

CÁTEDRA DE ECONOMÍA
DE LOS MEDICAMENTOS
UC3M-ABBVIE
JORNADA SOBRE

“EVALUACIÓN DE EFICIENCIA Y POLÍTICA SANITARIA”

WWW.ECO.UC3M.ES/SESAM



Universidad
Carlos III de Madrid



Evaluación de Eficiencia y Política Sanitaria: Perspectiva desde las Administraciones Sanitarias Españolas



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD



WHO Collaborating Centre on Integrated
Health Services based on Primary Care

Jaime Espín, PhD
Profesor

Medida de Eficiencia

En este nivel asistencial la preocupación por los aspectos relacionados con la eficiencia se expresa en la introducción dentro de sus contratos programa o contratos de gestión de cláusulas que hacen referencia a indicadores u objetivos de gestión del gasto como por ejemplo, pactos para la solicitud de pruebas diagnósticas, derivaciones a especialistas, o prescripciones de medicamentos. Así se ha valorado la eficiencia a través de ratios que establecen relaciones entre un determinado output y un determinado input. Sin embargo, aunque el uso de indicadores como el número de consultas, la frecuentación o la presión asistencial está relativamente extendido, ninguno ofrece una evaluación integral de la eficiencia productiva de los centros de salud, entendida esta como la capacidad del centro para transformar los recursos que han sido asignados y obtener el producto de la atención primaria^{1,2}. El problema es que no existe una única ratio que mida la eficiencia, ya que normalmente estas organizaciones utilizan múltiples inputs para producir uno o varios outputs. A ello hay que añadir que no siempre los indicadores van en la misma dirección, con lo que en ocasiones resulta difícil establecer donde está el nivel óptimo de la ratio utilizada como indicador de valoración³⁻⁵.

The Swedish Healthcare System:

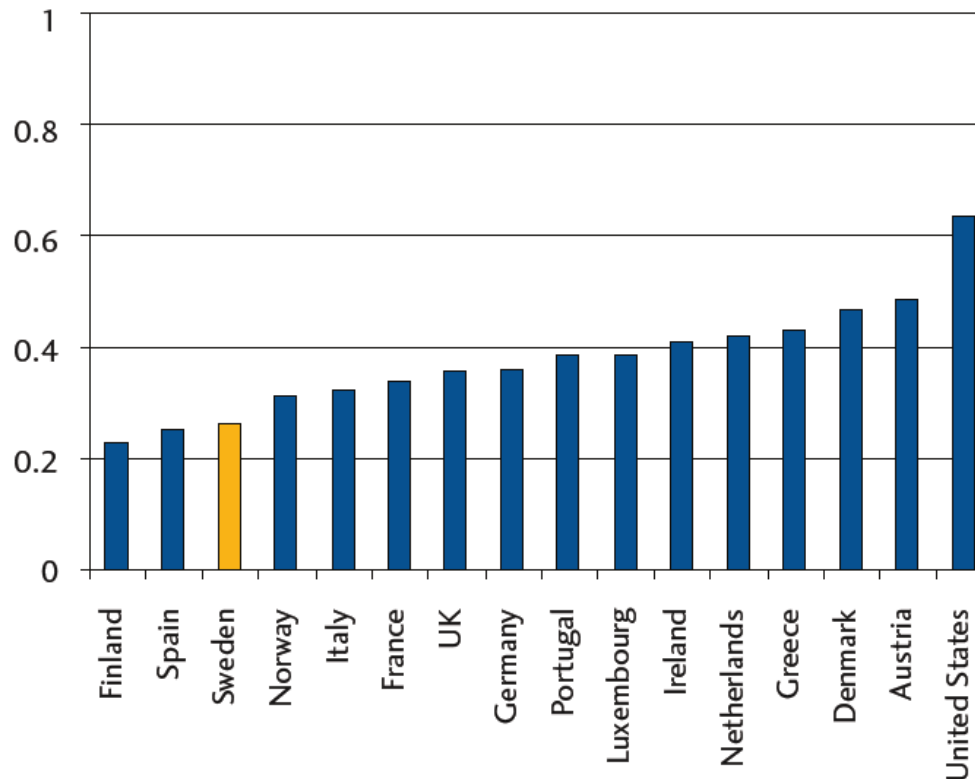
How Does It Compare with Other EU Countries,
the United States and Norway?

2008

Cost-effectiveness index

This index was created in order to assess cost-effectiveness at an overall level. The index is based on the indexes for resource consumption and results. Results are weighed against resource consumption, and the countries that produce good results at low resource consumption are ranked best. Finland has the most cost-effective health care according to this index. Spain is ranked second and Sweden third. Overall, the United States provides the least cost-effective health care.

Cost-effectiveness index



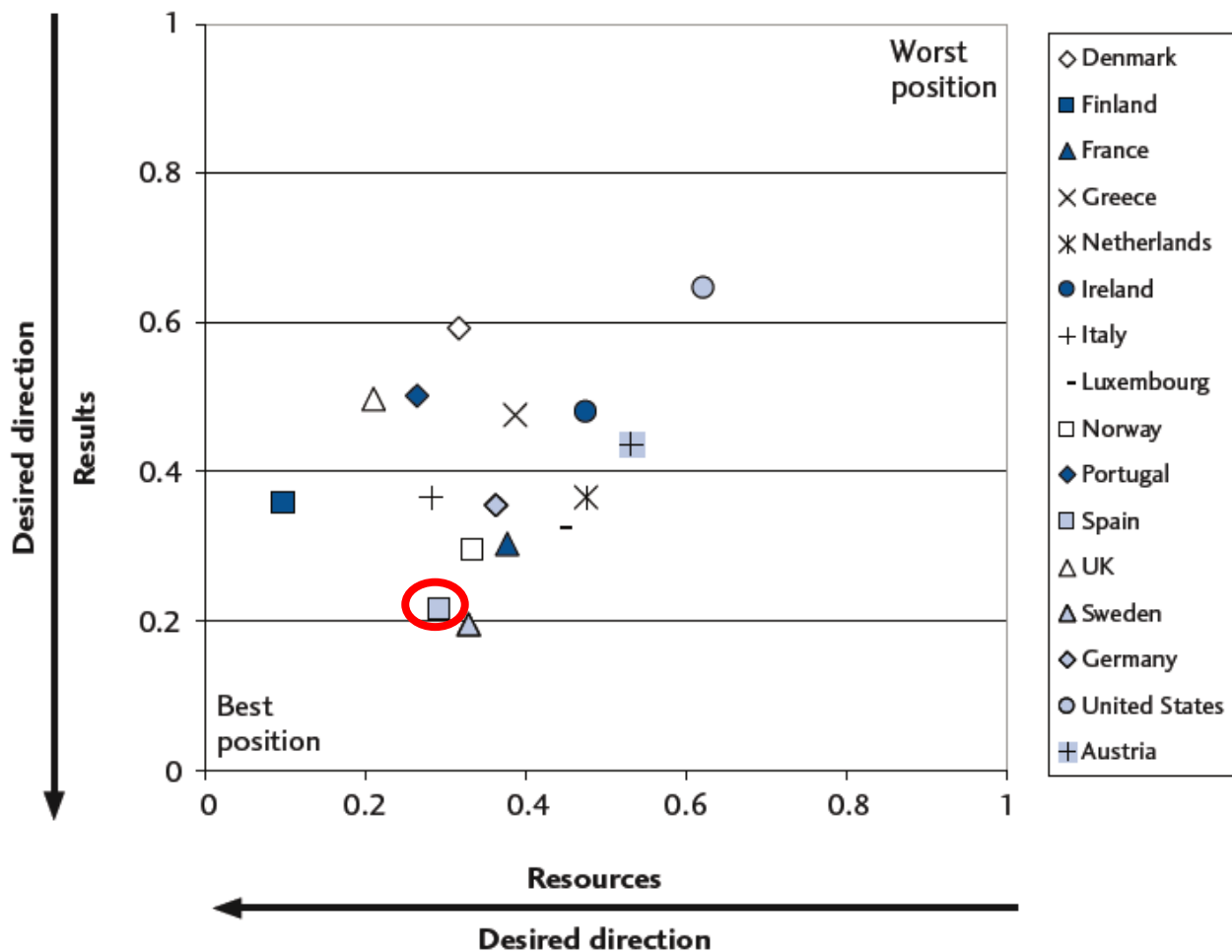
Results indicators

Indicator	Unit of measurement	Source	Desired direction
Life expectancy of a boy born in 2005	Year	OECD 2007	Maximise
Life expectancy of a girl born in 2005	Year	OECD 2007	Maximise
Premature deaths younger than 70 per 100 000 citizens in 2004, women	Number	OECD 2007	Minimise
Premature deaths younger than 70 per 100 000 citizens in 2004, men	Number	OECD 2007	Minimise
Avoidable deaths in 2004, age-standardised	Percentage	OECD 2007	Minimise
Infant deaths in 2005 per 1 000 live births	Percentage	OECD 2007	Minimise
Number of deaths from cancer per 100 000 citizens in 2004, women	Number	OECD 2007	Minimise
Number of deaths from cancer per 100 000 citizens in 2004, men	Number	OECD 2007	Minimise
Number of deaths from lung cancer per 100 000 citizens in 2004, women	Number	OECD 2007	Minimise
Number of deaths from lung cancer per 100 000 citizens in 2004, men	Number	OECD 2007	Minimise
Number of deaths from breast cancer per 100 000 citizens in 2004	Number	OECD 2007	Minimise
Number of deaths from ischaemic heart disease per 100 000 citizens in 2004, women	Number	OECD 2007	Minimise
Number of deaths from ischaemic heart disease per 100 000 citizens in 2004, men	Number	OECD 2007	Minimise
Number of deaths from stroke per 100 000 citizens in 2004, women	Number	OECD; Health at Glance 2007	Minimise
Number of deaths from stroke per 100 000 citizens in 2004, men	Number	OECD; Health at Glance 2007	Minimise
Number of children vaccinated against measles in 2005	Percentage	OECD 2007	Maximise
Number of children vaccinated against diphtheria, tetanus or pertussis in 2005	Percentage	OECD 2007	Maximise
Sales of antibiotics in outpatient care, 2003	Number	ESAC*	Minimise

*European Surveillance of Antimicrobial Consumption

.....The Swedish Healthcare System: How Does It Compare with Other EU Countries, the United States and Norway?

Cost-effectiveness matrix







De la financiación pública de los medicamentos y productos sanitarios

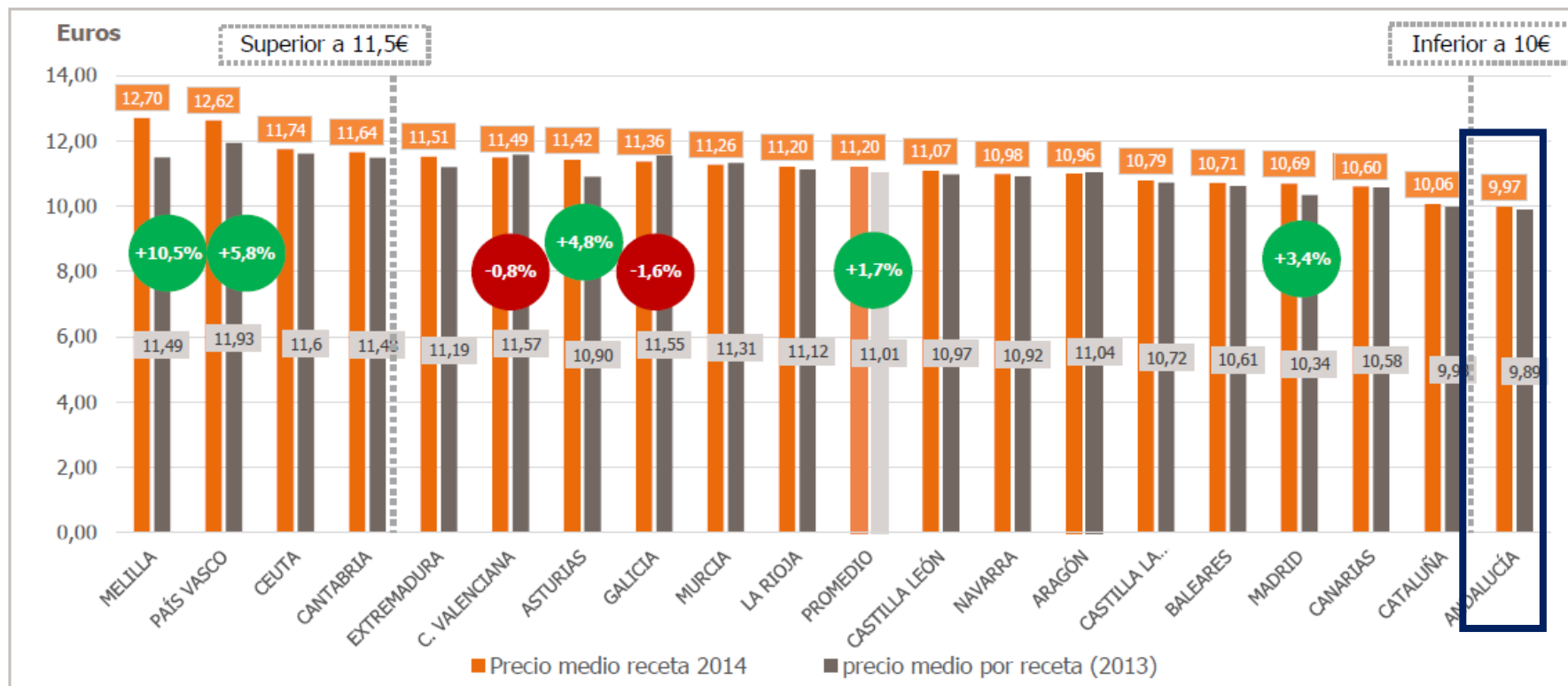
Artículo 88. *Principio de igualdad territorial y procedimiento coordinado.*

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.

2.0 Las cifras de la Farmacia en 2014

Precio medio por receta en las CCAA: Aumenta un 1,71% respecto al 2013

Gasto medio por receta por CCAA (2014-2013)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

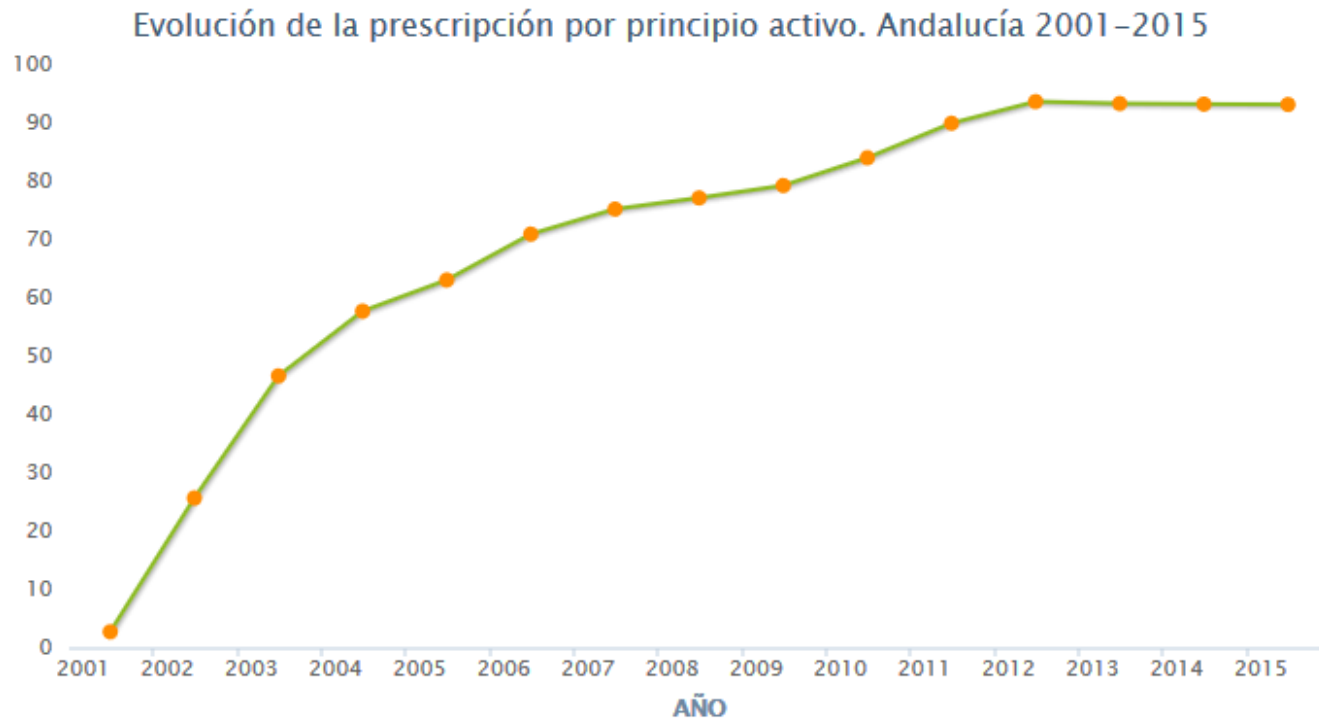
● ● Principales incrementos 2013-2014

Principio Activo

Datos de la prescripción por principio activo

Evolución de la prescripción por principio activo. Andalucía 2001-2015

[Descargar datos](#) 



Valor Terapéutico



Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos



Inicio **Qué es CADIME** Boletín Terapéutico Andaluz Nuevos Medicamentos Noticias Algoritmos Contacto

Inicio / Qué es CADIME / [Quiénes somos](#)

Qué es CADIME

- [Quiénes somos](#)
- Misión y Valores
- Equipo
- Menciones
- Colaboraciones Estratégicas
- FAQs
- Enlaces
 - Del SSPA
 - Otros enlaces de interés
- Autoría
- Audiencia de la web
- Misión del sitio web

Quiénes somos

El Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos (CADIME) tiene como actividades principales la recuperación, elaboración y difusión de información sobre medicamentos y terapéutica de manera objetiva, científica, independiente y sin ánimo de lucro.

CADIME inició su andadura como primer centro autonómico de información de medicamentos en el estado español en 1982 gracias a un proyecto de investigación del Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS). Configurado como un equipo multidisciplinar con el objetivo poner al alcance de los profesionales sanitarios información sobre medicamentos, independiente y de calidad, para fomentar su uso racional en la práctica clínica. Posteriormente financiado con fondos públicos de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, en 1994 CADIME fue adscrito a la [Escuela Andaluza de Salud Pública \(EASP\)](#). Desde entonces ha asumido un papel relevante en la formación sobre uso racional de los medicamentos principalmente dirigido a los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Fecha de última actualización: 29/07/2016

Ficha de
Evaluación de
Medicamentos2015; (12)
<http://dx.doi.org/10.11119/FEM2015-12>

CANAGLIFLOZINA

Diabetes mellitus tipo 2

<http://www.cadime.es>

NUEVO PRINCIPIO ACTIVO	GRUPO TERAPÉUTICO
Canagliflozina (DCI)	A10BX- Otros hipoglucemiantes, excluyendo insulinas.
MARCA/S REGISTRADA/S (LABORATORIO/S)	PRESENTACIONES
▼ Invokana® (Janssen-Cilag)	Comprimidos recubiertos de 100 y 300 mg.
FECHA DE EVALUACIÓN	CONDICIONES DE DISPENSACIÓN
Noviembre de 2015	Receta médica. Visado de inspección para Canagliflozina 300 mg.

PUNTOS CLAVE

- Canagliflozina es un nuevo antidiabético oral que inhibe la reabsorción renal de glucosa con lo que aumenta su eliminación, produce glucosuria y disminuye la glucemia.
- En el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, cuando metformina y/o sulfonilurea están contraindicadas o no se toleran y está indicada la terapia combinada, se recomiendan metglinidas, pioglitazona, inhibidores de dipeptidil peptidasa (gliptinas) o inhibidores del transportador renal sodio-glucosa 2, seleccionándolas individualmente en cada paciente.
- En el control glucémico (reducción de HbA1c) canagliflozina fue no inferior que glimepirida (ligeramente superior en dosis de 300 mg), ambas en terapia doble en combinación con ME; en terapia triple en combinación con metformina y sulfonilurea, canagliflozina 300 mg fue ligeramente superior a sitagliptina.
- Los efectos adversos más frecuentes son infecciones genito-urinarias y efectos relacionados con la depleción de volumen. No se conoce su seguridad a largo plazo, especialmente sobre el riñón.
- Su pauta de administración no presenta ventajas frente a otras alternativas disponibles y su coste es similar, ligeramente inferior a dapagliflozina y gliptinas.
- A la vista de las evidencias disponibles canagliflozina **no supone un avance en la terapéutica** de la diabetes mellitus tipo 2.

QUÉ ES

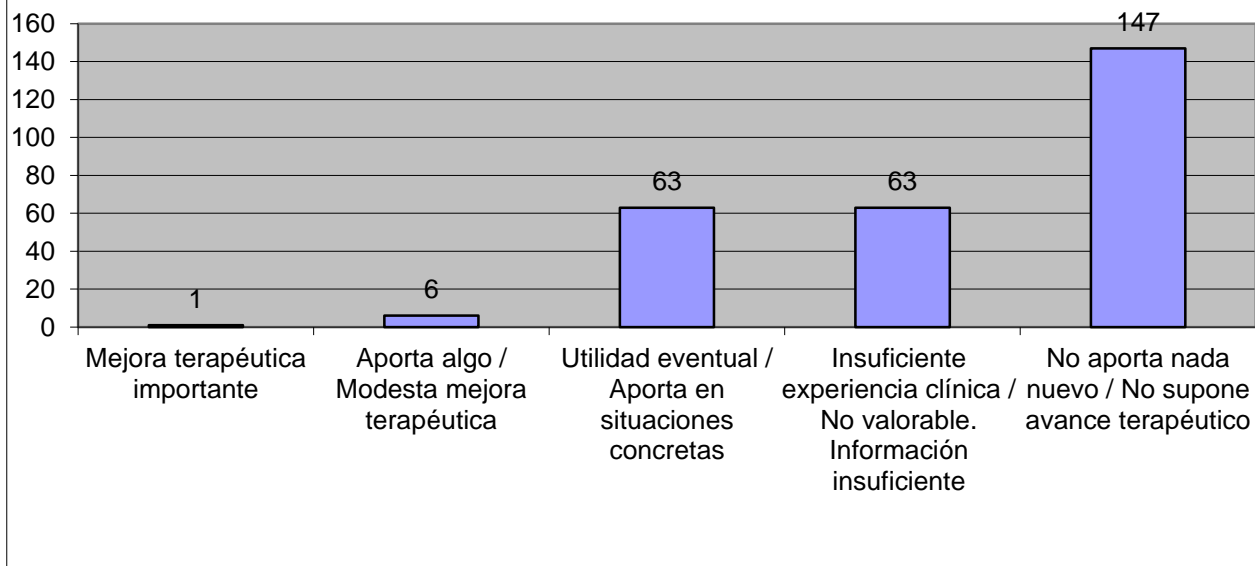
La canagliflozina (CA) actúa por inhibición del transportador renal sodio-glucosa 2 (SGLT-2), reduciendo la reabsorción con lo que aumenta la excreción renal de glucosa y disminuye la glucemia basal y postprandial. Su eficacia depende de la función renal y es independiente de la insulina (1-3). Con el mismo mecanismo de acción, dapagliflozina (DA) estaba disponible con anterioridad (4). CA se ha autorizado para mejorar el control glucémico en pacientes adultos (≥ 18 años) con diabetes mellitus 2 (DM2) cuando la dieta y el ejercicio no logran un control suficiente de la glucemia: en monoterapia en pacientes con intolerancia o contraindicación a metformina (ME); en combinación con otros antidiabéticos incluida insulina (1-3). La dosis de inicio recomendada es de 100 mg por vía oral una vez al día. En pacientes que toleran bien CA, presentan aclaramiento de creatinina (CrCl) ≥ 60 ml/min y necesitan un control glucémico más estricto puede aumentarse a 300 mg (3).



NO SUPONE
UN AVANCE
TERAPÉUTICO

Canagliflozina, nuevo antidiabético oral sin ventajas frente a otras alternativas de segunda línea y seguridad renal a largo plazo desconocida.

Evaluaciones CADIME 1994-2014 (N=280)



Doc. 13869
14 September 2015

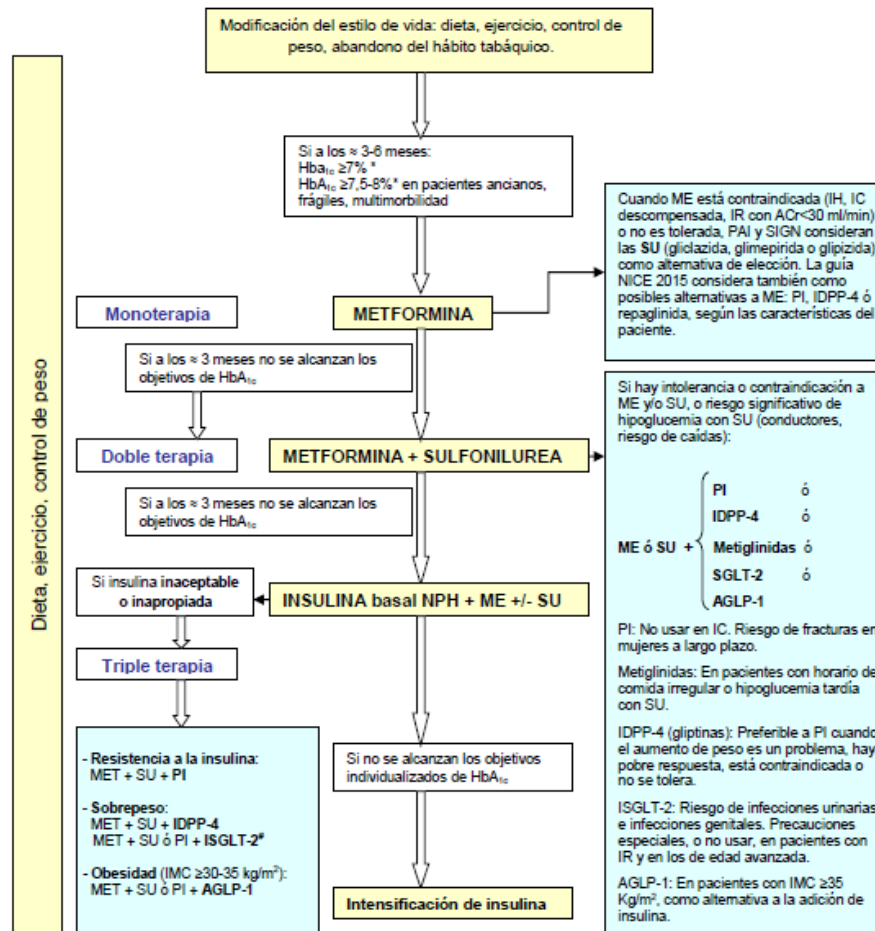
Public health and the interests of the pharmaceutical industry: how to guarantee the primacy of public health interests?

Report¹
Committee on Social Affairs, Health and Sustainable Development
Rapporteur: Ms Liliane MAURY PASQUIER, Switzerland, Socialist Group

3.1. Erosion of the pharmaceutical innovation process

31. In Europe, there is a growing number of new medicines being introduced and spending on R&D in the pharmaceutical sector has more than tripled since 1990. It may therefore seem absurd to speak of an erosion of pharmaceutical innovation, except that innovation must not be measured solely in terms of the number of medicines placed on the market, but above all in terms of medicines that present a real therapeutic benefit and which satisfy real needs. If we use this as our definition, there have been very few breakthroughs in terms of pharmaceutical innovation in the past 10 to 20 years. Of the 20 or 30 new medicines brought onto the market every year, only three may be truly new, with the rest offering only marginal benefits.¹⁷ A study published in the magazine *Prescrire* claims that of the 1 345 new medicines placed on the market between 2000 and 2013, 51% provided nothing new and only 2% presented a real benefit.

Algoritmo de tratamiento de la diabetes mellitus 2 (DM2). (enero, 2016)



HbA_{1c}: hemoglobina glicosilada, ACr: aclaramiento de creatinina, SU: sulfonilurea, ME: metformina, PI: pioglitazona, IDPP-4: inhibidores de la enzima dipeptidil peptidasa 4, AGLP-1: análogos del péptido GLP-1, SGLT-2: inhibidores selectivos del transportador renal de glucosa, IC: insuficiencia cardíaca, IH: insuficiencia hepática, IR: insuficiencia renal, *: las cifras de HbA_{1c} son orientativas, debe establecerse el objetivo de forma individualiza; *: NICE desaconseja dapagliflozina en triple terapia.

Bibliografía

- Aguilar Diosdado M, coordinador, et al. Diabetes mellitus, 2ª ed. PAI, 2011.
- SIGN. Management of diabetes. SIGN 116. 2010.
- NICE. Type 2 diabetes in adults: management. NG 28. 2015.
- NICE Pathways. Managing blood glucose in adults with type 2 diabetes. 2015.

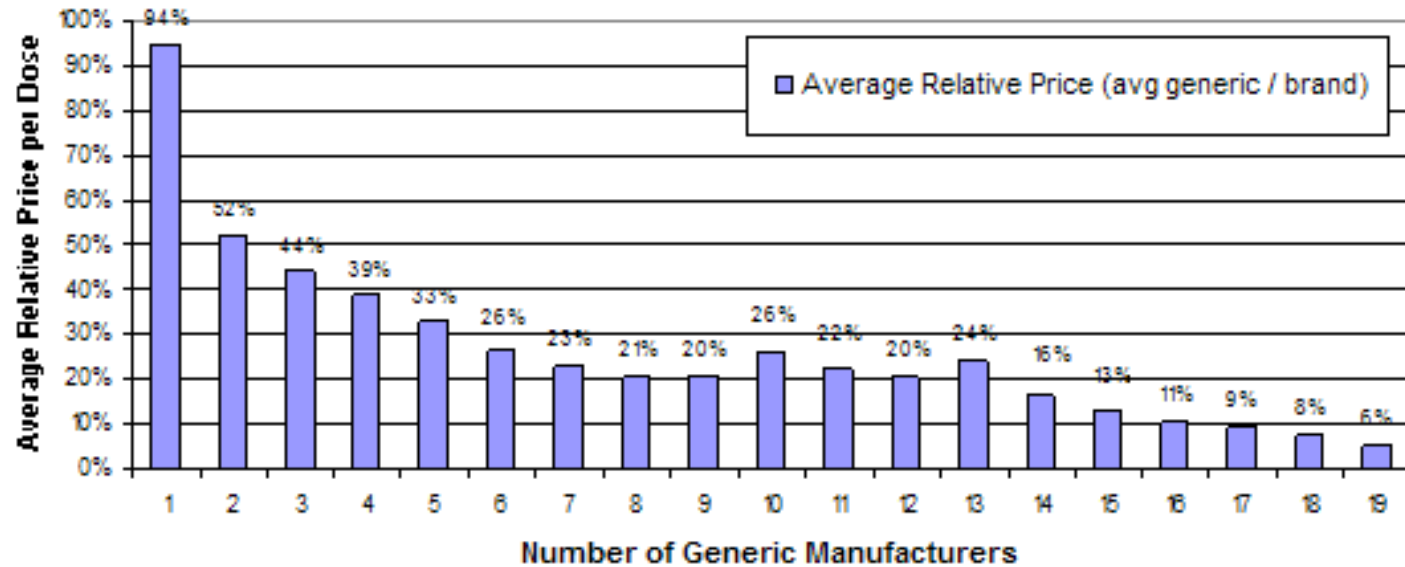
Los algoritmos se basan en las evidencias y recomendaciones que recoge la bibliografía citada, adaptándose a nuestro medio.

CONSEJERÍA DE SALUD

Decreto-Ley 3/2011, de 13 de diciembre, por el que se aprueban medidas urgentes sobre prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Selección de medicamentos a dispensar por las oficinas de farmacia de Andalucía, cuando sean prescritos o indicados por principio activo en las recetas médicas y órdenes de dispensación oficiales del Sistema Nacional de Salud

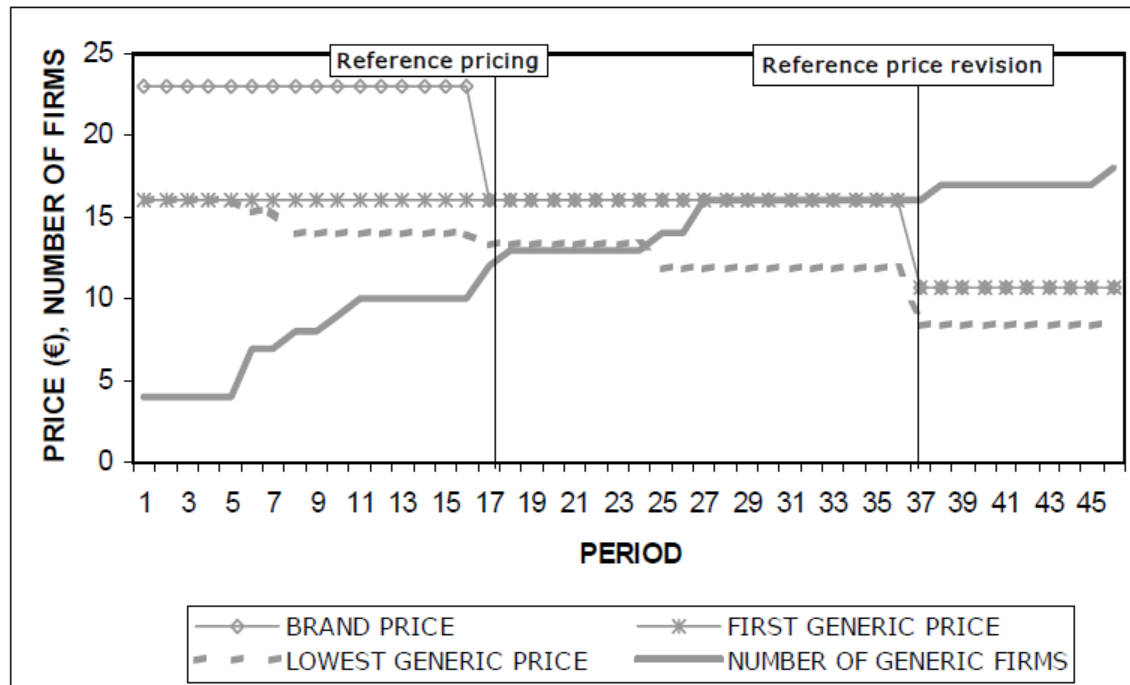
Generic Competition and Drug Prices



Source: FDA analysis of retail sales data from IMS Health, IMS National Sales Perspective (TM), 1999-2004, extracted February 2005

Figure 1: Price of brands and generics, and number of generic firms from January 2001 to October 2004

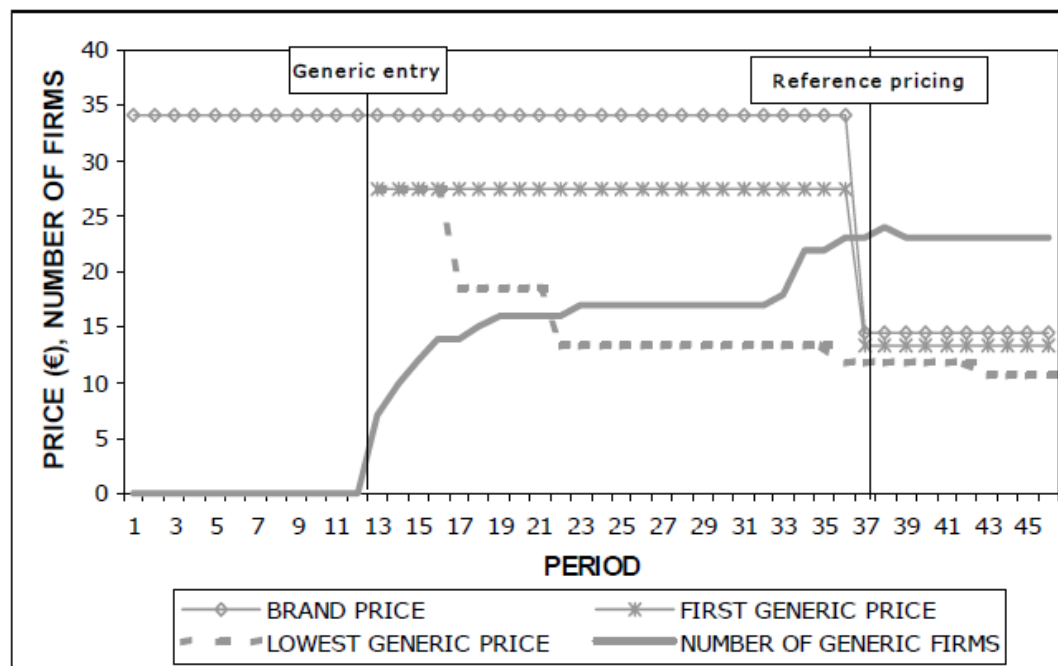
(1a) Lovastatin 20mg 28 tablets



Source: Puig J. The impact of generic reference pricing interventions in the statin market. Health Policy 84 (2007), 14-29

Figure 1: Price of brands and generics, and number of generic firms from January 2001 to October 2004

(1b) Simvastatin 20mg 28 tablets



Source: Puig J. The impact of generic reference pricing interventions in the statin market. Health Policy 84 (2007), 14-29



**Tender systems for outpatient pharmaceuticals in the
European Union: Evidence from the Netherlands,
Germany and Belgium**

Panos Kanavos, Liz Seeley and Sotiri Vitoros
LSE Health
London School of Economics

October 2009

Table 3

The Netherlands: Top – 10 preferred packs by market impact, May -June 2008

Product	Preferred supplier	PPP ¹ (May 2008)	PPP ¹ (June 2008)	Change
1. Omeprazole tablets/capsules, 20mg	Ratiopharm	€0.36	€0.05	-88%
2. Alendroninezuur tables, 70mg	Centrafarm	€4.99	€0.36	-93%
3. Omeprazole tablets/capsules, 40mg	Centrafarm	€0.65	€0.09	-86%
4. Paroxetine tablets, 20mg	Ratiopharm	€0.37	€0.07	-82%
5. Simvastatin tablets, 40mg	Actavis	€0.27	€0.04	-84%
6. Pravastatin tablets, 40mg	Focus Farma	€0.54	€0.13	-76%
7. Simvastatin tablets, 20mg	Ratiopharm/Actavis	€0.17	€0.03	-85%
8. Tamsulozine tablets/capsules, 0.4mg	Centrafarm	€0.34	€0.07	-80%
9. Amlodipine tablets, 5mg	Ratiopharm	€0.19	€0.03	-85%
10. Citalopram tablets, 20mg	Ratiopharm	€0.34	€0.04	-88%

Note: ¹ Pharmacy Purchase Price (PPP).

Source: Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK).



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Health Policy

journal homepage: www.elsevier.com/locate/healthpol



Tendering for outpatient prescription pharmaceuticals: What can be learned from current practices in Europe?

Pieter Dylst^{a,*}, Arnold Vulto^b, Steven Simoens^a

^a Research Centre for Pharmaceutical Care & Pharmaco-economics, K.U.Leuven, Herestraat 49, O&N 2, P.O. Box 521, 3000 Leuven, Belgium

^b Hospital Pharmacy, Erasmus University Medical Center, Gravendijkwal 230, 3015 CE Rotterdam, The Netherlands

Table 2
Overview of the key features of tendering programs for outpatient prescription pharmaceuticals.

Country	Tendering system for outpatient pharmaceuticals?	Since when?	Which authority is issuing the tender?	Criterion	How many winners	How is the winner rewarded?	Frequency
Belgium	Yes	2006	Third party payer	Lowest price/best offer	1	The winning pharmaceutical's reimbursement is favoured	Once
Denmark	Yes ^a	Before 1995	Third party payer	Lowest price/best offer	1	Level of reimbursement at cheapest pharmaceutical	Every 2 weeks
Germany	Yes	2004	Health insurance companies	Lowest price/best offer + quality + economically advantageous	Case-dependent, so far max. 4	Pharmacies are obliged to dispense the pharmaceutical that has won the tender ^b	Irregular
Malta	Yes	Over 20 years	Third party payer	Lowest price/best offer	1	Only the winning pharmaceutical is reimbursed	Irregular
Netherlands	Yes	2005	Health insurance companies	Lowest price/best offer	Depends on price	Only the winning pharmaceutical is reimbursed	Annually
Romania	Yes	1999	Health insurance companies + Third party payer	Lowest price/best offer + impact on overall budget	NA	Only the winning pharmaceutical is reimbursed	Irregular
Slovenia	Yes	NA	NA	Lowest price/best offer	1	NA	Annually

^a In Denmark there is no tendering program following the definition. It is however a tender-like system and regarded as a tendering program in the course of this article.

^b Some exceptions apply: if the tendered pharmaceutical is not available or the pharmacist has important pharmaceutical concerns, another pharmaceutical with the same active substance may be dispensed.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Resolución del Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud, de 19 de marzo de 2012, por la que se aprueba el listado de medicamentos seleccionados, correspondientes a la convocatoria efectuada mediante la Resolución de 25 de enero de 2012.

Mediante la Resolución de 25 de enero de 2012 (BOJA núm. 21, de 1-2), se convocó la selección de los medicamentos, relacionados en su Anexo I, a dispensar por las oficinas de farmacia de Andalucía, cuando, en las recetas médicas y órdenes de dispensación oficiales del Sistema Nacional de Salud, sean prescritos o indicados por principio activo.

Finalizado el plazo de presentación de la documentación exigida, la Subdirección de Prestaciones lleva a cabo el análisis y la valoración de las propuestas admitidas de los laboratorios farmacéuticos participantes, que se concreta en su informe de fecha 15 de marzo de 2012, en el que eleva propuesta, para su aprobación, de listado de los medicamentos seleccionados y cuya elaboración se ha realizado conforme a lo previsto en los apartados 3 y 5 del artículo 60 bis de la Ley de Farmacia de Andalucía.

Compañías que han resultado adjudicatarias en las subastas andaluzas y cuantías de mejoras realizadas

Compañía	Número de adjudicaciones	Mayor mejora (% sobre PVL)	Menor mejora (% sobre PVL)	Promedio mejora (% sobre PVL)
Abamed Pharma, S.L.	2	12,51	12,05	12,28
Aldo-Union, S.A.	7	46,91	22,91	26,84
Arafarma Group, S.A.	41	61,09	0,54	38,91
Aristo Pharma Iberia S.L.	3	39,75	14,98	29,27
Aurobindo, S.L.	66	67,20	0,95	48,07
Bausch And Lomb, S.A.	5	59,95	25,01	41,34
Francisco Durban, S.A.	4	57,71	14,98	45,39
Generfarma, S.L.U.	3	6,72	0,41	2,66
Ind. Ftca. Vix, S.A.	21	55,07	9,71	32,91
Isomed, S.L.	1	0,51	0,51	0,51
KRKA D.D. Novo Mesto	46	81,03	13,55	66,07
Thea, S.A.	2	10,08	9,88	9,98
Uxafarma, S.A.	5	48,48	32,47	41,36

6.0 Las subastas en Andalucía

El ahorro real de las subastas es de 219M€, el 28% del ahorro total previsto, por la adjudicación de solamente el 8% de las presentaciones convocadas

Cuadro resumen de las subastas de medicamentos en Andalucía

	Principios activos licitados	Presentaciones licitadas	Ahorro previsto (M€)	Principios activos adjudicados	Presentaciones adjudicadas	Ahorro real (M€)
1ª subasta	16	55	40	10	28	12
2ª subasta	330	939	84	77	172	59
3ª subasta	288	741	234	51	162	33
4ª subasta	251	3.878	36	43	101	19
5ª subasta	214	467	200	37	48	15
6ª subasta	243	4.287	200	69	191	81
Total	-	-	794	287	702	219

- En la **2ª convocatoria**, se repiten 42 presentaciones que aparecían en la primera convocatoria y no se adjudicaron.
- En la **3ª convocatoria**, se repiten 648 presentaciones que no se adjudicaron en la segunda convocatoria.
- En la **5ª convocatoria** se incluyen aquellos fármacos que se adjudicaron en la primera subasta, cuya vigencia finaliza el 31 de diciembre de 2014, o que quedaron desiertos en anteriores convocatorias.
- La **6ª subasta** incluye todas aquellas presentaciones que no han sido adjudicadas en concursos anteriores así como la renovación del segundo concurso.



En particular interesa analizar si un sistema de subastas respeta los principios de **no discriminación, necesidad y proporcionalidad**, regulados en los artículos 3¹ y 5² de la Ley respectivamente.

3.- Se hace notar que **el ámbito de aplicación de la Ley 20/2013, de 9 de diciembre establecido en el artículo 2 de la norma incluye el acceso a actividades económicas en condiciones de mercado y su ejercicio** por parte de operadores económicos (cualquier persona física o jurídica o entidad que realice una actividad económica en España según la letra h del anexo de la Ley) legalmente establecidos en cualquier lugar del territorio nacional. **En este sentido, el principio de no discriminación debe entenderse referido a los operadores y no a los consumidores.**

4.- El uso de un sistema de subastas como mecanismo de asignación o provisión no puede considerarse en sí mismo una restricción de acceso a un mercado en la medida en que su diseño garantice el acceso de los operadores y genere competencia por el mercado ex ante y ex post.

En todo caso, la subasta no podrá contener requisitos discriminatorios ni prohibidos por la LGUM (artículo 18) ni requisitos innecesarios y/o desproporcionados que limiten la participación de los operadores en la misma.



**INFORME N° 2/2014, EN EL MARCO DEL PROCEDIMIENTO DE INFORMACIÓN DE
OBSTÁCULOS O BARRERAS A LA UNIDAD DE MERCADO DEL ARTÍCULO 28 LGUM
(Expte. ...)**

En diversos mercados europeos de genéricos altamente regulados, entre los que se encuentra España, se ha observado una gran competencia entre laboratorios genéricos cuando desaparecen las barreras de entrada en el mercado (finalización del período de protección de la patente o de la información). Sin embargo, el sistema de regulación directa de precios y el sistema de reembolso empleado, del tipo precios de referencia (PR), han conducido la competencia hacia las oficinas de farmacia, de modo que los laboratorios de genéricos les ofrecen descuentos sobre los precios oficiales de reembolso por la compra de sus genéricos. El resultado es que **los precios competitivos de los genéricos no se han trasladado en una parte importante al financiador público ni tampoco a los pacientes**.

Afrontar esta situación, constituye el principal objetivo del Decreto Ley 3/2011, de 31 de diciembre, por el que se aprueban medidas urgentes sobre la prestación farmacéutica del sistema sanitario público de Andalucía: introducir una medida que permita, mediante la elección por parte de la propia Administración de los medicamentos a dispensar en las farmacias de Andalucía cuando se prescriban por principio activo y los productos sanitarios a dispensar cuando se prescriban por denominación genérica (dentro del sistema de agrupaciones homogéneas diseñado por el Ministerio de Sanidad, a través de la realización de convocatorias públicas en las que podrán participar todos los laboratorios y proveedores interesados. De esta manera, **la mejora económica que ofrezcan los participantes en las convocatorias, redundará en beneficio directo del sistema sanitario público de Andalucía, e indirectamente en los ciudadanos.**

DESVENTAJAS

ahorro subasta medicamentos andalucia



[Todo](#) [Noticias](#) [Imágenes](#) [Maps](#) [Vídeos](#) [Más ▼](#) [Herramientas de búsqueda](#)

Aproximadamente 75.000 resultados (0,37 segundos)

[La subasta andaluza dispara las ventas de laboratorios poco ...](#)

[cincodias.com](#) > [Empresas](#) ▼

4 ene. 2016 - Economía; Tecnología; Mis ahorros; 5 Sentidos. Noticia ... La subasta de medicamentos de Andalucía, la comunidad más poblada de España, ...

[Seis preguntas sobre la subasta de medicamentos - Eldiario.es](#)

[www.eldiario.es/andalucia/Claves-subasta-andaluza-medicamentos_0_140336719.html](#) ▼

6 jun. 2013 - El Gobierno andaluz se convirtió en diciembre de 2011 en la primera ... La subasta de medicamentos es, básicamente, una medida de ahorro.

[Frente común contra la subasta de medicamentos de la Junta](#)

[sevilla.abc.es/andalucia/sevi-frente-comun-contra-subasta-medicamentos-junta-20151...](#) ▼

28 oct. 2015 - La subasta de medicamentos, objeto de polémica en Andalucía - ABC ... Sostienen que la justificación de este sistema, el ahorro económico, ...

[Sanidad 'copia' la subasta andaluza para comprar fármacos más ...](#)

[politica.elpais.com](#) > [España](#) ▼

24 jul. 2015 - ... selección de precios de medicamentos similar al andaluz pero dice que ... La subasta de fármacos que Andalucía puso en marcha en 2012 ha sido ... El decreto no recoge el ahorro que prevé el Gobierno con esta medida.

[La subasta de medicamentos sólo permite ahorrar un tercio de lo ...](#)

[www.elmundo.es](#) > [España](#) > [Andalucía](#) > [Sevilla](#) ▼

23 jun. 2015 - El sistema de subasta de medicamentos de la Junta de Andalucía no sólo provoca desabastecimiento y desconfianza entre los pacientes, ...

[Quejas por la calidad de los medicamentos de las subastas - El Mundo](#)

[www.elmundo.es](#) > [España](#) > [Andalucía](#) ▼

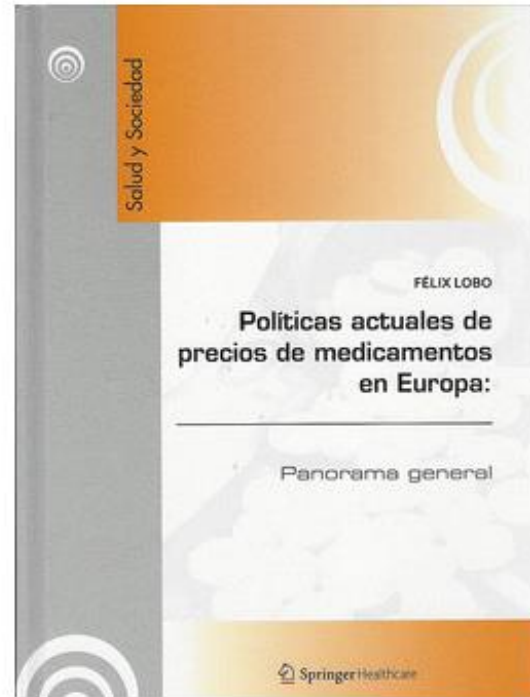
8 feb. 2015 - Las medicinas que se recetan en Andalucía se fabrican en Asia y Europa del Este ... el sistema de la subasta de medicamentos de la Junta de Andalucía ... política de ahorro del gasto acabe generando desigualdad entre los ...

[Subasta de medicamentos no supone ahorro notable, según patronal ...](#)

[www.lavanguardia.com/.../subasta-de-medicamentos-no-supone-ahorro-notable-segu...](#) ▼

3 nov. 2015 - Madrid, 3 nov (EFE).- La subasta de medicamentos no supone un ahorro 'significativo' al Sistema Andaluz de Salud ni aporta valor añadido a ...

DESVENTAJAS



Páginas 93 a 96

Dispensación hospitalaria de todos los medicamentos de tratamientos oncológicos y de fertilidad que hasta ahora se dispensaban en las oficinas de farmacia

- N° Total de medicamentos: 250
- Objetivo Primario: Mejorar el control de este grupo de fármacos
- Objetivo Secundario: Ahorro de los márgenes de mayorista y oficina de farmacia
- Ahorro estimado: entre 8 y 18 millones de euros (adicionalmente se puede producir más ahorro cuando se negocien compras conjuntas)

El TS da la razón a Farmaindustria en la dispensación de DH en Andalucía y anula la resolución del SAS

Quieres saber lo último de:

Andalucía Confederación Empresarial de Oficinas de farmacia de Andalucía (Ceofa) Contencioso-Administrativo
Dispensación Farmacia Hospitalaria Farmaindustria Infertilidad Legislación Oncología Seguridad

CARLOS ARGANDA | 31.05.2016 - 19:07



Comparte esta noticia



Hoy te recomendamos

El **Tribunal Supremo** (TS) ha reiterado, a instancias de un recurso de **Farmaindustria**, su doctrina acerca de que solo la administración central es la competente para decidir sobre el lugar de dispensación de los medicamentos por tratarse de legislación sobre productos farmacéuticos. De este modo, el Alto Tribunal, **al igual que ya hiciera hace unos meses** en un recurso iniciado por la **Confederación Empresarial de Oficinas de Farmacia de Andalucía (CEOFA)**, ha confirmado la sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de **Andalucía** (TSJA), que **anuló la resolución SC 0403/2010**, de 22 de diciembre, del director gerente del **Servicio Andaluz de Salud**, sobre **inclusión de determinados medicamentos para tratamientos extrahospitalarios en la dispensación de los servicios de farmacia hospitalaria** por requerir una particular vigilancia, supervisión y control.

El SAS dice que la vuelta de los DH es un retroceso que conllevará copagos

El SAS ejecuta la sentencia que le obliga a dispensar DH en farmacias

Andalucía no ha ejecutado la sentencia que obligaba a devolver los DH

El Supremo rechaza que las CCAA puedan sacar DH de las farmacias

Ante la sentencia del Tribunal Supremo sobre dispensación de determinados fármacos en farmacias hospitalarias, el Servicio Andaluz de Salud desea manifestar lo siguiente:

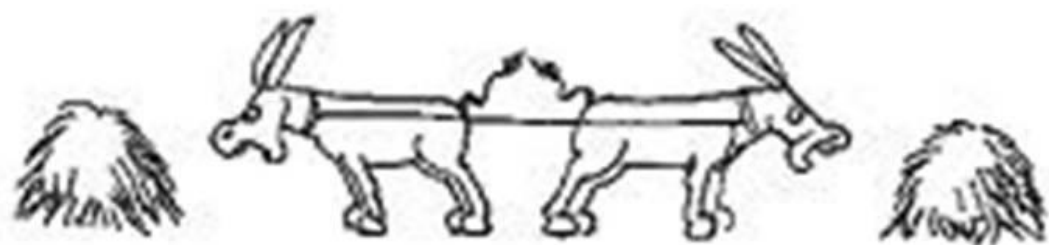
La Sentencia se ha recibido en el día de hoy y estamos estudiando su contenido y argumentación jurídica.

Los motivos que llevaron a la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud a dictar la Resolución de 22 de diciembre de 2010 para incluir determinados medicamentos (medicamentos oncológicos y tratamientos hormonales de la infertilidad) como tratamientos de dispensación en los servicios de farmacia hospitalaria fueron de índole sanitaria y de mejora de la accesibilidad.

Concretamente, se trata de fármacos que requieren una particular vigilancia, supervisión y control por parte del equipo médico del hospital en el que es atendido, al disponerse de una mayor capacidad de respuesta ante posibles complicaciones e interacciones de gravedad. En especial, los fármacos oncológicos cuentan con elevada toxicidad, independientemente de su vía de administración, teniendo un margen terapéutico estrecho y un perfil de efectos secundarios graves y a menudo inesperados.

La medida implantada por el SAS era una medida similar a la que tomaron el resto de las comunidades autónomas en el marco de sus competencias y legalidad atribuidas en el ámbito de farmacia y prestación sanitaria.

De hecho, un año y tres meses después, el propio Ministerio de Sanidad dicta una Resolución, con fecha 9 de marzo de 2012, para incluir como fármacos de dispensación hospitalaria a nivel nacional los medicamentos más relevantes y de mayor eficacia que incluía el SAS en su Resolución. Asimismo, en el ámbito oncológico, la práctica totalidad de los fármacos que se marcan como de dispensación hospitalaria en dicha Resolución del Ministerio son los de mayor volumen de prescripción por parte de los especialistas. De este modo, son escasos los medicamentos oncológicos que el Ministerio permite dispensar en las farmacias españolas, al no haberse incluido en su Resolución de 2012.





Muchas gracias por vuestra atención!!!!

jaime@easp.es