged in the Tufts Cost-Effectiveness Analysis Registry.⁷ Per this registry, 331 cost-effectiveness studies for the United States have been published since 2005 and have identified health care services with incremental cost-effectiveness ratios greater than \$150 000 per QALY.

Among these services, the top 50 (ie, the lowest-value health care services among all that improve the health of patients) had incremental cost-effectiveness ratios well above the \$150 000 per QALY threshold (range, \$2500 000–\$60 000 000 per QALY). For example, among treated patients with advanced-stage Hodgkin disease, annual follow-up with computed tomography for 5 years was found to result in 0.0005 incremental QALYs (equivalent to an additional 4.4 hours of perfect health per patient) with incremental per-patient lifetime costs of \$4800 vs follow-up without

Corresponding
Author: Ankur Pandya,
PhD, Harvard T.H.
Chan School of Public
Health, 78B Huntington
Ave, Boston, MA 02115
(gandypa@hsph.
harvard.edu).

jama.com

JAMA Published online April 23, 2018

51



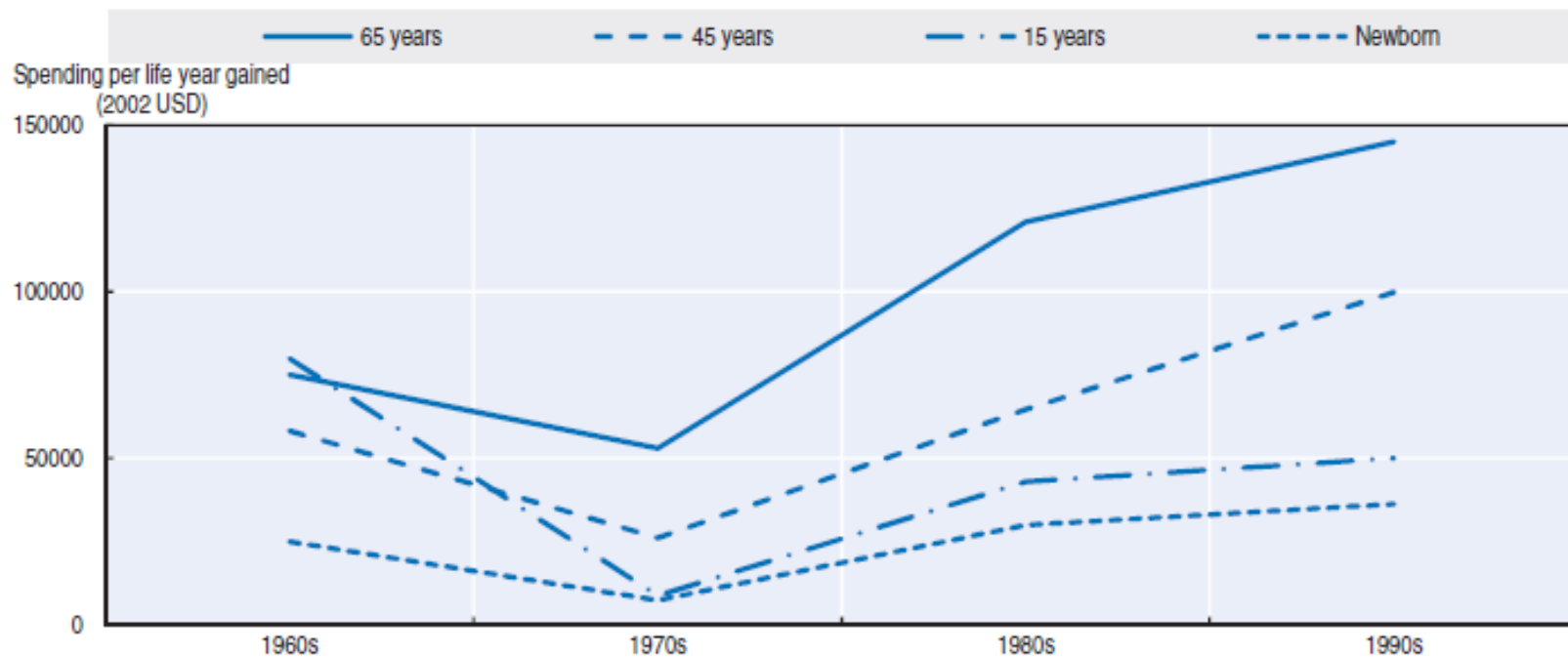
U.S. and Canadian Prices of Some Generic Drugs with U.S. Prices That Have Recently Increased by 1000% or More.*

Drug	United States		Canada	
	GoodRx	NADAC	Saskatchewan	Ontario
	<i>U.S. \$/30 pills</i>			
Tetracycline, 500-mg capsule	892.33	255.90	3.00	3.00
Captopril, 50-mg tablet	55.00	48.00	6.26	12.51
Clomipramine, 25-mg capsule	568.75	212.70	8.90	3.93
Doxycycline, 100-mg tablet	146.00	19.20	13.11	13.11
Hydroxychloroquine, 200-mg tablet	108.33	22.86	6.76	3.53
Amitriptyline, 100-mg tablet	14.00	28.86	10.51	6.89
Enalapril, 20-mg tablet	20.80	10.86	10.31	7.15
Carbamazepine, 200-mg tablet	37.00	18.00	5.30	3.45
Ursodiol, 250-mg capsule	97.00	99.00	22.83	17.09

* The GoodRx cost represents the cash price and does not include rebates or coupons. NADAC denotes National Average Drug Acquisition Cost (from the Centers for Medicare and Medicaid Services). The Saskatchewan and Ontario prices listed are provincial formulary prices.



Figure 2.3. Longitudinal trends in the costs per year of life gained in four age groups in the United States





Innovación, Compromiso y Calidad





$$\text{Coste paciente/año (€)} = 10^5 + 2 \cdot 10^6 \times e^{-0,004 \times n^{\circ} \text{ pacientes}}$$

Messori A et al. BMJ 2010;341:c4615



“Mi querida
España...”

Cecilia (1948-1976)



El modelo de financiación de fármacos “funciona” y permite “garantizar la sostenibilidad”, afirma Castrodeza

Quieres saber lo último de:

Biosimilares Cartera Básica de Servicios del SNS Castilla y León

Comisión de Sanidad

Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos (CIPM)

Comunidad Foral de Navarra Concepción Palencia Dolors Montserrat

Eficacia Enfermedades raras



El PSOE alerta: “La insuficiencia financiera acumula 40.000 millones”

Quieres saber lo último de:

Antonio Alarcó Aragón Asturias Castilla y León Ciudadanos

Comisión de Sanidad Consejo de Política Fiscal y Financiera

Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) Financiación autonómica

Fondo de liquidez autonómica (FLA)





BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO



Núm. 177

Sábado 25 de julio de 2015

Sec. I. Pág. 62935

I. DISPOSICIONES GENERALES

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

8343 *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.*

En este sentido, la ley considera necesario que la financiación selectiva y no indiscriminada de medicamentos se realice en función de la utilidad terapéutica de los mismos y de su necesidad para mejorar la salud de los ciudadanos. Cabe recordar que la aparición en estos años de los medicamentos genéricos, de eficacia clínica demostrada y más económicos, al haber expirado el periodo de exclusividad de datos del medicamento original, asegura idénticas condiciones de calidad, seguridad y eficacia a menor precio.



TÍTULO VIII

De la financiación pública de los medicamentos y productos sanitarios

Artículo 91. *Principio de igualdad territorial y coordinación.*

1. Se reconoce el derecho de todos los ciudadanos a obtener medicamentos en condiciones de igualdad en todo el Sistema Nacional de Salud, sin perjuicio de las medidas tendentes a racionalizar la prescripción y la utilización de medicamentos y productos sanitarios que puedan adoptar las comunidades autónomas en ejercicio de sus competencias.

Artículo 92. *Procedimiento para la financiación pública.*

1. Para la financiación pública de los medicamentos y productos sanitarios será necesaria su inclusión en la prestación farmacéutica mediante la correspondiente resolución expresa de la unidad responsable del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, estableciendo las condiciones de financiación y precio en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.



La inclusión de medicamentos en la financiación del Sistema Nacional de Salud se posibilita mediante la financiación selectiva y no indiscriminada teniendo en cuenta criterios generales, objetivos y publicados y, concretamente, los siguientes:

- a) Gravedad, duración y secuelas de las distintas patologías para las que resulten indicados.
- b) Necesidades específicas de ciertos colectivos.
- c) Valor terapéutico y social del medicamento y beneficio clínico incremental del mismo teniendo en cuenta su relación coste-efectividad.
- d) Racionalización del gasto público destinado a prestación farmacéutica e impacto presupuestario en el Sistema Nacional de Salud.
- e) Existencia de medicamentos u otras alternativas terapéuticas para las mismas afecciones a menor precio o inferior coste de tratamiento.
- f) Grado de innovación del medicamento.



2. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad revisará los grupos, subgrupos, categorías y/o clases de medicamentos cuya financiación no se estime necesaria para cubrir las necesidades sanitarias básicas de la población española. En todo caso, no se incluirán en la prestación farmacéutica medicamentos no sujetos a prescripción médica, medicamentos que no se utilicen para el tratamiento de una patología claramente determinada, ni los productos de utilización cosmética, dietéticos, aguas minerales, elixires, dentífricos y otros productos similares.

Tampoco se financiarán los medicamentos indicados en el tratamiento de síndromes y/o síntomas de gravedad menor, ni aquellos que, aun habiendo sido autorizados de acuerdo a la normativa vigente en su momento, no respondan a las necesidades terapéuticas actuales, entendiéndose por tal un balance beneficio/riesgo desfavorable en las enfermedades para las que estén indicados.

3. La decisión de excluir, total o parcialmente, o someter a condiciones especiales de financiación, los medicamentos ya incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, se hará con los criterios establecidos en los apartados anteriores y teniendo en cuenta el precio o el coste del tratamiento de los medicamentos comparables existentes en el mercado y las orientaciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.



Artículo 94. *Fijación de precios.*

1. Corresponde al Gobierno establecer los criterios y procedimiento para la fijación de precios de medicamentos y productos sanitarios financiados por el Sistema Nacional de Salud, tanto para los medicamentos de dispensación por oficina de farmacia a través de receta oficial, como para los medicamentos de ámbito hospitalario, incluidos los envases clínicos, o dispensados por servicios de farmacia a pacientes no ingresados.

Se tendrán en consideración, los mecanismos de retorno (descuentos lineales, revisión de precio) para los medicamentos innovadores.

La Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos tendrá en consideración los análisis coste-efectividad y de impacto presupuestario.



Artículo 95. *Del Comité Asesor para la Financiación de la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.*

1. El Comité Asesor para la Financiación de la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud es el órgano colegiado, de carácter científico-técnico, adscrito al órgano ministerial competente en materia de prestación farmacéutica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, encargado de proporcionar asesoramiento, evaluación y consulta sobre la pertinencia, mejora y seguimiento de la evaluación económica necesaria para sustentar las decisiones de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos.

2. El Comité Asesor para la Financiación de la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud estará compuesto por un número máximo de siete miembros designados por la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de entre profesionales de reconocido prestigio, con experiencia y trayectoria acreditadas en evaluación farmacoeconómica.

3. Asimismo, en función de los asuntos que se debatan, podrán asistir a las sesiones del Comité los evaluadores del órgano competente en materia de medicamentos y productos sanitarios que hayan elaborado las evaluaciones de los medicamentos y productos sanitarios objeto de debate.

4. En todo caso, la creación y el funcionamiento del Comité Asesor para la Financiación de la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud será atendido con los medios personales, técnicos y presupuestarios asignados al órgano al que se encuentre adscrito.



PRECIO



¿Quién lo decide?



PRECIO



¿Cómo se decide?



FINANCIACIÓN

¿Quién la decide?





FINANCIACIÓN

¿Cómo se decide?



EMA = Agencia Europea del Medicamento

DGCBBSF = D.G. de Cartera Básica de Servicios y Farmacia

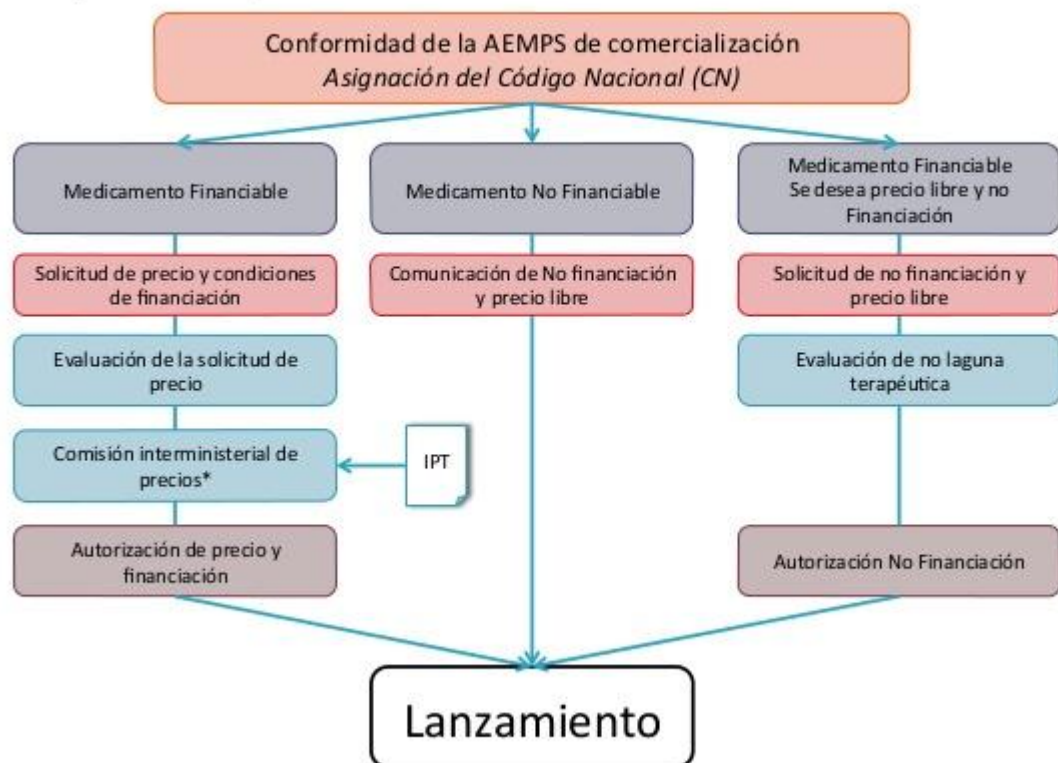
GCPT = Grupo Coordinador de Posicionamiento Terapéutico

IPT = Informe de Posicionamiento Terapéutico

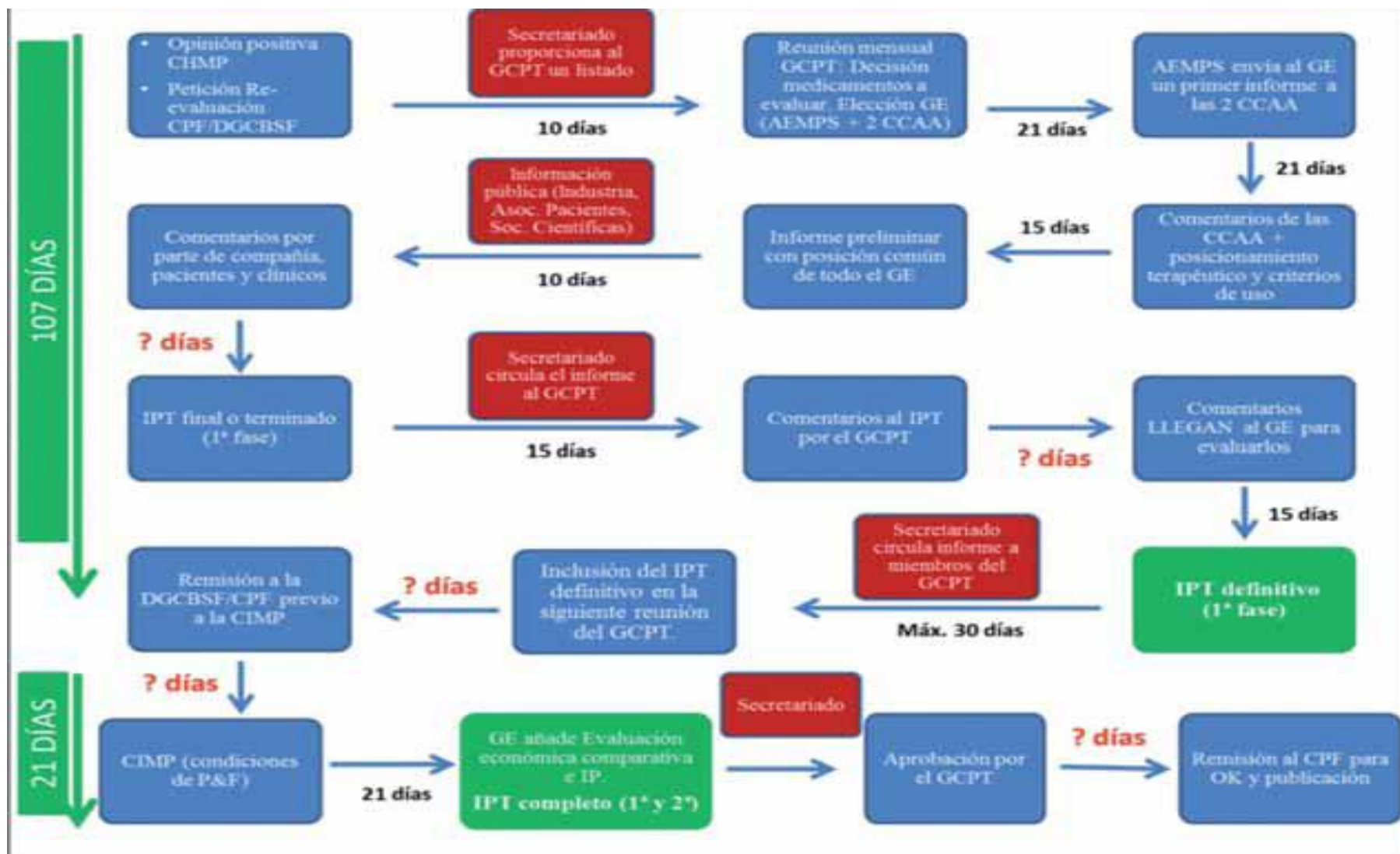
CIPM = Comisión Interministerial para el Precio de los Medicamentos



Fijación de precios



* Compuesta por Sanidad, Hacienda, Industria y 2 CCAA





SANIDAD

Ciudadanos

Profesionales

Biblioteca y Publicaciones

Portal Estadístico del SNS

COMISIÓN INTERMINISTERIAL DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

REGLAMENTO CIPM. 

COMPOSICIÓN CIPM junio-diciembre 2017. 

ACUERDOS DE LA CIPM 177. 

COMPOSICIÓN CIPM enero-junio 2018. 

NOTA INFORMATIVA CIPM 178. 

NOTA INFORMATIVA CIPM 179. 

NOTA INFORMATIVA CIPM 180. 

NOTA INFORMATIVA CIPM 181. 

NOTA INFORMATIVA CIPM 182. 



**MINISTERIO DE SANIDAD
SERVICIOS SOCIALES E
IGUALDAD.**

SECRETARIA GENERAL DE
SANIDAD Y CONSUMO

REGLAMENTO INTERNO DE LA COMISIÓN INTERMINISTERIAL DE PRECIOS DE LOS MEDICAMENTOS (CIMP)

2017



CIPM

- **PRESIDENCIA** → Titular de la Secretaría General MSSSI
- **VICEPRESIDENCIA** → D.G. Cartera Básica de Servicios SNS y Farmacia
- **VOCALÍAS**
 - 2 DG del Ministerio de Economía
 - 1 DG de la Secretaría de Estado de Presupuestos y Gastos
 - 1 DG de la Secretaría de Estado de Hacienda
- **3 representantes de la CCAA** a propuesta del CISNS
- **Subdirección General de Calidad de Medicamentos y PS**
- **Funcionario de la DG CBSyF**
- **3 representantes de las CCAA oyentes** (siguientes a elegir)



a) Fijar, de modo motivado y conforme a criterios objetivos, tanto en los procedimientos de financiación por el Sistema Nacional de Salud como en los procedimientos de revisión de precio, los precios industriales de financiación de las presentaciones de medicamentos susceptibles de ser incluidas o ya incluidas en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud y de los productos sanitarios susceptibles de ser incluidos o ya incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud para pacientes no hospitalizados.

- a) El establecimiento de directrices y criterios generales a aplicar en los procedimientos administrativos sobre financiación con cargo a fondos públicos de medicamentos y productos sanitarios e inclusión o exclusión de los mismos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.
- b) La financiación de medicamentos y productos sanitarios con cargo a fondos públicos y, en su caso, las condiciones en que se debe producir.
- c) El establecimiento de reservas singulares o condiciones especiales de financiación para los medicamentos y productos sanitarios financiados con cargo a fondos públicos.



a) Presidencia: **D. José Javier Castrodeza Sanz**, Secretario General de Sanidad y Consumo.

b) Vicepresidencia: **Dña. Encarnación Cruz Martos**, Directora General de Cartera Básica de Servicios del S.N.S. y Farmacia.

c) Vocalías:

- En representación del Ministerio de Hacienda y Función Pública:
 - **Dña. Belén Navarro Heras**, Secretaria General de Financiación Autonómica y Local.
 - **D. Jaime Iglesias Quintana**, Director General de Presupuestos.
- En representación del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad:
 - **D. Rodrigo Madrazo García de Lomana**, Director General de Política Económica.
 - **D. Mario Buisán García**, Director General de Industria y de la PYME.
- Representantes de las comunidades autónomas, a propuesta del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, elegidos entre sus miembros.
 - **Dña. Ana Isabel García Rogada**, Jefa Servicio de Farmacia. Dirección General de Política Sanitaria. Consejería de Sanidad. Principado de Asturias.
 - **Dña. Flora Pérez Hernández**, Jefa de Servicio de Gestión Farmacéutica del Servicio Cántabro de Salud.
 - **D. José Ignacio Torroba Terroba**, Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital San Pedro de Logroño.
- **D. Carlos Lens Cabrera**, Subdirector General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios. Secretario de la Comisión Interministerial.
- **Dña. Isabel Pineros Andrés**. Vocal Asesor de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia.



a) Presidencia: **D. José Javier Castrodeza Sanz**, Secretario General de Sanidad y Consumo.

b) Vicepresidencia: **Dña. Encarnación Cruz Martos**, Directora General de Cartera Básica de Servicios del S.N.S. y Farmacia.

c) Vocalías:

- En representación del Ministerio de Hacienda y Función Pública:
 - **Dña. Belén Navarro Heras**, Secretaria General de Financiación Autonómica y Local.
 - **D. Jaime Iglesias Quintana**, Director General de Presupuestos.
- En representación del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad:
 - **D. Rodrigo Madrazo García de Lomana**, Director General de Política Económica.
 - **D. Mario Buisán García**, Director General de Industria y de la PYME.
- Representantes de las comunidades autónomas, a propuesta del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, elegidos entre sus miembros.
 - **Dña. Ana Isabel García Rogada**, Jefa Servicio de Farmacia. Dirección General de Política Sanitaria. Consejería de Sanidad. Principado de Asturias.
 - **Dña. Flora Pérez Hernández**, Jefa de Servicio de Gestión Farmacéutica del Servicio Cántabro de Salud.
 - **D. José Ignacio Torroba Terroba**, Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital San Pedro de Logroño.
- **D. Carlos Lens Cabrera**, Subdirector General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios. Secretario de la Comisión Interministerial.
- **Dña. Isabel Pineros Andrés**, Vocal Asesor de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia.





Representantes de las comunidades autónomas en calidad de oyentes, a propuesta del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, elegidos entre sus miembros:

- **D. Casimiro Jiménez Guillén**, Subdirector General de Farmacia e Investigación. Consejería de Salud de la Región de Murcia.
- **Dña. Patricia Lacruz Gimeno**, Directora General de Farmacia y Productos Sanitarios. Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública de la Comunidad Valenciana.
- **D. Francisco Javier Armesto Gómez**, Jefe de Servicio de Farmacia. Servicio Aragonés de Salud.



**NOTA INFORMATIVA DE LA REUNIÓN DE LA COMISIÓN INTERMINISTERIAL DE
PRECIOS DE LOS MEDICAMENTOS.**

SESIÓN 182 DE 26 DE ABRIL DE 2018

A título informativo, se resume en esta nota los principales acuerdos establecidos por la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, órgano colegiado competente en materia fijación del precio industrial máximo, reunida el 26 de abril de 2018.

Se puntualiza que estos acuerdos no son definitivos puesto que, previo a la Resolución por parte de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, se dispone del trámite de alegaciones al Proyecto de Resolución por parte de la empresa, según el procedimiento administrativo.

Los acuerdos tomados en esta Comisión de abril de 2018 no serán efectivos hasta que se emita la correspondiente Resolución definitiva por la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia y los cambios que generan estos acuerdos se incluyan en el Nomenclátor de facturación correspondiente.

1- ACUERDOS CON PROPUESTA FAVORABLE DE PRECIO Y FINANCIACIÓN.

A) Medicamentos con nuevos principios activos o combinaciones.

CN	LABORATORIO	MEDICAMENTO	PRINCIPIO ACTIVO	FORMATO
718777	MERCK, S.L.	MAVENCLAD 10 mg comprimidos	Ciadribina	1 comprimido
718778	MERCK, S.L.	MAVENCLAD 10 mg comprimidos	Ciadribina	4 comprimidos
718779	MERCK, S.L.	MAVENCLAD 10 mg comprimidos	Ciadribina	6 comprimidos
710444	GRÜNENTHAL PHARMA, S.A.	ZURAMPIC 200mg	Lesinurad	30 comprimidos recubiertos con película

B) Otros medicamentos.

CN	LABORATORIO	MEDICAMENTO	PRINCIPIO ACTIVO	FORMATO
715550	Novo Nordisk Pharma	FIASP 100 UNIDADES/ML	Insulina asparta	5 plumas precargadas de 3 ml



CN	LABORATORIO	MEDICAMENTO	PRINCIPIO ACTIVO	FORMATO
711511	NOVARTIS FARMACEUTICA S.A.	ZYKADIA 150MG	Ceritinib	150 cápsulas duras

2- ACUERDOS CON PROPUESTA DESFAVORABLE DE FINANCIACIÓN Y FIJACIÓN DE PRECIO

A) Medicamentos con nuevos principios activos o combinaciones.

CN	LABORATORIO	MEDICAMENTO	PRINCIPIO ACTIVO	FORMATO
717049	LEO PHARMA, S.A.	KYNTHEUM 210 MG	Brodalumab	2 jeringas precargadas de 1,5 ml (SOLUCIÓN INYECTABLE)
719163	MERCK, S.L.	BAVENCIO 20 MG/ML	Avelumab	1 vial 10 ml concentrado para solución para perfusión

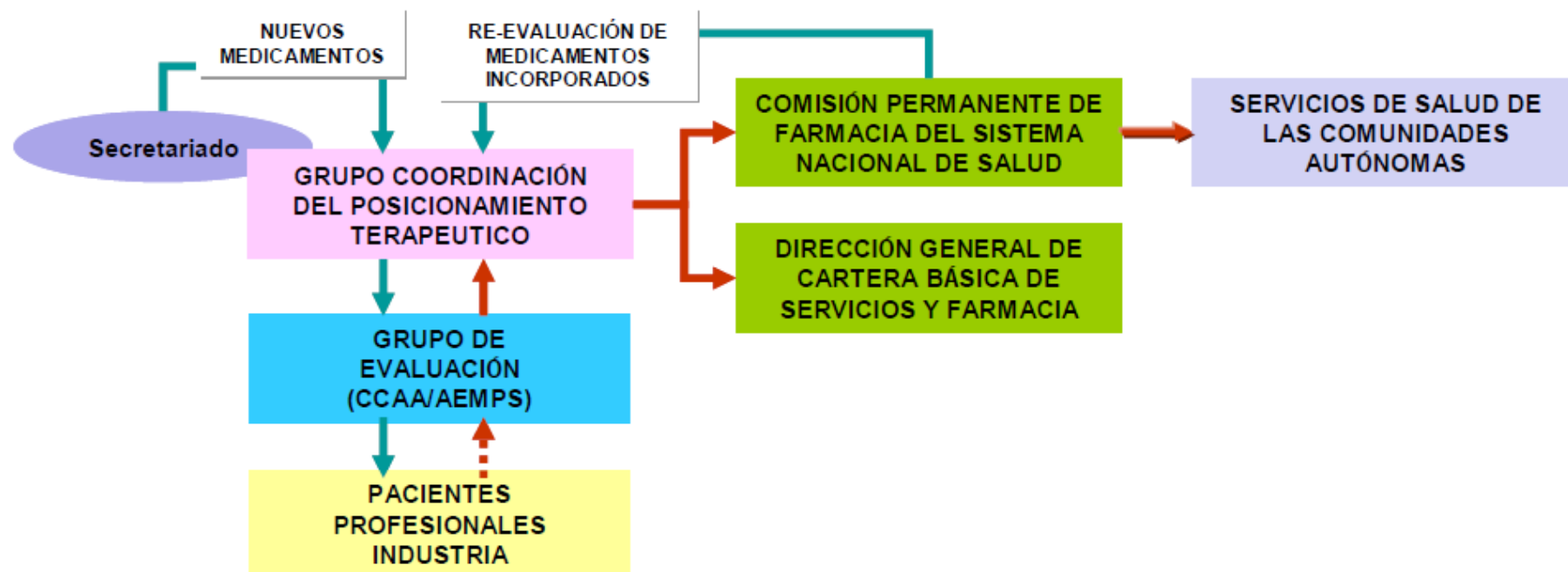
B) Medicamentos en trámite de alegaciones.

Se propone la no inclusión en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud los medicamentos:

CN	LABORATORIO	MEDICAMENTO	PRINCIPIO ACTIVO	FORMATO
715830	BGP PRODUCTS OPERATIONS SL	ATOVIT	fumarato hierro, folico ácido, potasio, iodo, vitamina b12	28 comprimidos
715577	ARISTO PHARMA IBERIA, S.L.	XANBAN 200 MG	Hidroxicloroquina	30 comprimidos recubiertos con película

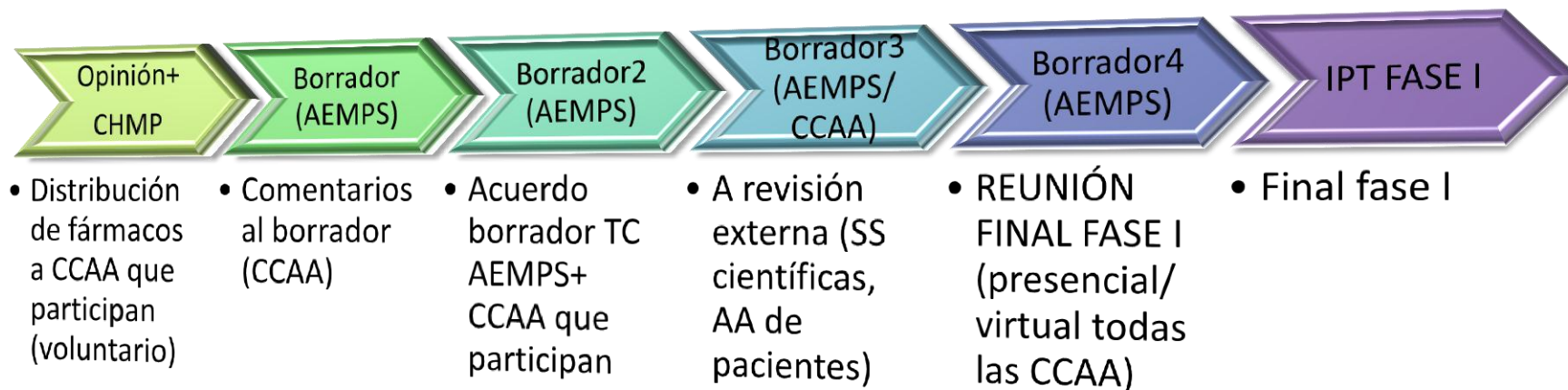
GCPT

- 
- Jefe de Departamento de Medicamentos de Uso Humano de la AEMPS
 - Representante de la DGCBSEF
 - Secretariado de la AMPS
 - Representante(s) de las 17 CCAA que muestren interés en participar, nombrados por los respectivos miembros de la Comisión Central de Farmacia





IPT – 1ª fase (sin EE)



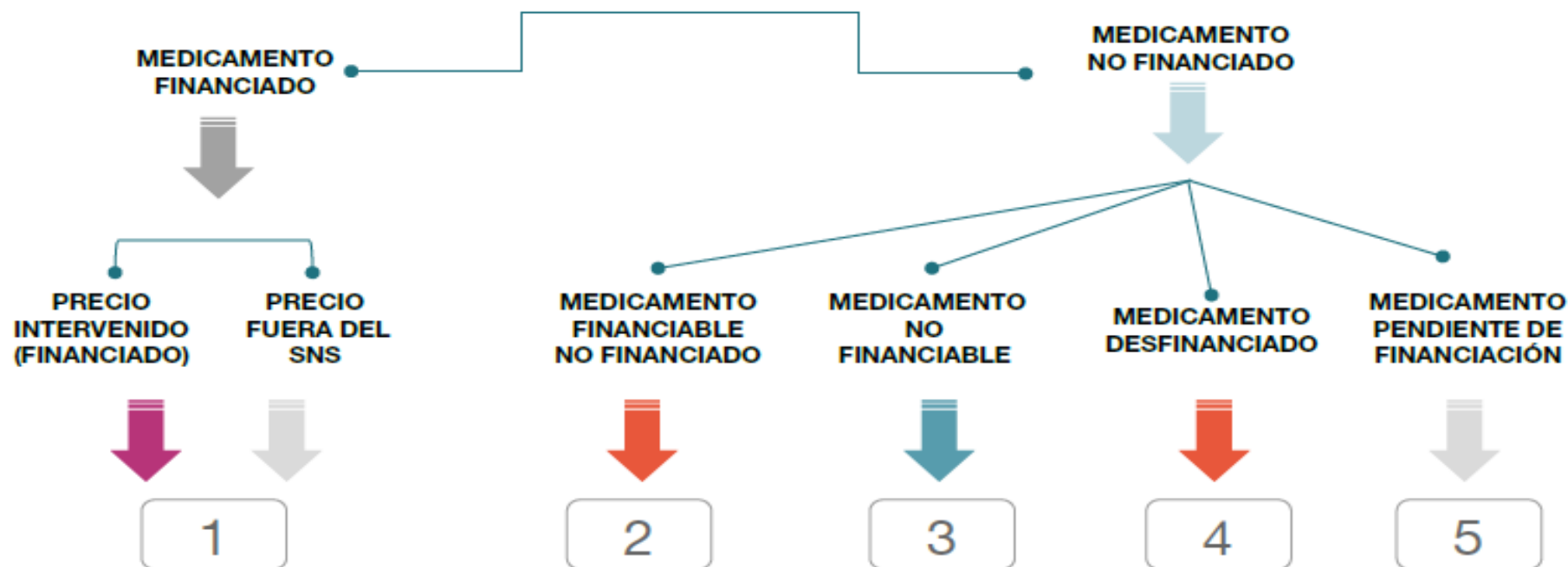


IPT – 2ª fase (con EE)





Los precios en el nuevo modelo



Precio intervenido Precio notificado Precio libre







*Disminución del
coste de
adquisición*



€



AVAC

*Selección de
pacientes con
beneficio máximo*





TECHO DE GASTO



RIESGO COMPARTIDO



ACUERDOS PRECIO-VOLUMEN



COSTE MÁXIMO POR PACIENTE



«Mortgage pricing»



TECHO DE GASTO

- OBJETIVO → Gasto predecible.
- Se fija con el proveedor una cantidad MÁXIMA de gasto en un periodo de tiempo dado.
- El proveedor asume todos los costes que sobrepasen al techo fijado.
- Ej. ribociclib en Ca. mama, nusinersen en AME (mixto)



ACUERDOS RIESGO COMPARTIDO

- *NO CURE, NO PAY*
- *Modelos diversos*
- *Se paga únicamente lo que ha funcionado*
- *Problema: definir indicadores de efectividad*



ACUERDOS PRECIO VOLUMEN

- Pago por “tramos”
- A mayor volumen de uso, menor coste por paciente



COSTE MÁXIMO POR PACIENTE

- “Capping”
- Cantidad fija de gasto por paciente. Si se supera esa cantidad no se paga.



«Mortgage pricing»

- «Modelo hipoteca»
- Como el beneficio se produce a largo plazo, los costes se pagan también a largo plazo.
- Ej. voretigene neparvovec-rzyl (Luxturna®, 850.000 \$/tto. amaurosis congénita de Leber)



*Nos vemos
en
noviembre ii*

