Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal

Evaluación del gasto en medicamentos dispensados a través de receta médica

Presentación pública
Spending Review 2018
6 de junio de 2019

Evaluación del gasto en medicamentos dispensados a través de receta médica

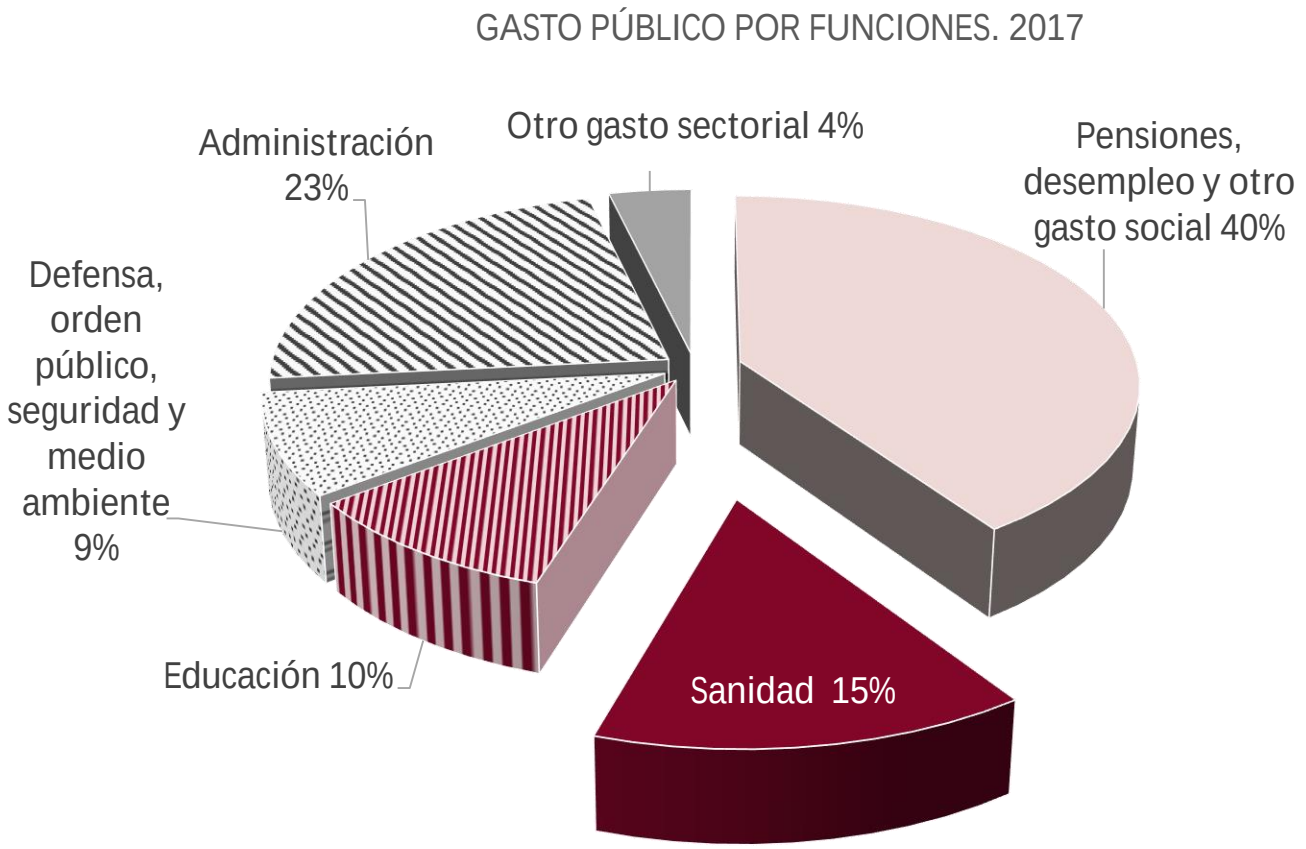
1. Cuantificación del gasto sanitario y farmacéutico en España

2. Visión del proceso farmacéutico

3. Evaluación de la AIReF

1. A. Cuantificación: la Sanidad es una de las partidas más importantes del gasto público en España

El gasto público supone alrededor de 500.000 millones de €, del que un 15% es sanidad



Fuente: Clasificación COFOG 2017 (MINHAC)

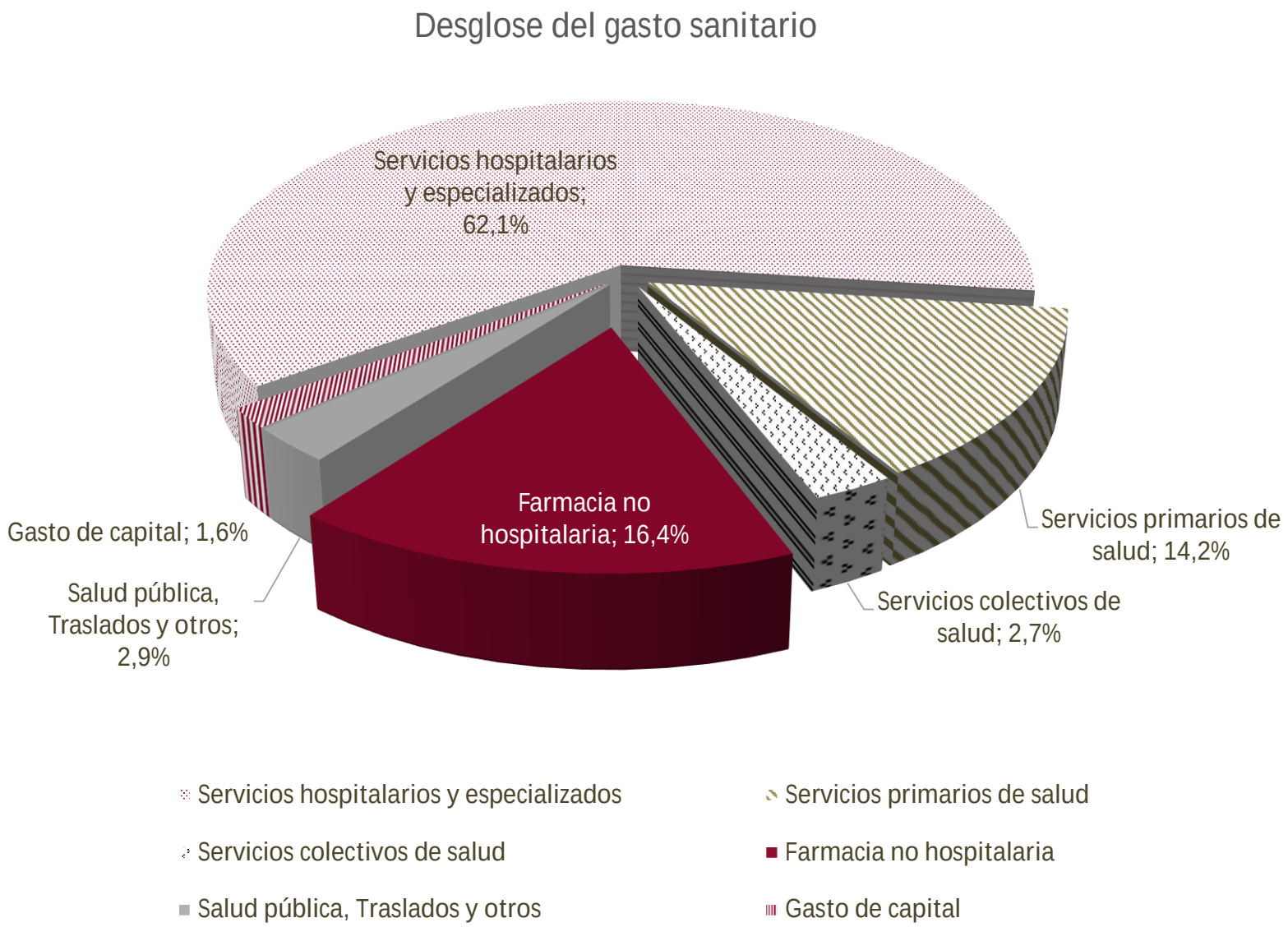
Destinos principales de gasto:

- Pensiones y otro **gasto social 200 MM€**
- **Sanidad 70 MM€**
- Educación **50 MM€**

Si eliminamos el gasto en pensiones, la sanidad se convierte en el principal gasto público (25%)

El 92% del gasto en sanidad está gestionado por las CCAA, con diferencias sustanciales entre ellas en gasto per cápita

Dentro del gasto sanitario, más de 10.000M€, en torno al 16%, se destinan a la farmacia no hospitalaria

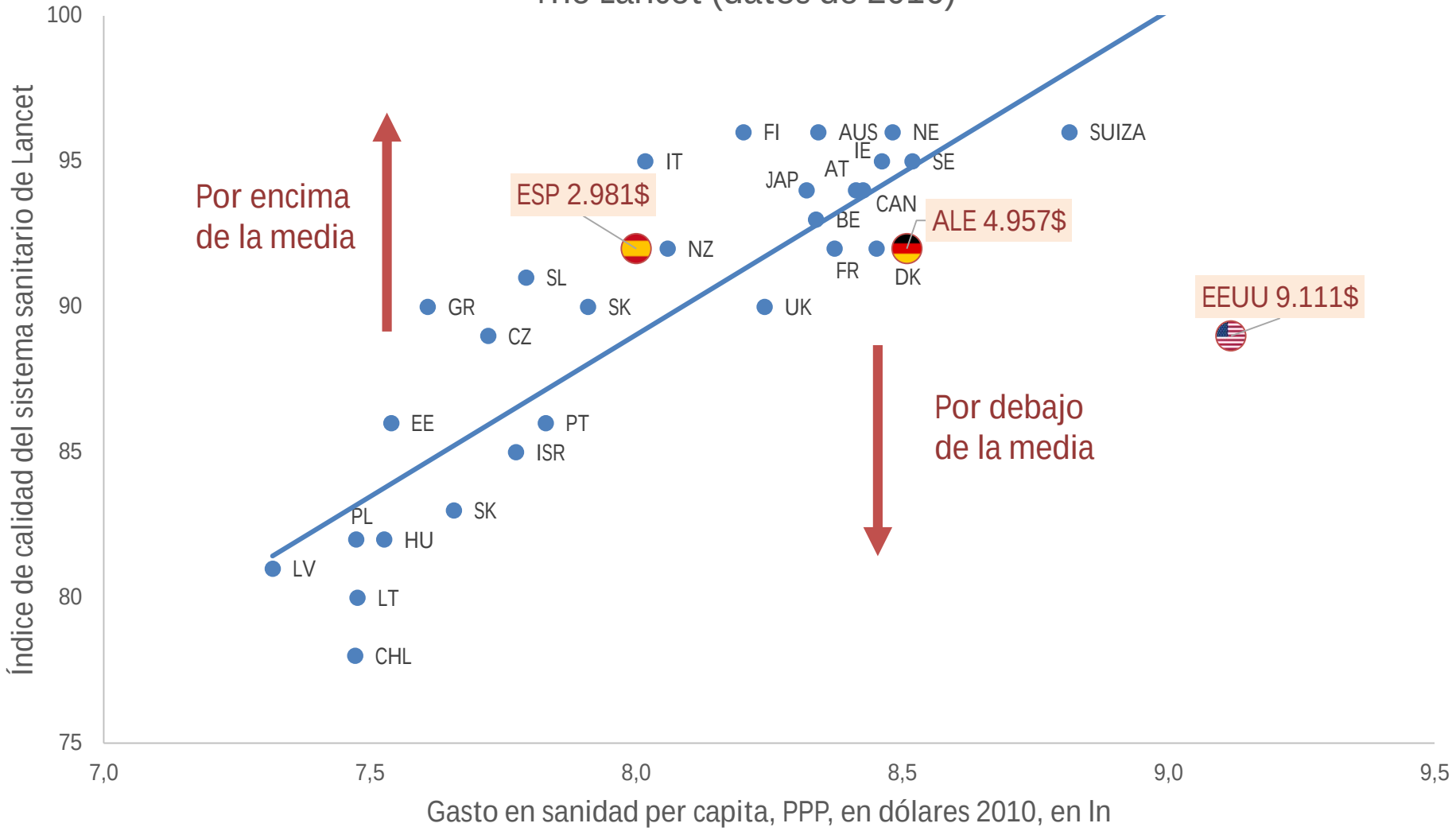


Fuente: Estadística de gasto sanitario público. Cuentas Satélite. Clasificación funcional. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

1. Cuantificación del gasto sanitario y farmacéutico en España
A. Gasto a nivel nacional e internacional
B. Factores que afectan al gasto
2. Visión del proceso farmacéutico
3. Evaluación de la AIReF

A nivel internacional, España compara bien en gasto sanitario…

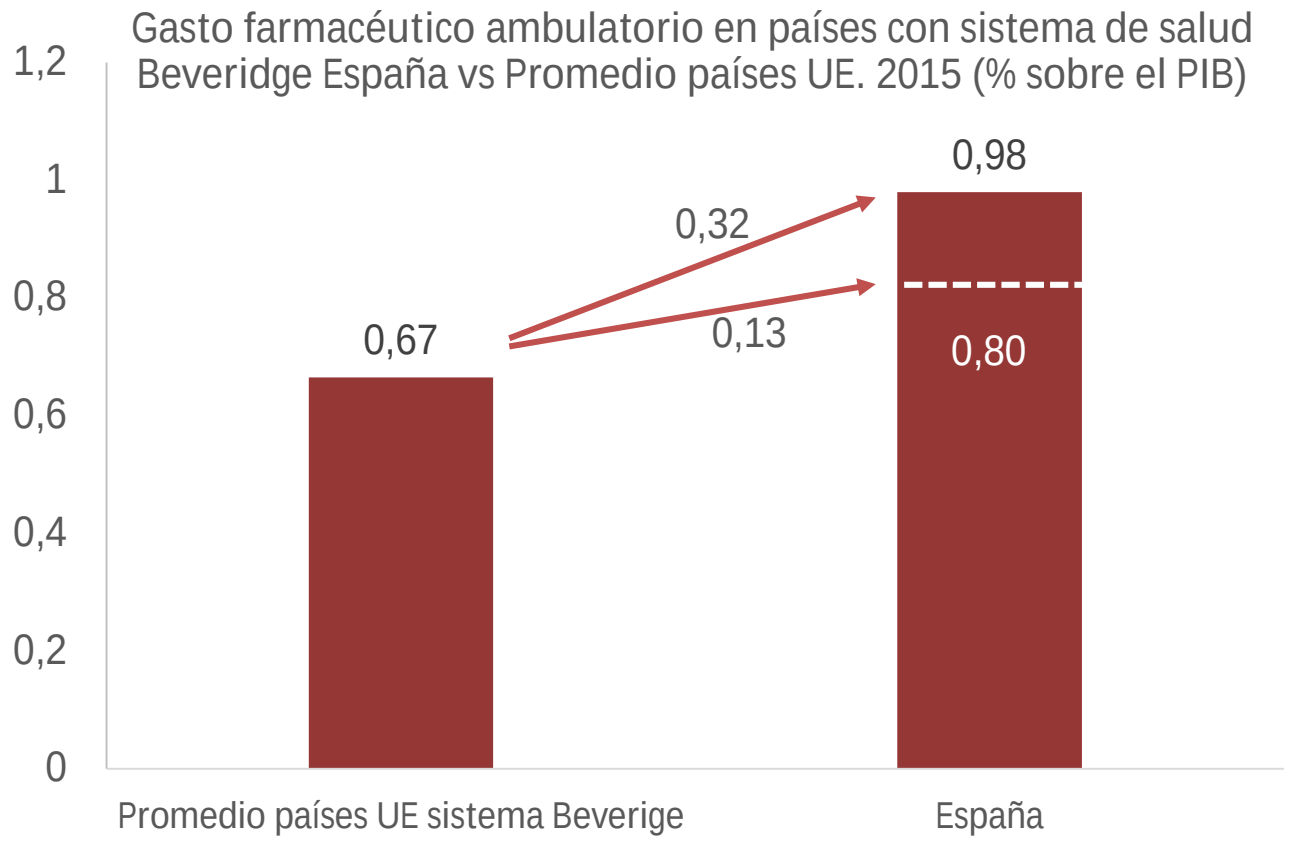
Gasto en sanidad per cápita (2017) e índice de calidad del sistema sanitario de The Lancet (datos de 2016)



Fuente: Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016

…pero no tanto en farmacia

España tiene un sistema de salud eficiente, aunque el gasto público en medicamentos es más elevado que en los países de referencia, lo que sugiere que existen ahorros potenciales



Una gestión más eficiente del gasto farmacéutico podría liberar más de 1.000 millones de euros anuales, lo que nos aproximaría al 0,80 % del PIB, media de los países comparables de la OCDE

España es uno de los países con modelo de salud tipo Beveridge (financiado con impuestos, cobertura universal) con una mayor gasto farmacéutico ambulatorio como porcentaje del PIB

Países promedio: Portugal, Italia, Finlandia, Irlanda, Dinamarca, Suecia

1.B: Factores que explican las diferencias en gasto farmacéutico

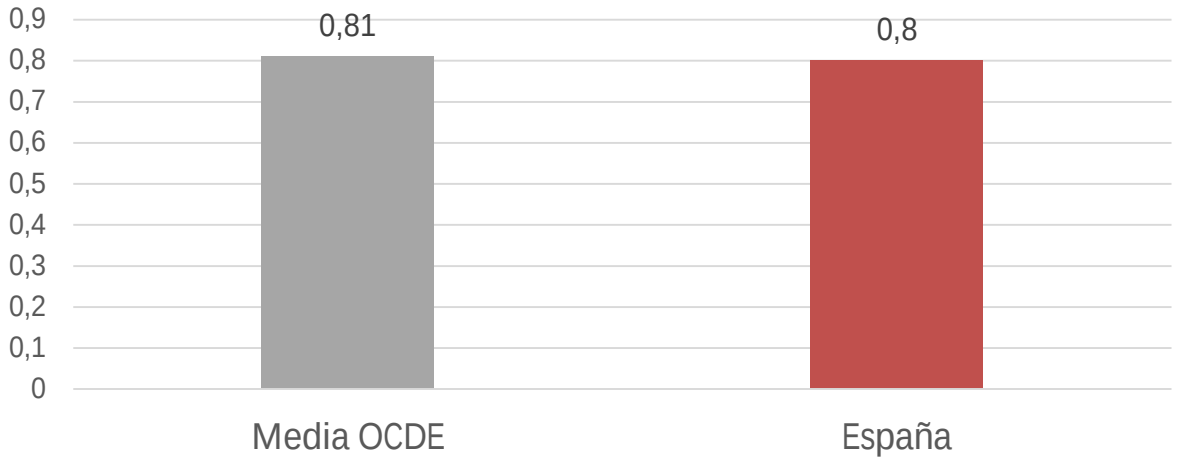
1. Factor volumen

El consumo por habitante es elevado

2. Factor composición

El porcentaje de medicamentos genéricos es creciente, pero no alcanza los ratios de los mejores países

Los precios en España son similares a la media de la OCDE



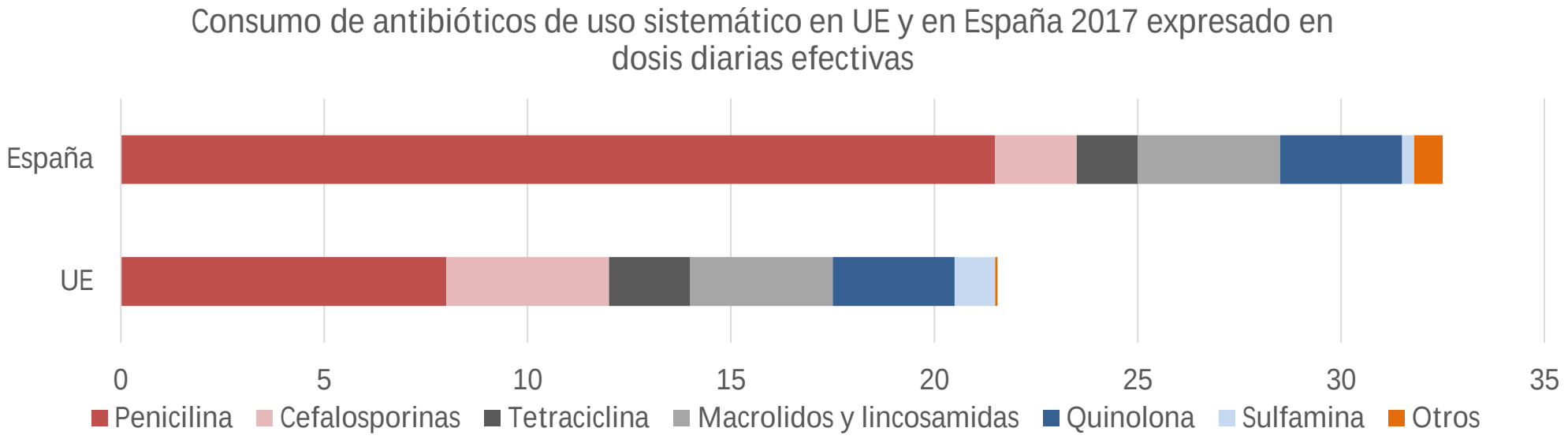
RATIOS DE PRECIOS MEDIOS, MEDICAMENTOS CON PATENTE, OECD 2017

Fuente: elaboración propia a partir del Informe Anual del PMPRB

Factor volumen: el consumo por habitante es alto

1. Cuantificación del gasto sanitario y farmacéutico en España
A. Gasto a nivel nacional e internacional
B. Factores que afectan al gasto
2. Visión del proceso farmacéutico
3. Evaluación de la AIReF

Los antibióticos son el ejemplo más claro del exceso de consumo

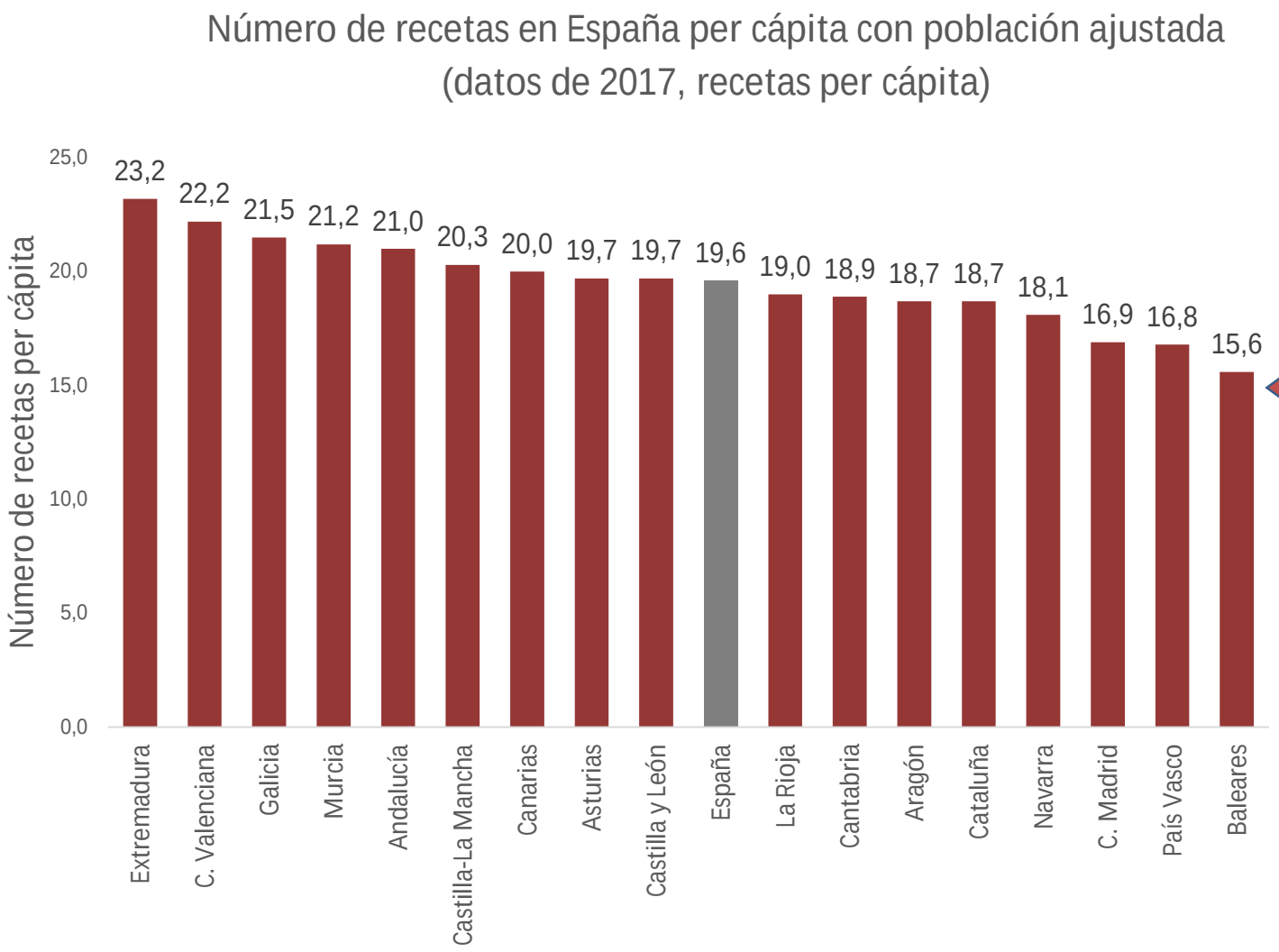


Fuente: Annual Epidemiological Report, ECDC (2017)

Comparación internacional
En España hay un alto consumo de antibióticos

Factor volumen: el consumo por CCAA es heterogéneo, pero …

1. Cuantificación del gasto sanitario y farmacéutico en España
   A. Gasto a nivel nacional e internacional
   B. Factores que afectan al gasto
2. Visión del proceso farmacéutico
3. Evaluación de la AIReF

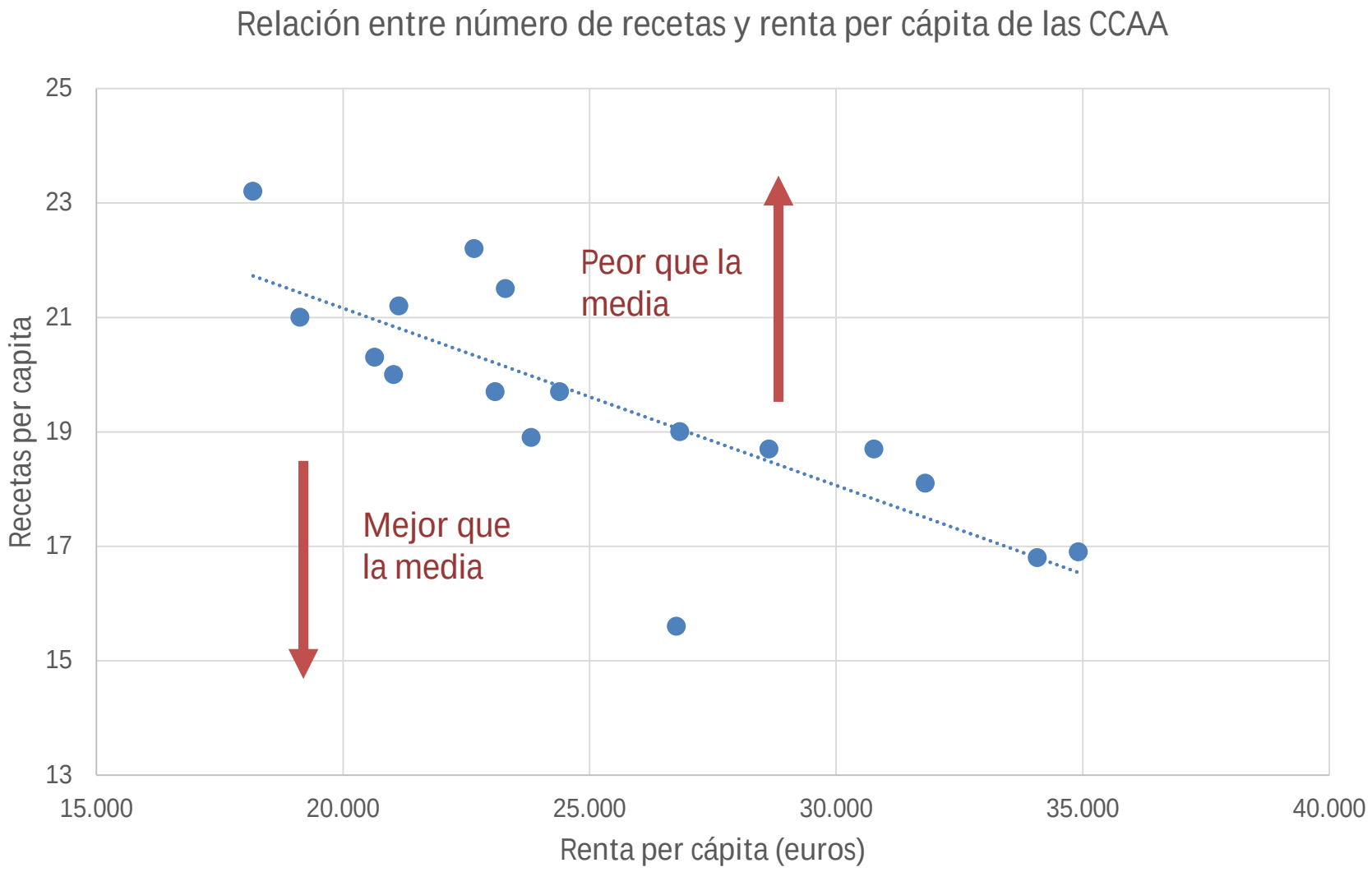


Comparación interna Diferencias entre CCAA

Fuente: Elaboración propia basada en datos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

1. Cuantificación del gasto sanitario y farmacéutico en España
A. Gasto a nivel nacional e internacional
B. Factores que afectan al gasto
2. Visión del proceso farmacéutico
3. Evaluación de la AIReF

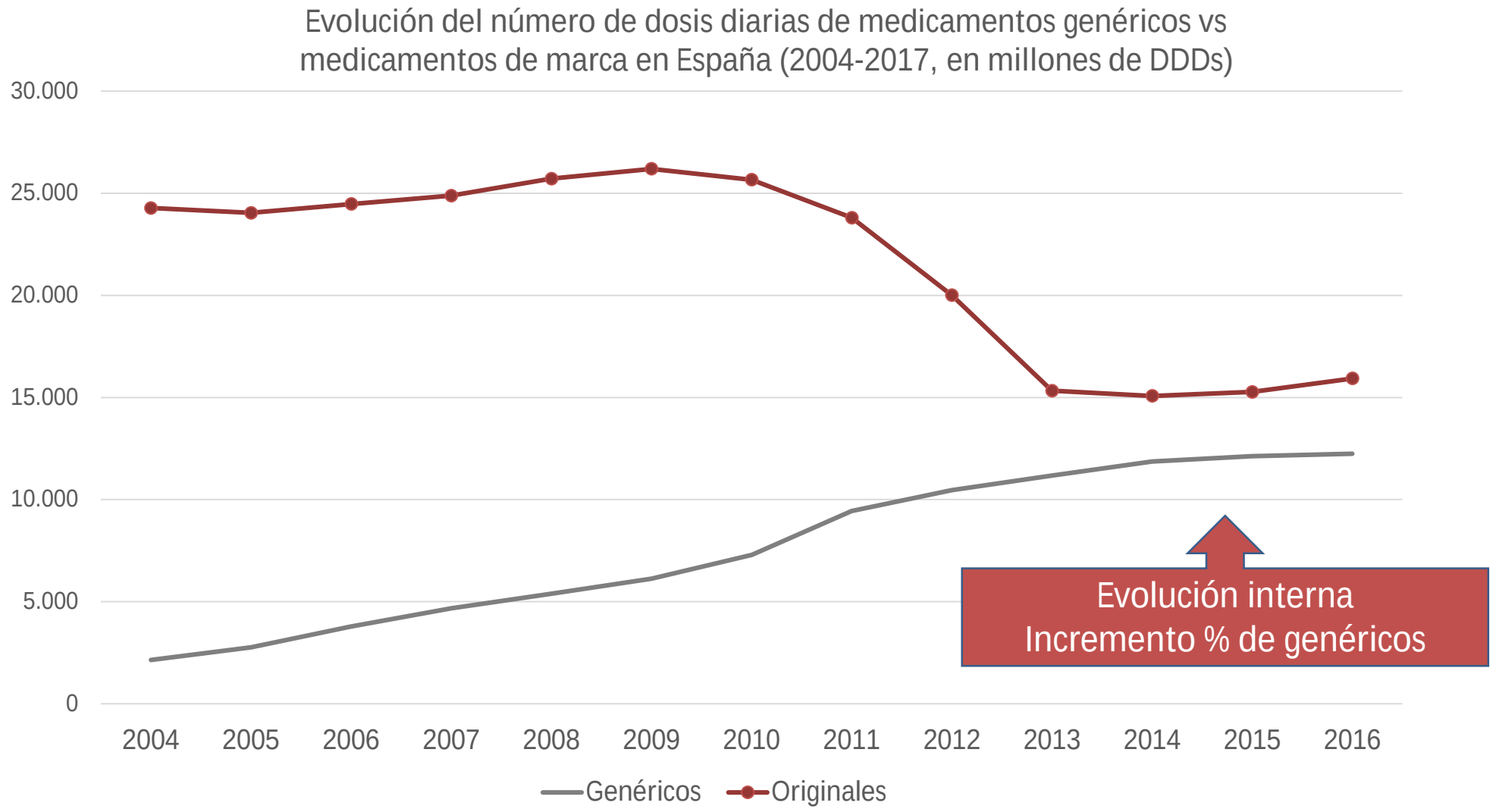
… la renta per cápita explica parte de estas diferencias en el gasto. Aunque la distancia a la línea sugiere que existen otros efectos



Fuente: Elaboración propia basada en datos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

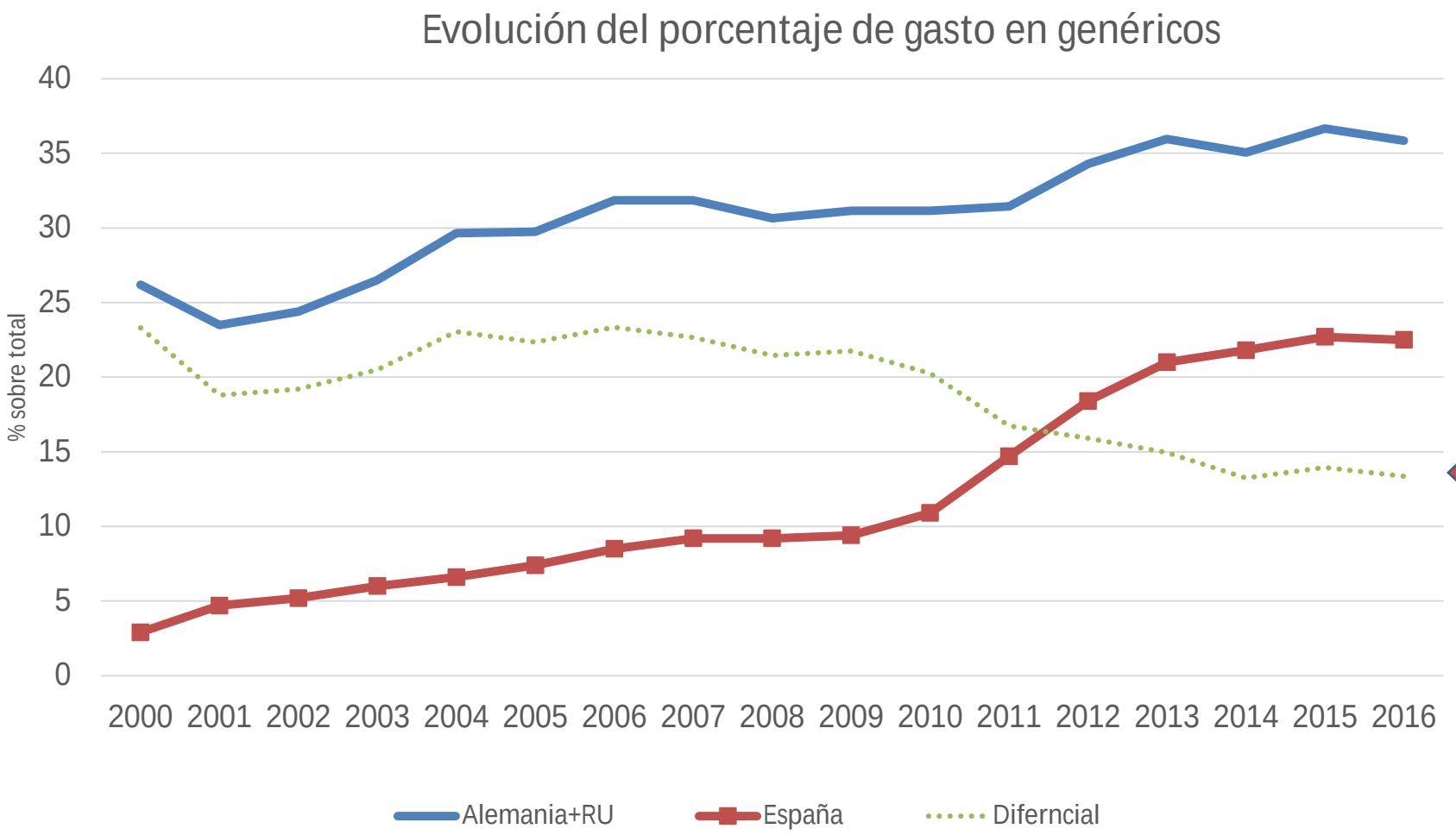
1. Cuantificación del gasto sanitario y farmacéutico en España
A. Gasto a nivel nacional e internacional
B. Factores que afectan al gasto
2. Visión del proceso farmacéutico
3. Evaluación de la AIReF

Factor composición: Los genéricos representan el 43% del consumo de medicamentos financiados



Fuente: Elaboración propia basada en los datos proporcionados por Alcántara

Factor composición: En España los genéricos suponen un 22% del gasto, 13 puntos por debajo del promedio de Alemania y Reino Unido



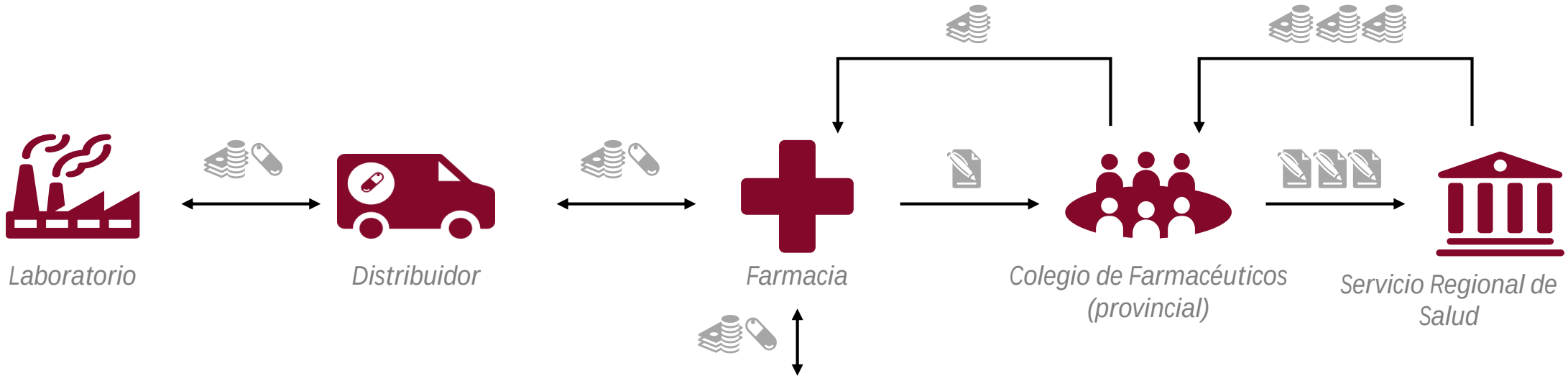
Comparación internacional

Todavía lejos de UK o Alemania

Fuente: OCDE: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PHMC

2. Visión global del proceso farmacéutico

Proceso de adquisición de medicamentos por las farmacias en España



La farmacia compra los medicamentos a través del distribuidor o directamente al laboratorio

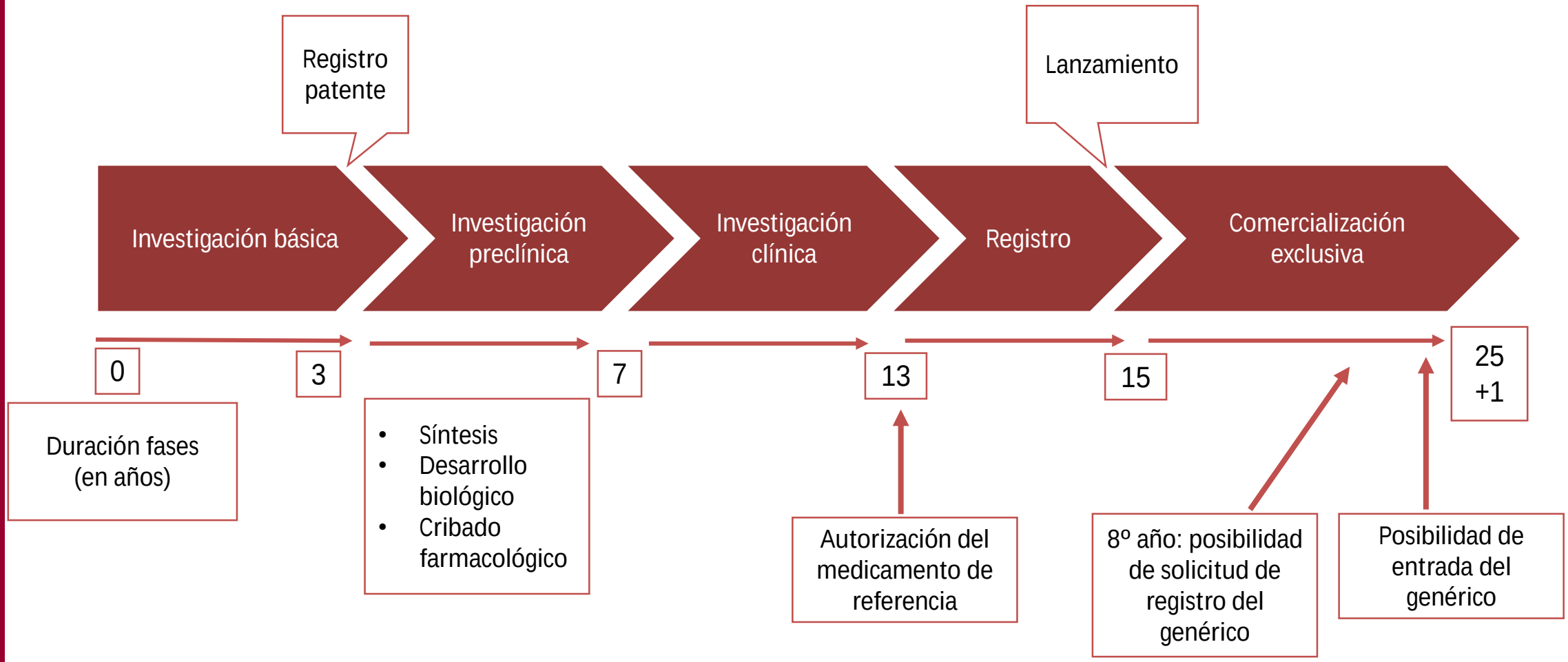
Al dispensar un medicamento con cargo a la sanidad pública, la farmacia envía la factura al Colegio de Farmacéuticos de la provincial, este **"recopila"** todas las facturas de las farmacias y las remite al Servicio de Regional. A continuación, el servicio regional abona al Colegio las facturas y este abona a cada una de las farmacias

Medicamentos *Facturas* *Pagos*

Fuente: Elaborado internamente basado en un conocimiento general de la industria

Gasto Público

Ciclo del medicamento: hasta 25 años



Detalle desde la autorización al mercado

1 Autorización	2 Notificación al laboratorio	3 Presentación de la solicitud de precio	4 Evaluación de informes técnicos	5 Negociación	6 Fijación y de precio y condiciones de financiación	7 Comercialización medicamentos de marca	8 Evaluación del medicamento	9 Post-comercialización
Procedimientos de autorización: • Centralizado (**EMA**) • Nacional (**AEMPS**) • Reconocimiento mutuo	La AEMPS notifica a la DGCBSF la autorización y ésta se lo notifica a la compañía farmacéutica solicitante	Documentación a presentar: • Memoria • Info. Sobre el med:dosis, mecanismo de acción) • Propuesta PVL • Epidemiología • Previsión ventas • Farmaco-economía • Benchmarking • Información I+D+i	Contemplando: • Lugar medicamento en la terapéutica (IPT) • Grado de innovación • Coste efectividad comparado • Impacto presupuestario	Acuerdos de precio entre el MSCBS y la compañía farmacéutica solicitante	Criterios de inclusión: • Gravedad patología • Necesidad ciertos colectivos • Valor terapéutico • Racionalización gasto público • Existencia de alternativas • Grado de innovación	• Comercialización de los medicamentos de marca	• Función CAE: evaluar nuevos medicamentos para definir su lugar en terapéutica y controlar el gasto	• Entrada de genéricos y aplicación del SPR • Procesos de reevaluación post-comercialización
Agencia competente	AEMPS y DGCBSF (Dirección General Cartera Básica del SNS y Farmacia)	Laboratorio solicitante	DGCBSF	DGCBSF y laboratorios solicitantes	CIPM	Laboratorio abastecedor	CAE (Centros Autonómicos de Evaluación)	Laboratorios de genéricos

10 años

Agentes involucrados y funciones

	1	2	3	4	5
AGENTE	Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social	Comunidades Autónomas	Médicos	Farmacia	Pacientes
IMPLICACIÓN	▪ *Determinación de la cartera de servicios* ▪ *Fijación de las condiciones de financiación y precio*	▪ *Asunción del gasto farmacéutico a través de sus presupuestos* ▪ *Elaboración de políticas en materia de prescripción*	▪ *Prescripción de medicamentos* ▪ *Educación sanitaria*	▪ *Dispensación de medicamentos*	▪ *Pago del medicamento*

3.A. Evaluación de AIReF: ¿Qué información se ha utilizado?

	ALCANCE GEOGRÁFICO	ACCESO	BASE DE DATOS
Bases de datos utilizadas intensivamente	Internacional	Público	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)
	Nacional		Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social
			Hacienda presupuestos
		Restringido	Base de datos Alcántara
			Base de datos clínicos de atención primaria (BDCAP)
			Petición de información de AIReF a las comunidades autónomas
			AEAT
Otras Bases de datos	Internacional		EURIPID
	Nacional		IQVIA
			Base de datos para la Investigación Farmacoepidemiológica en Atención Primaria (BIFAP)

Base de datos Alcántara
- Datos de consumo de medicamentos 2004-2017 para todas las CCAA
- Más de 15M de registros anuales y +85M mensualizados

BDCAP
- Datos de atención primaria prestada a la población
- Más de 980.000 pacientes y +16,5M medicamentos (2016)
- 2014-2015 (5 CCAA) y 2016 (7 CCAA)

Petición de información a CCAA
- Datos de utilización de recursos sanitarios a nivel ZBS
- 2016-2017: todas las CCAA

Petición de información a AEAT
- 2010-2016 Márgenes y ventas de las oficinas de farmacia

1. Cuantificación del gasto sanitario y farmacéutico en España

2. Visión del proceso farmacéutico

3. Evaluación de la AIReF

A. Información y actuaciones

B. Hallazgos

C. Recomendaciones

Evaluación de AIReF: ¿Qué hemos hecho?

Revisión de expedientes

- Revisión de 20 expedientes de medicamentos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

Entrevistas con la Administración

- Ministerio de Hacienda (3)
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (4)
- Representantes de todas las CC. AA.
- AEMPS
- Agencia Tributaria

Entrevistas con representantes de organismos sectoriales

- Farmaindustria
- AESEG
- CGCOF

Sesiones de trabajo

- Sesiones de trabajo con 6 comunidades autónomas:
  - Andalucía
  - Cataluña
  - Galicia
  - Madrid
  - País Vasco
  - Valencia

Colaboración de expertos

- PwC
- Fedea
- Comisión Europea
- Panel de más de 10 expertos sectoriales/técnicos

Revisión de literatura

- Comparativa internacional
- Revisión de más de 150 papers/documentos

1. Cuantificación del gasto sanitario y farmacéutico en España

2. Visión del proceso farmacéutico

3. Evaluación de la AIReF

A. Información y actuaciones

B. Hallazgos

C. Recomendaciones

3.B. Principales hallazgos

1 Funcionamiento Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos y Productos Sanitarios (CIPM)

- *Baja corresponsabilidad de las CCAA.*
- *Medios humanos y tecnológicos insuficientes para la toma de decisiones de financiación.*
- *Falta de Revisión sistemática de las condiciones de reembolso y precios.*

2 Fijación de Precios de Medicamentos

- *No existe una evaluación Coste-Beneficio vinculante*
- *Sistema Precios de Referencia no ofrece una visión global por indicación terapéutica.*
- *Planificación presupuestaria: no existen procedimientos reglados para nuevos medicamentos.*
- *Precios excesivamente bajos afectan a la comercialización.*

3 Mejoras en el Sistema

- *Modelo Ineficiente de evaluación de medicamentos de las CCAA.*
- *Limitado efecto de las políticas de recortes de precios (RDL).*
- *Modelo de Copago mejorable en términos de equidad.*
- *Sistema de Selección de Medicamentos eficiente.*

4 Prescripción de Medicamentos

- *Pautas de Prescripción: gran heterogeneidad en las CCAA.*
- *Uso Racional del Medicamento: Insuficiente conocimiento de la Ciudadanía.*
- *Oficinas de Farmacia: su actividad se limita en gran medida a la dispensación.*

1. Cuantificación del gasto sanitario y farmacéutico en España

2. Visión del proceso farmacéutico

3. Evaluación de la AIReF

A. Información y actuaciones

B. Hallazgos

C. Recomendaciones

Principales hallazgos →¿Qué se puede mejorar?

GOBERNANZA
PARA LA FINANCIACIÓN DE MEDICAMENTOS

EVALUACIÓN PARA LA FINANCIACIÓN DE MEDICAMENTOS

SISTEMA DE PRECIOS DE REFERENCIA. FIJACIÓN POR INDICACIÓN TERAPÉUTICA.

MODELO DE SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

MODELOS DE PRESCRIPCIÓN FARMACOTERAPÉUTICA

EQUIDAD DEL COPAGO FARMACÉUTICO

¿Qué se puede mejorar? Gobernanza

La representación de las CCAA en las decisiones sobre qué medicamentos se financian y a qué precio no es acorde al impacto que tienen en sus presupuestos. El 95% del gasto farmacéutico se realiza por las CCAA, pero estas tienen una representación en la Comisión Interministerial de precios de apenas 27% (3 de 11 votos.)

España

Agentes decisores

- Presidente CIPM *(1 voto)*
- Vicepresidente CIPM *(1 voto)*
- Ministerio de Hacienda y Función Pública *(2 votos)*
- Ministerio de Economía *(1 voto)*
- Ministerio de Industria y Competitividad *(1 voto)*
- Representantes CC: AA. *(3 votos)*
- Sub-director general de Calidad de Medicamentos *(1 voto)*
- Vocal asesor DGCBSF *(1 voto)*

11 — Miembros con derecho a voto

4 — Miembros con carácter sanitario

4 — Miembros con "otro" carácter

27% — % participación de las regiones

Italia

Agentes decisores

- Presidente de la AIFA *(1 voto)*
- Presidente del Instituto Superior de Sanidad *(1 voto)*
- Ministerio de Sanidad *(3 votos)*
- Ministerio de Economía *(1 voto)*
- Conferencia regiones *(4 votos)*

10 — Miembros con derecho a voto

5 — Miembros con carácter sanitario

1 — Miembros con "otro" carácter

40% — % participación de las regiones

Canadá

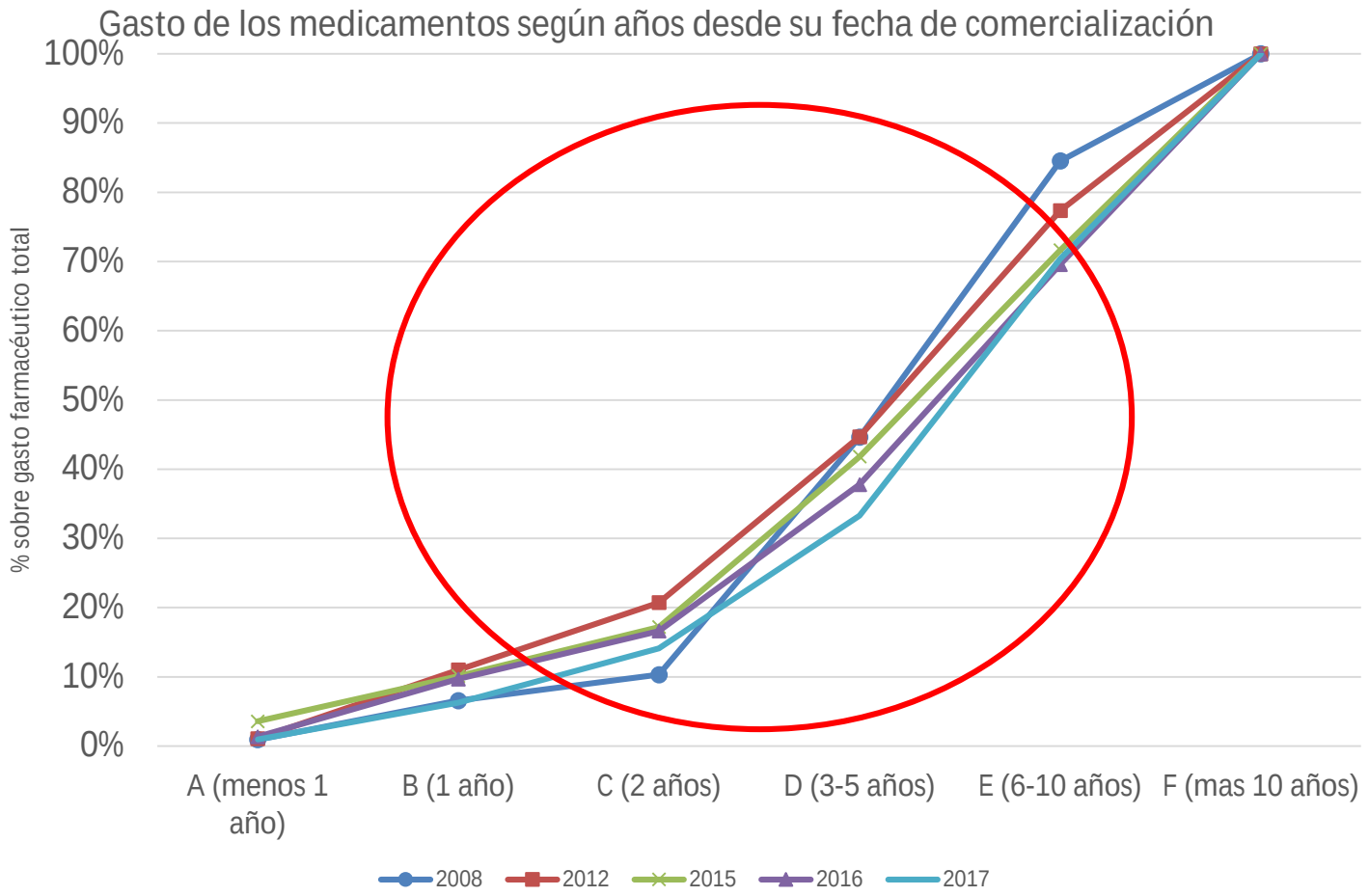
En Canadá, según el tipo de medicamento, las regiones tienen poder de decisión en relación a:

- Medicamentos innovadores: fijación de precio nacional, pero cada región decide cuál financiar
- Medicamentos genéricos: cada región fija el precio y las condiciones de financiación

100 % — % participación de las regiones

¿Qué se puede mejorar? Recursos dedicados a decidir los medicamentos que se financian

La Comisión Interministerial cuenta con recursos muy escasos centrados en la entrada de medicamentos y menos en la reevaluación de los medicamentos ya financiados



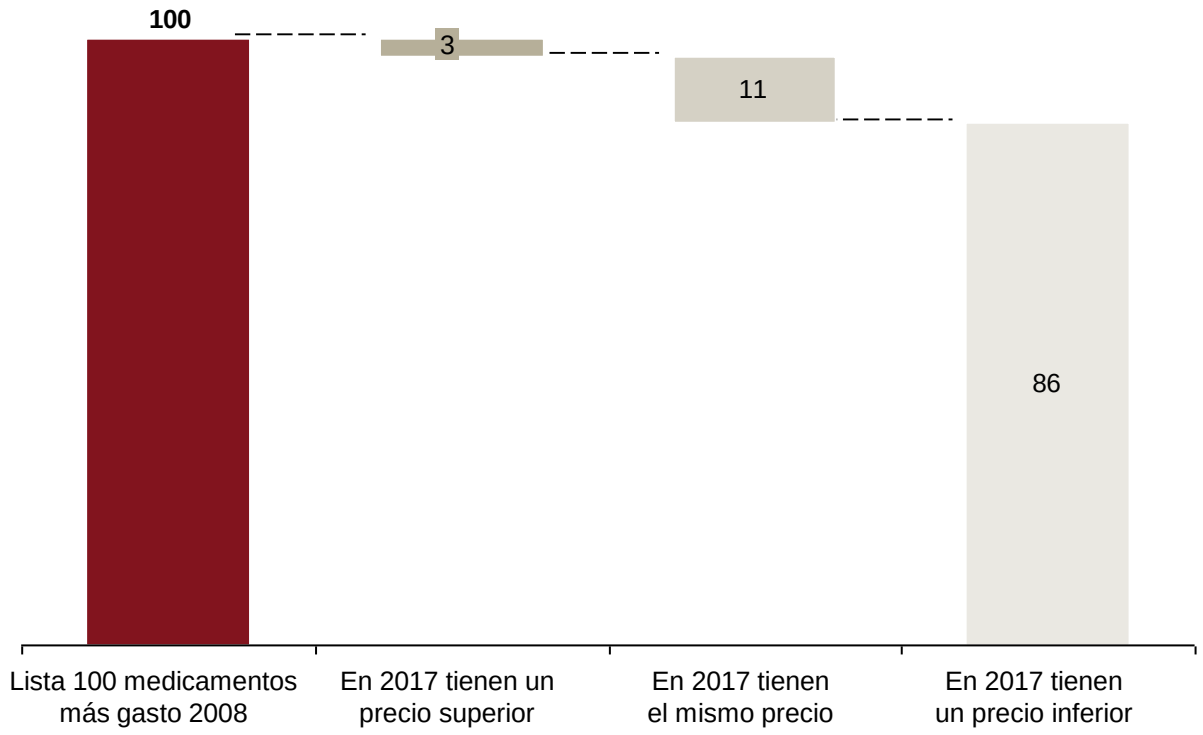
Fuente: elaboración propia a partir de base de datos Alcántara. Datos para años seleccionados

- La mayor parte del gasto en se concentra en medicamentos con una antigüedad de entre 2 y 6 años

¿Qué se puede mejorar? La revisión de precios a lo largo del ciclo de vida del medicamento

No existe una revisión sistemática de los medicamentos de mayor coste

Variación del PVP de la lista de 100 medicamentos de más gasto en 2008 a fecha de 2017



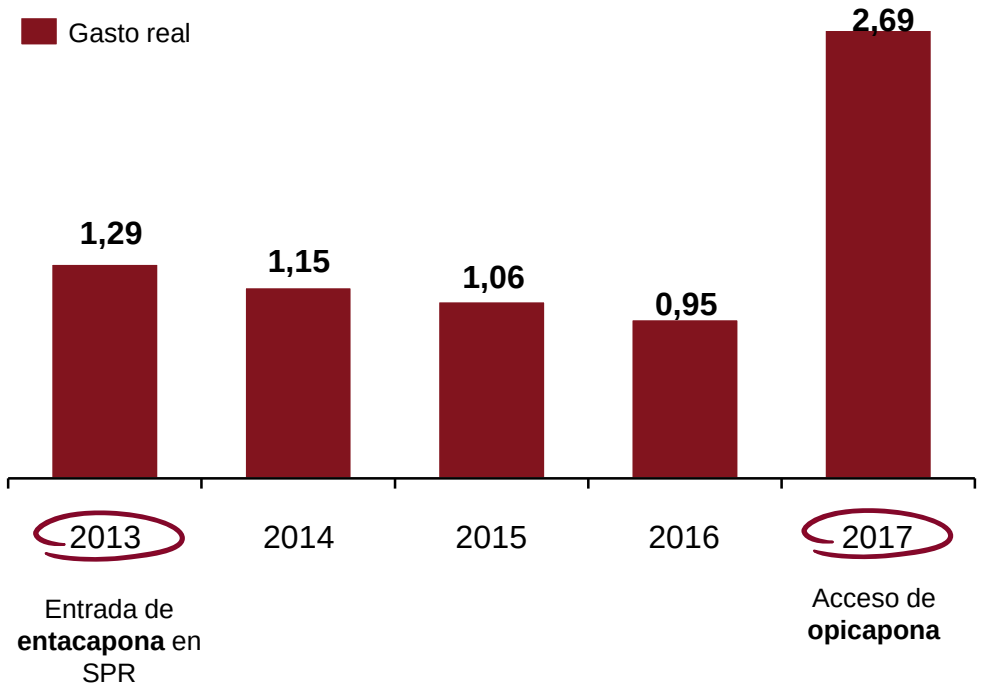
- De los 100 medicamentos que más gasto supusieron en 2008 (98 medicamentos originales y 2 genéricos), 86 presentan un precio inferior en 2017.
- En un 91% de los casos, la bajada de precio se debe a la entrada en SPR.
- El 9% restante podría deberse a revisiones de precio (no se dispone de información para afirmarlo).
- En cualquier caso, las revisiones de precio no son una práctica habitual.

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos Alcántara

¿Qué se puede mejorar? La forma de fijar los precios de referencia

- Eficiencia: El Sistema de Precios de Referencia, no ofrece visión global del precio de tratamientos financiados, solo considera la equivalencia en términos de principio activo y no de indicación terapéutica

Evolución del **gasto real del grupo ATC 4 "otros agentes** dopaminérgicos**"**
(millones de euros)



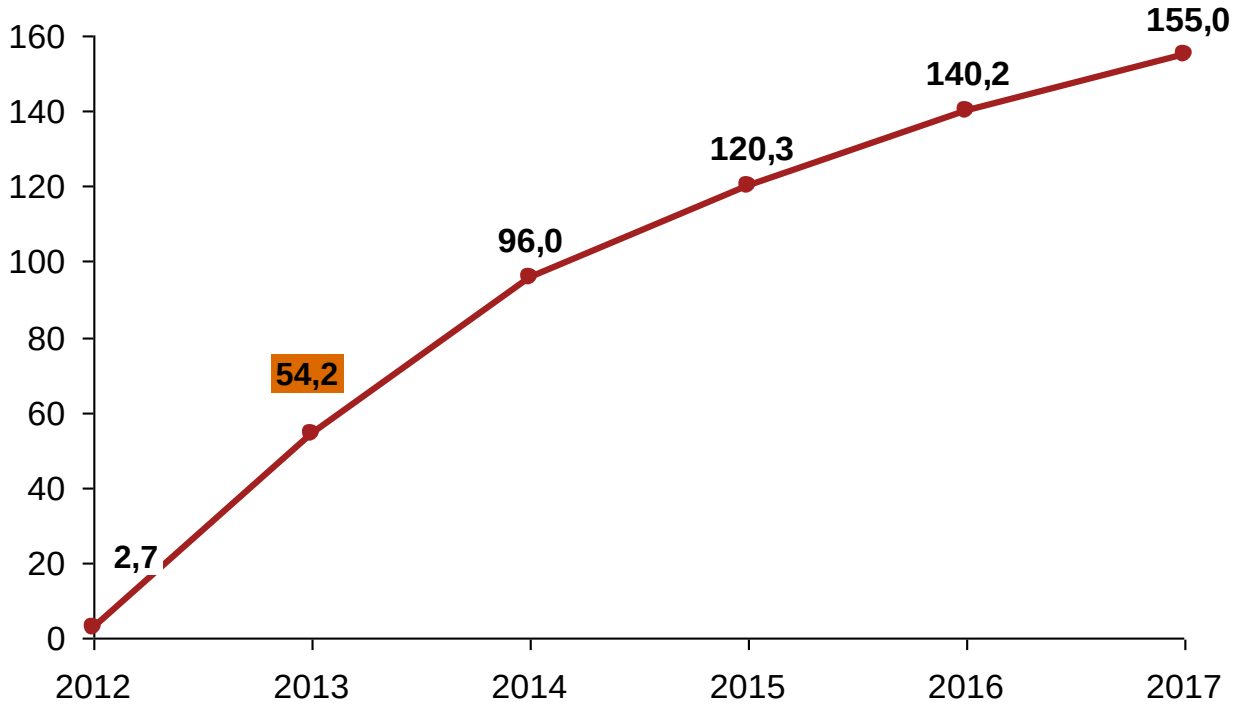
- Este grupo ATC 4 cuenta con 3 principios activos: entacapona, tolcapona y opicapona (ordenados por fecha de acceso).
- Distintas agencias evaluadoras no atribuyen un valor terapéutico adicional a ninguno de los fármacos.
- En 2013, entacapona entra en SPR En 2017, accede opicapona, con un precio de 147,51 €, un 56% mayor al de entacapona.

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos Alcántara

¿Qué se puede mejorar? Que la administración se beneficie de los descuentos por una mayor competencia

- Eficiencia: El sistema de selección de medicamentos (subasta) exitoso para conseguir ahorros, potencial a escala nacional

Ingresos económicos resultantes de las convocatorias de selección de **medicamentos en Andalucía (millones de €)**



- Mediante el sistema de selección de medicamentos, el SAS ha logrado más de 560 millones de euros de ahorro en el periodo 2012-2017.
- En términos relativos, esta cifra supone un 5,6% de los 10.020 millones de € de gasto en medicamentos con receta reportados por el SAS en dicho periodo.

Fuente: SAS

¿Qué se puede mejorar? La heterogeneidad en la prescripción

Eficiencia: Falta de contraste de las prescripciones realizadas y gran heterogeneidad entre las CCAA

- Comités Autonómicos de Evaluación
- Programas de Armonización Terapéutica
- Monitorización de grupos de alto impacto
- Indicadores de calidad
- Incentivos de atención primaria
- Identificación de líderes clínicos
- Guías farmacoterapéuticas
- Formación sobre medicamentos
- Programas informáticos de ayuda a la prescripción
- Seguridad de los tratamiento farmacológicos

Buenas Prácticas para homogeneizar

1. Obligatoriedad de ligar la prescripción con el diagnóstico
2. Establecimiento de un vínculo entre la resolución y la documentación empleada en la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos (CIPM) y la prescripción
3. Diseño de una guía de prescripción
4. Implementación de una metodología de sugerencias de prescripción
5. Establecimiento de indicadores de performance
6. Definición de incentivos a la prescripción

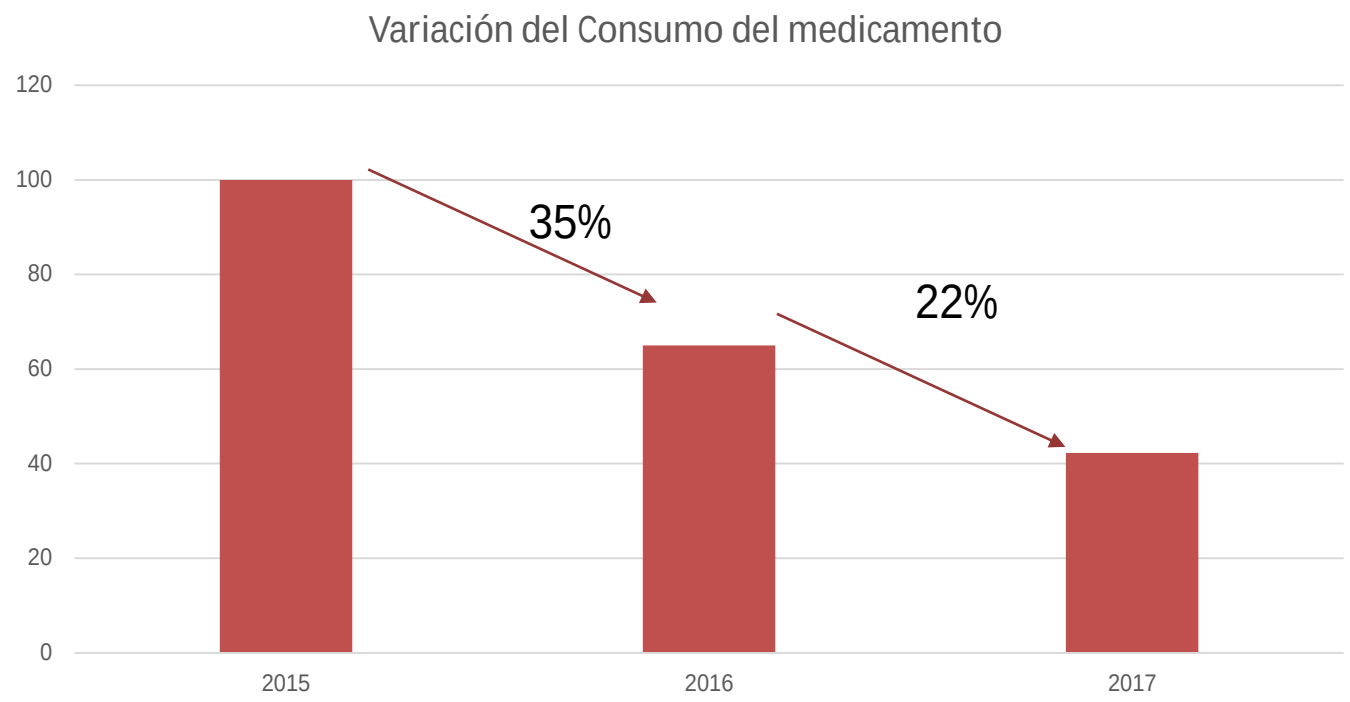
¿Qué se puede mejorar? La heterogeneidad en la prescripción

	Seguridad		Incentivos	Herramientas de armonizacion de la prescripción			
	Guías y control grupos	Seguimiento Farmacoterapeútico	Económicos/no económicos	Algoritmos	Comisiones de armonización	Indicadores de calidad de la prescripción	Rankings prescriptores
Andalucía	★★	★★	★	★	★★★	★★★	★★
Aragón	★★	★	★	★	★★	★★	★★★
Asturias	★	★★			★	★★	★★★
Baleares	★★★	★	★★		★	★★★	
Canarias	★★★	★	★★	★★	★★	★★★	★★★
Cantabria	★	★★		★★	★★	★★	★★
Castilla y León	★★★	★★			★	★★★	★★★
Castilla – La Mancha	★★	★★	★★	★★	★★	★★★	★★★
Cataluña	★★★	★★★	★	★★★	★★	★★★	★★★
Extremadura	★★★	★★			★★		★★★
Galicia	★★★	★★	★★		★	★★	
Madrid	★★★	★	★	★★	★★★	★★★	★★
Murcia	★★★	★		★★	★★★	★★★	★★★
Navarra	★★	★★★	★★★	★★	★★	★★	★★
País Vasco	★★	★	★★		★★	★★★	
La Rioja	★		★★	★	★	★★★	★★
Valencia	★★			★★★	★	★★	

Ejemplo del efecto de una buena práctica en la prescripción

- Un medicamento que ha sido financiado de acuerdo a las necesidades terapéuticas de un grupo de pacientes, acaba recetándose con otra finalidad

- En diciembre de 2015, el Servicio de Salud de una Comunidad Autónoma, evaluó (negativamente) los beneficios de que un tratamiento con el medicamento Citicolina pudiera alargarse por un período superior al establecido de 1,5 – 3 meses



¿Qué se puede mejorar?

Equidad: Penaliza a los trabajadores activos de bajos ingresos, frente a los pensionistas de ingresos similares

Modelo actual de copago

	Activos			Pensionistas		
Tramos de renta	Aportación (%)	Aportación efectiva (%)	Límite mensual	Aportación (%)	Aportación efectiva (%)	Límite mensual
Menos de 18.000€	40%	40%	-	10%	6,4%	8,23 €
18.000€ – 100.000€	50%	50%	-	10%	8,9%	18,52 €
Más de 100.000€	60%	60%	-	60%	43,2%	61,08 €

	% Población	% Consumo Total	% Gasto Total	% Subvención efectiva	Gasto Real Anual Individuo (Promedio)
Activos <=18.000 €	52%	19%	14%	59%	37 €
Pensionistas <=18.000 €	18%	53%	61%	93%	47 €
Activos 18.000-100.000 €	23%	8%	5%	48%	45 €
Pensionistas 18.000-100.000 €	6%	19%	21%	91%	65 €
Activos >100.000 €	1%	0%	0%	37%	7 €
Pensionistas >100.000 €	0%	0%	0%	55%	386 €

3.C. Resumen de medidas propuestas

ORGANISMO

MEDIDAS

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

1. Revisión de la estructura de la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos
2. Actualización de los sistemas de información
3. Revisión sistemática de las condiciones de financiación
4. Mayor colaboración entre las agencias de evaluación en la previsión de entrada de nuevos medicamentos
5. Definición de un nuevo sistema de precios de referencia considerando los niveles ATC4-ATC5
6. Definición de un sistema de precio notificado

Medicamentos innovadores

7. Incorporación de criterios de coste efectividad en la fijación de precios de los medicamentos
8. Mayor coordinación entre la AEMPS y las agencias regionales
9. Revisión de las medidas de recorte de precios transversales de medicamentos

Medicamentos genéricos

10. Incremento de precios de medicamentos con problemas de abastecimiento debidos a sus precios bajos
11. Implementación del copago evitable en España
12. Definición de un modelo de subastas a escala nacional tipo "fondo energético"

Comunidades Autónomas

13. Desarrollo e implementación de un protocolo de mejores prácticas en lo relativo a la tutela de la prescripción.
14. Llevar a cabo una revisión y seguimiento farmacoterapéutico de las prescripciones realizadas.
15. Implantar sistemas de control periódico para poder mitigar desviaciones relevantes en el consumo de fármacos.
16. Necesidad de implementar planes de educación sanitaria a la población, para concienciar sobre el uso racional de los medicamentos

Médicos

Farmacéuticos

17. Adaptar el modelo de remuneración de las farmacias a los servicios de salud de valor añadido (adherencia a los tratamiento y seguimiento farmacoterapéutico)

Pacientes

18. Redefinición de un nuevo modelo de copago

Medidas transversales

19. Mejora de la información disponible en las bases de datos

Detalle de propuestas más relevantes

Medidas en términos de eficiencia

1. Implantación de modelo de compra de medicamentos tipo **subasta a escala nacional**

2. Nuevo **modelo para la toma de decisiones de financiación y fijación de precios** de gobierno compartido
   - Mayor corresponsabilidad en la toma de decisiones
   - Reforzamiento de los recursos y los procesos de decisión de financiación y fijación de precios

3. Implementación de **protocolos de mejores prácticas** en la tutela de la prescripción

Medidas en términos de equidad

4. Nuevo modelo de **copago** con mayor equidad

Medidas estructurales

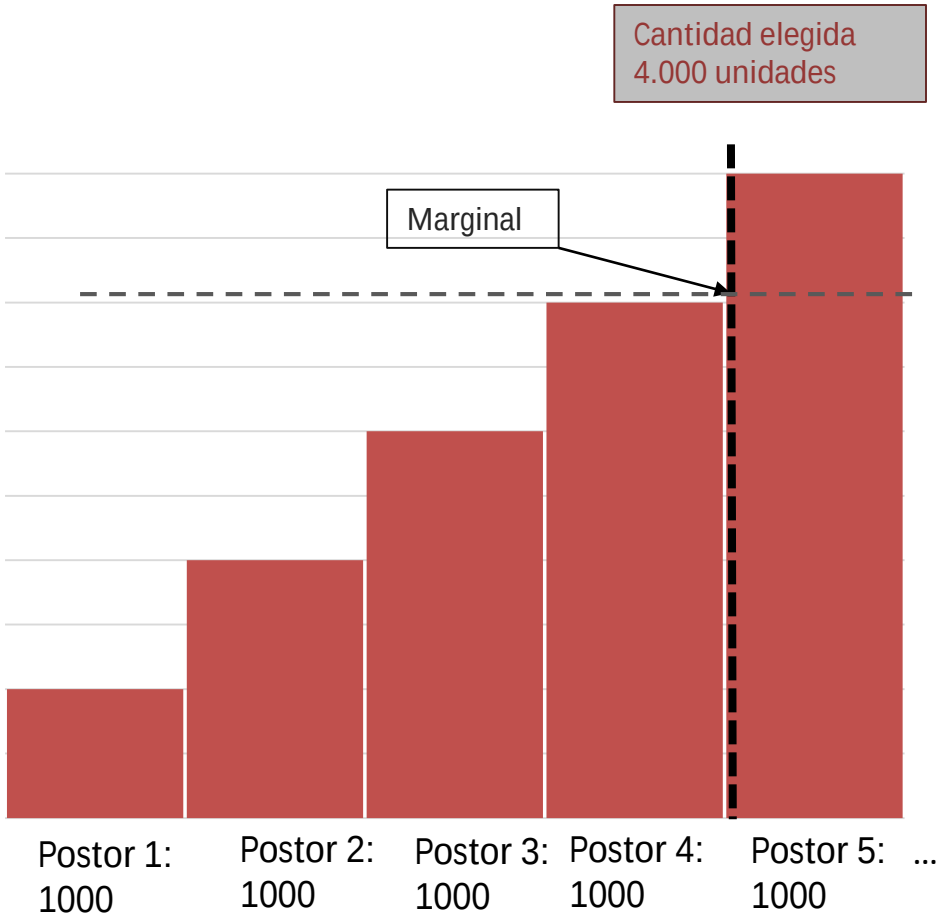
5. Medidas orientadas a la transformación del sistema

Su puesta en marcha requiere cierto consenso político y apoyo de las CCCA

¿Qué proponemos? Selección de medicamentos

1 Implantación de selección de medicamentos tipo subasta a escala nacional

Modelo de subasta de medicamentos a nivel nacional



Características del modelo propuesto

- *Precio uniforme y única puja por postor*
- *División en lotes*
- *Duración de 2 años*
- *Medicamentos empleados en la práctica clínica habitual asociados a patologías leves o moderadas*
- *Medicamentos con elevado impacto en términos de gasto*
- *Medicamentos con buenos resultados en Andalucía (ahorro y porcentaje de adjudicación)*
- *Medicamentos que no tengan impacto sobre la industria nacional*

La implantación se puede hacer a distintas velocidades

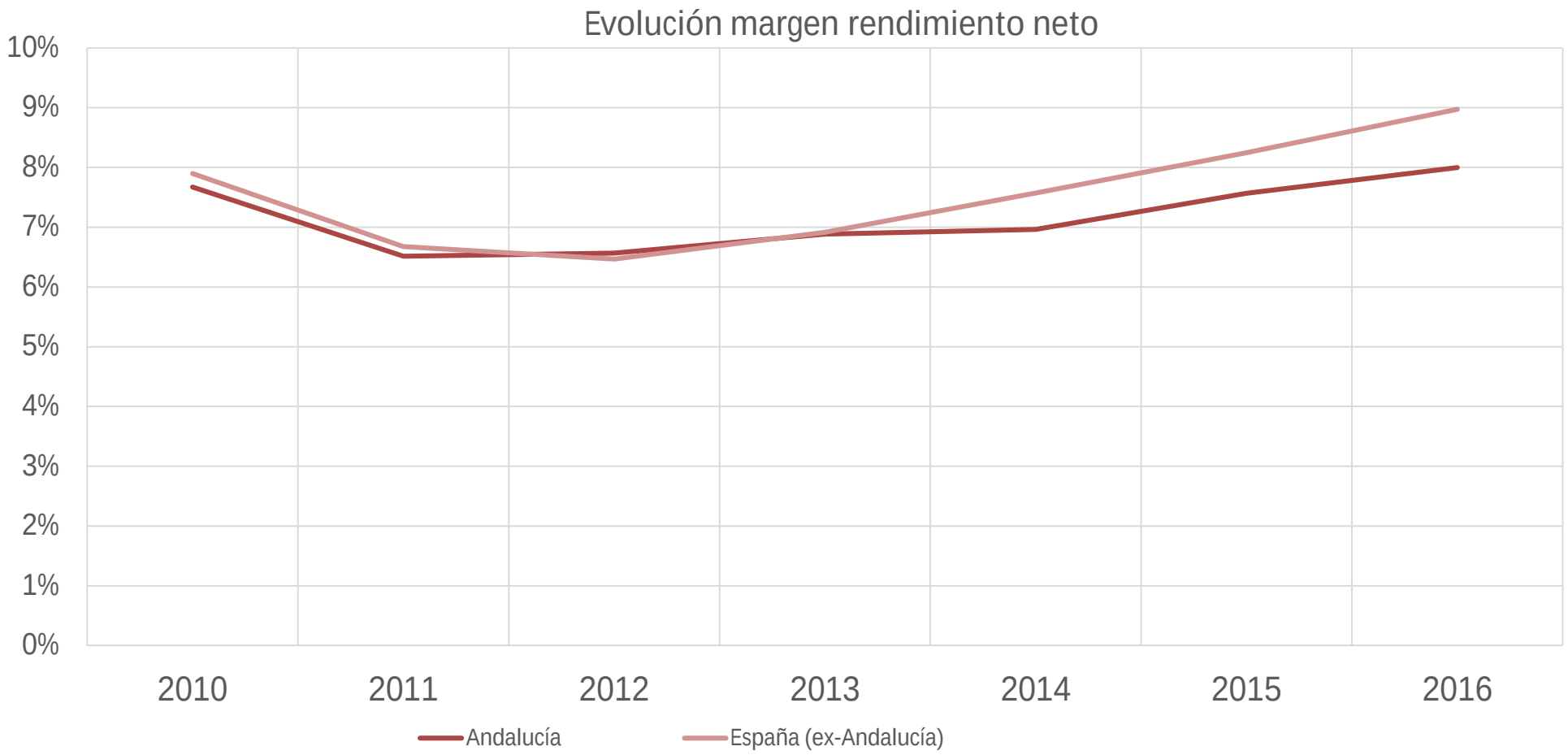
Solo el 1,27 % de los medicamentos con problemas activos de suministro están seleccionados mediante las subastas

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la AEMPS.CIMA (28/05/2019).

¿Qué proponemos? Selección de medicamentos

1 Efectos sobre las farmacias

Los márgenes se han estrechado en Andalucía más que en otras CCAA pero…



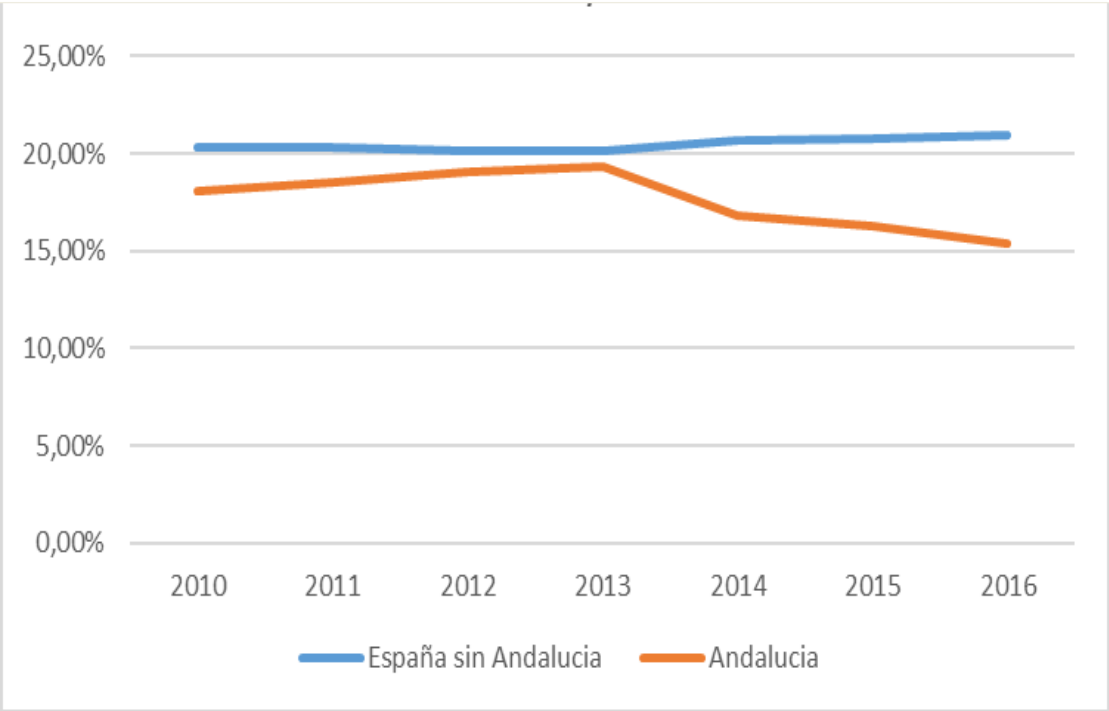
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de AEAT

¿Qué proponemos? Selección de medicamentos

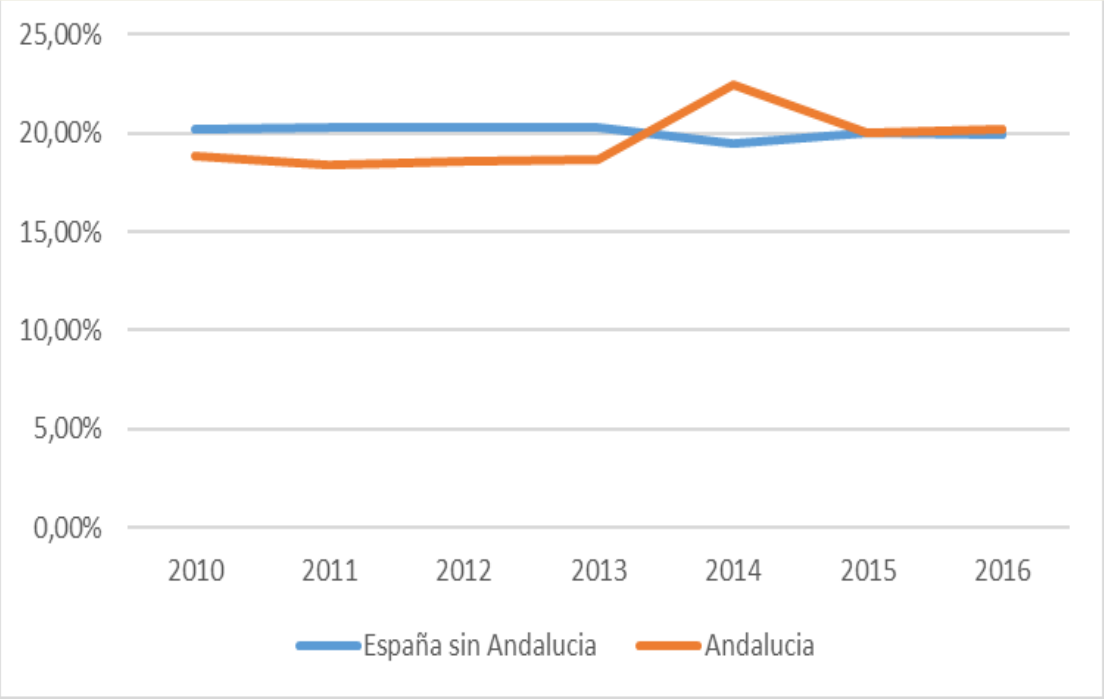
1 Efectos sobre las farmacias

…especialmente en las farmacias de mayor tamaño. Por ello, no parece tener efecto sobre la capilaridad del modelo de farmacia.

Farmacias entre el 20% de mayor margen en España



Farmacias entre el 20% de menor margen en España



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de AEAT

No ha habido mas porcentaje de cierres de farmacias en Andalucía que en otras CCAA

¿Qué proponemos?

2 Nuevo modelo para la toma de decisiones de financiación y fijación de precios de gobierno compartido

	Comisión Interterritorial de Determinación de Precios de los Medicamentos		Órgano de Instrucción
Funciones	• *Arbitraje* • *Facilitar Acuerdos* • *Garantiza equidad*	• *Toma de decisiones*	• *Secretaría técnica* • *Proyecciones del gasto* • *Análisis técnicos*
Composición	**Presidencia de la CIPM** AGE (MSCBS y MINHAP). **1/3 VOTOS**	CC.AA. **2/3 VOTOS**	Autoridad de farmacia reforzada o transformada en autoridad independiente

¿Qué proponemos?

2 Nuevo modelo para la toma de decisiones: el órgano de instrucción

Órgano de Instrucción

Composición y financiación	• El órgano de instrucción debe nutrirse de los recursos técnicos y humanos de la DG de Farmacia pero necesita mayor dotación. • Para conseguir estos objetivos puede tener sentido que este órgano tome la forma de autoridad independiente conforme a lo establecido en la Ley 40/2015 (arts. 109, 110, 118 y ss, y 147 y ss). • Puede financiarse a partir de una tasa cargada a los laboratorios.		
Principios rectores	Capacidad técnica	Transparencia	Rapidez en la toma de decisiones
	Seguridad Jurídica	Independencia política	Recursos suficientes
Funciones	Secretaría	Secretaría Técnica de la Comisión	
	Proyección del gasto	Proyección presupuestaria a distintos horizontes según la información relativa al pipeline de medicamentos, para garantizar que las proyecciones de gastos se hacen acordes con las restricciones presupuestarias.	
	Instrucción	Elaboración de análisis técnicos y presentación a la Comisión. Mejoras en procesos: o Actualización e integración de sistemas de información o Incorporación de clausulas de revisión automática o Revisiones periódicas de condiciones de financiación de medicamentos ya financiados o Incorporación de coste-efectividad	

¿Qué proponemos?
Mejores prácticas en prescripción

3

Para su cálculo, se ha aplicado por cada grupo del nivel ATC-4 o patología tenida en cuenta una transferencia del consumo hacia medicamento(s) de primera línea de cada grupo de la siguiente forma. La cuota de mercado de medicamento(s) de primera línea aumenta progresivamente en 3 puntos porcentuales (pp) el primer año, 6 pp en el segundo, 9 pp en el tercero y 12 pp en el cuarto, hasta un límite de un 90% de cuota de mercado. El resto de la cuota de mercado se divide entre los otros medicamentos del grupo según el peso que actualmente tengan en el grupo.

Año	Ahorro (Millones € corrientes)
	13.3 Diseño de una guía de prescripción
2019	-
2020	69 millones de €
2021	198 millones de €
2022	329 millones de €

Clasificación de grupos ATC4 y cuota de mercado de los principios activos que los componen: El medicamento de elección de cada grupo ATC4 está en negrita.

A02BC	
Omeprazol	**80,50%**
Pantoprazol	8,20%
Esomeprazol	5,60%
Lansoprazol	3,90%
Rabeprazol	1,90%
B01AC	
Clopidogrel	**90,30%**
Ticagrelor	7,10%
Prasugrel	2,60%
C07AB	
Atenolol	**30,50%**
Bisoprolol	53,50%
Nevibolol	13,50%
Metoprolol	2,40%
Celiprolol	0,10%

C10AA	
Simvastatina	**29%**
Atorvastatina	54,90%
Rosuvastatina	8,80%
Pitavastatina	3%
Pravastatina	2,60%
Fluvastatina	1,30%
Lovastatina	0,40%
G04BD	
Tolterodina	**9,90%**
Oxibutinina	**5,30%**
Solifenacina	35,20%
Mirabregon	28,90%
Fesosterodina	19,50%
Trospio	1,30%
G04CA	
Alfuzosina	**3,30%**
Terazosina	**1,80%**

N02AA	
Morfina	**61,60%**
Oxicodona	26,80%
Hidromorfona	11,60%
N06AB	
Sertralina	**26,30%**
Citalopram	**13,20%**
Fluoxetina	**13,90%**
Escitalopram	27,10%
Paroxetina	18,60%
Fluvoxamina	0,90%
R06AX	
Loratadina	**14,50%**
Ebastina	44,60%
Bilastina	16%
Desloratadina	11,80%
Rupatadina	6,40%
Levocetrizina	4,50%

*El medicamento de elección de cada grupo ATC4 está en negrita.
Fuente: Elaboración propia basado en información del CDIME y la base de datos Alcántara

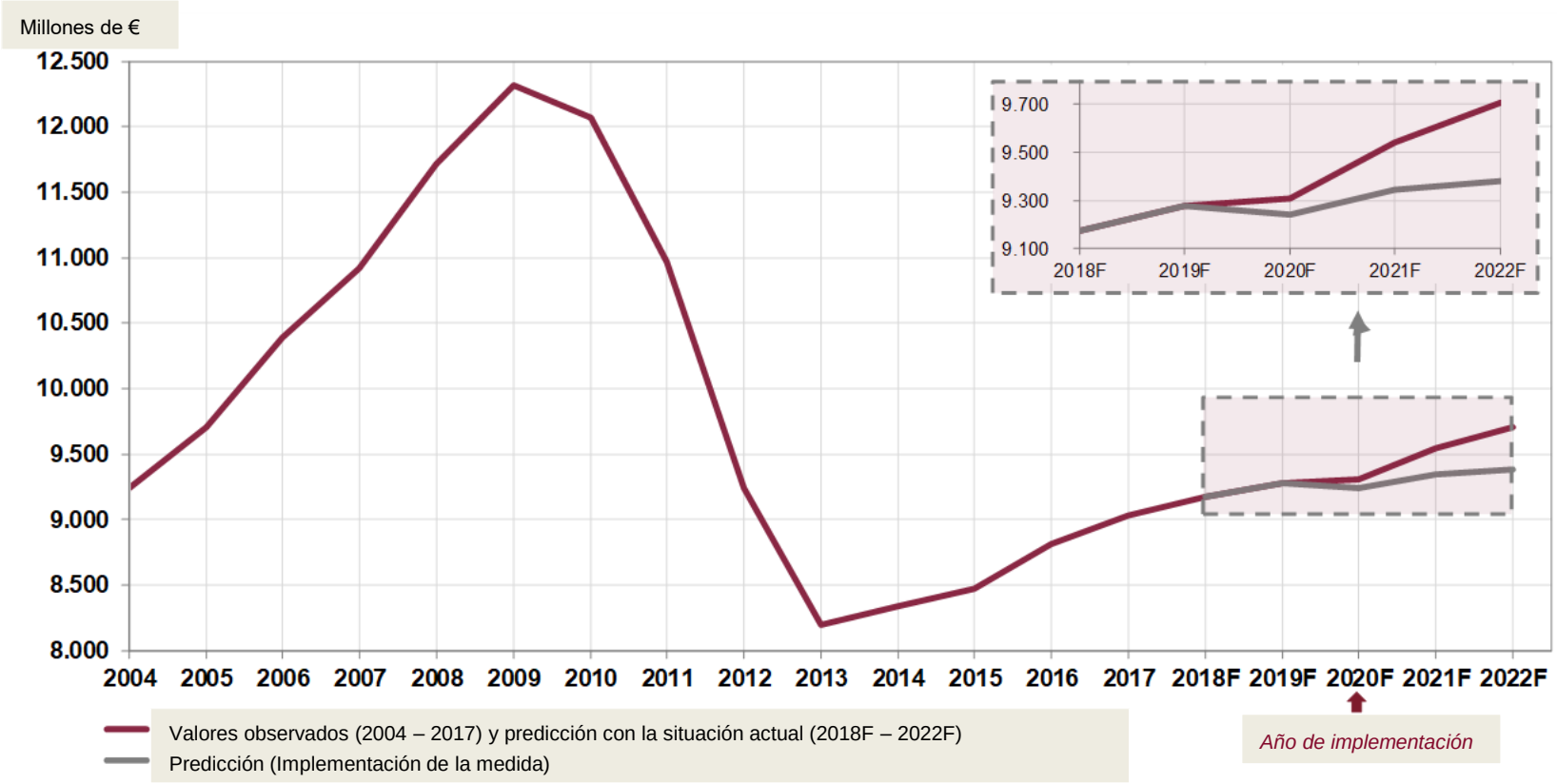
Fuente: Elaboración propia basado en los datos del Alcántara, CADIME, MSCBS, *Osakidetza* y *Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Comunidad de Madrid*

3

¿Qué proponemos?
Mejores prácticas en prescripción

Impacto sobre el gasto oficina de farmacia (Proyecciones)

Diseño de una guía de prescripción



Ahorros acumulados
(2020 – 2022)
596 M€

¿Qué proponemos?

4 Nuevo modelo de copago con mayor equidad: áreas de mejora

Área de mejora 1

El esquema penaliza a los activos de bajos ingresos que hacen uso intensivo del sistema de salud.

Un límite máximo de gasto anual para este colectivo podría resultar en mayor equidad.

Área de mejora 2

Hay bastante recorrido en estratificar los tramos de renta ya que se subvenciona lo mismo a un activo con 19.000 euros de renta que a uno con renta cinco veces superior .

Diversas simulaciones → Costes

4 Ejemplo de simulación nuevo modelo de copago (En el informe se incluyen otras diferentes)

Alternativa 6

Tramos de renta	Aportación (%)	Límite anual	Aportación efectiva Hipótesis I	Aportación efectiva Hipótesis II
Menos de 12.000€	10%	114	7,9%	7,9%
12.000€ - 18.000€	10%	121	8,1%	8,1%
18.000€ – 30.000€	10%	255	9,7%	9,7%
30.000€ – 60.000€	29%	304	23,7%	23,3%
60.000€ – 100.000€	36%	383	29,8%	29,0%
Más de 100.000€	60%	843	53,2%	52,8%

Mayor Gasto

Hipótesis I		Hipótesis II	
En millones de €	En % sobre el gasto oficina de farmacia	En millones de €	En % sobre el gasto oficina de farmacia
497,2 M€	5,51%	644,6 M€	7,14%

¿Qué proponemos?

5 Medidas orientadas a la transformación del sistema

Mejoras en términos de eficiencia

- **Educación sanitaria** para el fomento del **uso racional de los medicamentos**

- **Cambio del modelo de remuneración de las oficinas de farmacia** → **De márgenes a servicios de valor añadido**

- **Optimización a través del uso inteligente de la información (Big data)** → **Agregación y explotación de bases de datos hoy dispersas**