



¿Deben variar los precios de los medicamentos según la indicación?

Documento de debate sobre la fijación de precios en función de la



Amanda Cole
Adrian Towse
Bernarda Zamora

ohe.org

Documento informativo para la consulta
Julio de 2019

La OHE ha elaborado este informe, encargado y financiado por AstraZeneca.

Julio de 2019

¿Deben variar los precios de los medicamentos según la indicación?

Documento de debate sobre la fijación de precios en función de la indicación (IBP)

Amanda Cole

Office of Health Economics, London

Adrian Towse

Office of Health Economics, London

Bernarda Zamora

Office of Health Economics, London

Por favor, cite este informe así:

Cole, A., Towse, A. & Zamora, B., 2019. Indication-Based Pricing (IBP) Discussion Paper. OHE Briefing, London: Office of Health Economics. Disponible en:

<https://www.ohe.org/publications/indication-based-pricing-ibp-discussion-paper-should-drug-prices-differ-indication>

Para obtener más información, póngase en contacto con:

OHE Consulting Ltd
(a registered company number 09853113)
Southside, 7th Floor
105 Victoria Street
London SW1E 6QT
United Kingdom

Bernarda Zamora
Tel: +44 (0)2077478869
bzamora@ohe.org



Acerca de los documentos informativos de la OHE

Los documentos informativos de la Office of Health Economics Consulting (OHE) informan los resultados del programa de investigación de OHE (y, en ocasiones, del trabajo llevado a cabo por OHE Consulting) que pueden no estar destinados para su publicación en revistas con revisión científica externa. Están sujetos a la garantía de calidad interna y se someten a al menos una revisión científica externa, generalmente por parte de un miembro del consejo editorial de la OHE. Todas las opiniones expresadas son las de los autores y no reflejan necesariamente las opiniones o la aprobación de la OHE, su Consejo Editorial o Comité de Investigación y Política ni las de sus promotores.

Financiación y reconocimientos

Este documento informativo para la consulta ha sido encargado y financiado por AstraZeneca.



Foreword.....	Error! Bookmark not defined.
1. What is IBP, and why is it relevant now?	1
2. Potential benefits	3
3. Potential draw-backs.....	5
4. What might be the longer-term impact?	6
5. Considerations for implementation	7
6. Where next?	9
References.....	12

Introducción

El modo en el que pagamos por nuestros medicamentos tiene implicaciones muy importantes sobre cómo (y si) estos medicamentos se desarrollarán y usarán posteriormente. Aunque los aspectos científicos subyacentes a la forma en que los medicamentos se desarrollan han evolucionado, ha cambiado poco el modo en el que pagamos por ellos. Los medicamentos tendrán cada vez más diversas indicaciones. Se están proponiendo nuevos mecanismos de pago para abordar esto. Uno de esos mecanismos consiste en permitir que el sistema sanitario fije distintos precios para diferentes indicaciones de un medicamento: fijación de precios en función de la indicación (IBP). Si bien hay algunos ejemplos de implementación de la IBP, estos son escasos.

El objetivo de este ejercicio de consulta es explicar brevemente los aspectos más importantes que deben considerarse en torno a la IBP y suscitar su reflexión sobre la mejor forma de proceder. Más concretamente, en este documento de debate exponemos lo siguiente:

- ¿Qué es la IBP y por qué es ahora relevante?
- ¿Cuáles son los posibles **beneficios**?
- ¿Cuáles son los posibles **inconvenientes**?
- ¿En qué debemos pensar al considerar su **implementación**?

Luego, preguntamos lo siguiente:

- ¿Qué piensa y qué es lo siguiente?

De este modo, esperamos trabajar en favor de un entendimiento compartido de la IBP y recoger diversas opiniones sobre su uso. Le guiaremos a través de nuestra explicación de la IBP y sus posibles méritos e inconvenientes. Al final del documento, le pedimos que responda una serie de preguntas.

Una vez recogidas las opiniones de todas las partes interesadas consultadas, publicaremos los resultados en un artículo de fondo sobre "el camino a seguir". Valoramos enormemente sus opiniones y agradecemos su participación en este importante ejercicio.

1. ¿Qué es la ibp y por qué es ahora relevante?

Los avances científicos están aportando nuevos medicamentos que mejoran la supervivencia y la calidad de vida y que tienen una serie de aplicaciones clínicas diferentes en distintas áreas patológicas y poblaciones de pacientes, o que incluso se usan en combinación con otros tratamientos. Por un lado, la adopción de estos medicamentos varía en parte debido a su precio (único), que puede que no sea representativo de la relación coste-efectividad en todos los usos terapéuticos. Por otro lado, la capacidad de los innovadores de ofrecer avances terapéuticos

significativos a los pacientes depende de los ingresos que obtengan. Por lo tanto, es fundamental conseguir un equilibrio adecuado.

El precio debe estar vinculado al valor, pero un precio único puede no reflejar con exactitud el valor de las distintas indicaciones de un medicamento

Un concepto económico ampliamente aceptado es que el precio debe estar vinculado de alguna manera al valor de un bien; la forma en que esto ocurre varía según la estructura del mercado. El “valor” de un medicamento se considera generalmente relacionado con la mejora en la salud que genera en un paciente y, en algunos países, con el efecto sobre los costes/ahorros para el sistema sanitario. Vincular el precio con el valor significa que el sistema sanitario logre una buena relación coste-efectividad y que los innovadores se vean recompensados adecuadamente (y, por tanto, incentivados).

Si bien los conceptos científicos que sustentan el descubrimiento y el desarrollo de los medicamentos han evolucionado y cambiado significativamente (con repercusiones en la línea de producción farmacéutica), el modo en el que pagamos por los medicamentos está cambiando solo lentamente. Por lo general, los medicamentos se pagan por unidades, de manera que se asigna un precio a cada unidad (por ejemplo, un comprimido, un envase o un vial) de medicamento. Sin embargo, los medicamentos individuales se utilizan cada vez más para ayudar a beneficiar a los pacientes en contextos diversos. Estos usos pueden asociarse a distintas pautas terapéuticas o posologías y proporcionan distintos valores clínicos o económicos a pacientes y pagadores. Usamos el término *indicación* para hacer referencia a diferentes usos de un medicamento, por ejemplo:

- para diferentes enfermedades (p. ej., diferentes cánceres);
- en diferentes estadios de la enfermedad;
- en diferentes puntos de la pauta terapéutica;
- en diversas combinaciones con otros tratamientos.

En 2014, más de la mitad de los principales medicamentos contra el cáncer se autorizaron para diversas indicaciones (Aitken, Blansett y Mawrie, 2015); en 2018, tres cuartas partes de los medicamentos para tratar el cáncer se utilizaron en múltiples indicaciones, con un promedio de cinco indicaciones por nuevo principio activo (Aitken et al., 2018).

La fijación de precios en función de la indicación permite que el precio varíe según la indicación

¿Cómo se puede vincular el precio de un medicamento de alguna manera al valor que genera cuando el mismo medicamento se usa en muchas indicaciones y el valor incremental¹ que se logra probablemente difiera de manera sustancial según la indicación? Se ha propuesto la *fijación de precios en función de la indicación (IBP)* como una manera de abordar este problema, permitiendo que el precio varíe de acuerdo con la indicación y, primordialmente, de acuerdo con el valor. En otras palabras, se pasa de un precio para un medicamento a un precio para cada uso de un medicamento. A lo largo de este documento utilizamos el término fijación de precios en función de la indicación (IBP), pero hay otros términos que se usan para este concepto, como fijación de precios multiindicación (multi-indication pricing, MIP) o fijación de precios específica para la indicación (indication-specific pricing, ISP).

¹ Por valor incremental se entiende la salud adicional y la ganancia relacionada con la salud que se le brinda al paciente más allá del tratamiento estándar actual.

En informes anteriores (Towse, Cole y Zamora, 2018; Cole et al., 2018), resumimos los puntos clave de debate en torno a la IBP como se describe en publicaciones y su implementación hasta la fecha, y exploramos los argumentos económicos a favor y en contra. A continuación, se resumen estos argumentos clave.

2. Posibles beneficios

Un precio único para un medicamento crea una desconexión entre el precio y el valor incremental. La IBP podría abordar esta desconexión, vinculando lo que se paga por un medicamento a su valor incremental a nivel de la indicación

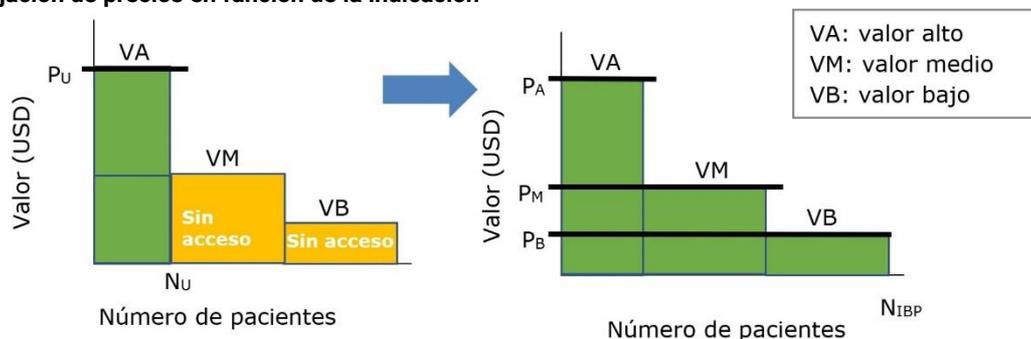
La IBP implica asignar precios diferentes a indicaciones diferentes. Por lo tanto, es una forma de discriminación de precios. Sin la IBP, se establece un precio único (uniforme), a menudo fijado por el valor terapéutico en la primera indicación de lanzamiento del medicamento. Esto significa que, en un sistema que utiliza la evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) para regular el precio, los costes y los beneficios de un medicamento se evalúan en función del precio determinado para la indicación de lanzamiento. La posterior investigación y desarrollo (I+D) o el uso en la práctica clínica pueden desvelar nuevos usos beneficiosos del medicamento. Algunos de estos pueden estar ya en desarrollo cuando se autoriza la primera indicación. Otros pueden no haberse previsto cuando se desarrollaron los primeros usos.

Un sistema de precio único no permite establecer los precios en función del valor para todos los usos de un medicamento con múltiples indicaciones. La IBP, por su parte, puede hacer que los precios reflejen las verdaderas diferencias de valor entre indicaciones (Bach, 2014; Pearson et al., 2017; Flume et al., 2016). En los casos en los que las indicaciones ya se reembolsan pero a un precio demasiado alto para representar un buen valor en esa indicación concreta, la IBP puede hacer que el precio caiga a un nivel más adecuado.

La IBP puede ampliar el acceso de los pacientes y aumentar el bienestar social

El argumento quizás más convincente a favor de la IBP es que, en los países donde hay un comprador colectivo que actúa en nombre de los pacientes y dicho comprador restringe el reembolso en función de la relación coste-efectividad de un medicamento o valor terapéutico añadido, podría ampliar el acceso de los pacientes a los medicamentos. Al permitir que el precio varíe según la indicación, los usos que (según el precio actual único o "uniforme") se consideren de menor valor y se rechacen podrían reembolsarse a otro precio menor. Los productores de medicamentos tendrían mejores incentivos para desarrollar nuevas indicaciones, sin el riesgo de hundir el precio en la indicación del producto de referencia.

Figura 1. Paso de un precio único (establecido en correspondencia con la indicación de VA) a la fijación de precios en función de la indicación



Las indicaciones que en el contexto de un precio único no se reembolsan (porque los productores y los pagadores son incapaces de acordar un precio único que incluya estas indicaciones) se pueden utilizar para beneficiar a una población más amplia de pacientes.

Esto se demuestra en la Figura 1. En el contexto de un precio único, la figura de la izquierda muestra el caso en el que el precio se establece en correspondencia con la indicación de valor alto (VA). Esto significa que, a este precio uniforme (P_U), las indicaciones de valor medio y bajo (VM y VB) no tienen una buena relación coste-efectividad, y, por tanto, no se reembolsan. La zona sombreada en verde representa el “excedente” (o valor) económico acumulado al proporcionar acceso a un número N_U de pacientes de la indicación de valor alto, y el área sombreada en amarillo representa el valor que no se hace realidad ya que los pacientes que podrían beneficiarse de las indicaciones de valor medio y bajo no tienen acceso. En términos económicos, este “excedente” (valor) recae sobre el productor en forma de ingresos. Al pasar a la IBP, se permiten tres precios, que se corresponden con las indicaciones de valor alto, valor medio y valor bajo respectivamente (P_A , P_M y P_B). Los ingresos correspondientes al productor aumentan. Y lo que es más importante, el número de pacientes que ahora tienen acceso al medicamento ha crecido significativamente ($N_{IBP} > N_U$). Esto significa que el bienestar social ha aumentado.

Debe señalarse, sin embargo, que en los países en los que el objetivo es negociar un precio único al que se da acceso a todas las indicaciones, el problema es si el precio único es una especie de precio medio ponderado (una de las formas en las que se puede implementar la IBP) o si se basa en otros mecanismos menos formales. En cualquier caso, este precio único puede no reflejar un verdadero valor o uso diferencial. Esto tiene implicaciones en el logro de los beneficios a largo plazo comentados en el apartado 4.

La IBP envía las señales correctas para estimular la I+D

La IBP podría respaldar el desarrollo de nuevas indicaciones que de otro modo no se habrían lanzado al fomentar la investigación de otros objetivos terapéuticos. Además de fomentar el desarrollo de indicaciones de valor relativamente bajo al permitir un sistema que puede ofrecer un precio inferior, un sistema de IBP también podría ampliar el acceso a algunas indicaciones de bajo volumen y valor alto, cuyo desarrollo puede no resultar rentable al precio único actual del medicamento.

Preparar el panorama de reembolso de medicamentos innovadores para el futuro

Además de promover la expansión de nuevas indicaciones que podrían tratarse con medicamentos innovadores de hoy y de mañana, la IBP también podría abordar retos específicos, como los precios de las combinaciones. Cada vez más, los medicamentos resultan ser de valor incremental cuando se administran junto con otro tratamiento. Sin embargo, los pagadores y las agencias de (ETS) luchan

por encontrar maneras de aprobar estas combinaciones, en las que un modelo de precios aditivo da lugar a costes totales de tratamiento que no son asequibles. Si bien no es la "solución" en sí misma para resolver el complejo problema de cómo asignar valor a los tratamientos combinados, la IBP es un requisito previo para encontrar una solución. El uso de un producto en combinación con otro es una indicación diferente de su uso en monoterapia.

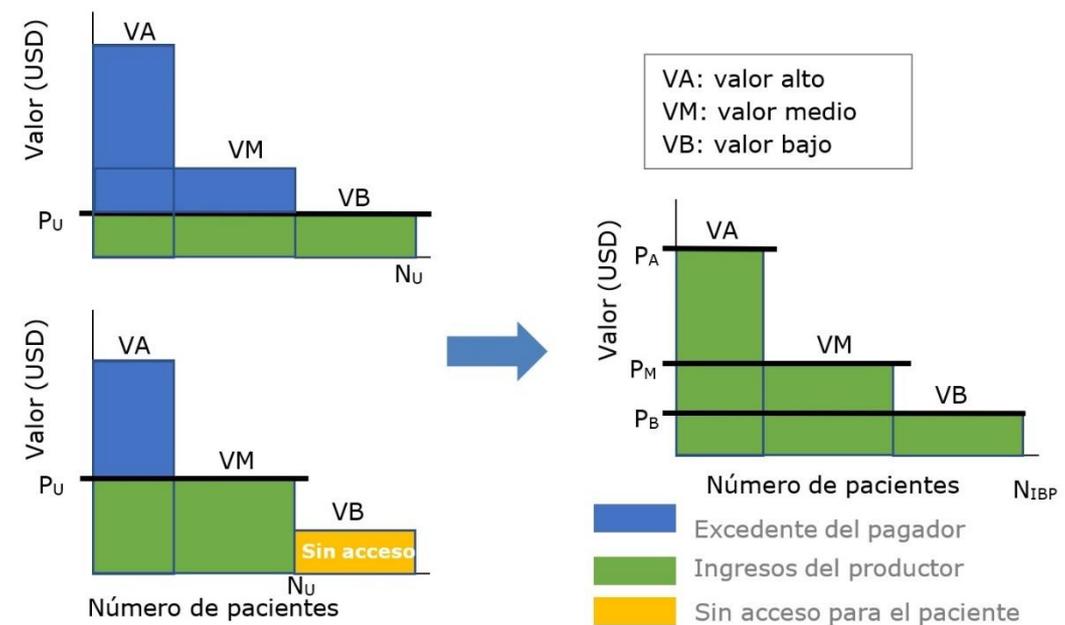
3. Posibles inconvenientes

Dependiendo de cómo se implemente, la IBP podría dar lugar a precios más elevados para algunas indicaciones

En la Figura 1 anterior, se mostraba cómo, en los casos en los que se establece el precio único en la indicación de valor alto, la IBP implica que los pagadores gasten más y al hacerlo obtengan valor adicional para los pacientes (o, si ya se reembolsan las indicaciones de valor medio/bajo al precio de valor alto, entonces podrían ahorrar dinero). Sin embargo, en la Figura 2 (a continuación) se muestra la transferencia de excedente del pagador (representado por la zona sombreada en azul), que ocurriría si el precio uniforme actual se corresponde con las indicaciones de valor medio o bajo y la IBP permitiera un aumento en el precio de las indicaciones de valor más alto.

En la Figura 2, de nuevo se describe una situación en la que un tratamiento proporciona valores diferentes en indicaciones diferentes y hace referencia a un mercado que utiliza la ETS para determinar la relación coste-efectividad, donde el precio se ajusta al valor. El paso del contexto de un precio único, en el que el precio se establece en correspondencia con la indicación de valor más bajo (arriba a la izquierda), a la IBP no se relacionaría con un aumento del acceso de los pacientes y conllevaría una transferencia de valor del pagador al productor (Chandra y Garthwaite, 2017). Sin embargo, este escenario inicial es poco probable. En realidad es menos probable que se lance la indicación de bajo valor si ello conduce a un precio único bajo, reduciendo potencialmente los ingresos totales a pesar de aumentar el volumen. En un contexto en el que el precio único se corresponde con la indicación de valor medio, el precio de la indicación de valor alto aumentará (aumentando, por tanto los ingresos del productor) y se permitiría la caída del precio para la indicación de valor bajo, expandiendo así el acceso de los pacientes y, por consiguiente, aumentando los ingresos del productor.

Figura 2. Paso de un precio único (establecido en correspondencia con las indicaciones de VB y VM) a la fijación de precios en función de la indicación



La IBP podría aumentar el gasto a corto plazo sin abordar el problema de la asequibilidad

Si bien la discriminación de precios tiene el efecto de ampliar el acceso de los pacientes, también es probable que aumente el gasto del medicamento en el corto plazo y, por consiguiente, se suma a los problemas de asequibilidad de los pagadores. La única excepción sería el caso en el que todas las indicaciones (altas, medias y bajas) fueran reembolsadas cuando el precio único se establezca en relación a la indicación de precio alto. Esto significaría que los pagadores obtienen una mala relación coste-efectividad en el sistema de precio único y es el escenario que Bach (2014) establece en el contexto de EE. UU. Sin embargo, con la evaluación de valor basada en la ETS en un sistema sanitario esto es poco probable que suceda.

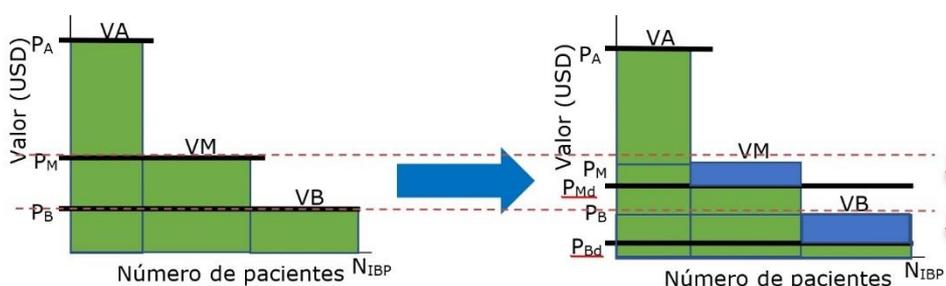
Algunos pagadores han argumentado que el precio único debe bajar al de la indicación más baja, con el fin de abordar la asequibilidad del acceso adicional de los pacientes, y en reconocimiento del volumen adicional que el innovador obtendrá de las nuevas indicaciones. La realidad, sin embargo, es que puede que no se lancen nuevas indicaciones, o incluso que ni se desarrollen, si el efecto es conducir a recortes en el precio de las indicaciones existentes que reduzcan los ingresos globales del productor provenientes de todos los usos del medicamento.

4. ¿Cuál podría ser el efecto a largo plazo?

A largo plazo, la IBP debería proporcionar los incentivos correctos para la I+D y podría aumentar la competencia de precios a nivel de indicación, impulsando la disminución de precios y ofreciendo un mejor valor al sistema sanitario

Los productores no monopolizan la fijación de precios, ya que hay una fuerte competencia en este campo de investigación. Un nuevo avance científico a menudo conduce (a veces con retraso) a la entrada de productos competidores protegidos por patentes en una nueva área terapéutica. Los precios de las indicaciones según el valor (basados en fijar el precio a la máxima cantidad por la que se está dispuesto a pagar) se deben considerar los “techos” de precio. Si se implementase la IBP, se lanzarían más indicaciones, lo que conduciría a una mayor competencia a nivel de la indicación. Esto significa que probablemente los precios bajarían, lo que reduciría el gasto de los de los pagadores y generaría más valor.

Figura 3. Efecto previsto de la IBP en el escenario “dinámico” a largo plazo



En resumen, si bien puede implicar un aumento del gasto a corto plazo, la IBP aumenta el acceso de los pacientes y proporciona un entorno de apoyo a la innovación de I+D, y a largo plazo, si incrementa la competencia de precios, podría ayudar a garantizar la sostenibilidad de la atención sanitaria.

5. Consideraciones para su implementación

La IBP requiere un entendimiento compartido entre las partes interesadas de cómo y cuándo se deben evaluar y valorar nuevas indicaciones

Un requisito previo de la IBP es el entendimiento compartido entre las partes interesadas en un sistema sanitario de cómo los beneficios sanitarios que se deben valorar, y los criterios frente a los cuales se evalúa el precio. La IBP no se implementará sin el acuerdo de las principales partes interesadas.

Con frecuencia se consideran las restricciones de la recogida de datos como un obstáculo para la IBP

La recogida de datos para respaldar la IBP debe ser objetiva, debe suponer una carga mínima y debe ser accesible solo para las partes adecuadas. Como mínimo, para pagar por indicación el sistema debe tener la capacidad de llevar un seguimiento de las indicaciones para las que se receta cada medicamento. En realidad, aunque existen algunas buenas prácticas, en muchos de los sistemas sanitarios hay escasa disponibilidad de datos para el seguimiento de su uso por indicación. Además de la falta de infraestructura de datos y de oportunidades de cruzar estos datos, la carga administrativa podría ser significativa para el personal clínico. Por otro lado, la IBP podría facilitar la creación de conjuntos de datos de la vida real más ricos y una mayor transparencia en el uso de los

medicamentos, especialmente en el área del cáncer, donde tantos medicamentos en desarrollo podrían servir para múltiples indicaciones.

Podría haber barreras legales y contractuales adicionales

Dependiendo de los acuerdos nacionales para el reembolso, podría existir una ley de precios específica para el mercado y barreras contractuales, así como problemas de privacidad relacionados con el intercambio de datos. En particular, dependiendo de la forma de IBP adoptada, puede que sean necesarios cambios en la infraestructura de facturación de un sistema sanitario para permitir los reembolsos, o podría ser necesario encontrar nuevas formas de mantener la confidencialidad del precio neto.

La IBP podría adoptar diferentes formas

Dada la complejidad de la creación de sistemas que permitan diversos precios para un medicamento único, la implementación del concepto de IBP puede adoptar diferentes formas. Estos son algunos ejemplos:

- Un precio combinado, que represente el valor diferencial de diferentes indicaciones y suponga un valor de pago (precio) “promedio” vinculado al uso real.
- Niveles de descuento (aplicados por adelantado) o devoluciones (aplicadas con posterioridad) que pueden variar por indicación y podrían ser confidenciales.
- Una marca comercial diferente para cada indicación del producto.
- Acuerdos entre pagadores y productores que ajustan el precio según la eficacia obtenida, cuyo objetivo es abordar el uso en distintas indicaciones. Los acuerdos de este tipo, p. ej., acuerdos de riesgo compartido (acuerdos entre productor y pagador para retener o devolver dinero en función de la eficacia o resultados en salud) se usan habitualmente para una única indicación, y suelen ser considerados por ambas partes como complejos de negociar y difíciles de implementar, pero se podría usar esta forma de contratos basados en resultados para implementar la IBP al pago por resultados a nivel de paciente individual.

6. ¿Qué es lo siguiente?

Le estaríamos muy agradecidos si pudiera responder a cada una de las siguientes preguntas de la consulta, con su propia perspectiva dado su puesto y su contexto nacional.

Para aportar sus opiniones, acceda y responda las preguntas haciendo clic en este enlace que le llevará a la encuesta en línea: [Consulta sobre fijación de precios en función de la indicación \(IBP\)](#)

Fecha de cierre de la consulta: lunes, 30 de septiembre de 2019.

Acerca de usted....

Which stakeholder group do you belong to or represent?

- Pagador
- Paciente, cuidador u organización de pacientes/cuidadores
- Industria
- Regulador
- Profesional sanitario
- Científico del ámbito académico
- Consultor
- Otro. *Por favor, especifique:* Haga clic o toque aquí para introducir texto.

¿En qué país reside o ejerce su profesión?

Por favor, especifique: Haga clic o toque aquí para introducir texto.

Necesidad de IBP

¿Sería buena alguna de las formas de IBP?

- Sí
- No

Explique su respuesta: Haga clic o toque aquí para introducir texto.

Entendimiento de la IBP

¿En qué medida cree usted que existe un entendimiento amplio de la IBP y sus implicaciones entre las partes interesadas relevantes?

	Pagadores	Grupos de pacientes	Industria	Reguladores	Sociedades médicas	Científicos del ámbito académico	Consultores
Ninguno en absoluto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Alguno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Buen entendimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Explique su respuesta: Haga clic o toque aquí para introducir texto.

Su opinión sobre la IBP

¿Quién es más probable que se beneficie (o quién se beneficia) de la IBP?

- Pacientes
- Industria
- Pagadores
- Todas las partes interesadas podrían ganar
- Nadie gana con la IBP

Explique su respuesta: Haga clic o toque aquí para introducir texto.

¿Qué efecto tendría (o tiene) la IBP en cuanto a proporcionar acceso sostenible a futuros tratamientos?

- Un efecto significativo
- Un efecto pequeño
- Ningún efecto
- Otro: Haga clic o toque aquí para introducir texto.

Explique su respuesta: Haga clic o toque aquí para introducir texto.

¿Tiene alguna experiencia práctica con la IBP?

- No
- Sí

En caso afirmativo, explique con qué modelo de la IBP está familiarizado: Haga clic o toque aquí para introducir texto.

¿Cuáles son los posibles efectos de la IBP?

¿Cuál podría ser el efecto de la IBP en el acceso de los pacientes?

- Reducción del acceso de los pacientes
- Ningún cambio en el acceso de los pacientes
- Aumento del acceso de los pacientes
- Otro: Haga clic o toque aquí para introducir texto.

Explique su respuesta: Haga clic o toque aquí para introducir texto.

¿Cuál podría ser el efecto de la IBP en la industria? (si lo desea, puede seleccionar más de una respuesta)

- Ningún efecto en la industria
- La IBP podría permitir a la industria optimizar el gasto en I+D y aumentar los beneficios
- La IBP podría complicar innecesariamente las actividades de acceso al mercado
- Otro: Haga clic o toque aquí para introducir texto.

Explique su respuesta: Haga clic o toque aquí para introducir texto.

¿Cuál podría ser el efecto de la IBP en los pagadores?

- Ningún efecto presupuestario
- La IBP podría aumentar el gasto sin beneficios significativos
- La IBP podría hacer presión sobre el presupuesto del pagador, pero proporcionaría un mayor beneficio sanitario a los pacientes
- Como la respuesta anterior, pero a largo plazo las fuerzas del mercado conducirán a la disminución de precios
- Otro: Haga clic o toque aquí para introducir texto.

Explique su respuesta: Haga clic o toque aquí para introducir texto.

¿Afectaría la IBP a las decisiones de los productores sobre cómo y cuándo comercializar nuevas indicaciones?

Explique su respuesta: Haga clic o toque aquí para introducir texto.

Implementación de la IBP

Idealmente, ¿cómo debería implementarse la IBP?

- Diferente marca comercial para cada producto
- Diferentes precios de catálogo según el valor de cada indicación
- Un precio único basado en una media ponderada del valor y uso de todas las indicaciones
- El precio recibido por el productor (o nivel de descuento) no se debe determinar a nivel de indicación sino de resultado a nivel de paciente individual
- La implementación de la IBP no es deseable
- Otro: Haga clic o toque aquí para introducir texto.

Explique su respuesta: Haga clic o toque aquí para introducir texto.

En la práctica, ¿cómo cree que podría implementarse la IBP de manera más realista y por qué?

Explique su respuesta: Haga clic o toque aquí para introducir texto.

¿Cómo la cuestión de la fijación de precios más flexible (tal como lo permite la IBP) encaja como prioridad política entre las presiones o los problemas más amplios que usted observa en cuanto al acceso de los pacientes a los medicamentos?

Explique su respuesta: Haga clic o toque aquí para introducir texto.

Retos prácticos

¿Cuál es el obstáculo más importante para la implementación de la IBP?

- La voluntad política y la falta de implicación de las partes interesadas
- La recogida de datos en términos de carga para el personal clínico responsable de la atención al paciente (esfuerzo/carga de trabajo)
- Data infrastructure (technical capacity to collect the information required)
- La infraestructura de datos (capacidad técnica para recopilar la información necesaria)
- La capacidad para hacer cambios en la actual infraestructura de facturación para el reembolso de productos farmacéuticos
- La preocupación relativa al efecto sobre el presupuesto del pagador a corto plazo
- Otro: Haga clic o toque aquí para introducir texto.

Explique su respuesta: Haga clic o toque aquí para introducir texto.

¿Qué pasos se podrían dar para abordar estos retos?

Explique su respuesta: Haga clic o toque aquí para introducir texto.

Muchas gracias por participar en este ejercicio de consulta

Tras el período de consultas, analizaremos las respuestas y redactaremos los resultados. Si desea recibir una copia de los resultados, indique una dirección de correo electrónico donde enviarla:

Haga clic o toque aquí para introducir texto.

Referencias

1. Aitken, M., Blansett, L. and Mawrie, R., 2015. *Developments in cancer treatments, market dynamics, patient access and value*. [en línea] IMS Institute for Health care Informatics. Disponible en: https://www.keionline.org/sites/default/files/IIHL_Oncology_Trend_Report_2015.pdf [Consultado el 7 de diciembre de 2018].
2. Aitken, M., Kleinrock, M., Simorellis, A. and Nass, D., 2018. *Global oncology trends 2018, innovation, expansion and disruption*. [en línea] IQVIA Institute for Human Data Science. Available at: <https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/institute-reports/global-oncology-trends-2018.pdf> [Consultado el 7 de diciembre de 2018].
3. Bach, P.B., 2014. Indication-specific pricing for cancer drugs. *Jama*, 312(16), pp.1629–1630.
4. Chandra, A. & Garthwaite, C., 2017. The economics of indication-based drug pricing. *New England Journal of Medicine*, 377 (2), 103-106.
5. Cole, A., Towse, A., Lorgelly, P. and Sullivan, R., 2018. *Economics of Innovative Payment Models Compared with Single Pricing of Pharmaceuticals*. [en línea] Office of Health Economics. Disponible en: [archivo:///C:/Users/acole/Downloads/OHE%20Research%20Paper%20Innovative%20Payment%20Models%207%20July%202018%20CORRECTED%20\(3\).pdf](archivo:///C:/Users/acole/Downloads/OHE%20Research%20Paper%20Innovative%20Payment%20Models%207%20July%202018%20CORRECTED%20(3).pdf) .
6. Flume, M., Bardou, M., Capri, S., Sola-Morales, O., Cunningham, D., Levin, L.-A., Touchot, N. and Insight, P., 2016. Feasibility and attractiveness of indication value-based pricing in key EU countries. *Journal of market access & health policy*, 4(1), p.30970.
7. Pearson, S.D., Dreitlein, W.B., Henshall, C. and Towse, A., 2017. Indication-specific pricing of pharmaceuticals in the US healthcare system. *Journal of comparative effectiveness research*, 6(5), pp.397–404.
8. Towse, A., Cole, A. and Zamora, B., 2018. *The Debate on Indication Based Pricing in the U.S. and Five Major European Countries*. OHE Consulting Report. [en línea] London: Office of Health Economics. Disponible en: <https://www.ohe.org/publications/debate-indication-based-pricing-us-and-five-major-european-countries> .



About us

Founded in 1962 by the Association of the British Pharmaceutical Society, the Office of Health Economics (OHE) is not only the world's oldest health economics research group, but also one of the most prestigious and influential.

OHE provides market-leading insights and in-depth analyses into health economics & health policy. Our pioneering work informs health care and pharmaceutical decision-making across the globe, enabling clients to think differently and to find alternative solutions to the industry's most complex problems.

Our mission is to guide and inform the healthcare industry through today's era of unprecedented change and evolution. We are dedicated to helping policy makers and the pharmaceutical industry make better decisions that ultimately benefit patients, the industry and society as a whole.

OHE. For better healthcare decisions.

Areas of expertise

- Evaluation of health care policy
- The economics of health care systems
- Health technology assessment (HTA) methodology and approaches
- HTA's impact on decision making, health care spending and the delivery of care
- Pricing and reimbursement for biologics and pharmaceuticals, including value-based pricing, risk sharing and biosimilars market competition
- The costs of treating, or failing to treat, specific diseases and conditions
- Drivers of, and incentives for, the uptake of pharmaceuticals and prescription medicines
- Competition and incentives for improving the quality and efficiency of health care
- Incentives, disincentives, regulation and the costs of R&D for pharmaceuticals and innovation in medicine
- Capturing preferences using patient-reported outcomes measures (PROMs) and time trade-off (TTO) methodology
- Roles of the private and charity sectors in health care and research
- Health and health care statistics