

Evaluación económica de medicamentos en el ámbito hospitalario II:

De la teoría a la práctica.

Herramientas para la realización de estudios de evaluación económica y de impacto presupuestario

SOLICITADA ACREDITACIÓN
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

RECONOCIDO por la
UNIVERSIDAD DE CASTILLA LA MANCHA



Herramientas para la realización de estudios de evaluación económica y de impacto presupuestario.

- ▶▶ Bases de datos de estudios de evaluación económica.
- ▶▶ Bases de datos de cuestionarios de resultados de salud y descripción de los principales cuestionarios utilizados en la Evaluación Económica.
- ▶▶ Bases de datos de costes y de utilización de recursos.
- ▶▶ Documentos de consenso metodológico.

Bases de datos

- Para poder tomar decisiones adecuadas en un contexto de escasez de recursos es necesario conocer no sólo la efectividad de sus tratamientos sino su coste.
- Para ello es necesario que exista una evidencia sobre los AEE.

Bases de datos

- Si embargo, la evaluación de los AEE ha demostrado que su calidad es muy variable y sus objetivos y conclusiones a veces inadecuados.
- Por eso es necesario, disponer de instrumentos que de una evidencia crítica de los AEE disponibles.

Bases de datos

- Además cada vez son más los estudios de EE.
- Por otro lado, los portales de farmacoeconomía y economía de la salud cada vez son más numerosos

Evolución de estudios de EE

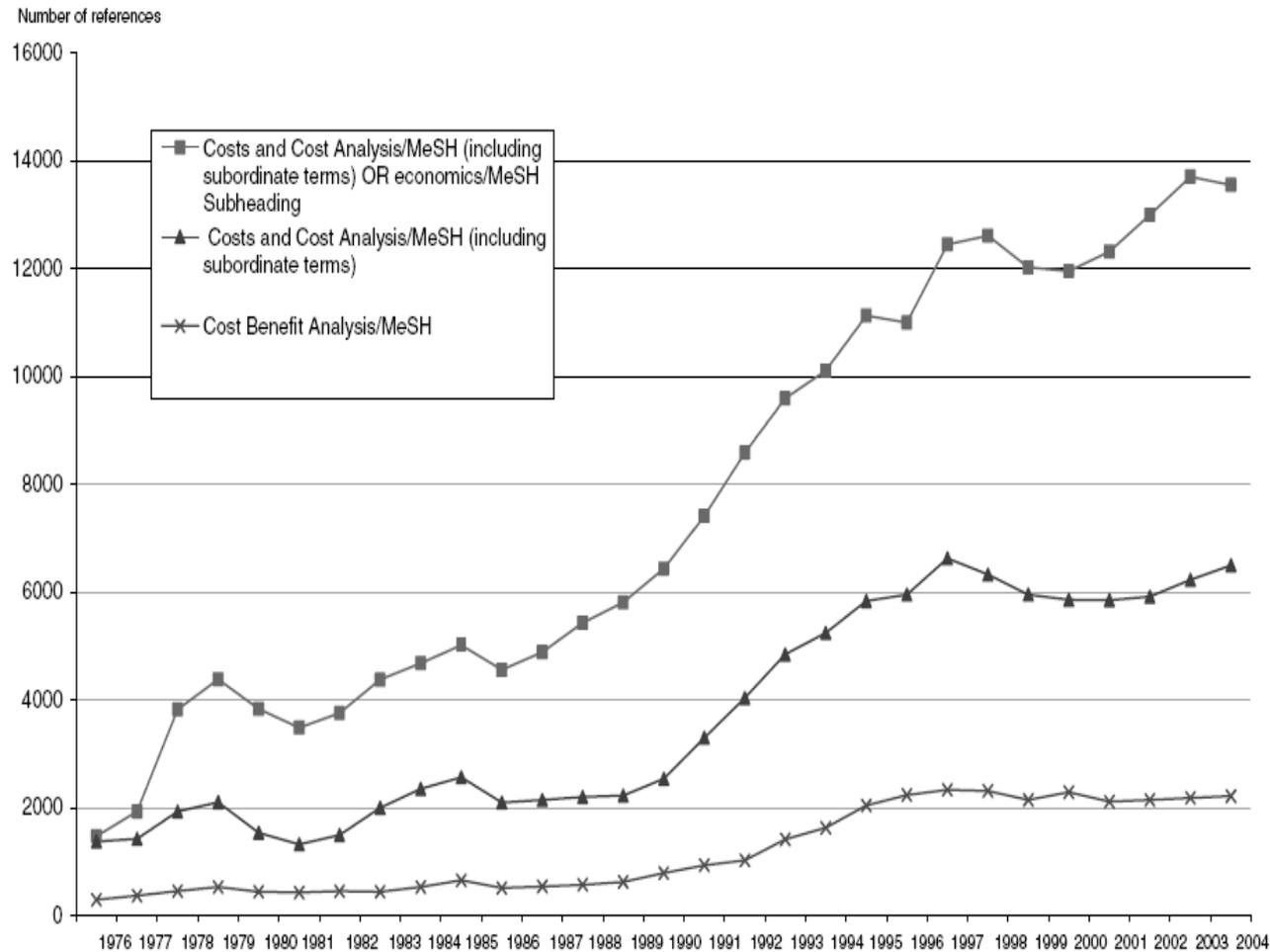


Figure 1. Number of references in PubMed obtained from searches using different Medical Subject Heading (MeSH) terms and combinations of MeSH terms 1976–2004, respectively.

Evaluación de webs de EE

Evaluación de la calidad de las webs de centros de farmacoeconomía y economía de la salud en Internet mediante un cuestionario validado

Ana Domínguez-Castro / Antonio Iñesta-García
Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Sanidad. Madrid. España.

Gac Sanit 2004;18(4):295-304

Evaluación de webs de EE

Los criterios que se tuvo en cuenta en el presente trabajo para la elaboración del cuestionario, tras revisar los criterios empleados por las organizaciones e instituciones anteriormente citadas²⁵⁻³², fueron: credibilidad, contenido, descripción, vínculos, diseño, interactividad y advertencias.

Evaluación de webs de EE

Tabla 2. Valoración de los centros de farmacoeconomía y economía de la salud de acuerdo con las puntuaciones obtenidas en el cuestionario (última consulta realizada en julio de 2003)

Centros	Valoración	%
LDI (http://www.upenn.edu/ldi/)	0,798	79,8
CRD (http://www.york.ac.uk/inst/che/welcome.htm)	0,798	79,8
AHRQ (http://www.ahrq.gov/)	0,76	76
HERU (http://www.abdn.ac.uk/heru)	0,76	76
IHE (http://www.ihe.ab.ca)	0,722	72,2
HERC (http://www.herc.research.med.va.gov/)	0,704	70,4
ECOR (http://www.emory.edu/WHSC/CARDIOLOGY/CVEC/)	0,684	68,4
CHEPA (http://hiru.mcmaster.ca/ceb/programmes/chepa/)	0,684	68,4
SIHE (http://www.ihe.se/english/index.htm)	0,684	68,4
POR&PP (http://depts.washington.edu/porpp)	0,646	64,6
CRD (http://www.york.ac.uk/inst/crd)	0,646	64,6
CHOPR (http://www.pharmacy.arizona.edu/centers/hope/hope.shtml)	0,646	64,6
CREDES (http://www.credes.fr/)	0,646	64,6
HERC (http://www.herc.ox.ac.uk)	0,646	64,6
O HP&CO (http://www.tju.edu/ohp/home/index.cfm/)	0,608	60,8
HERG (http://www.brunel.ac.uk/depts/herg/)	0,608	60,8
ScHARR (http://www.shef.ac.uk/uni/academic/R-Z/sherg)	0,608	60,8
HERO (http://www.sv.uio.no/hero/english.htm)	0,57	57
HEF (http://www.hsmc.bham.ac.uk/hef)	0,57	57
HEB (http://heb.rokkan.uib.no/)	0,57	57
HEP (http://econ.ucalgary.ca/health/default.htm)	0,57	57
CIEGS (http://www.ciegs.upv.es/)	0,532	53,2
PEC (http://www.pec.ha.osd.mil/)	0,476	47,6
IHE&CE (http://www.medizin.uni-koeln.de/kai/igmg/)	0,456	45,6
IREME (http://smbh7.smbh.univ-paris13.fr/)*	0,456	45,6
ANAES (http://www.anaes.fr/)	0,456	45,6
DPEP (http://www.usc.edu/hsc/pharmacy/pharmecon/)	0,418	41,8
ISE (http://www.hospvd.ch/public/ise/ise.htm)	0,418	41,8
HOPE (http://www.hoperesearch.com/)	0,418	41,8
CPS (http://www.utexas.edu/pharmacy/research/institutes/)	0,342	34,2
PERC (http://www.st-and.ac.uk/~wwwmgt/index_perc.htm)	0,342	34,2
HEG (http://www.ncl.ac.uk/deph/hegroup.html)	0,342	34,2
UK CH (http://www.leeds.ac.uk/nuffield/infoservices/UKCH)	0,304	30,4

*No conecta.

Bases de datos



[esalud](#)



[EURONHEED](#)



[NHS Economic Evaluation Database \(NHS EED\)](#)



[Portal de evidencias](#) y [BVS](#)

Bases de datos: esalud

- **eSalud** es un producto que recoge información relacionada con el sector sanitario o que puede ser de interés para la realización de estudios y análisis relacionados con dicho sector.

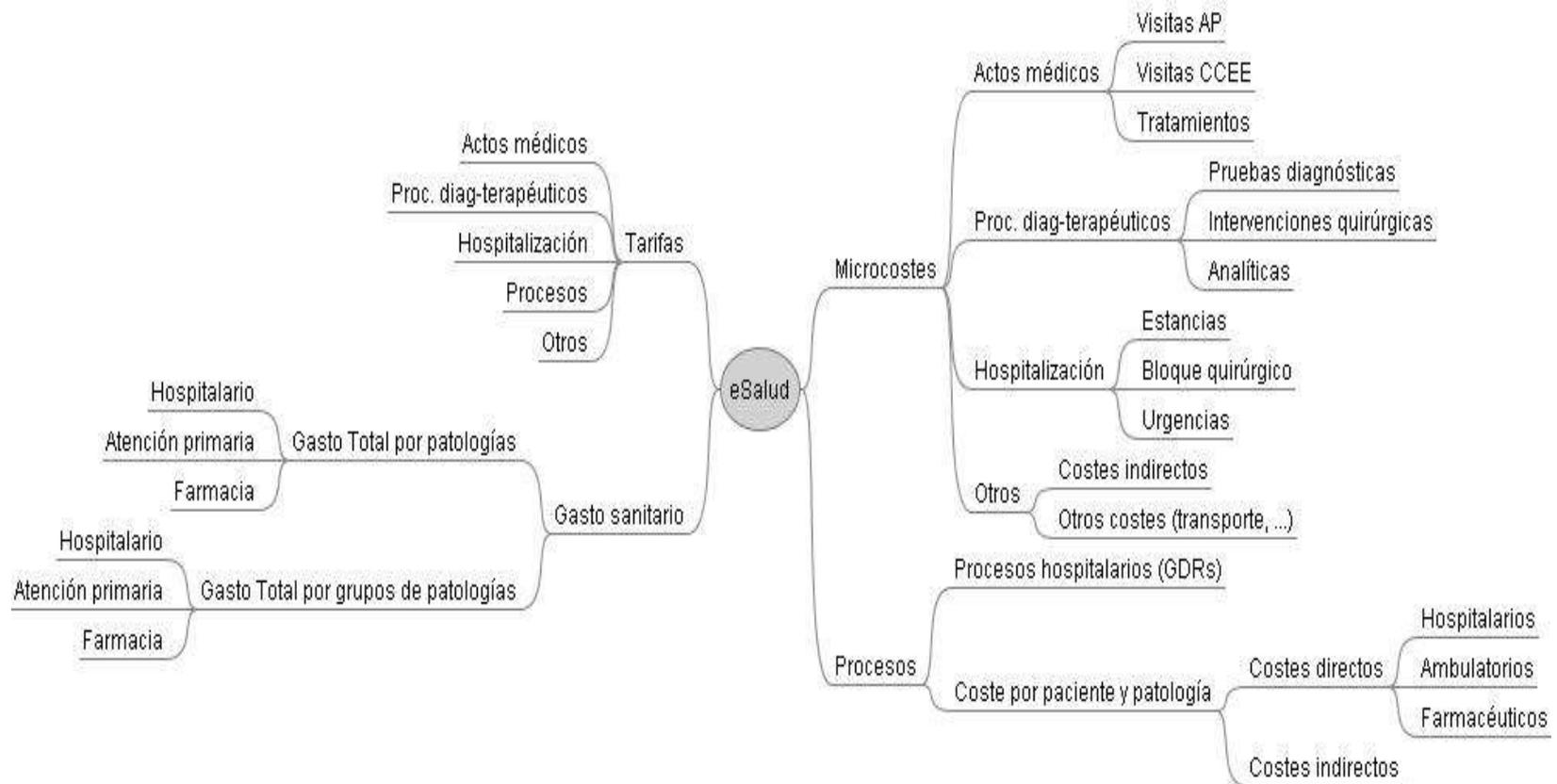
ENLACE: <http://www.oblikue.com/bddcostes>

Estructura de los datos de eSalud

eSalud incluye Datos de costes sanitarios españoles (>15000) depurados y filtrados a partir de más de 750 fuentes de información primaria (artículos publicados, libros, memorias hospitalarias, tarifas oficiales de servicios de salud de las CCAA, etc.). Esta información se agrupa en diferentes áreas con el fin de conseguir un mejor tratamiento de la misma y facilitar el trabajo de consulta por parte del usuario.

Bases de datos: esalud

Estructura de los datos de eSalud



Bases de datos: EURONHEED

- EURONHEED : Francia, Alemania, Holanda, España, Italia, UK y países nórdicos
- El proyecto EURONHEED, que fué iniciado por el Colegio de Economistas de la Salud de Francia (CES), incluye como partners europeos otros centros: :
 - CRD - University of York (UK),
 - FGG - Universitaet Hannover (GE),
 - iBMG - Erasmus University in Rotterdam (NL),
 - CESAV - Istituto Ricerche Farmacologi. M.Negri (IT),
 - Dpt Economics - Universidad de la Rioja (SP),
 - SHECAB - Stockholm Health Economics (SW)

Enlace: <http://infodoc.inserm.fr/euronheed>

Bases de datos: EURONHEED

EURONHEED - Windows Internet Explorer

http://infodoc.inserm.fr/euronheed/publication.nsf/wHome?OpenPage&site=SPAIN&language=ES

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

EURONHEED

EURONHEED Project
EUROpean Network of Health
Economics Evaluation Databases

[Previous Page](#)
[Next Page](#)
[Collapse](#)
[Expand](#)

A - B - C - D - E - G - H - I - L - M - N - O - P - R - S - T - U - Ú - V - W

A cost-minimization analysis of oncology home care versus hospital care. (Análisis de minimización de costes del cuidado oncológico en el domicilio versus tratamiento hospitalario)	Subirana Serrate R	Journal of Telemedicine and Telecare [2001]
A health system program to reduce work disability related to musculoskeletal disorders. (Programa sanitario para reducir las bajas laborales debidas a desórdenes musculoesqueléticos)	Abásolo L	Annals of Internal Medicine[2005]
A model of the health and economic impact of postransfusion hepatitis C: application to cost-effectiveness of further expansion of HCV screening protocols. (Un modelo de repercusión económica y sanita...	Pereira A	Transfusion[2000]
A monolayer coagglutination microplate technique for typing red blood cells. (Técnica de monocapa de coaglutinación con microplaca para tipificar hematies.)	Llopis F	Vox Sanguinis[1997]
A prospective randomized trial of granulocyte colony-stimulating factor therapy after autologous blood stem cell transplantation in adults. (Ensayo prospectivo aleatorizado de terapia con factor estim...	Ojeda E	Bone Marrow Transplantation[1999]
A randomized, crossover comparison of standard-dose versus low-dose lenograstim in the prophylaxis of post-chemotherapy neutropenia. (Ensayo clínico aleatorizado cruzado de la dosis estándar versus do...	Juan O	Support Care Cancer[2001]
Achalasia treatment in the elderly: is botulinum toxin injection the best option?. (Tratamiento de la acalasia en la tercera edad: ¿es la inyección de toxina botulínica la mejor opción)	Zárate N	European Journal of Gastroenterology & Hepatology[2002]
Amorolfine and itraconazole combination for severe toenail onychomycosis: results of an open randomized trial in Spain. (Amorolfina e itraconazol combinados para el tratamiento de la onicomicosis seve...	Lecha M	British Journal of Dermatology[2001]

Recherche :

Inicio Modelos ... Bandeja ... Bases d... Microsof... EURONH... ES 13:24

Bases de datos: NHS Economic Evaluation Database (NHS EED)

Centre for Reviews and Dissemination (CRD)

www.york.ac.uk/inst/crd

El CRD proporciona una información y servicio de consulta para ayudar a responder preguntas específicas sobre revisiones de efectividad y coste-efectividad de intervenciones de atención sanitaria y el desarrollo y organización de la atención sanitaria.

Información ampliada

El Centre for Reviews and Dissemination (CRD) es un departamento de la Universidad de York (UK) que realiza revisiones sistemáticas de gran calidad para evaluar la efectividad de las intervenciones en salud y la organización de los servicios sanitarios.

Bases de datos: NHS Economic Evaluation Database (NHS EED)

El CRD produce tres bases de datos que son ampliamente utilizadas por los profesionales sanitarios, investigadores y gestores en todo el mundo.

- The Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Contiene los resúmenes de más de 4000 revisiones sistemáticas de calidad evaluadas críticamente, incluyendo las revisiones y protocolos Cochrane.
- The NHS Economic Evaluation Database (NHS EED): Enfocada a hacer fácilmente accesible a los decisores información fiable acerca del coste-efectividad de medicamentos, tratamientos y procedimientos. El NHS EED identifica y describe las evaluaciones económicas, evaluando su calidad y destacando sus fortalezas y debilidades. Esta base de datos contiene más de 6000 resúmenes de evaluaciones económicas evaluadas.
- The Health Technology Assessment Database (HTA): Esta base de datos recopila estudios sobre evaluación de tecnologías sanitarias en todo el mundo y es producida en colaboración con la INAHTA. Contiene más de 6000 referencias que incluyen tanto revisiones sistemáticas como investigación basada en ensayos clínicos, cuestionarios y evaluaciones económicas, por lo que existe un cierto solapamiento con las bases de datos DARE y NHS EED.

Bases de datos: NHS Economic Evaluation Database

Search the CRD databases - Windows Internet Explorer

http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/search.aspx?SessionID=572427&SearchID=572427&SearchFor=spain&RPP=10&DB=N

DAEMON Search

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Y! Buscar Entrar Correo Mi Yahoo! Y! Respuestas Noticias Cine

EURONHEED Portal de Evidencias Search the CRD databases

Centre for Reviews and Dissemination

UPDATE Software by Update Software

Help | Why log in? | Login

Home Results MeSH Search history

Search

All these words
 Any of these words

(Searches using AND/OR/NOT combinations override the above)

spain

Year published From - restrictions info

10 results per page

spain: 1124 documents found

All results (1124) DARE (27) NHS EED (612) HTA (485)

Go to page (Page: 1 out of 62)

Select	Database	Title	Year published	Author	Source	Record type
<input type="checkbox"/>	NHS EED	Cost-effectiveness analysis of inactivated virosomal subunit influenza vaccination in children aged 3-14 years from the provider and societal perspectives	2007	Navas E, Salleras L, Dominguez A, Ibanez D, Prat A, Sentis J, Garrido P	Vaccine	Economic evaluation
<input type="checkbox"/>	NHS EED	Cost-effectiveness analysis of ziprasidone versus haloperidol in sequential intramuscular/oral treatment of exacerbation of schizophrenia: economic subanalysis of the ZIMO trial	2007	Canas F, Perez-Sola V, Diaz S, Rejas J	Clinical Drug Investigation	Economic evaluation
<input type="checkbox"/>	NHS EED	Cost-effectiveness of grass allergen tablet (GRAZAX) for the prevention of seasonal grass pollen induced rhinoconjunctivitis: a Northern European perspective	2007	Bachert C, Vestenbaek U, Christensen J, Griffiths U K, Poulsen P B	Clinical and Experimental Allergy	Economic evaluation

Internet 100%

Inicio Modelos ... Bandeja ... Bases d... Microsof... Search t... ES 13:26

Bases de datos: comparación

Característicos	HEED	NHS EED
Fuentes de literatura usadas	Bases de datos electrónicas (Medline, Embase), literatura gris, búsquedas manuales en revistas especializadas	Bases de datos electrónicas (Current Contents, CINAHL, Medline, Embase), literatura gris, búsquedas manuales en revistas especializadas
Criterios de inclusión	Evaluaciones económicas, estudios de costes de la enfermedad, análisis de costes, estudios coste-consecuencias	Evaluaciones económicas completas
Informes completos incluidos	Estudios aplicados, revisiones de estudios aplicados, estudios metodológicos	Estudios aplicados
Entradas bibliográficas	Estudios metodológicos recientes, artículos de revisión, editoriales, cartas publicadas en revistas	Costes, revisiones y registros de metodología
Campos de búsqueda	Todos los campos, 53 campos individuales incluido detalles bibliográficos, abstract, país aplicable, códigos ICD-9 y ATC, nombre de fármacos, resultados principales	Todos los campos, detalles bibliográficos, abstract, fecha de adición, MeSH subject headings, organización de HTA
Número de referencias	28.000 (14.500 revisiones completas), 300 referencias añadidas mensualmente (100 revisiones completas)	14.000 (3.700 revisiones completas), sobre 40-50 abstracts estructurados añadidos 300 referencias mensualmente
Audiencia diana	Economistas de la salud de los sectores público y privado	Decisores sanitarios públicos

AET españolas

- Agencia de Evaluación de Tecnologías sanitarias el Instituto de Salud Carlos III
- Agencia de Evaluación de Tecnologías de Cataluña
- OSTEBA (Agencia de Evaluación de Tecnologías del País Vasco)
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía
- Servicio Canario de Planificación y Evaluación
- Unidad de Evaluación de Tecnologías de la Agencia Laín Entralgo (Madrid)
- Galicia-AVALIA-T
- Aragón

http://aunets.isciii.es/web/guest/todos_informes

PROVEÏDORS I PROFESSIONALS

- Relació de proveïdors
- Concursos
- Portal d'aplicacions
- Catàleg de productes farmacèutics
- Conjunt mínim bàsic de dades CMBD
- Imatge corporativa i material de difusió
- Altres catàlegs
- Acreditacions
- Jornades
- Normatives i instruccions

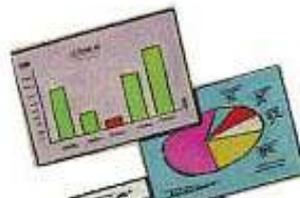
WEB DELS CIUTADANS
Desplega l'índex »

Comissió d'Avaluació Econòmica i Impacte Pressupostari (CAEIP)

Una comissió assessora per a l'anàlisi econòmica i d'impacte pressupostari de medicaments que vetlla per l'eficiència dels recursos públics esmerçats en la prescripció de medicaments.

Creada en el si del CatSalut amb la voluntat de desenvolupar estudis d'avaluació econòmica i impacte pressupostari per a la presa de decisions en la gestió de la prestació farmacèutica.

La CAEIP, que entre les principals funcions té la de dur a terme revisions farmacoeconòmiques dels principals grups terapèutics, és, per tant, una de les mesures de gestió emmarcada dins del Pla estratègic de la prestació farmacèutica del CatSalut, que **potencia el perfil farmacoeconòmic** i reforça el concepte del **cost d'oportunitat** de les decisions d'utilització de medicaments.



Els dictàmens de la CAEIP són **un instrument de suport a la gestió** que serveixen de recomanació per a una **selecció eficient de medicaments** per part dels

MÉS INFORMACIÓ

- ☐ Règim d'importació intern d
- ☐ Procediment de la CAEIP per elab d'avalu

GÉNESIS

Génesis - Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda Dirección <http://www.genesis-sefh.net/> Ir

Atrás Búsqueda Favoritos Vínculos

[Inicio](#) [Grupo de Trabajo](#) [Bases Metodológicas](#) [Informes Elaborados](#) [Investigación](#) [Enlaces de Interés](#)

GENESIS

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

Génesis

Grupo de Evaluación de Novedades, Estandarización e Investigación en Selección de medicamentos

GRUPO DE TRABAJO
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA

ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN

Última modificación el miércoles, 22 de febrero de 2006.

[Componentes del grupo](#) [Comentarios](#) [Foro](#) [Webmaster](#)

Listo Internet

Inicio Génesis - Microsoft In... Microsoft PowerPoint ... ES 8:32

Algunos ejemplos quizás conocidos...

Home Our guidance Using guidance Get involved News room About NICE What is NHS evidence?

Home... About NICE

Who we are

What we do

How we work

NICE website development

Jobs

Tenders

Scientific advice

Quality and Outcomes Framework

Quality standards

NICE Fellowships

NICE International

About NICE

Who we are

The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) is the independent organisation responsible for providing national guidance on the promotion of good health and the prevention and treatment of ill health. Read more about [who we are](#).

What we do

NICE produces guidance in three areas of health:

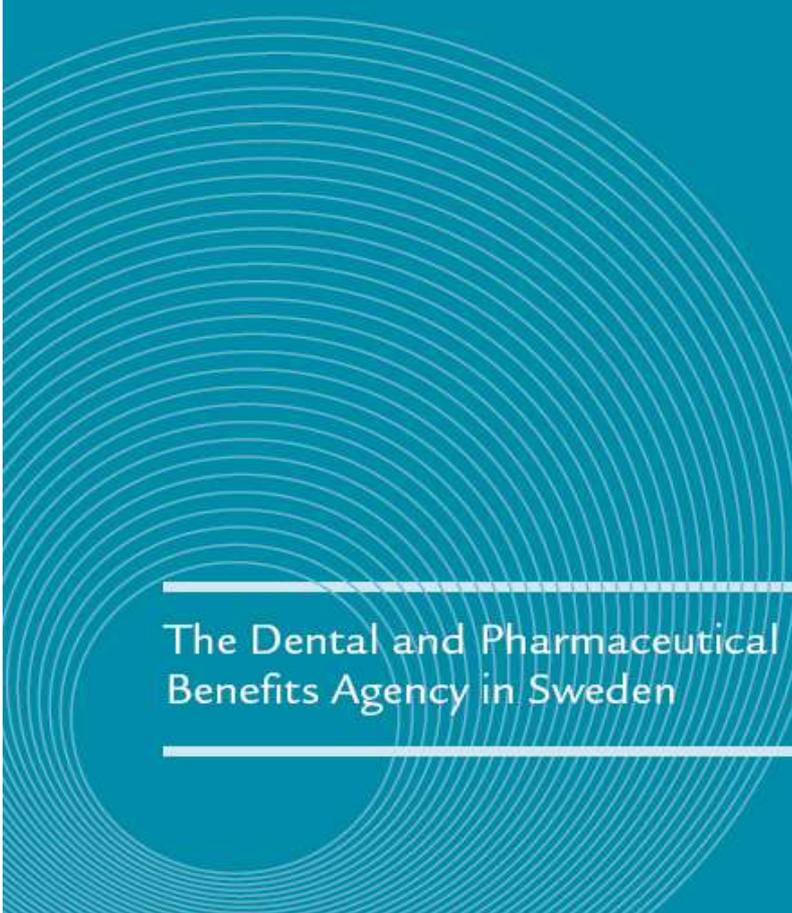
- public health - guidance on the promotion of good health and the prevention of ill health for those working in the NHS, local authorities and the wider public and voluntary sector
- health technologies - guidance on the use of new and existing medicines, treatments and procedures within the NHS
- clinical practice - guidance on the appropriate treatment and care of people with specific diseases and conditions within the NHS.

The booklet [NICE: our guidance sets the standard for good healthcare](#) explains more about NICE and the types of guidance we produce.

$$\text{ICER} = \frac{C_B - C_A}{E_B - E_A} \leq 30.000\text{€}/\text{QALY}$$

The logo for TLV, consisting of the letters 'TLV' in a bold, white, sans-serif font, positioned in the upper right corner of the teal background.

TLV

A large graphic of concentric white circles on a teal background, centered on the left side of the page. The circles are of varying radii and are partially cut off by the right edge of the frame.

The Dental and Pharmaceutical Benefits Agency in Sweden

We promote health and make the best possible use of society's economic resources by evaluating and taking decisions on the pharmaceutical products and dental care procedures that shall be subsidized.

The Dental and Pharmaceutical Benefits Agency (TLV) is a central government agency whose remit is to determine whether a pharmaceutical product or dental care procedure shall be subsidized by the state. In other words, we strive to create the greatest possible improvements in health using the tax revenues that are allocated for medicines and dental care. This responsibility has been assigned to a central government agency to ensure that benefits are equally distributed through Sweden.

Google™ Esta página está escrita en inglés. ¿Quieres traducirla con la barra Google? [Más información](#) Traducir Desactivar traducción al inglés



Home Contact Us Advanced Search Sitemap Extranet Help Français

About CADTH | Health Technology Inquiry Service | Health Technology Assessment | Common Drug Review | Canadian Optimal Medication Prescribing & Utilization Service | Policy Forum

Using Evidence in the Real World

(live and webcast)
May 25, 2010
Ottawa, Ontario

- Media Centre
- Events
- Careers
- Subscribe



The Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) is a national body that provides Canada's federal, provincial and territorial health care decision makers with credible, impartial advice and evidence-based information about the effectiveness and efficiency of drugs and other health technologies.

What's New

- Using Evidence in the Real World - Live Presentation and Webcast

Health Technology Assessment	Common Drug Review	Canadian Optimal Medication Prescribing & Utilization Service
Objective, comprehensive,	Objective, rigorous reviews of	Identification and promotion of



Better health and active ageing for all Australians

- HOME
- MINISTERS
- FOR CONSUMERS
- FOR HEALTH PROFESSIONALS
- ABOUT US
- MEDIA CENTRE
- PROGRAMS & CAMPAIGNS
- PUBLICATIONS, STATISTICS & RESOURCES

Jobs | Consultations | Tenders and grants | Annual reports | Budget | FOI | A-Z index | A-Z forms | Site map | Links | Contact us | Calendar

- Aboriginal and Torres Strait Islander Health
- Aged care
- Conditions and Diseases
- Education and Prevention
- Ethical Issues
- Gene Technology
- Health products and medicines**

- Complementary Medicines
- Medical Devices
- Medicines**
- Pharmacy
- Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS)
- National Medicines Policy
- Medicare Benefits Schedule
- Health Technology Assessment Review

- Health Thesaurus
- Health Workforce
- Medicare Benefits
- National Men's and Women's Health
- Public and private healthcare
- Rural Health
- Services

Home > For Health Professionals > Health products and medicines > Medicines > Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) > PBS Publications and Forms > PBS Publications

Listen to this page

:: PBS Publications

Guidelines for the Pharmaceutical Industry

Part 4 of the Guidelines for the Pharmaceutical Industry on Preparation of Submissions to the Pharmaceutical Benefits Advisory Committee including major submissions involving economic analyses: About these Guidelines.

In this section:

- PBS Publications
- Manual of Resource Items and their Associated Cost - December 2009
- 12 Month Review of the Introduction of Streamlined Authorities
- 2002 Guidelines for the Pharmaceutical Industry on Preparation of Submissions to the Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC): including major submissions involving economic analyses
- 2002 Guidelines for the Pharmaceutical Industry on Preparation of Submissions to the Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC): including major submissions involving economic analyses
- Australian Statistics on Medicines
- Interim Document to accompany the 1995 Guidelines for the Pharmaceutical Industry on Preparation of Submissions to the Pharmaceutical Benefits Advisory Committee: including major submissions involving economic analyses
- June 2003 PBAC Outcomes - Positive Recommendations

Part 4 - About these guidelines

[Process of review](#) | [Focus of the third revision](#) | [The future](#) | [Rationale for economic evaluation](#)

Process of review

These *Guidelines* were first released in draft form in August 1990. Initially their use was optional and this period provided valuable experience and feedback. Constructive and detailed criticisms of the *Draft Guidelines* were received from pharmaceutical companies, the Australian Pharmaceutical Manufacturers Association and independent experts. These were reviewed in detail to produce the first revision in August 1992.

In January 1993 it became mandatory for companies making submission to the PBAC to follow these *Guidelines*. Our experience has expanded greatly and the current revision draws on the lessons of over 160 submissions containing economic evaluations.

Guidelines for the Pharmaceutical Industry

Information on the preparation of submissions to the Pharmaceutical Benefits Advisory Committee.

- >> [Contents](#)
- >> [Part 1: Roles and responsibilities of the PBAC](#)
- >> [Part 2: Basic information on preparing a submission to the PBAC](#)
- >> [Part 3: Guidelines for preparing the main body of a major submission](#)
- >> Part 4: About these guidelines

Manual of resource items and their associated costs

>> [Manual of resource items](#)

http://www.amcp.org/page/PharmaceuticalPaymentMethodsIntro/ - Windows Internet Explorer

http://www.amcp.org/page/PharmaceuticalPaymentMethodsIntro/

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Convertir Seleccionar

Department of Health and A... Universidad de Castilla-La Ma... http://www.amcp.org/be... X


 Academy of Managed Care Pharmacy®

[Home](#) | [Help/FAQs](#) | [Contact Us/Feedback](#) | [About AMCP](#)
[SiteIndex](#) | [Donate to FMCP](#) | [Stacy Andrus](#) | [Media](#)

[Publications](#) | [Professional Development](#) | [Policy Issues & Advocacy](#) | [Meetings](#) | [Practice Resources](#) | [Member Center](#) | [FMCP](#)

The benefits of membership

- Member Directory
- Resources
- Leadership Directory
- Networking
- Meetings
- AMCP
- Advocacy

Stay Connected   

AMCP Guide to Pharmaceutical Payment Methods

The AMCP Guide to Pharmaceutical Payment Methods is a comprehensive, factual description and analysis of alternative drug payment methods and payment benchmarks. It includes a review of the history of payment methods and benchmarks and their current application, potential future utility and impact on managed care pharmacy, as well as other stakeholders in the pharmaceutical marketplace and the overall health care delivery system. It also includes a Glossary of payment terms, tables showing which payers and settings utilize which methods, payment flowcharts to illustrate how the money flows with each of the payment systems and examples of payment calculations.

In addition to the AMCP Guide, the resources below also provide information related to pharmaceutical payment methods.

RESOURCES

- Attributes for Evaluating Drug Pricing and Payment Benchmarks
 On June 23, 2011, the Board of Directors of the Academy approved the attached document identifying characteristics of an ideal drug payment benchmark for its use in evaluating legislative and regulatory proposals for alternative pharmaceutical pricing/payment benchmarks. [Read More >](#)
- AMCP Guide to Pharmaceutical Payment Methods - 2007 Comprehensive Edition
- AMCP Guide to Pharmaceutical Payment Methods - 2007 Executive Edition
- AMCP Guide to Pharmaceutical Payment Methods - 2009 Update (Version 2.0)
- AMCP Guide to Pharmaceutical Payment Methods - 2009 Update (Version 2.0) - Executive Summary

Inside This Section

- Federal/State Legislative & Regulatory Issues
- Health Care Reform Implementation
- Policy Resource Center
- AMCP Positions
- AMCP Letters, Statements & Analysis
- Get Vocal
- Guide to Pharmaceutical Payment Methods

Take Action!

- Access 2011 Educational Conference Session Handouts
- JOIN AMCP
- Renew
- AMCP Corporate Center
- Update My Profile
- Sign Up for AMCP Mailings (non-members only)
- Board Membership Info

Managed Care Pharmacy Practice

Print  E-mail 

Error en la página.

Inicio | Explora... | Adobe... | Adobe Res... | CitasE... | Microso... | Banco de... | Internet | 100% | 13:34

CUA Database. Tufts University

- Base de datos, anteriormente localizada en el Centro de análisis de riesgos de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, se creó como un registro electrónico de estudios coste- efectividad que empleaban utilidades (CUA).
- Registra las intervenciones sanitarias con efectos sobre la salud que han usado Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC o QALY).
- Anteriormente localizada en el la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard.

CUA Database. Tufts University

- El registro se hace a través de unas tablas clasificatorias que recoge los ratios incrementales de los estudios siguiendo las recomendaciones del panel estadounidense sobre coste-efectividad en Salud y Medicina de los Servicios de Salud Pública de EEUU.
- Se encuentra en la web: Center on the Evaluation of Value and Risk in Health. The Cost-Effectiveness Analysis Registry [Internet]. (Boston), Tufts-New England Medical Center, ICRHPS.

En: [http:// www.tufts-nemc.org/cearegistry/](http://www.tufts-nemc.org/cearegistry/)


 COST-EFFECTIVENESS
ANALYSIS REGISTRY

Type here to search the CEA Registry

SEARCH

What Is Cost Effectiveness Analysis (CEA)?

[ABOUT THE CEA
REGISTRY](#)
[SEARCHING THE
CEA REGISTRY](#)
[RESOURCES](#)
[BECOME A
SPONSOR](#)
[CONTACT US](#)

WELCOME

Welcome to the CEA Registry website.

By browsing our interactive website, you can learn about the latest published cost-effectiveness analyses. The CEA Registry offers detailed information on more than 2500 cost-effectiveness analyses covering a wide array of diseases and intervention types.

[Read More...](#)

[▶ GO TO ABOUT THE CEA REGISTRY](#)

NEWS

- The next wave of 2010 articles has been added to the Registry

- CMS releases final rule regarding Medicare payments to ACOs

- FDA, CMS launch pilot program for voluntary parallel review of innovative devices

- NICE issues new draft guidance recommending against the use of Ipilimumab

[▶ GO TO NEWS ARCHIVE](#)

BLOG

Recently published cost-utility studies

Twice each month we highlight recently published cost-utility studies and selected reviews and editorials. [1](#), [2](#), [3](#), [4](#), [5](#), [6](#), [7](#), [8](#), [9](#), [10](#), [11](#), [12](#), [13](#), [14](#), [15](#), [16](#), [17](#), [18](#), [19](#), [20](#), [21](#), [22](#), [23](#), [24](#), [25](#), [26](#), [27](#), [28](#), [29](#), [30](#), [31](#), [32](#), [33](#), [34](#), [35](#), [36](#), [37](#), [38](#), [39](#), [40](#), [41](#), [42](#), [43](#), [44](#), [45](#), [46](#), [47](#), [48](#), [49](#), [50](#), [51](#), [52](#), [53](#), [54](#), [55](#), [56](#), [57](#), [58](#), [59](#), [60](#), [61](#), [62](#), [63](#), [64](#), [65](#), [66](#), [67](#), [68](#), [69](#), [70](#), [71](#), [72](#), [73](#), [74](#), [75](#), [76](#), [77](#), [78](#), [79](#), [80](#), [81](#), [82](#), [83](#), [84](#), [85](#), [86](#), [87](#), [88](#), [89](#), [90](#), [91](#), [92](#), [93](#), [94](#), [95](#), [96](#), [97](#), [98](#), [99](#), [100](#)

[▶ GO TO CEA REGISTRY BLOG](#)

RECENT BLOGS

- FDA-CMS Parallel Agency Review – The First Pilot Study

- Cost Considerations and the IOM's Essential Health Benefits Report

- PCORI Chief Vows Institute Will Not Do Cost-Effectiveness Analysis

- Cancer care in high income countries and cost-effectiveness

Enlaces

- <http://www.medecon.de/>
- <http://www.york.ac.uk/res/herc/>
- <http://www.ihe.ca/ihe-links/links-canada/>
- <http://www.chere.uts.edu.au/resources/>
- http://www.nlm.nih.gov/nichsr/edu/healthecon/01_he_14.html
- <http://www.htai.org/>
- <https://research.tufts-nemc.org/cear4/>
- http://aunets.isciii.es/web/guest/todos_informes



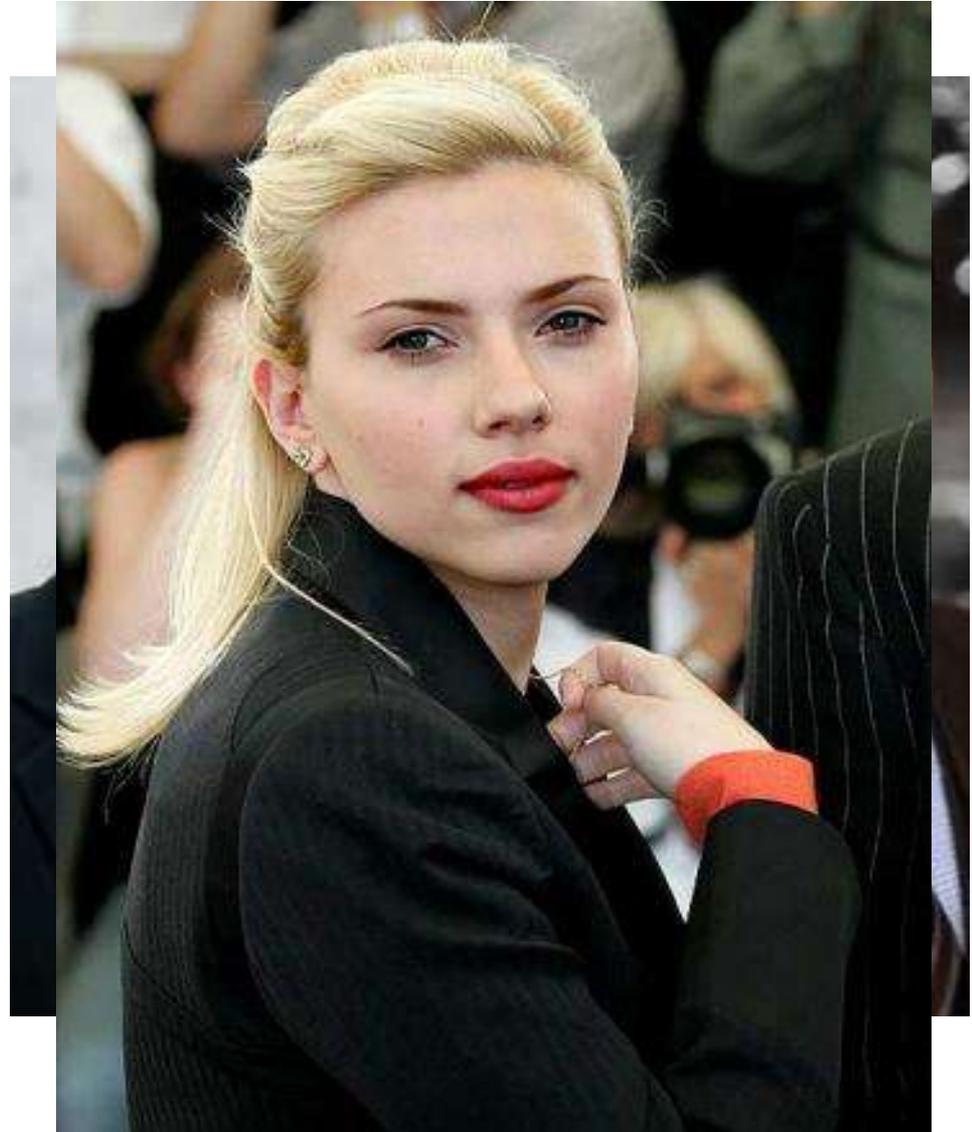
Herramientas para la realización de estudios de evaluación económica y de impacto presupuestario.

- ▶▶ Bases de datos de estudios de evaluación económica.
- ▶▶ Bases de datos de cuestionarios de resultados de salud y descripción de los principales cuestionarios utilizados en la Evaluación Económica.
- ▶▶ Bases de datos de costes y de utilización de recursos.
- ▶▶ Documentos de consenso metodológico.

Medición y valoración de los efectos sobre la salud

Definición de Salud (OMS)

- La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, no sólo la ausencia de enfermedad.
- Definición multidimensional pero poco manejable.



Medidas de resultados

- Muerte
- Esperanza de vida.- Método de Sullivan.
Formalmente desarrollado en los años 70.
- Muerte prematura.-Medida propuesta
formalmente por primera vez por Demsey
(1947)
- APVP (antes de los 75 años)

Medidas de resultados

Figure. Leading causes of public health burden using alternative measures of burden, United States

<i>Mortality (2002)^a</i>	<i>YPLL before 75 (2002)^a</i>	<i>DALY (1996)^b</i>

Medidas de resultados

Figure. Leading causes of public health burden using alternative measures of burden, United States

<i>Mortality (2002)^a</i>	<i>YPLL before 75 (2002)^a</i>	<i>DALY (1996)^b</i>
1. Diseases of heart	1. Malignant neoplasms	
2. Malignant neoplasms	2. Diseases of heart	
3. Cerebrovascular disease	3. Unintentional injuries	
4. Chronic lower respiratory disease	4. Suicide	
5. Unintentional injuries	5. Homicide	
6. Diabetes mellitus	6. Cerebrovascular disease	
7. Influenza and pneumonia	7. Diabetes mellitus	
8. Alzheimer's disease	8. Chronic lower respiratory disease	
9. Nephritis, nephrotic syndrome and nephrosis	9. Chronic liver disease	
10. HIV	10. Osteoarthritis	

Medidas de resultados

Figure. Leading causes of public health burden using alternative measures of burden, United States

<i>Mortality (2002)^a</i>	<i>YPLL before 75 (2002)^a</i>	<i>DALY (1996)^b</i>
1. Diseases of heart	1. Malignant neoplasms	1. Ischemic heart disease
2. Malignant neoplasms	2. Diseases of heart	2. Cerebrovascular disease
3. Cerebrovascular disease	3. Unintentional injuries	3. Motor vehicle crashes
4. Chronic lower respiratory disease	4. Suicide	4. Depression
5. Unintentional injuries	5. Homicide	5. Lung cancer
6. Diabetes mellitus	6. Cerebrovascular disease	6. Chronic lower respiratory disease
7. Influenza and pneumonia	7. Diabetes mellitus	7. Alcohol use
8. Alzheimer's disease	8. Chronic lower respiratory disease	8. HIV
9. Nephritis, nephrotic syndrome and nephrosis	9. Chronic liver disease	9. Diabetes mellitus
10. HIV	10. Osteoarthritis	10. Septicemia

Medidas de resultados

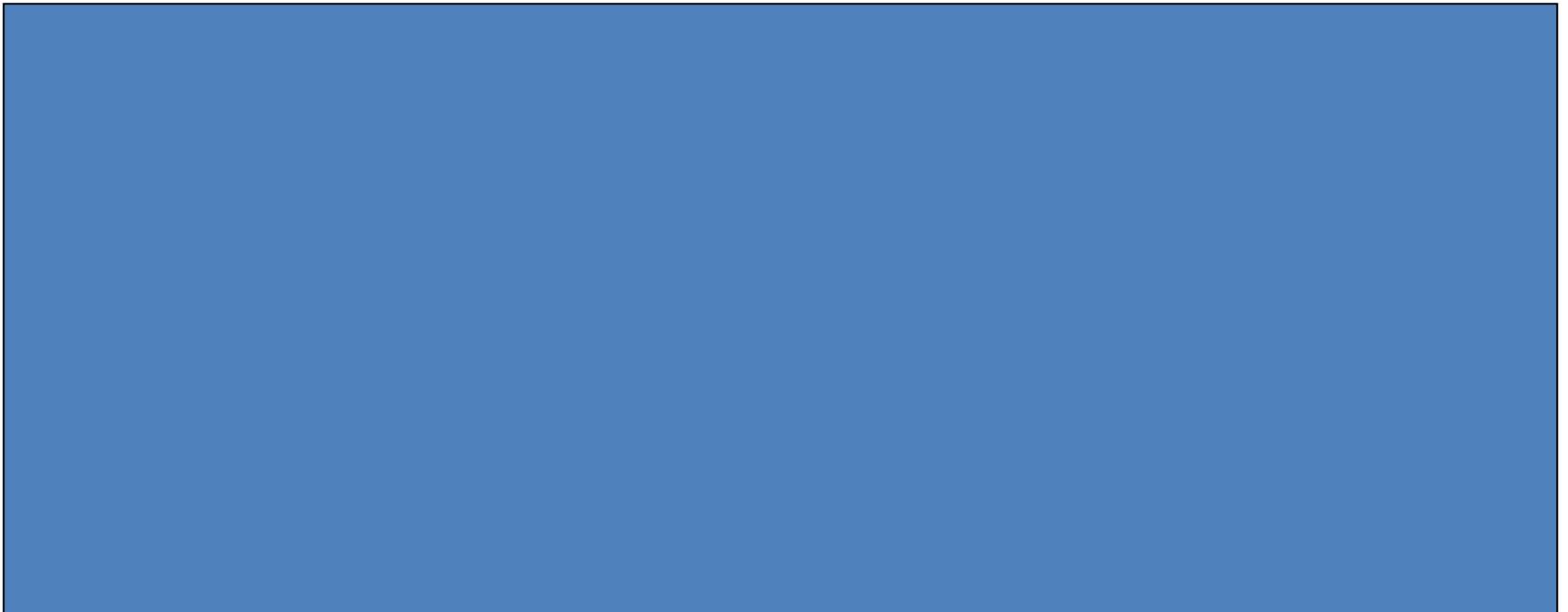
- Causas de muerte.- Medida propuesta formalmente por McGinnis y Foege en 1991 para enfatizar la importancia de factores de riesgo (generalmente evitables) que contribuyen a la mortalidad
- Indicadores de morbilidad
 - Generalmente, más desconocidos de lo esperado
 - ¿Cuál es la prevalencia de personas VIH+ en España?
 - ¿Qué porcentaje de personas diabéticas son diagnosticadas antes de sufrir un evento agudo relacionado con la DM?
 - Si el sistema sanitario se desarrolla y se diagnostican antes las enfermedades, ¿qué ocurre con la prevalencia?
 - Prevalencia/incidencia real y prevalencia/incidencia registrada
 - Si los tratamientos mejoran, ¿la prevalencia aumenta o disminuye?

Medidas de resultados

Actual causes of death (2000)^c

Hospital discharges (2001)^d

Hospital days (2001)^d



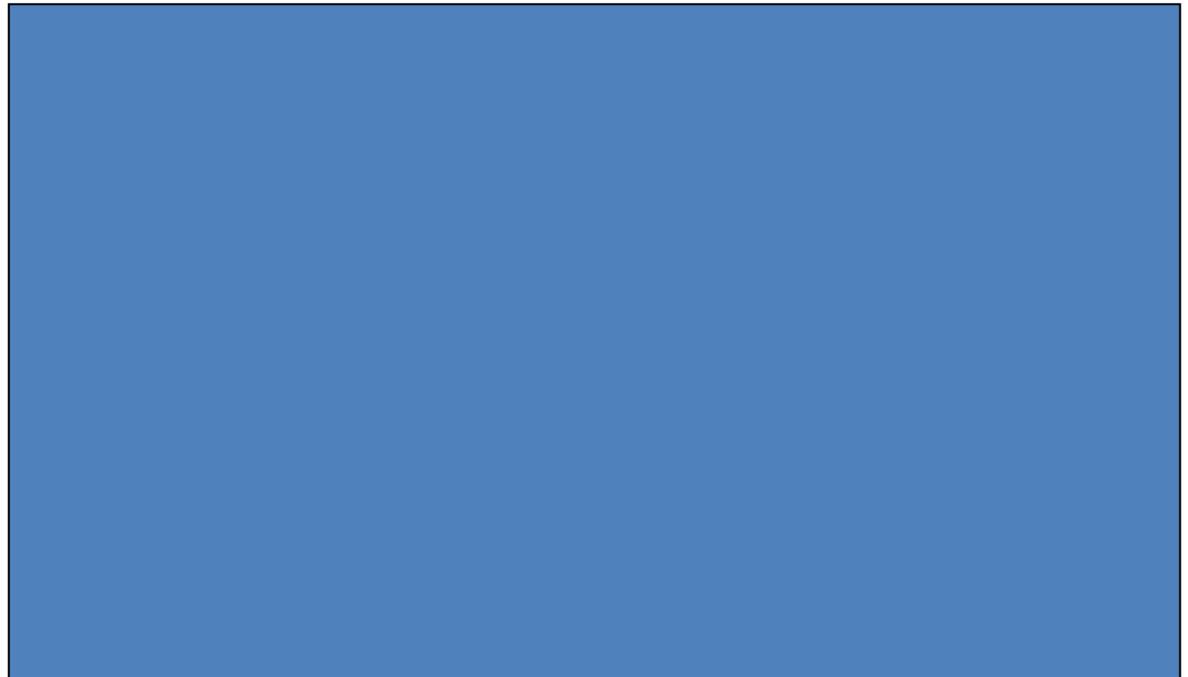
Medidas de resultados

Actual causes of death (2000)^c

Hospital discharges (2001)^d

Hospital days (2001)^d

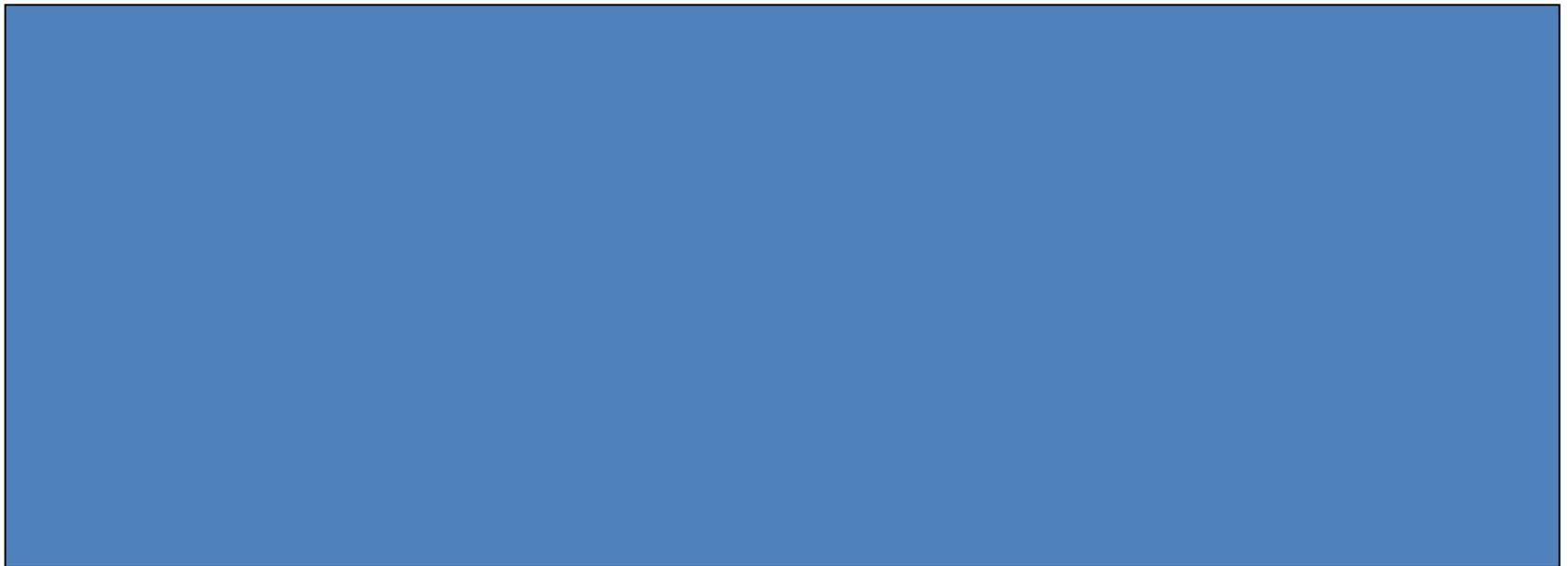
1. Tobacco
2. Poor diet/physical inactivity
3. Alcohol
4. Microbial agents
5. Toxic Agents
6. Motor vehicle crashes
7. Firearms
8. Sexual behavior
9. Illicit drug use



Medidas de resultados

Disability (1999)^e

Costly conditions (2000)^f



Medidas de resultados

- Indicadores complementarios, no sustitutivos
- ¿Dónde queremos poner el énfasis?
- Suicidios y muertes en accidentes de tráfico. Escasos, en términos relativos, pero importantes en términos de fallecimientos prematuros y APVP
- Artritis reumatoide. ¿Fallecimientos?
 - Enfermedad que causa una importante discapacidad y dolor.

Medidas de resultados

- Medidas ambiciosas de Salud Pública
- Volvamos a la definición de la OMS...salud no es sólo ausencia de enfermedad
- Para niños.- Salud es poder desarrollar sus capacidades de aprendizaje, desarrollar habilidades y relaciones familiares y sociales, crecimiento adecuado (peso, altura), mortalidad prevenible.
- Para adolescentes.- Los indicadores de salud deben reflejar crecimiento adecuado (peso, altura), mortalidad prevenible, capacidad para desarrollar habilidades y relaciones familiares y sociales, hábitos saludables (alcohol, tabaco, drogas ilegales,...)

Medidas de resultados

- Para jóvenes adultos.-Medidas de participación familiar y social, satisfacción laboral, mortalidad prevenible.
- Para mayores.- Medidas de actividad, independencia, capacidad de desarrollar actividad de ocio, ausencia de dolor.

Algunas unidades comúnmente utilizadas en la EE

- Vidas salvadas
- Días de dolor evitados.
- Complicaciones evitadas
- Días de hospitalización evitados
- Número de casos prevenidos.
- Años de vida ganados
- Tiempo sin síntomas.
- mmHG. de tensión arterial reducidos.
- Nivel de glucosa en sangre
- Casos correctamente diagnosticados
- Años de vida ajustados por la calidad (AVAC).

Definición de Salud (OMS)

Calidad de Vida

- Concepto más amplio que el anterior que incluye salud, economía, educación, medio ambiente,...
- Percepción global de satisfacción en un número determinado de dimensiones clave (Hörnquist)

Dimensiones de la CVRS

- Función Física: movilidad, autocuidado, síntomas físicos, capacidad para desarrollar las actividades cotidianas.
- Función Psicológica: depresión, ansiedad, expectativas de futuro.
- Función Social: pasatiempos, ocio, relaciones sociales y familiares, actividad sexual.
- Función Cognitiva: memoria, alerta, juicio.
- Bienestar General: salud general, percepciones de salud, satisfacción con la vida.
- Estatus Económico: ingresos, empleo, capacidad para mantener un estándar de vida

- Instrumentos de medidas de la CVRS (óptica de los pacientes).
- Los instrumentos de medida de la CVRS son de dos clases:
 - **Genéricos:** diseñados para ser aplicados a muestras transversales de una amplia variedad de pacientes o población. Sus clases son:
 - **Perfiles de salud.**
 - **Medidas de utilidad.**
 - **Específicos:** son instrumentos diseñados para medir enfermedades determinadas, calcular estados concretos o utilizados únicamente en determinados pacientes.
 - Índices de valoración funcional.
 - Índices de valoración de una enfermedad específica.
 - Índices de valoración de una población específica.

- Dentro de los **instrumentos específicos** distinguimos tres grandes clases:
 - **Índices de valoración funcional:** están basados en la repercusión funcional de la enfermedad en el individuo y se centran en la medida de la incapacidad (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)).
 - **Índices de valoración subjetiva de una enfermedad :** suelen ser escalas ordinales que valoran enfermedades crónicas en el área geriátrica y de la medicina rehabilitadora. (Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS); MLWHF; MOS-HIV).
 - **Índices de valoración de una población específica:** se centran en un grupo determinados de pacientes: ancianos, niños, mujeres, pacientes de UCI, ... (Pediatric Functional Independence Measure)

- Dentro de los instrumentos genéricos distinguimos dos grandes clases:
 - **Perfiles de salud:** aplicables a una amplia variedad de poblaciones y cubren un amplio espectro de dimensiones de la calidad de vida. Los perfiles de salud más utilizados están:
 - Sickness Impact Profile (SIPS).
 - Nottingham Health Profile (NHP).
 - SF-36.
 - **Medidas de utilidad:** se derivan de la teoría económica y sus índices se basan en las preferencias reveladas o utilidades que los individuos asignan a diferentes estados de salud. Algunos de los más utilizados son:
 - Matriz de Roser y Kind.
 - Escala de la calidad del bienestar.
 - EQ-5D

Utilidad

- ❑ **Bienestar subjetivo o percepción individual de los niveles de satisfacción relacionados con la salud obtenidos por los pacientes al adquirir, recibir, disfrutar o consumir prestaciones sanitarias.**
- ❑ **Valor asignado por el paciente a su estado actual de salud en comparación con otros estados de salud.**
- ❑ **Se expresa en índices sintéticos que combinan cantidad de salud y calidad de vida.**

Utilidad

- ❑ **La salud se puede reducir a 2 componentes;**
 - ▢ Cantidad de Vida (Y),
 - ▢ Calidad de Vida (Q),

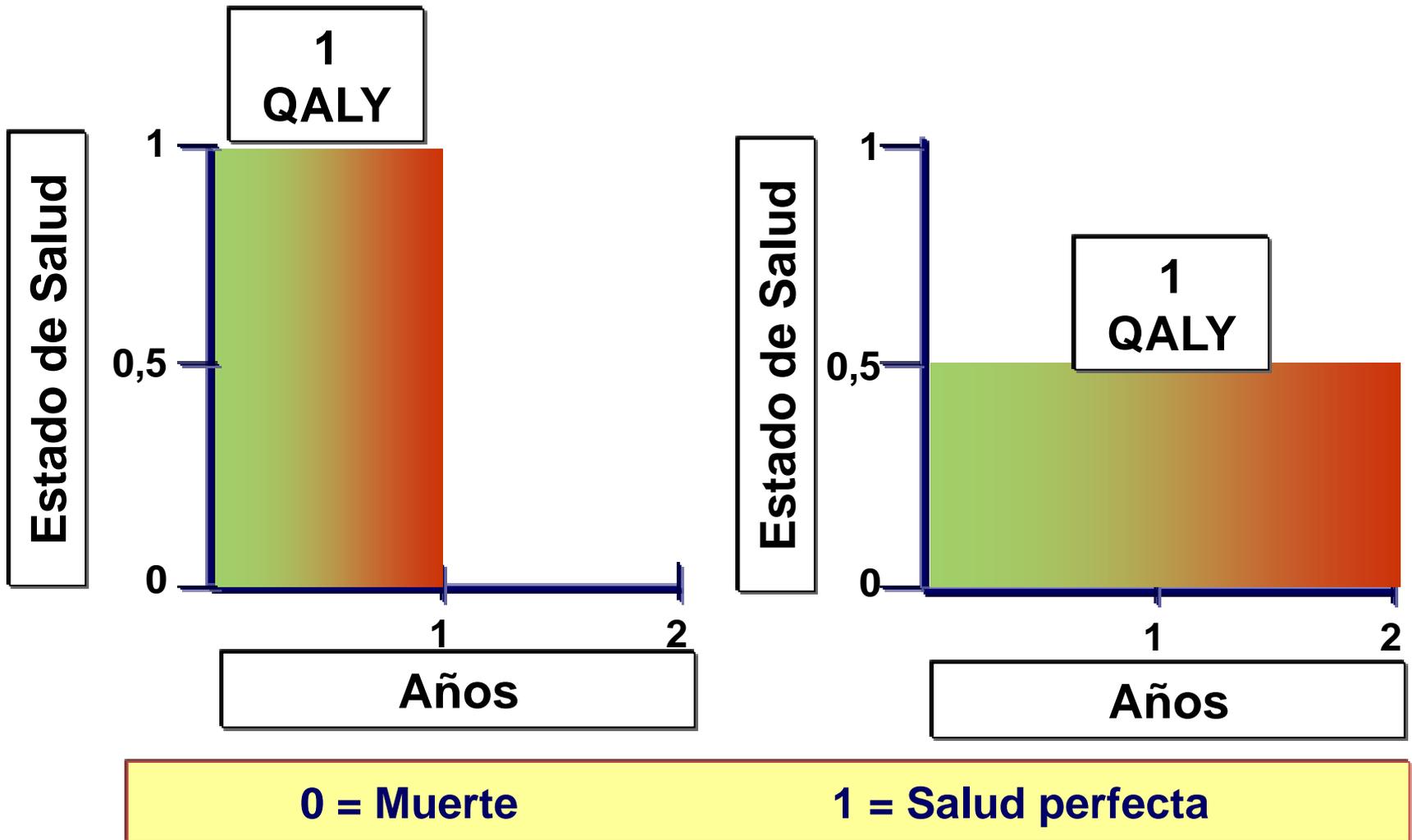
- ❑ **Cualquier estado de salud se puede expresar como una combinación de Q e Y; $U(Q, Y)$**

- ❑ **Los individuos prefieren:**
 - ▢ vivir más años en peor calidad de vida, o
 - ▢ menos años en mejor calidad de vida,

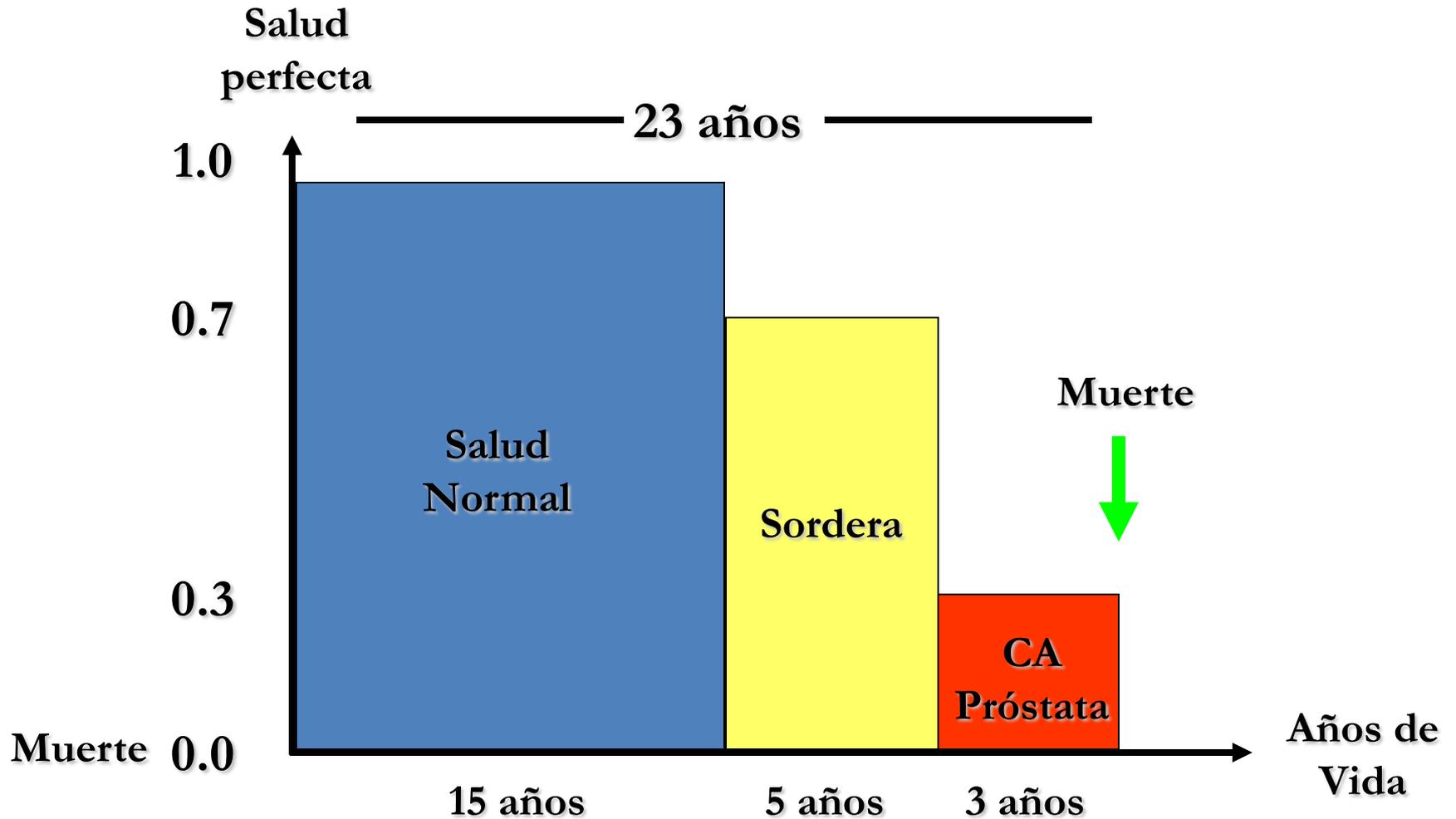
- ❑ **La salud de un sujeto se puede medir como la suma de la calidad de vida durante los años que dura su vida.**

$$U(Q, Y) = U(Q) \times Y$$

QALY = Año de Vida Ajustado por Calidad



QALY = Año de Vida Ajustado por Calidad



QALY = Año de Vida Ajustado por Calidad

$$U (Q,Y) = U (Q) \times Y$$

$$U (Q,Y) = (15 \times 1) + (5 \times 0,7) + (3 \times 0,3) =$$
$$15,0 + 3,5 + 0,9 = 19,4 \text{ QALYs}$$

Indicadores de Utilidad

- **AVAC/QALY = Año de Vida ajustado por CV**
- **DALY = Año con discapacidad**
- **Q-TWiST = Año sin toxicidad**
- **HALE = Año de esperanza de vida**
- **EFD = Tiempo libre de exacerbaciones o recidivas**
- **HYE = Años de Vida saludable**

¿Porqué medimos la utilidad?

- ❑ **Es la forma de expresar la efectividad de las intervenciones sanitarias cuando se necesita realizar un análisis coste-utilidad.**
- ❑ **Cuando se necesita incorporar la perspectiva del paciente en la valoración de los resultados de las intervenciones sanitarias.**
- ❑ **Cuando la Calidad de Vida es el resultado importante o un resultado de importancia para la intervención que se evalúa.**
- ❑ **Cuando se desea disponer de una medida común que haga homogéneos los resultados de morbi-mortalidad y se requiere sintetizar en un único indicador la cantidad y la calidad de salud.**
- ❑ **Cuando se desean realizar comparaciones con otras intervenciones/programas sanitarios.**

Medición del Valor de Utilidad

□ Procedimientos:

➤ **Métodos Directos**

➤ **Métodos Indirectos**

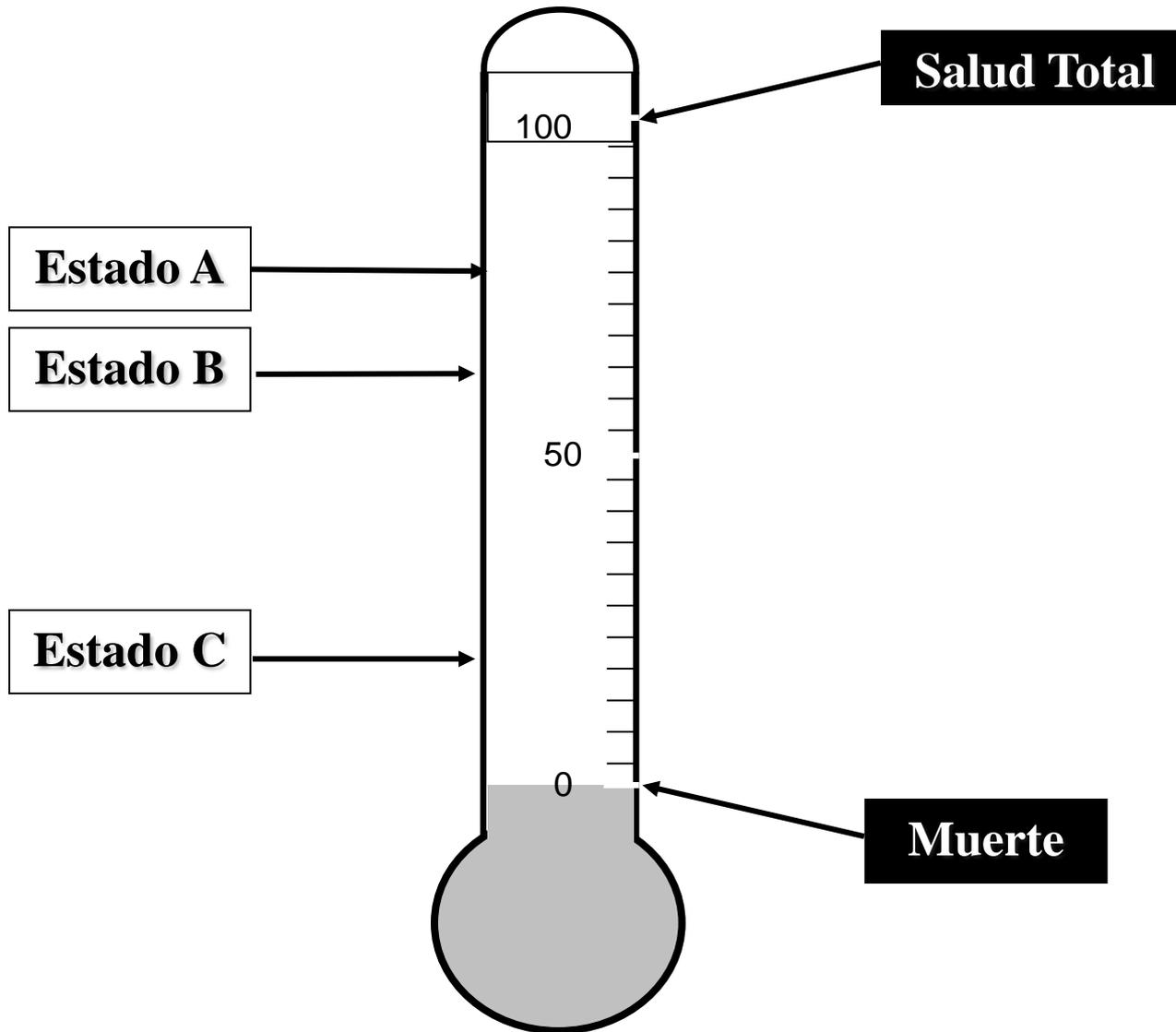
Métodos directos

- ❑ **Compensación o intercambio temporal,
(TTO=Time trade-off)**
- ❑ **Lotería estándar o Apuesta normalizada
(SG=Standard Gamble)**
- ❑ **Escala Visual Analógica de Preferencias
(VAS=Visual Analogue Scale)**
- ❑ **Compensación o equivalencia de personas
(PTO=Person trade-off)**

Métodos indirectos

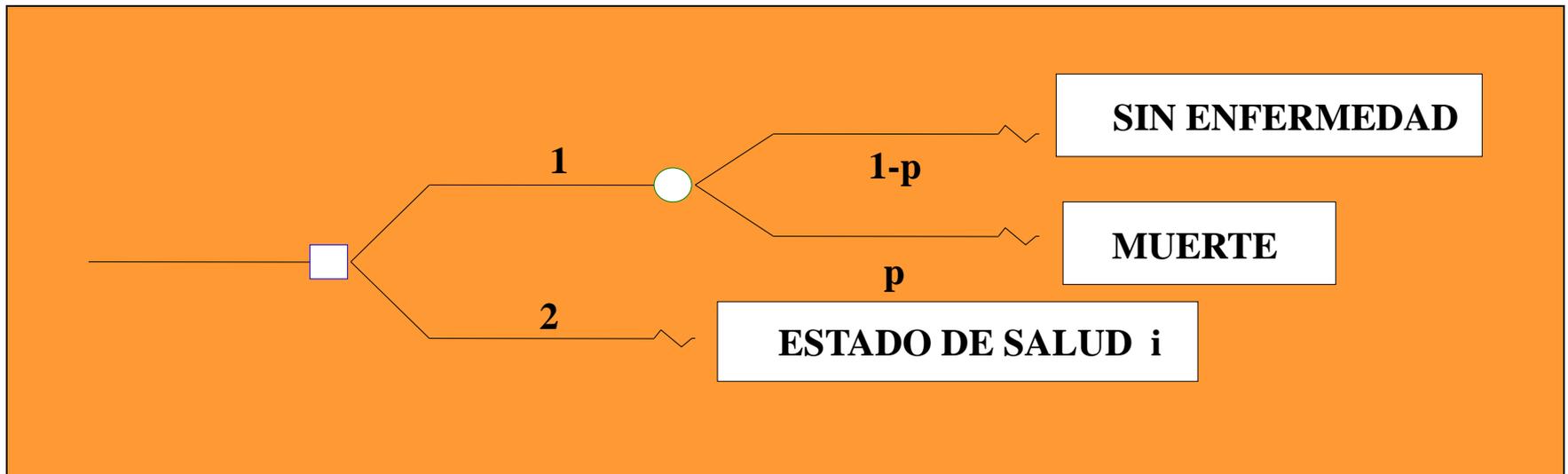
- Matriz de Roser y King**
- Health Utility Index (HUI)**
- EQ-5D**
- SF-6D**
- Otros:**
 - **SF-12**
 - **Cuestionarios CVRS/estado de salud específicos:**
 - **EORTC, PANSS, IIEF, OABq**
 - **Opinión de expertos**

Escala Visual Analógica



Standard Gamble

- Se da a escoger al sujeto entre dos alternativas, una de ellas con un resultado seguro (la 2) mientras que la otra supone una apuesta (la 1).
- El resultado seguro es el estado de salud (i) que se quiere evaluar y la apuesta tiene dos resultados posibles.



Standard Gamble

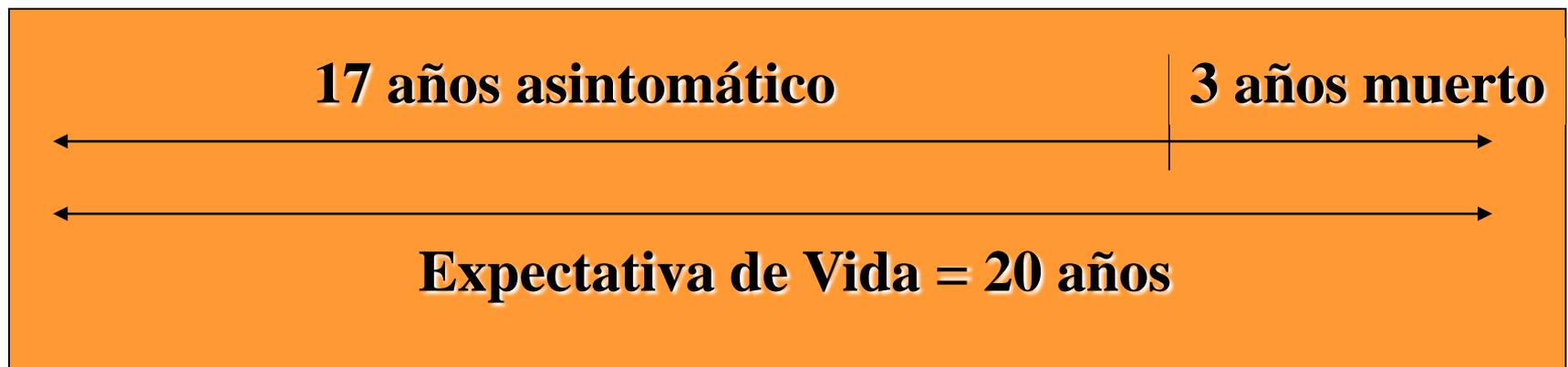
$$u = 1 - SG$$

u = valor de utilidad

SG = Riesgo o probabilidad de muerte aceptado por el paciente

Time Trade Off

- Imaginemos a un paciente de 60 años, con angor estable de esfuerzo, lo que limita seriamente su capacidad de realizar esfuerzos físicos y cuya expectativa de vida es de 20 años.
- ¿ En cuántos años estaría dispuesto a reducir su expectativa de vida si se le asegura un perfecto estado de salud ? = 3 años.



Time Trade Off

$$u = 1 - \frac{TTO}{EV}$$

u = valor de utilidad

TTO = Valor temporal (años) que el individuo está dispuesto a sacrificar

EV = Esperanza de Vida (años) del individuo en el momento TTO

Medición del Valor de Utilidad

□ Métodos indirectos

Niveles de incapacidad	Niveles de sufrimiento			
	<i>Ausente</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderado</i>	<i>Grave</i>
1. Ausencia de incapacidad	1.000	0.995	0.990	0.967
2. Ligera incapacidad social	0.990	0.986	0.973	0.932
3. Incapacidad social grave y/o ligero deterioro del rendimiento laboral. Capaz de realizar todas las tareas domésticas excepto las muy pesadas	0.980	0.972	0.956	0.912
4. Limitación muy grave en las posibilidades de elección de trabajo y en el rendimiento laboral. Las amas de casa y los ancianos son tan solo capaces de realizar tareas domésticas ligeras, pero son capaces de ir de compras	0.964	0.956	0.942	0.870
5. Incapacidad para conseguir un empleo remunerado. Incapacidad para proseguir cualquier tipo de educación. Ancianos confinados en su hogar, excepto raras salidas acompañadas y breves paseos, e incapaces de ir de compras. Amas de casa capaces tan sólo de realizar unas pocas tareas sencillas.	0.946	0.935	0.900	0.700
6. Confinado en una silla o sillas de reudas, o bien incapaz de desplazarse por la vivienda sin la ayuda de otra persona.	0.875	0.845	0.680	0.000
7. Confinado en la cama	0.677	0.564	0.000	-1.486
8. Inconsciente	-1.028	NA	NA	NA

Health Utility Index 3 (HUI-3)

Descripción de los Atributos

1. Visión

2. Audición

3. Habla

4. Deambulación

5. Destreza

6. Emoción

7. Cognición

8. Dolor

Health Utility Index 3 (HUI-3)

<u>Atributo</u>	<u>Descripción de los niveles</u>
VISIÓN	1. Capaz de ver lo suficiente para leer el periódico y reconocer a un amigo al otro lado de la calle, sin gafas ni lentes de contacto.
	2. Capaz de ver lo suficiente para leer el periódico y reconocer a un amigo al otro lado de la calle, usando gafas.
	3. Capaz de leer el periódico con gafas o sin ellas, pero incapaz de reconocer a un amigo al otro lado de la calle, ni usando gafas.
	4. Capaz de reconocer a un amigo del otro lado de la calle con gafas o sin ellas pero incapaz de leer el periódico, ni usando gafas.
	5. Incapaz de leer el periódico ni de reconocer a un amigo al otro lado de la calle, ni usando gafas.
	6. Incapaz de ver nada.

Health Utility Index 3 (HUI-3)

Valores para el cálculo de la función de utilidad multi-atributo.

Visión		Audición		Habla		Deambula.		Destreza		Emoción		Cognición		Dolor	
A_1	b_1	A_2	b_2	A_3	b_3	A_4	b_4	A_5	b_5	A_6	b_6	A_7	b_7	A_8	b_8
1	1,00	1	1,00	1	1,00	1	1,00	1	1,00	1	1,00	1	1,00	1	1,00
2	0,99	2	0,95	2	0,96	2	0,94	2	0,95	2	0,99	2	0,91	2	0,95
3	0,92	3	0,87	3	0,89	3	0,86	3	0,86	3	0,74	3	0,95	3	0,89
4	0,85	4	0,80	4	0,78	4	0,73	4	0,74	4	0,56	4	0,80	4	0,77
5	0,74	5	0,72	5	0,62	5	0,62	5	0,62	5	0,35	5	0,69	5	0,64
6	0,62	6	0,59			6	0,52	6	0,49			6	0,62		

Health Utility Index 3 (HUI-3)

$$u = 1,0078 \times b_1 \times b_2 \times b_3 \times b_4 \times b_5 \times b_6 \times b_7 \times b_8 \quad \bar{u} = 0,0078$$

**EQ-5D:
Usos y
aplicaciones.**

EQ-5D: Descripción

- El desarrollo de este instrumento está basado en los trabajos de un equipo multidisciplinario de 5 países (Inglaterra, Finlandia, Holanda, Suecia y Dinamarca), que comenzaron en 1988 y que culminaron con el desarrollo de la 1ª versión del EuroQol en 1990, de 6 dimensiones. En 1.991 se realizó la 2ª versión (EQ-5D) de 5 dimensiones.
- El objeto de los autores era disponer de un instrumento sencillo, que describiera la calidad de vida asociada a la salud, a través de los principales atributos de la salud.
- En nuestro país, el grupo liderado por el Dr. X. Badia, llevó a cabo su validación.

EQ-5D: Descripción

- El instrumento está diseñado para administrarse por correo, o ser autoadministrado con supervisión. Consta de 4 partes:
- - **Primera:** descripción del estado de salud actual (HOY) en cinco dimensiones;
 - movilidad
 - cuidado personal
 - actividades cotidianas
 - dolor/malestar y
 - ansiedad/depresión

El entrevistado debe elegir entre tres niveles de gravedad;

- “sin problemas” (1)
- “algunos/moderados problemas” (2)
- y “muchos problemas” (3)

Cada respuesta se codifica como **1, 2 ó 3** respectivamente. Con estos datos se establece el estado de salud del individuo mediante un número o vector de 5 dígitos (uno por cada dimensión estudiada) → **243** estados de salud.

EQ-5D: Descripción

Movilidad

1. No tengo problemas para caminar
2. Tengo algunos problemas para caminar
3. Tengo que estar en la cama

Cuidado personal

1. No tengo problemas con el cuidado personal
2. Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo
3. Soy incapaz de lavarme o vestirme solo

Actividades cotidianas

1. No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
2. Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
3. Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor / Malestar

1. No tengo dolor o malestar
2. Tengo moderado dolor o malestar
3. Tengo mucho dolor o malestar

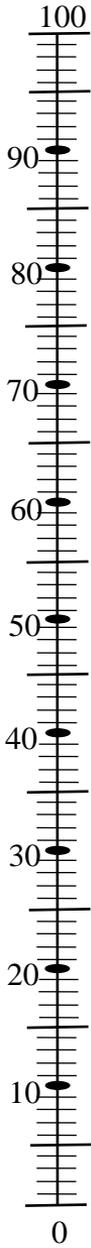
Ansiedad / Depresión

1. No estoy ansioso o deprimido
2. Estoy moderadamente ansioso o deprimido
3. Estoy muy ansioso o deprimido

EQ-5D: Descripción

- - **Segunda:** es una escala visual analógica (EVA), vertical de 20 cm de longitud, graduada de 0 a 100 y con los rótulos “peor estado de salud imaginable” y “mejor estado de salud imaginable” en las puntuaciones 0 y 100, respectivamente. Se debe marcar una línea desde el 0 hasta el nivel que mejor indique su estado de salud “en el día de hoy”.
- - **Tercera:** diseñada para obtener valores individuales de puntuación para los estados de salud descritos. Se presentan una serie de estados de salud definidos y en una EVA se debe indicar como describiría cada uno de ellos. Se muestran 16 estados de salud y además los de “inconsciente” y “muerte”. Con estos datos se obtiene una valoración “social” de cada estado de salud y se construye una “tarifa” para cada uno de ellos. Estos datos pueden darse de forma ajustada o no (directamente de los valores obtenidos de la EVA).
- - **Cuarta:** información personal sobre el encuestado.

**Su estado
de salud
hoy**



**El mejor estado
de salud
imaginable**

**El peor estado
de salud
imaginable**

EQ-5D: Propiedades psicométricas

- **Factibilidad:**
 - Muy buena, sin problemas de comprensión y administrable en < 1`.
- **Fiabilidad:**
 - La fiabilidad test-retest oscila entre 0.86 y 0.90.
- **Validez:**
 - Validez de criterio: posee una buena correlación con el SF-36, salvo en el área de “estado funcional psicológico”.
 - Validez aparente y de contenido.
- **Sensibilidad:**
 - Elevado efecto techo
 - Escalamiento

EQ-5D: Interpretación

- El EQ-5D proporciona un índice único, representativo del estado de salud.
 - Con estos datos se puede elaborar el perfil de los encuestados, individual o grupalmente.
- Los estados de salud pueden transformarse en un “valor índice” o “tarifa” para conseguir una cuantificación de los mismos.
 - Las tarifas obtenidas por la valoración de los estados de salud en población general se llaman “tarifas sociales” y expresan las preferencias de la población por un determinado estado de salud, incluidos los de “inconsciente” y “muerte”.
- Las tarifas pueden originarse por dos sistemas distintos: aplicación de EVA y por “equivalencia temporal” (ET).
- Los valores de tarifa varían entre 1 y -1 , asignando a los estados de “salud perfecta” (11111) el valor de 1 y al de “muerte” el de 0.
 - El valor inconsciente recibe una puntuación de $-0,1304$ por EVA y de $-0,5085$ por ET.

EQ-5D: Interpretación

- Los autores recomiendan su utilización para:
 - obtener un perfil descriptivo del estado de salud individual (código 5 dígitos).
 - proporcionar perfiles de salud (código 5 dígitos).
 - medida del valor social del estado de salud (tarifas)
 - medida individual de valoración del propio estado de salud (EVA).
- Los autores también proponen el emplearlo como un instrumento dinámico, capaz de valorar cambios en los estados de salud.
- Puede ser utilizado tanto por especialistas sanitarios clínicos, investigadores, como por personal administrativo (gerentes sanitarios, financieros).

Cálculo del valor de la tarifa para cualquier estado de salud del EQ-5D

Los índices presentados en la tabla de tarifas pueden ser calculados a partir del valor de los coeficientes del modelo estadístico. En la tabla se muestran los coeficientes de los modelos obtenidos a partir de la EVA y de la ET. Los coeficientes se deben ir restando del valor máximo 1 según el estado de salud definido por el sistema descriptivo.

El índice del estado de salud 12233 se calcula a partir de los coeficientes de la tabla para el modelo de la EVA:

1. Se parte del valor 1 = (11111).
2. Se resta el valor de la *Constante* 0,1502.
3. No se resta nada por el nivel 1 en la dimensión Movilidad.
4. Se resta 0,1012 por el nivel 2 en el Cuidado personal y 0,0551 por el nivel 2 en Act. Cotidianas.
5. Se resta 0,1192 por el nivel 3 en Dolor/Malestar y 0,1024 por el nivel 3 en Ansiedad/Depresión.
6. Por último, se resta 0,2119 por la presencia de algún nivel 3 en alguna dimensión.

La tarifa estimada del estado 12233 sería:

$$1 - 0,1502 - 0,1012 - 0,0551 - 0,1192 - 0,1024 - 0,2119 = \boxed{0,2600}$$

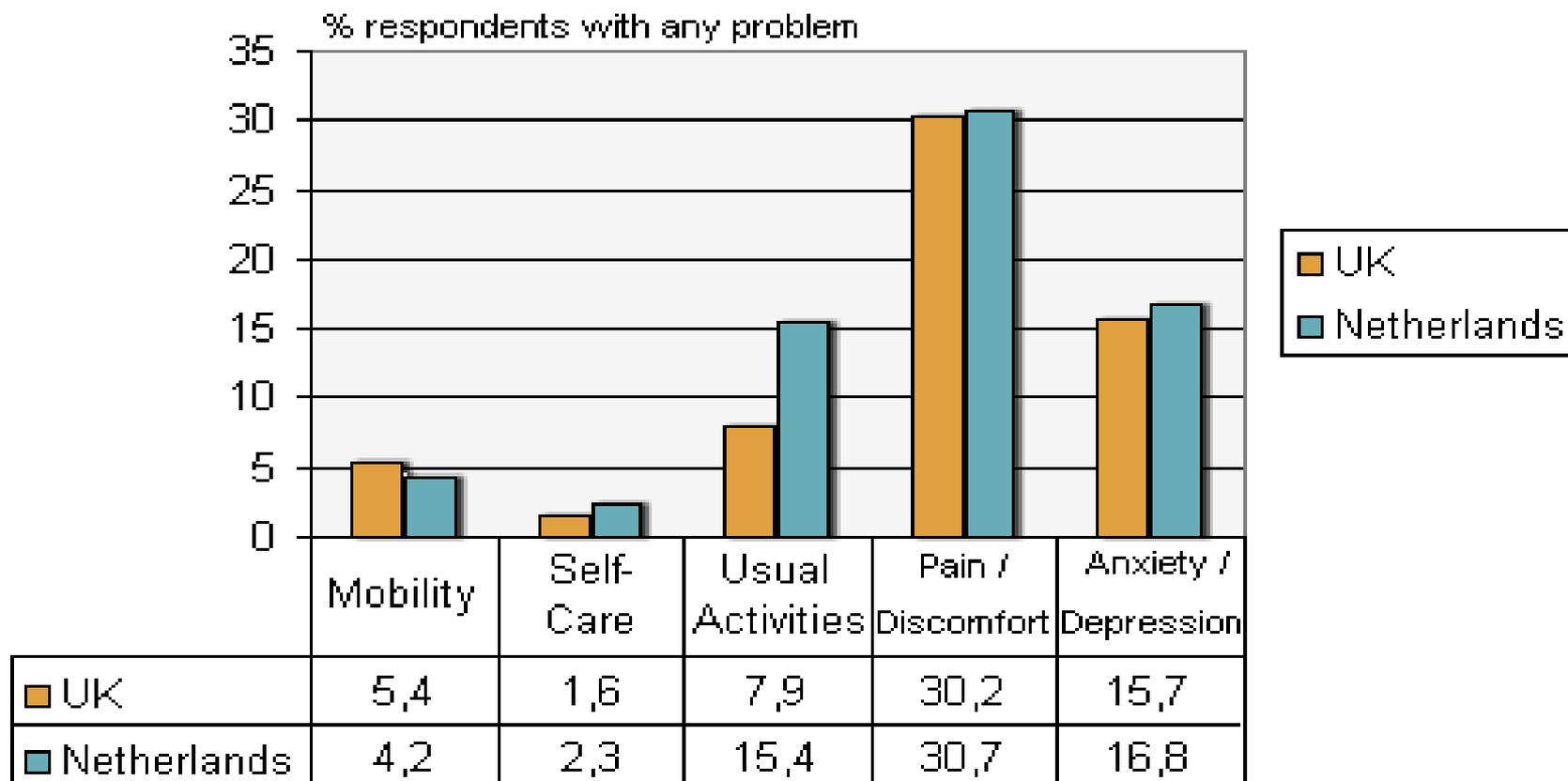
El valor 0,2600 representa la preferencia con que los individuos de la población general asocian al estado de salud 12233.

Tabla de los coeficientes para la obtención de los índices a partir de la EVA y de la Equivalencia Temporal

Variables derivadas del EQ-5D	Coeficientes del modelo:	
	EVA	ET
<i>Constante</i>	-0,1502	-0,0399
Movilidad		
2	-0,0897	-0,0957
3	-0,1794	-0,4230
Cuidado personal		
2	-0,1012	-0,1341
3	-0,2024	-0,3114
Act. Cotidianas		
2	-0,0551	-0,0775
3	-0,1102	-0,2017
Dolor/Malestar		
2	-0,0596	-0,0830
3	-0,1192	-0,2560
Ansiedad/Depresión		
2	-0,0512	-0,0506
3	-0,1024	-0,1358
Presencia de algún 3 en el estado:	-0,2119	-0,2855

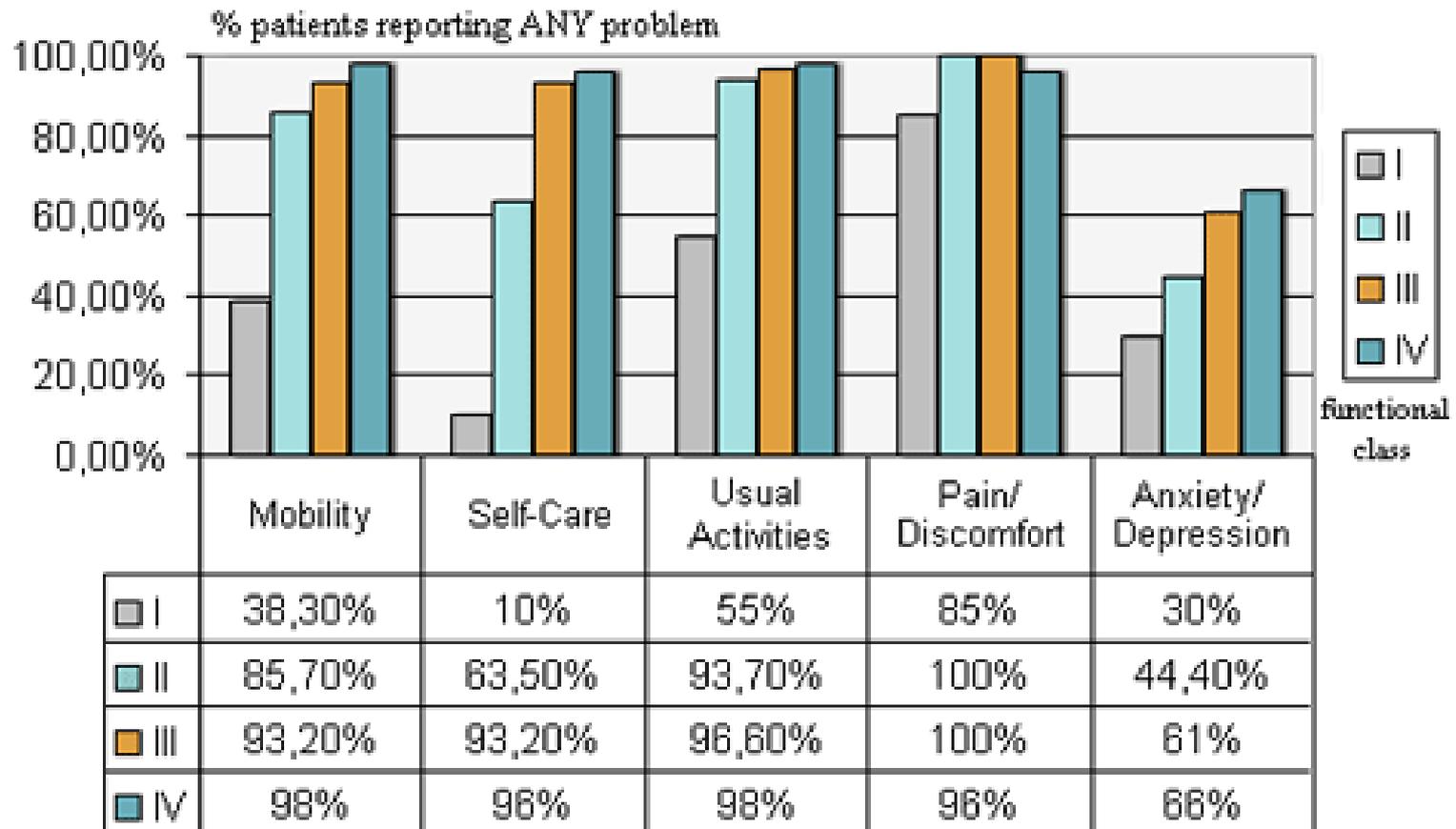
EQ-5D: Presentación

Self-reported health status



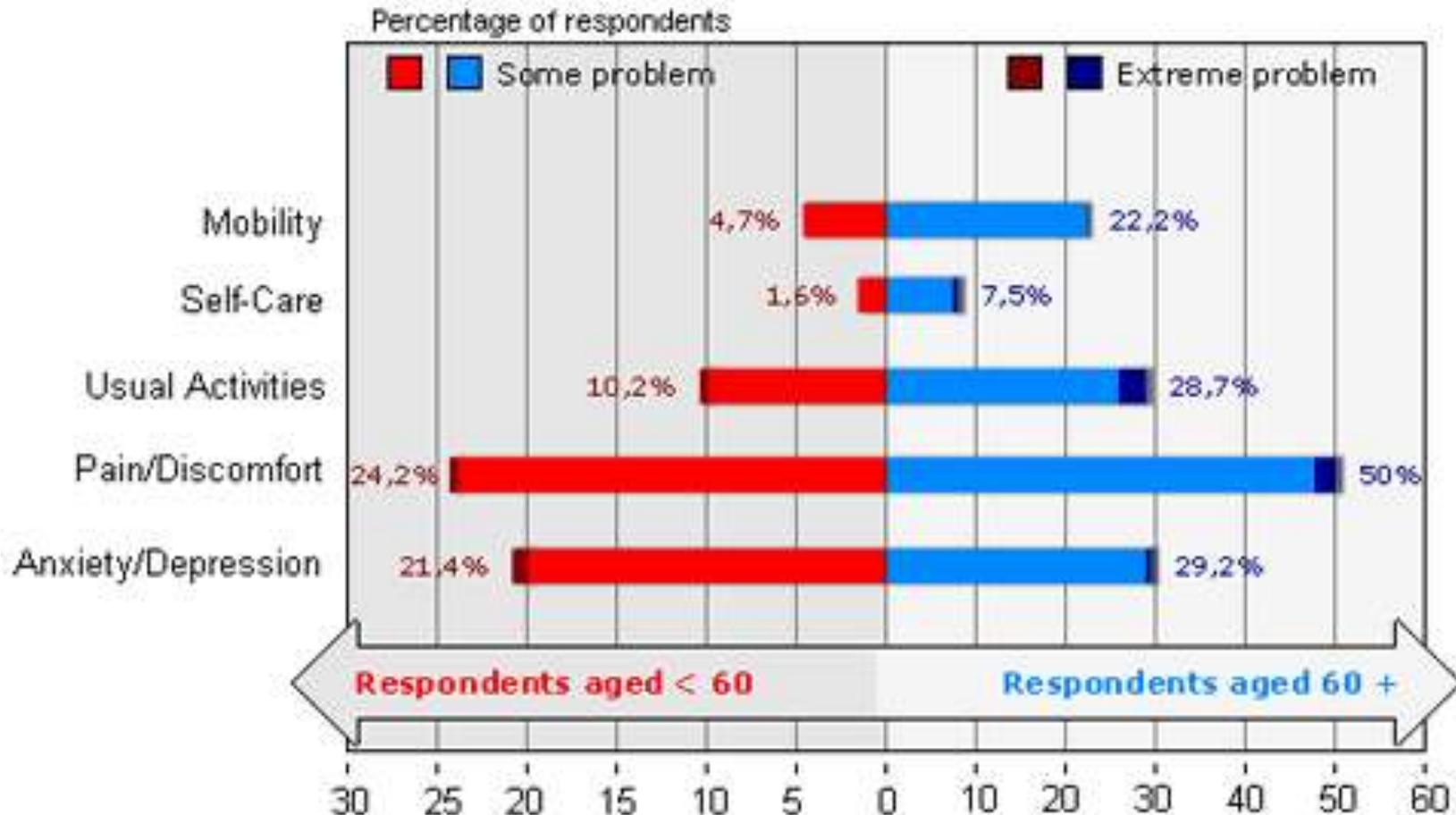
EQ-5D: Presentación

Rheumatoid arthritis patients by functional class



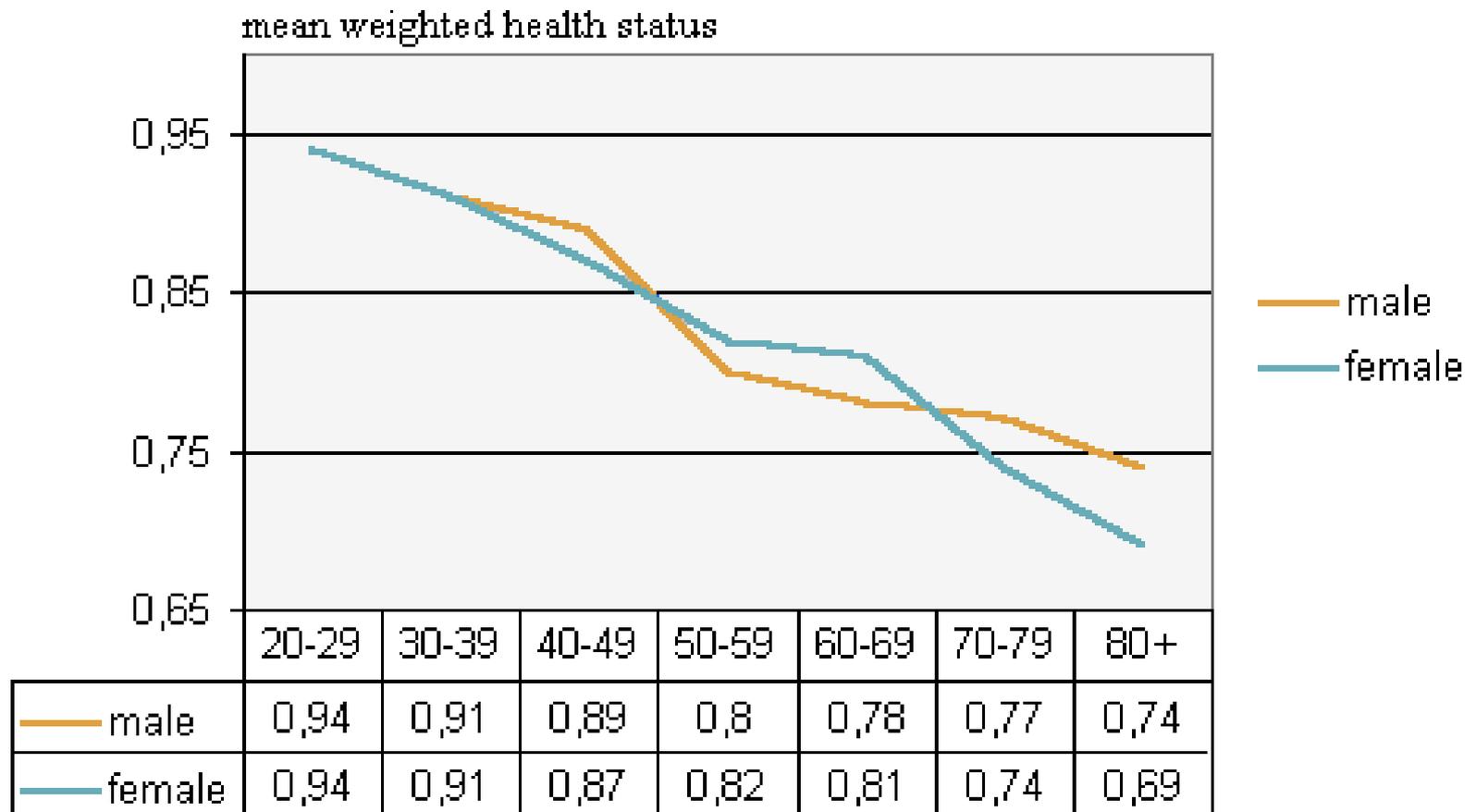
EQ-5D: Presentación

Variation on self-reported health status, discriminating by age



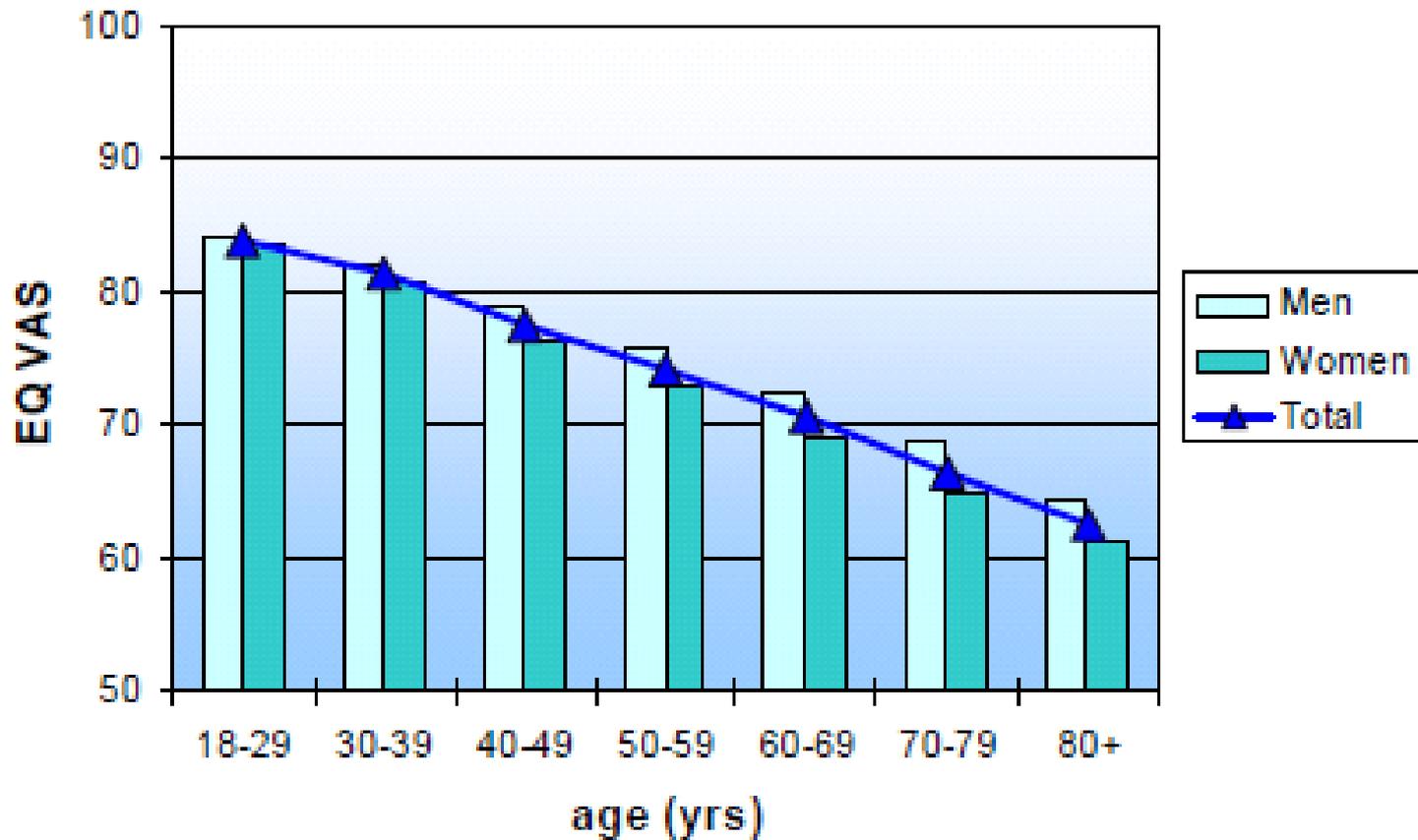
EQ-5D: Presentación

UK population sample by age/sex



EQ-5D: Presentación

Figure 3: Mean population EQ VAS ratings by age group and sex

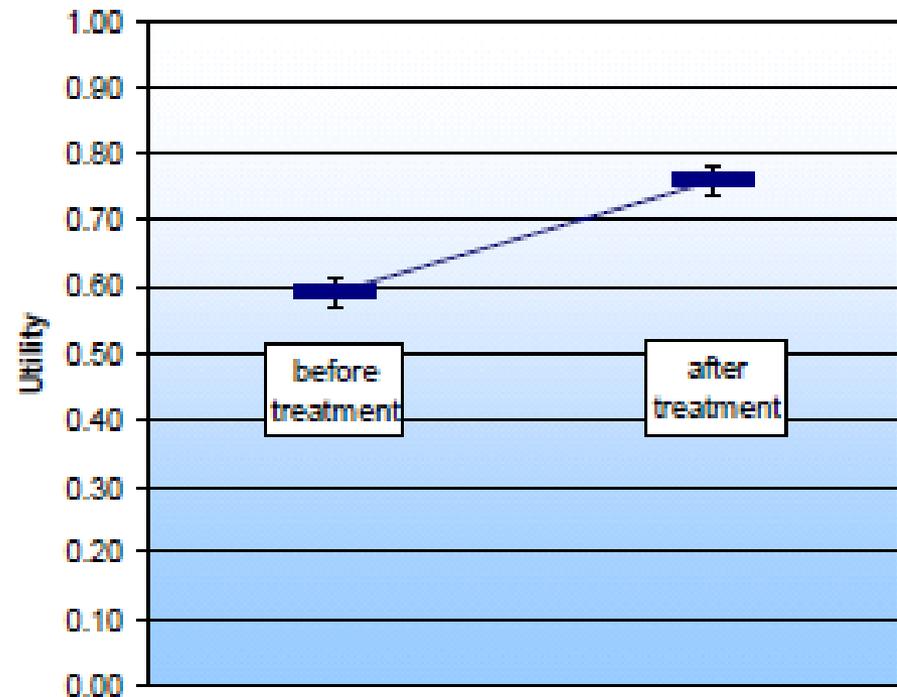


EQ-5D: Presentación

Table 5: EQ-5D index values before and after treatment – mean + standard deviation and median + percentiles

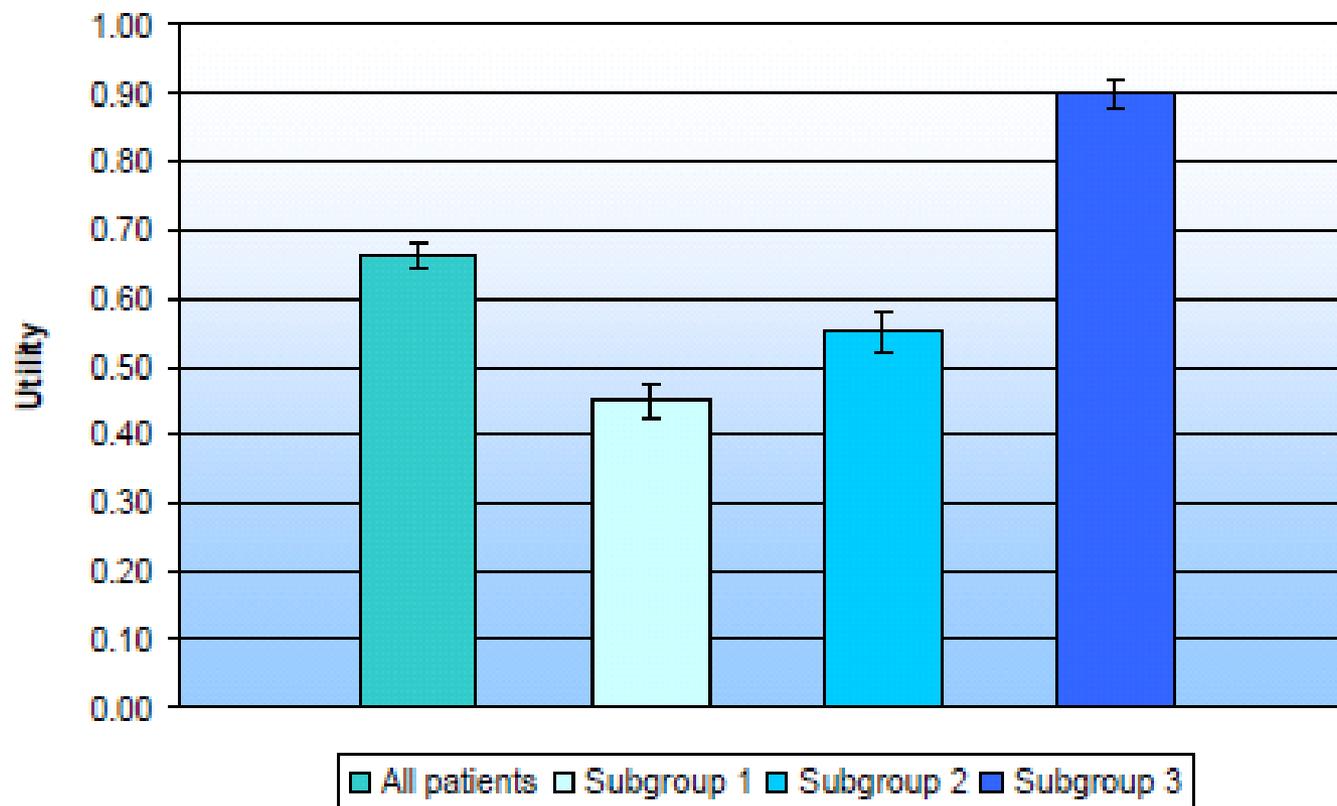
EQ-5D index	before treatment	after treatment
Mean	0.59	0.76
- Std error	0.012	0.015
Median	0.60	0.70
- 25 th	0.50	0.65
- 75 th	0.70	0.80
N	120	110

Figure 4: EQ-5D index values before and after treatment – mean values and 95% confidence intervals



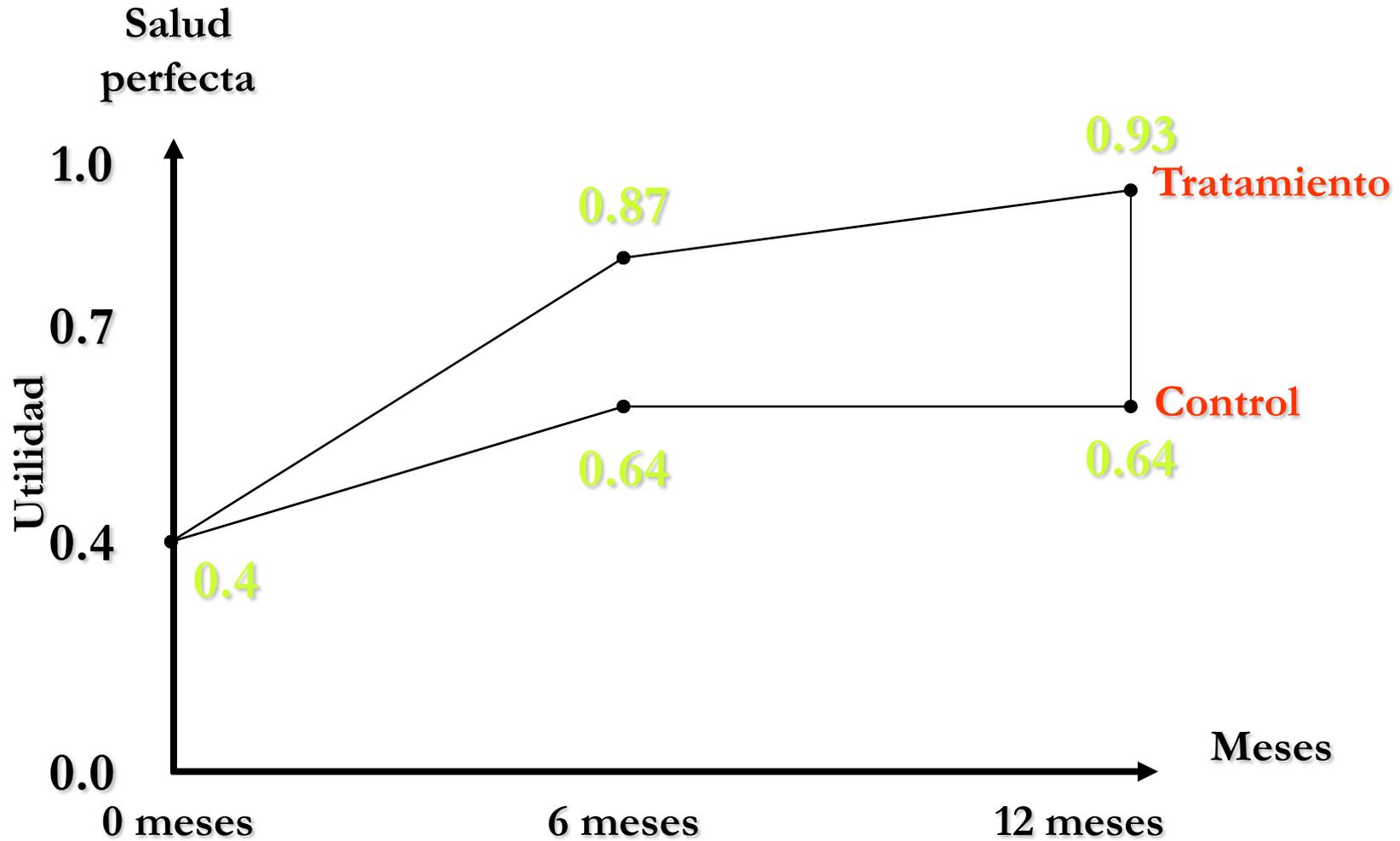
EQ-5D: Presentación

Figure 5: EQ-5D index values of the total patient population and the 3 subgroups – mean values and 95% confidence intervals

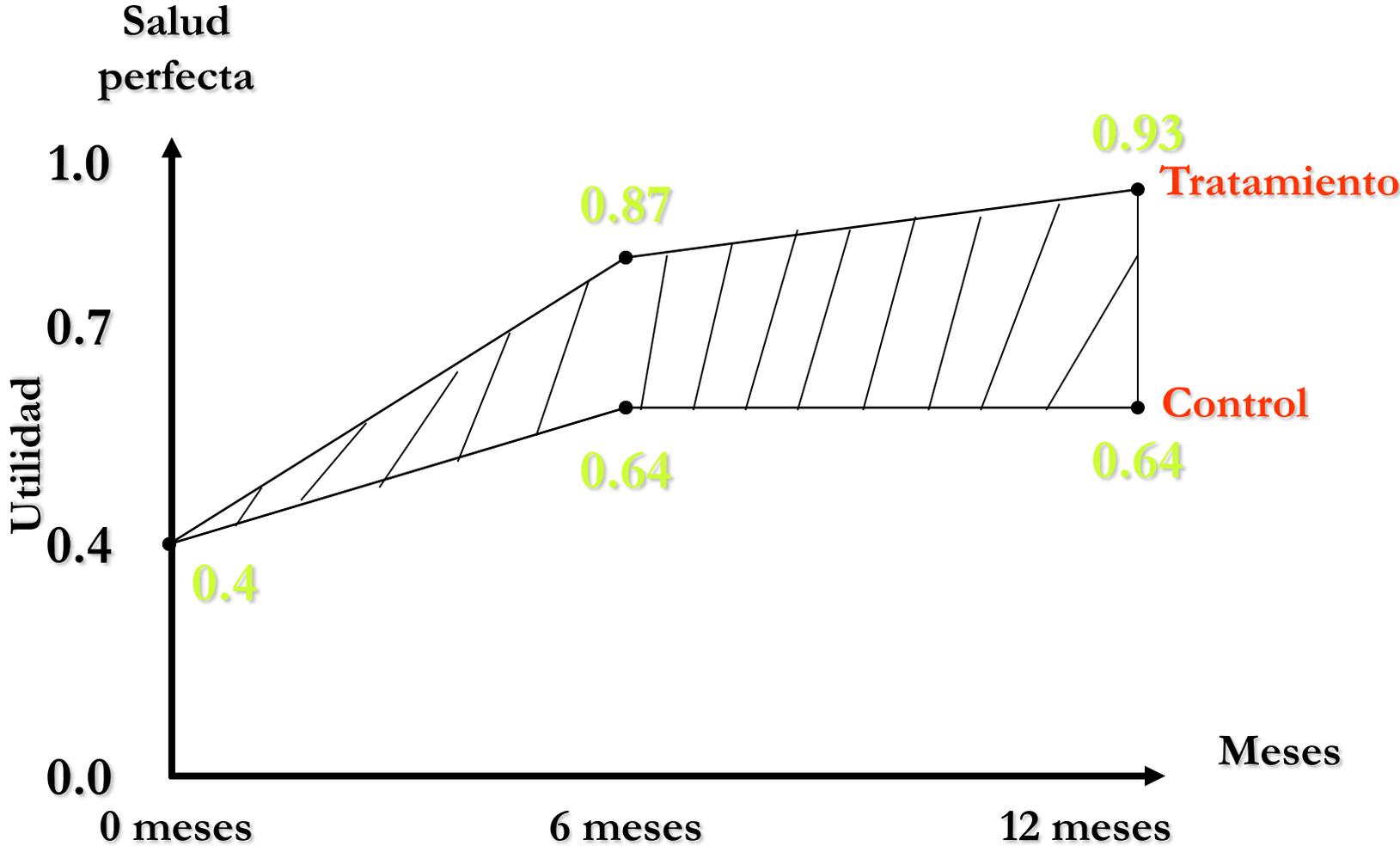


**Ejemplos
para calcular
QALYs ganados
en un estudio longitudinal**

Ejemplo de Cálculo de QALYs



Ejemplo de Cálculo de QALYs



Ejemplo de Cálculo de QALYs

$$\text{QALYs (Control)} = (1 * 0,40) + [(0,5 * 0,24)/2] + (0,5 * 0,24) = 0,58 \text{ QALYs}$$

$$\text{QALYs (Tto)} = (1 * 0,40) + [(0,5 * 0,47)/2] + (0,5 * 0,47) + [(0,5 * 0,06)/2] = 0,77 \text{ QALYs}$$

$$\text{QALYs ganados} = \text{QALYs (Tto)} - \text{QALYs (control)} = 0,77 - 0,58 = 0,19 \text{ QALYs ganados}$$

Indicadores sintéticos

DALY

(Disability-Adjusted Life Year)

DALY

- ¿Qué es un DALY?
 - Indicador de discapacidad o pérdida de vida saludable (CARGA DE ENFERMEDAD),
 - **1 DALY = 1 año de vida saludable perdido por discapacidad**
 - Agrupa en un único valor el tiempo (en años) de vida perdido por muerte prematura con el tiempo (en años) de vida con disminución o deficiencia de la salud (por cualquier razón),
 - Índice sintético que expresa cantidad y calidad (discapacidad) de vida,
 - Es genérico.

DALY

- **Componentes del DALY**
 1. **Años de vida perdidos debidos a muerte prematura**
 2. **Coeficiente (peso) de discapacidad asociado al estado de salud que causa la discapacidad**
 - **Varía entre 1=muerte (discapacidad absoluta) y 0=salud perfecta (sin discapacidad)**
 - **Ejemplo: ceguera completa = 0.6, Esclerosis múltiple = 0.41**
 3. **Función de ponderación de la edad**
 - **Indica el peso relativo de la vida saludable según la edad**
 4. **Función de descuento**
 - **Corrección al presente de ganancias futuras de salud**
 5. **Función sumatoria**
 - **El resultado de salud es una sumatoria de la salud ganada por los diferentes individuos**

DALY

DALY = Disability-Adjusted Life Year

$$\mathbf{DALY(x) = (D) (Cxe^{-\beta x})(e^{-r(x-a)})}$$

**D = Coeficiente de discapacidad
(varía entre 1=muerte y 0=salud perfecta)**

C = constante = 0,16243

x = edad del sujeto en el momento actual

e = constante = 2,71

β = constante = 0,04

e = constante = 2,71

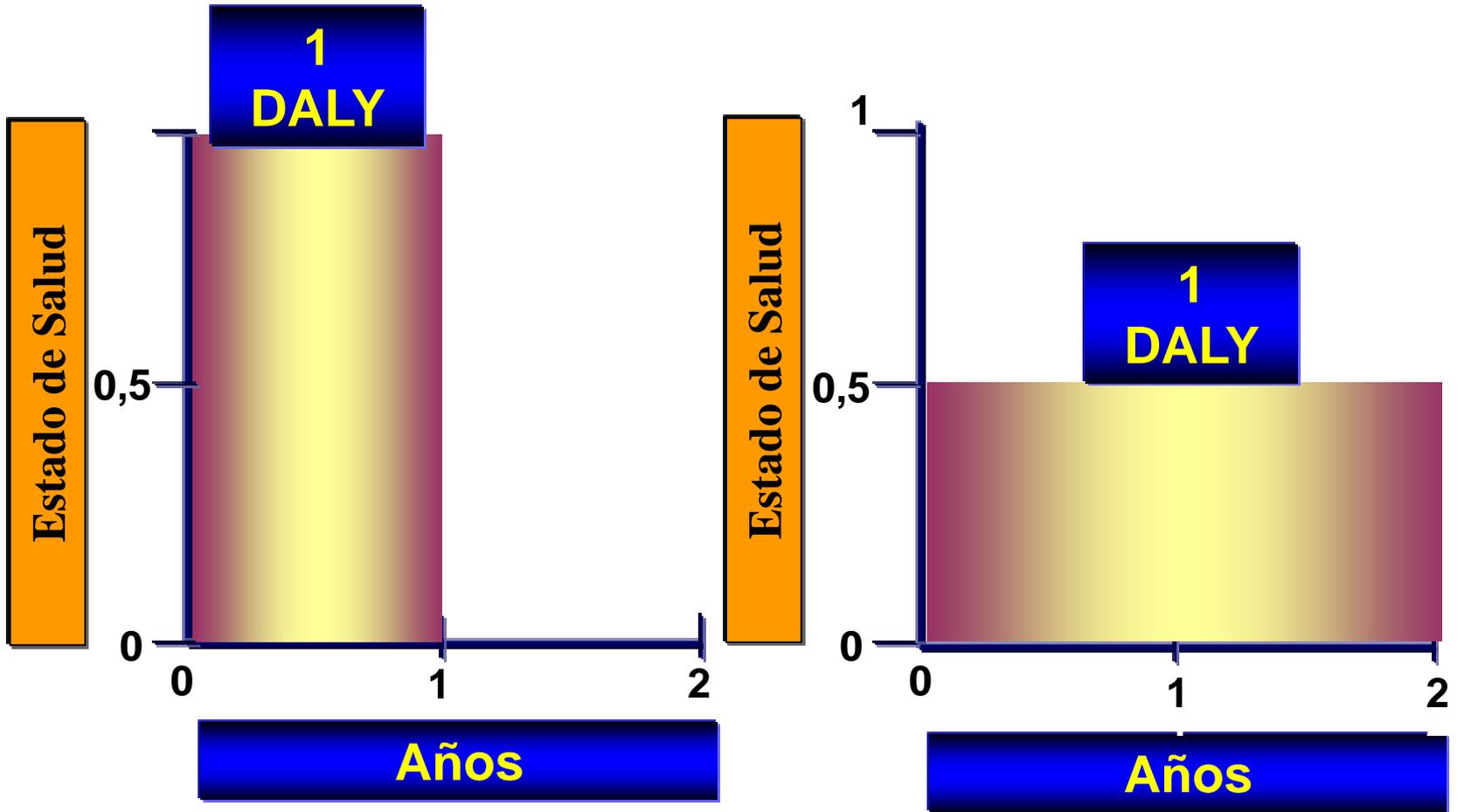
r = tasa de descuento (3%, 0,03)

x = edad del sujeto en el momento actual

a = años desde el inicio de la enfermedad

x = edad del paciente para la que se calcula los DALYs

DALY



0 = No discapacidad (Salud perfecta) 1 = Discapacidad completa (muerte)

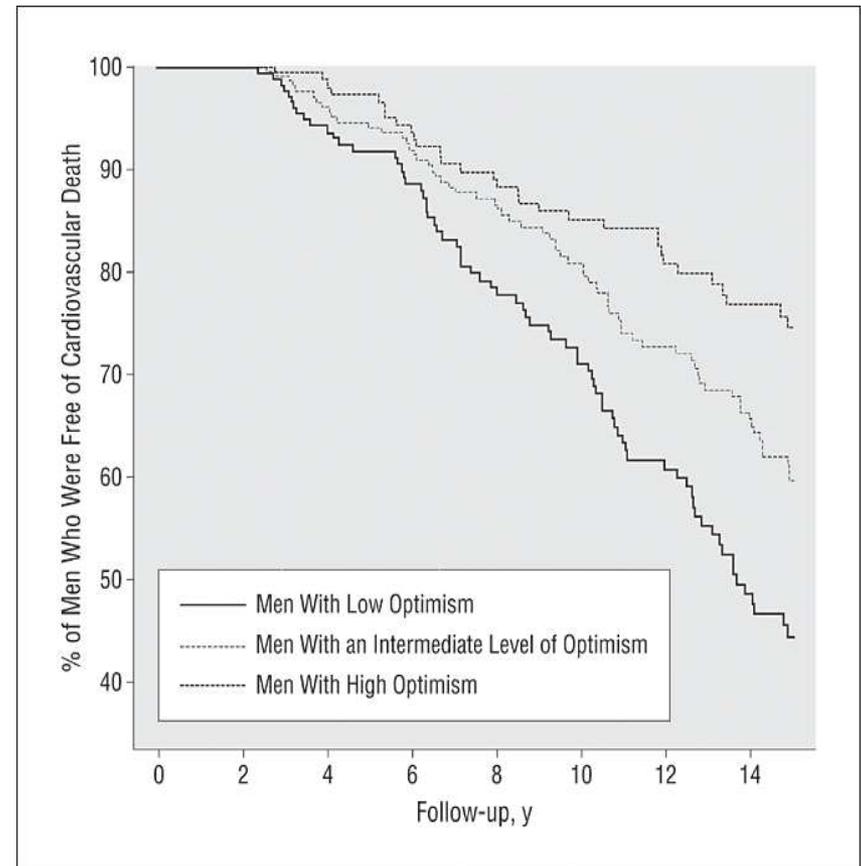
¿Por qué nos interesan tanto estas medidas de resultado?

¿Hay equivalencia entre las medidas de calidad de vida (estado de salud autopercebido) y las medidas clínicas?

Dispositional Optimism and the Risk of Cardiovascular Death

The Zutphen Elderly Study

Erik J. Giltay, PhD, MD; Marjolein H. Kamphuis, MSc; Sandra Kalmijn, PhD, MD;
Frans G. Zitman, PhD, MD; Daan Kromhout, PhD, MPH



¿La autovaloración del estado de salud es un buen predictor de la evolución de la salud?

- Varios trabajos apuntan en ese sentido:
- Van Doorslaer, E. and U. Gertham (2003). Does inequality in self-assessed health predict inequality in survival by income? Evidence from Swedish data. *Social Science and Medicine*, 57, pp. 1621-1629.
- Idler, E.L. and R.J. Angel (1990). Self-rated health and mortality in the NHAMES-I epidemiologic follow-up-study. *American Journal of Public Health*, 80, pp. 446-452.
- Idler, E.L. and Y. Benyamini (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, pp. 21-37.

Una peor calidad de vida se asocia con más reingresos hospitalarios y muerte en pacientes con insuficiencia cardiaca

Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P, Rodríguez Pascual C, Montoto Otero C, Ortega Montes A, Nieto García A, et al. Health-related quality of life as a predictor of hospital readmission and death among patients with heart failure. Arch Intern Med. 2005; 165:1274-9.

Objetivo

Examinar la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la rehospitalización urgente y la mortalidad en pacientes con insuficiencia cardiaca.

Métodos

Estudio prospectivo realizado con 394 pacientes ingresados por urgencias relacionadas con la insuficiencia cardiaca en cuatro hospitales españoles. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, mayores de 64 años, con sospecha diagnóstica de insuficiencia cardiaca que debía ser confirmada antes del alta. La variable final de valoración del estudio fue la primera rehospitalización urgente o muerte por cualquier causa.

Durante la hospitalización se recogía información de las principales variables biomédicas, psicosociales (calidad de vida, etc.) y sanitarias (tratamiento al alta, duración de la hospitalización, etc.) de los pacientes. La medida de la CVRS de los pacientes se realizaba utilizando una escala genérica (SF-36) y una específica (MLWHF), ambas validadas en España.

Se analizó la relación entre la variable principal de valoración (muerte o rehospitalización urgente) y la CVRS de los pacientes utilizando el modelo de Cox de riesgos proporcionales, ajustando los resultados en función de las variables biomédicas, psicosociales y de cuidados sanitarios.

Resultados

La duración mediana de seguimiento de los pacientes fue de 6,2 meses en el caso de los reingresos y de 6,6 meses en las muertes. Hubo una pérdida de seguimiento del 9% para el end-point de reingreso y del 5,5% para el de mortalidad.

Los resultados del estudio indican que una peor CVRS medida a partir del SF-36 y del MLWHF está asociada con más reingresos hospitalarios y mayor mortalidad en pacientes con insuficiencia cardiaca, independientemente de las variables biomédicas, psicosociales y de cuidados sanitarios. La magnitud de esta asociación, tanto para el componente físico como emocional de la CVRS, es comparable al de otros factores pronósticos bien conocidos de reingreso hospitalario y muerte, tales como antecedentes de diabetes, hospitalización previa o tratamiento con IECA.

Conclusiones

Una peor CVRS se asocia con rehospitalización y muerte en los pacientes con insuficiencia cardiaca. La utilización de cuestionarios que midan la CVRS puede ser útil para identificar cuáles son los pacientes que presentan un mayor riesgo de reingreso hospitalario y muerte. Dichos pacientes podrían beneficiarse de un seguimiento clínico más estrecho.

¿Cómo traducimos estos resultados a Años de Vida
Ajustados por Calidad (AVACs)?

Ejemplo: Existen dos posibles tratamientos, uno farmacológico y otro quirúrgico (by pass aorto-coronario) para un mismo estado de salud como la angina de pecho severa con afectación del tronco coronario izquierdo, en un paciente varón de 56 años.

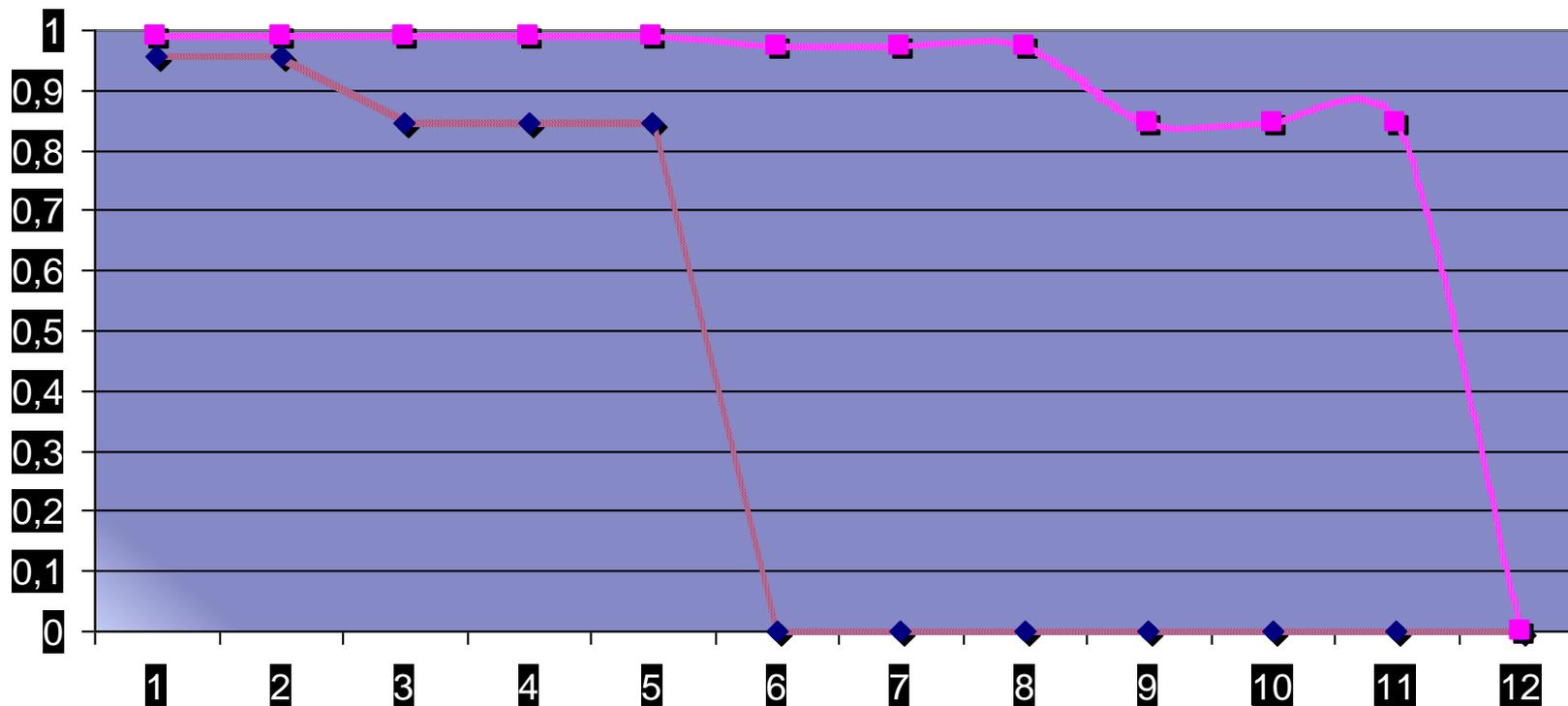
- El perfil A del tratamiento médico supone que el paciente tiene una esperanza de vida de 5 años. En los 2 primeros años, el paciente tendrá una utilidad del estado de salud según la matriz de Rosser y Kind de 0,956, y en los 3 siguientes de 0,845.

AVACs totales = $4,447 (0,956 \times 2 + 0,845 \times 3)$.

- El perfil B del tratamiento quirúrgico supone que el paciente puede vivir 11 años. durante los 5 primeros tendrá una utilidad del estado de salud de 0,990, los 3 siguientes de 0,972 y los 3 finales de 0,845.

AVACs resultantes = 10,401.

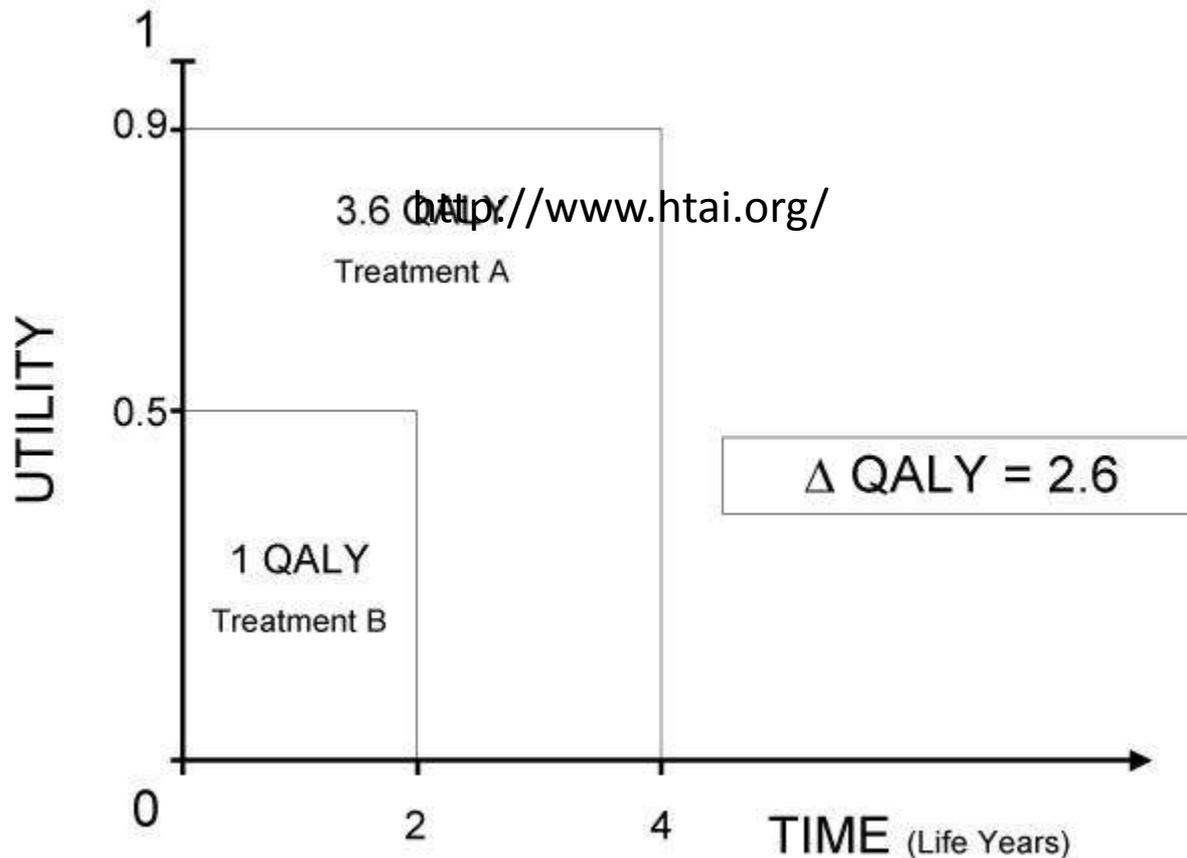
La diferencia entre las líneas representa la ganancia de la intervención quirúrgica respecto al tratamiento médico, medida en años de vida y en calidad de vida (5,954 AVACs).



Ejemplo

Tto. A: 4 (años) \times 0.9 (valoración CVRS) = 3,6 AVACs

Tto. B: 2 (años) \times 0.5 (valoración CVRS) = 1 AVAC



Ahora vosotros



Ejemplo de CVRS-EQ-5D & VIH

- Dos tratamientos
- Tratamiento alfa (habitual).
- Esperanza de vida: 12 años
- CVRS: el paciente que recibe este tratamiento durante los 5 primeros años tendrá un estado de salud percibido bueno, sólo con problemas moderados de ansiedad/depresión (11112).
- Durante los 6 siguientes años se sumará problemas moderados de dolor/malestar y limitaciones moderadas para desarrollar sus actividades cotidianas (11222).
- Finalmente, el último año de su vida padecerá problemas severos de dolor y de depresión y tendrá problemas moderados de autocuidado y para desarrollar sus actividades cotidianas (12233)

Ejemplo de CVRS-EQ-5D & VIH

- Tratamiento beta (nuevo)
- Esperanza de vida: 15 años
- CVRS: El paciente que recibe este tratamiento durante los 7 primeros años tendrá un estado de salud percibido bueno, sólo con problemas moderados de ansiedad/depresión (11112).
- Durante los 2 siguientes años se sumará problemas moderados de dolor/malestar y (11122).
- Durante los 5 años siguientes tendrá limitaciones moderadas para desarrollar sus actividades cotidianas (11222).
- Finalmente, el último año de su vida padecerá problemas severos de dolor y de depresión y tendrá problemas moderados de autocuidado y para desarrollar sus actividades cotidianas (12233)

¿Qué necesitamos?

EQ-5D (TTO)

Table 1. EQ-5D health state valuations

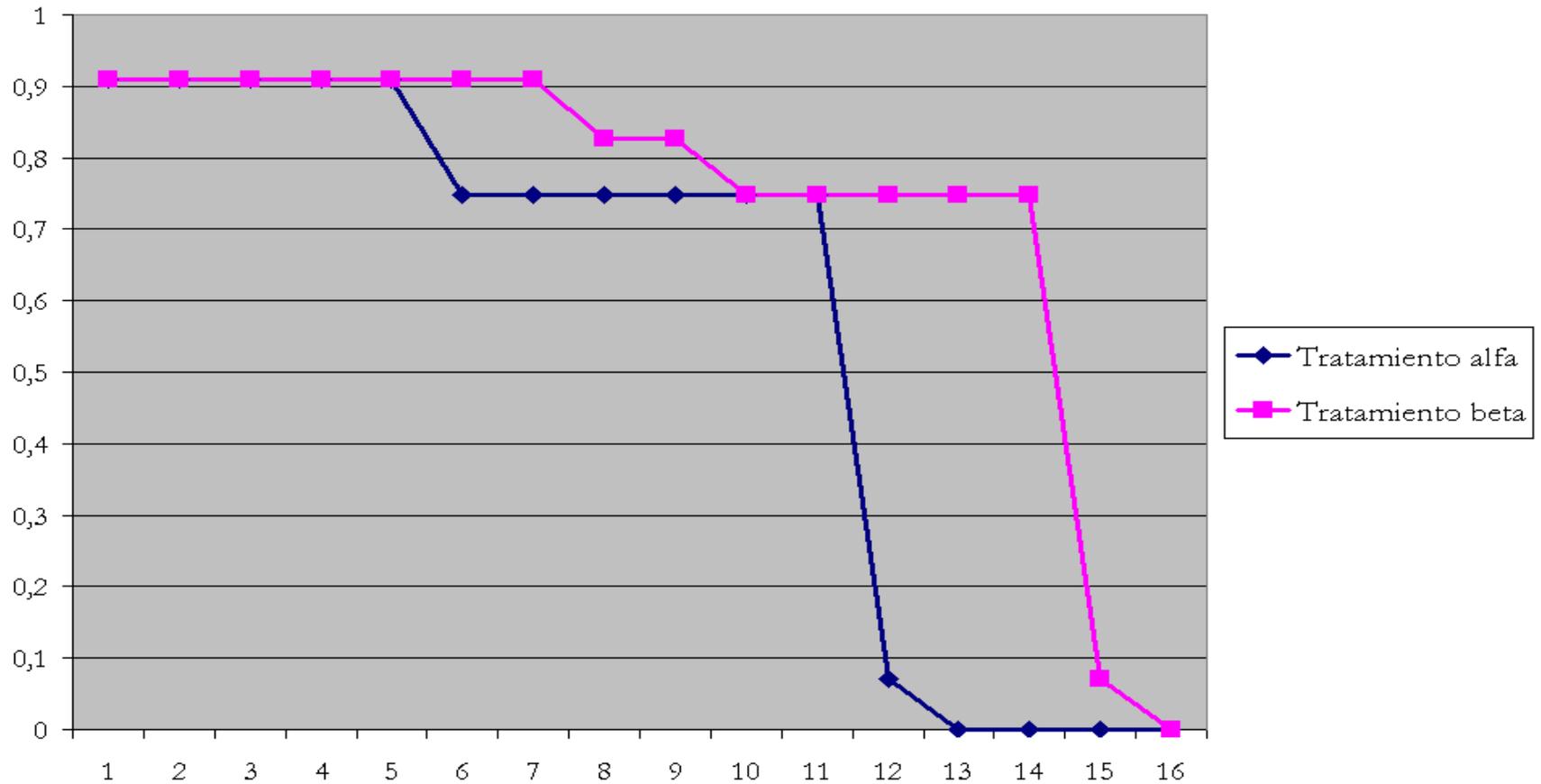
Health state	Description	Valuation
11111	No problems	1.000
11221	No problems walking about; no problems with self-care; some problems with performing usual activities; some pain or discomfort; not anxious or depressed	0.760
22222	Some problems walking about; some problems washing or dressing self; some problems with performing usual activities; moderate pain or discomfort; moderately anxious or depressed	0.516
12321	No problems walking about; some problems washing or dressing self; unable to perform usual activities; some pain or discomfort; not anxious or depressed	0.329
21123	Some problems walking about; no problems with self-care; no problems with performing usual activities; moderate pain or discomfort; extremely anxious or depressed	0.222
23322	Some problems walking about, unable to wash or dress self, unable to perform usual activities, moderate pain or discomfort, moderately anxious or depressed	0.079
33332	Confined to bed; unable to wash or dress self; unable to perform usual activities; extreme pain or discomfort; moderately anxious or depressed	-0.429

EQ-5D (TTO)

Estado de salud	Descripción	Valor (utilidad, tarifa social)
11111	Sin problemas en las 5 dimensiones	1
11112	Sin problemas en las 4 primeras dimensiones, sólo con problemas moderados de ansiedad/depresión.	0,9095
11122	Sin problemas en las 3 primeras dimensiones; problemas moderados de limitaciones moderadas para desarrollar sus actividades cotidianas y de ansiedad y depresión	0,8265
11222	Sin problemas en las 2 primeras dimensiones; problemas moderados de dolor/malestar y limitaciones moderadas para desarrollar sus actividades cotidianas	0,749
12233	Sin problemas en la dimensión 1; problemas severos de dolor y de depresión y tendrá problemas moderados de autocuidado y para desarrollar sus actividades cotidianas	0,0712

Periodo	Tratamiento alfa		Tratamiento beta	
	Estado	Tarifa correspondiente al estado	Estado	Tarifa correspondiente al estado
1	11112	0,9095	11112	0,9095
2	11112	0,9095	11112	0,9095
3	11112	0,9095	11112	0,9095
4	11112	0,9095	11112	0,9095
5	11112	0,9095	11112	0,9095
6	11222	0,749	11112	0,9095
7	11222	0,749	11112	0,9095
8	11222	0,749	11122	0,8265
9	11222	0,749	11122	0,8265
10	11222	0,749	11222	0,749
11	11222	0,749	11222	0,749
12	12233	0,0712	11222	0,749
13		0	11222	0,749
14		0	11222	0,749
15		0	12233	0,0712
		AVACs=9,1127		AVACs=11,8357

Ejemplo de CVRS-EQ-5D & VIH



Ventajas AVACs

- Permiten sumar todos los efectos de una intervención sobre morbilidad y mortalidad.
- Permiten comparar distintas intervenciones con diferentes efectos y con diferentes usos terapéuticos.
- Evita restricciones de medidas de efectividad (ej: coste por mm de Hg reducido)
- Facilitan interpretación de las evaluaciones económicas al estar expresada esta por una medida que refleja el valor asignado a los estados de salud.
- Reflejan preferencias de los individuos sobre dimensiones de salud

Limitaciones *AVACs*

- Baja sensibilidad cuando se comparan dos intervenciones con mismo uso terapéutico y efectos similares.
- Baja sensibilidad en evaluación de intervenciones para tratar problemas de salud poco severos.
- Cuestionable si un *AVAC* debe valer lo mismo para todos (cuestionario).

En suma...

- No hay una definición única de salud
- En caso de aceptar la definición de la OMS, salud como concepto multidimensional
- Elección de la medida de resultado en función del objetivo del análisis
- Si es factible, es conveniente emplear más de una medida

En suma...

- Si es factible, es conveniente elegir medidas de carácter finalista (AVG mejor que casos evitados)
- Si es factible, es conveniente complementar medidas clínicas con medidas subjetivas (CVRS)
- Medidas Clínicas: preferidas por los profesionales sanitarios
- Medidas preferidas por las Agencias de Evaluación de Tecnologías y por decisores a nivel macro: AVAC

En suma...

- Como señala Knapp (2003), “Los, a menudo sustanciales, costes no sanitarios no son elementos decorativos de oscuros estudios académicos... Son una carga real sobre recursos que deben ser soportados por algunos individuos o por parte de la sociedad”.
- Sin embargo, “las estimaciones de los costes que ocasionan las enfermedades meramente describen lo que es, no lo que debe hacerse (por arte de los decisores)... con sus limitados recursos”.
- Idem aplicado a efectos sobre la salud



Herramientas para la realización de estudios de evaluación económica y de impacto presupuestario.

- ▶▶ Bases de datos de estudios de evaluación económica.
- ▶▶ Bases de datos de cuestionarios de resultados de salud y descripción de los principales cuestionarios utilizados en la Evaluación Económica.
- ▶▶ Bases de datos de costes y de utilización de recursos.
- ▶▶ Documentos de consenso metodológico.

Identificación de costes

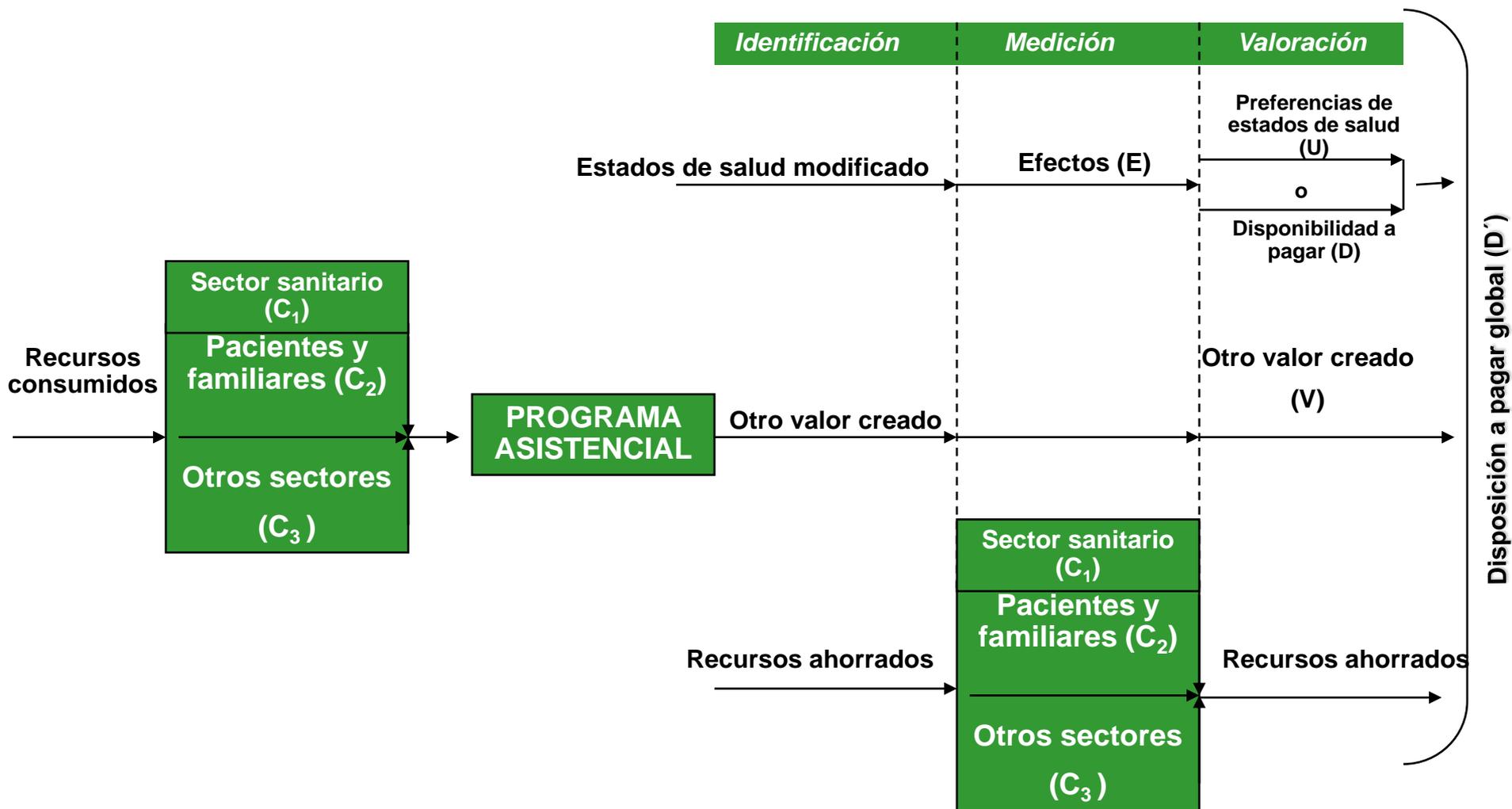
Identificación de los costes (Drummond et al,)

- 1) **Costes al sector sanitario:** correspondientes a la puesta en marcha de una estrategia terapéutica. Tipos:
 - Variable
 - Fijo o estructurales
- 2) **Costes al paciente y a la familia:** todos los que han de soportar estos, como los originados por adquisición particular de fármacos, consumo de tiempo para desplazamiento, pérdida productividad. Costes intangibles.
- 3) **Costes a otros sectores:** ej. Gastos de la asistencia social, ayudas domiciliaria etc.

Identificación de los costes

COSTES

CONSECUENCIAS



Identificación de los costes

Tipos de Costes

En el análisis económico de las intervenciones sanitarias generalmente se describen :

- los costes **directos**: asociados con el manejo de la enfermedad (hospitalizaciones, atención primaria, farmacia)
- los costes **indirectos**: los relacionados con pérdidas **de** productividad por incapacidad o muerte
- los costes **intangibles**: los asociados a elementos a los que es difícil asignar un valor monetario como el dolor o la reducción en la esperanza de vida o la calidad de vida

Identificación de los costes

¿Cómo deben valorarse?

- El coste de **oportunidad**: cantidad de producción perdida en el mejor uso alternativo de los recursos
- El **precio de mercado** como aproximación al coste de oportunidad de los recursos → usar precios de mercado si no hay fuerte evidencia en contra

Ejemplos: coste de desplazamiento al hospital

(tren vs coche)

Identificación de los costes

Etapas

1. IDENTIFICACIÓN

- Costes directos/indirectos
- Ámbito sanitario/no sanitario
- Perspectiva
- Horizonte temporal

Clasificación tradicional de los costes para su inclusión en una evaluación económica de las intervenciones sanitarias

	Sanitarios	No sanitarios
Directos	Cuidados hospitalarios, tratamiento farmacológico, etc.	Gastos de desplazamiento del paciente, cuidados en casa, etc.
Indirectos	Consumo de servicios sanitarios a lo largo de los años de vida ganados como consecuencia de la intervención sanitaria, entre otros	Pérdida de productividad; coste de oportunidad del tiempo invertido en el tratamiento, etc.

Costes incluidos (+) y excluidos (-) según la perspectiva de la evaluación económica de las intervenciones sanitarias

Costes	Paciente	Médico	Hospital	Gerencia	Sociedad
Honorarios del médico	+	+	+	+	+
Honorarios de personal sanitario auxiliar	-	+	+	+	+
Fármacos	+	-	+	+	+
Pruebas de laboratorio	-	-	+	+	+
Salarios del personal administrativo	-	-	+	+	+
Mantenimiento del edificio (agua, luz, gas, etc.)	-	-	+	+	+
Transporte del paciente a la consulta	+	-	-	-	+
Cuidados domiciliarios	+	-	-	-	+
Tiempo fuera del puesto de trabajo	+	-	-	-	+

Identificación de los costes

Etapas

2. CUANTIFICACIÓN (Q)

- ❑ Estimación del coste de la enfermedad analizando bases de datos de ámbito nacional (top-down).
- ❑ Recopilación de datos primarios o recogida de datos, examinando el estudio en cuestión, sea en un ensayo o estudio independiente (bottom-up micro-costes).

Identificación de los costes

Etapas

3. VALORACIÓN (P) (I)

- Se recomienda utilizar la mejor fuente disponible que refleje el coste de oportunidad de los recursos empleados.
- Los costes unitarios podrán provenir preferentemente de publicaciones oficiales, de la contabilidad analítica de los centros, de los precios de mercado y, en último término de las tarifas aplicadas a los contratos de prestaciones de servicios del SNS.
- Se debe justificar adecuadamente la fuente de datos.

Identificación de los costes

Etapas

3. VALORACIÓN (P)(II)

- ❑ En aquellos mercados que operan de manera libre o poco regulada se recomienda la utilización de los precios de mercado a la hora de valorar los recursos empleados.
- ❑ No obstante, muchos de los precios del sistema sanitario español están fuertemente regulados y la provisión de los mismos se realiza en buena medida por parte de proveedores públicos.
- ❑ Por ello, parece más adecuado para la valoración de los recursos recurrir a los costes de los recursos empleados, acudiendo a publicaciones oficiales, datos de la contabilidad analítica de los centros y a las tarifas aplicadas a los contratos de prestaciones de servicios del SNS.

Identificación de los costes

Etapas

3. VALORACIÓN (P) (III)

- ❑ Sin embargo, no hay recomendaciones oficiales acerca de cuáles han de ser las fuentes para los estudios de evaluación económica.
- ❑ En cualquier caso, sea cual sea la fuente o el método empleado para determinar el precio por unidad de cualquier recurso consumido, siempre deben quedar claramente identificados en el informe de la evaluación.

Identificación de los costes

Etapas

3. VALORACIÓN (P)(IV): FUENTES DISPONIBLES

- ❑ eSalud – Información económica del sector sanitario
 - ✓ Nivel macro: coste por patología, gasto sanitario por tipo, gasto sanitario por categorías de enfermedades, costes indirectos
 - ✓ Nivel meso: GRDs, coste por proceso, coste por paciente y patología
 - ✓ Nivel micro: tarifas, costes unitarios. Más de 15.000 contenidos, de más de 750 fuentes <http://www.oblikue.com/bddcostes/>

Identificación de los costes

Etapas

3. VALORACIÓN (P) (V): FUENTES DISPONIBLES

❑ Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRDs)

✓ Útil en evaluaciones a nivel macro-meso y estudios internacionales

✓ Disponible en:

<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/anaDesarrolloGDR.htm>

✓ El Instituto de Información Sanitaria del MSC atiende consultas acerca de información desagregada a partir del CMBD (GRD según año, grupos de edad, género y comunidad autónoma).

Tarifas por GRDs

PESOS ESPAÑOLES Y COSTE SNS - AÑO 2006 Cifras revisadas en mayo de 2009 - actualizados los datos de pesos relativos y tarifas AP-GRD V23.O

GRD	Descripción	Peso Relativo 2006	Tarifa Final 2006
1	Craneotomía edad>17 con CC	3,87893	14.209,33 €
2	Craneotomía edad>17 sin CC	2,93256	10.742,59 €
6	Liberación de túnel carpiano	0,59596	2.183,14 €
7	Proced. sobre n. craneales & periféricos & otros pq s. nervioso con CC	2,10490	7.710,70 €
8	Proced. sobre n. craneales & periféricos & otros pq s. nervioso sin CC	1,42889	5.234,33 €
9	Trastornos & lesiones espinales	2,50682	9.183,01 €
10	Neoplasias de sistema nervioso con CC	1,06118	3.887,31 €
11	Neoplasias de sistema nervioso sin CC	0,98309	3.601,26 €
12	Trastornos degenerativos de sistema nervioso	0,81143	2.972,43 €
13	Esclerosis múltiple & ataxia cerebelosa	0,60255	2.207,25 €
14	Ictus con infarto	0,94490	3.461,38 €
15	Accidente cerebrovascular no específico & oclusión precerebral sin infarto	0,72114	2.641,69 €
16	Trastornos cerebrovasculares no específicos con CC	0,92417	3.385,44 €
17	Trastornos cerebrovasculares no específicos sin CC	0,56042	2.052,94 €
18	Trastornos de nervios craneales & periféricos con CC	0,93201	3.414,15 €
19	Trastornos de nervios craneales & periféricos sin CC	0,60886	2.230,37 €
20	Infección del sistema nervioso excepto meningitis vírica	1,60673	5.885,78 €
21	Meningitis vírica	0,46837	1.715,73 €
22	Encefalopatía hipertensiva	0,85936	3.148,01 €
23	Estupor & coma no traumáticos	0,65085	2.384,19 €
24	Convulsiones & cefalea edad>17 con CC	0,70799	2.593,51 €
25	Convulsiones & cefalea edad>17 sin CC	0,56919	2.085,05 €
34	Otros trastornos del sistema nervioso con CC	0,82479	3.021,36 €
35	Otros trastornos del sistema nervioso sin CC	0,54881	2.010,40 €
36	Procedimientos sobre retina	0,83635	3.063,73 €
37	Procedimientos sobre orbita	1,30602	4.784,23 €
38	Procedimientos primarios sobre iris	0,59141	2.166,46 €
39	Procedimientos sobre cristalino con o sin vitrectomía	0,36554	1.339,04 €
40	Procedimientos extraoculares excepto orbita edad>17	0,62457	2.287,94 €
41	Procedimientos extraoculares excepto orbita edad<18	0,41923	1.535,73 €
42	Procedimientos intraoculares excepto retina, iris & cristalino	0,81952	3.002,08 €
43	Hipema	0,40615	1.487,81 €
44	Infecciones agudas mayores de ojo	0,55514	2.033,58 €
45	Trastornos neurológicos del ojo	0,62201	2.278,55 €
46	Otros trastornos del ojo edad>17 con CC	0,69371	2.541,20 €
47	Otros trastornos del ojo edad>17 sin CC	0,44757	1.639,54 €
48	Otros trastornos del ojo edad<18	0,31347	1.148,29 €
49	Proced. mayores de cabeza & cuello excepto por neoplasia maligna	1,46634	5.371,53 €
50	Sialoadenectomía	1,23330	4.517,83 €
51	Procedimientos sobre glándulas salivares excepto sialoadenectomía	1,04198	3.816,99 €
52	Reparación de hendidura labial & paladar	0,85608	3.135,99 €
53	Procedimientos sobre senos & mastoides edad>17	0,93978	3.442,60 €
54	Procedimientos sobre senos & mastoides edad<18	1,17182	4.292,62 €
55	Procedimientos misceláneos sobre oído, nariz, boca & garganta	0,74837	2.741,45 €
56	Rinoplastia	0,84811	3.106,79 €
57	Proced. s. a&va excepto amigdalectomía &/o adenoidectomía solo, edad>17	0,49371	1.808,55 €
58	Proced. s. a&va excepto amigdalectomía &/o adenoidectomía solo, edad<18	0,46854	1.716,35 €
59	Amigdalectomía &/o adenoidectomía solo, edad>17	0,50535	1.851,20 €
60	Amigdalectomía &/o adenoidectomía solo, edad<18	0,33639	1.232,25 €
61	Miringotomía con inserción de tubo edad>17	0,96911	3.550,06 €

Fuentes de costes sanitarios

I DISPOSICIONES GENERALES

CONSEJERÍA DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y HACIENDA

DECRETO 21/2009, de 13 de febrero, por el que se modifican las cuantías de los precios públicos correspondientes a los servicios sanitarios del Servicio Extremeño de Salud establecidos en el Decreto 272/2005, de 27 de diciembre, por el que se establecen y regulan los precios públicos correspondientes a los servicios sanitarios del Servicio Extremeño de Salud. (2009040022)

Fuentes de costes sanitarios

A) Asistencia hospitalaria.

- a.1. Los precios por hospitalización por "día de estancia y cama ocupada", de acuerdo con la clasificación de los hospitales por tramos que figura en el Anexo II, serán los siguientes:

Tramo 1	Tramo 2	Tramo 3	Tramo 4
693,55	630,88	500,70	450,62

Se entenderá por "día de estancia y cama ocupada" cuando el paciente ingresado en el Hospital para la atención del proceso patológico pernocte en el centro sanitario y haga efectiva, como mínimo, una de las comidas principales.

Fuentes de costes sanitarios

- a.3. Las primeras consultas ambulatorias comprenderán cuantas actuaciones sea preciso efectuar en el centro hospitalario para la determinación diagnóstica y orientación terapéutica del proceso asistencial del paciente, estando incluidas todas las pruebas necesarias (diagnóstico, determinación del tratamiento y acto quirúrgico ambulatorio cuando proceda) que se efectúen dentro de los quince días siguientes a la vista inicial, salvo los servicios especificados en esta resolución. Los precios serán:

Tramo 1	Tramo 2	Tramo 3	Tramo 4
190,12	172,93	137,25	123,52

- a.4. Las consultas sucesivas incluirán aquellas actuaciones que sea preciso realizar en el centro hospitalario salvo los servicios especificados en esta resolución, prestados después del alta hospitalaria o de la primera consulta. Se facturarán:

Tramo 1	Tramo 2	Tramo 3	Tramo 4
114,07	103,76	82,35	74,12

- a.5. Los precios por intervenciones quirúrgicas ambulatorias serán: 393,42 euros.
- a.6. Los precios por las consultas de urgencias serán: 205,95 euros.

Fuentes de costes sanitarios

b.1. Hemodiálisis:

El precio comprende la analítica y radiología rutinaria. Se facturará, tanto a pacientes hospitalizados como en régimen ambulatorio, 219,19 euros por cada sesión.

b.2. Radioterapia:

Se facturará por tratamiento completo sobre la base de la siguiente tarifa:

Radioterapia conformada con acelerador lineal	4.930,23 euros
Tratamiento radical largo completo con acelerador lineal	4.099,86 euros
Tratamiento radical corto con acelerador lineal	2.295,63 euros
Tratamiento radical largo con cobalto	1.660,70 euros
Tratamiento radical corto con cobalto	882,91 euros

Fuentes de costes sanitarios

Pruebas de Cardiología.

CONCEPTOS FACTURABLES	TARIFA
* ELECTROCARDIOGRAMA	28,49
* ECOCARDIOGRAMA DOPPLER	159,04
* ERGOMETRIA (PRUEBA ESFUERZO)	88,92
* TÉCNICA DE HOLTER	101,45
CATETERISMO DIAGNÓSTICO	354,57
CORONARIOGRAFÍA	778,61
ACTP ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA	3.518,63
ACTP ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA para implantación de stent, sin incluir la prótesis	3.607,31

Fuentes de costes sanitarios

4.3 OTROS

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Orden SAN/8/2007, de 4 de abril, por la que se fijan las cuantías de los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por el Servicio Cántabro de Salud.

Fuentes de costes sanitarios

Tipo de radioterapia	Precio en euros
Tratamiento de radioterapia con acelerador lineal:	
Tratamiento de corta duración (hasta 5 sesiones)	1.932,00 euros
Tratamiento intermedio (hasta 15 sesiones)	2.782,00 euros
Tratamiento de larga duración (hasta 30 sesiones)	4.280,00 euros
Tratamiento extendido (más de 30 sesiones)	5.350,00 euros
Tratamientos excepcionales irradiación corporal total con fotones	9.630,00 euros
Tratamiento braquiterapia alta dosis con iridio – 192:	
Post o durante tratamiento teleterápico	2.500,00 euros
Exclusivo radical	3.000,00 euros
Paliativo	1.500,00 euros

Fuentes de costes sanitarios

<u>Resonancia magnética</u>	<u>Precio en euros</u>
Simple	228,30 euros
Doble	303,44 euros
Triple	372,91 euros
Suplemento contraste	68,30 euros
Angiorresonancia	334,39 euros
Angiorresonancia doble	631,23 euros
Suplemento por anestesia	116,33 euros

<u>Otros procedimientos diagnósticos y de tratamiento por imagen</u>	<u>Precio en euros</u>
Arteriografía	419,87 euros
Arteriografía cerebral y medular	629,79 euros
Embolización neurorradiología	2.099,28 euros
Infiltración de trigémino	839,71 euros
Arteriografía selectiva no cerebral	651,76 euros
Angioplastia	1.091,63 euros
Angioplastia sten (no incluye el precio de la prótesis)	2.099,28 euros
Flebografías	317,87 euros
Cavografía	321,72 euros
Filtro vena cava	2.099,28 euros
Fistulografía	335,65 euros
Deferentografía	335,65 euros
Mielografía	629,79 euros
Nefrostomía	1.250,25 euros
Sustitución sonda nefrostomía	580,00 euros

DOCM

Concepto asistencial	Precio en euros
Endoscopia digestiva simple alta o baja	252,75 euros
Endoscopia digestiva terapéutica alta o baja	419,87 euros
Toracoscopia	252,75 euros
Estudios funcionales respiratorios	251,91 euros
Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada	830,46 euros
Urodinámica	413,57 euros
Endoscopia respiratoria diagnóstica	251,61 euros
Endoscopia respiratoria terapéutica	419,87 euros
Ecocardiograma	87,21 euros
Estudio con cápsula endoscópica	1.000,00 euros
Holter	155,84 euros
Prueba de esfuerzo	259,44 euros
Electrocardiograma	46,02 euros
Ecografía simple	70,00 euros
Ecografía ginecológica	90,00 euros
Ecografía obstétrica	106,00 euros
Determinación analítica simple de sangre	10,00 euros
Determinación analítica simple de orina	4,00 euros

DOCM

<u>Tomografía Axial Computerizada (TAC)</u>	<u>Precio en euros</u>
Estudio simple con o sin contraste	109,43 euros
Estudio doble con o sin contraste	158,73 euros
Suplemento por anestesia	116,33 euros

7. Trasplante de órganos.

El precio de esta clase de asistencia hospitalaria, según el tipo de transplante, es el siguiente:

<u>Tipo de trasplante</u>	<u>Precio en euros</u>
Trasplante renal	27.141,07 euros
Trasplante médula ósea alogénico (1)	54.744,26 euros
Trasplante médula ósea autólogo	41.018,10 euros
Trasplante hepático	83.193,30 euros
Trasplante cardíaco	77.675,77 euros
Trasplante pulmonar	83.942,61 euros

Identificación de los costes

Etapas

3. VALORACIÓN (P)(VI): FUENTES DISPONIBLES

- Nomenclátor (Colegios Oficiales de Médicos)
 - ✓ Su gran nivel de detalle (codificado según especialidad, acto, tipo, grupo, CIEP) permite cubrir carencias de otras fuentes
 - ✓ Se trata de tarifas recomendadas a los colegiados según la mutua
 - ✓ Un buen ejemplo es la base publicada cada año por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona: <http://www.comb.cat/cat/professional/asselliure/sta/nomenclator.htm>

Identificación de los costes

Etapas

3. VALORACIÓN (P)(VII): FUENTES DISPONIBLES

Opciones para precios de fármacos:

✓ Nomenclátor del MSC:

<http://www.msc.es/profesionales/farmacia/frmNomenclator.jsp>

✓ Base de datos BOT:

<http://www.portalfarma.com/pfarma/espacioges.nsf/wfAccesoEspacioGestion?OpenForm>

✓ Bases de datos de mercado farmacéutico y hospitalario

Identificación de los costes

Etapas

3. VALORACIÓN (P)(VIII): FUENTES DISPONIBLES

- Tarifas de las CC.AA.:
 - ✓ Publicadas en los Boletines Autonómicos
 - ✓ Especialmente útiles para calcular costes de procesos, pruebas diagnósticas, consultas y hospitalizaciones
 - ✓ Permite comparar entre CC.AA
 - ✓ Identificación de la evolución temporal
 - ✓ Más fácilmente accesibles que los datos de contabilidad analítica

Identificación de los costes

Etapas

3. VALORACIÓN (P)(IX): FUENTES DISPONIBLES

□ Tarifas de las CC.AA.: Ejemplo

AÑO XXIX Núm. 9

15 de enero de 2010

1118

784.2	Tumefacción, masa o bulto en la cabeza y en el cuello	06.11	Biopsia glándula tiroides (*)	93,62
373.2	Chalazión	08.21	Escisión de chalazión (*)	173,32
252.0	Hiperparatiroidismo	06.61	Paratiroidectomía total	2.260,64
		06.69	Otra paratiroidectomía	1.469,03
374	Otros trastornos de los párpados	08.20	Eliminación lesión párpado NEOM un ojo	1.695,33
		08.20	Eliminac. lesión párpado NEOM dos ojos	3.293,78
		09.23	Dacriodenoctomía total	376,74
375	Trastorno del aparato lacrimal	09.61	Dacriocistorrinostomía [DCR] (*)	403,65
372.39	Otros trastornos de la conjuntiva	10.9	Otras operaciones sobre la conjuntiva(*)	167,98
372.4	Pterigión	11.3	Escisión de Pterigión (*)	403,65
371	Opacidad corneana y otros trastornos corneanos	11.6	Transplante de córnea	1.872,34
365	Glaucoma	12	Operaciones sobre iris cuerpo ciliar, esclerótica y cámara anterior	1.469,03
366	Cataratas	13.41	Facemulsificación y aspiración de catarata (*)	1.119,89
		13.69+ 13.71	Extracción catarata + inserción prótesis cristalino intraocular (*)	999,12
361	Desprendimiento y defectos de la retina	14.4	Reparación desprendimiento retinal con identificación escleral o implantación	1.497,87
		14.5	Otra reparación de desprendimiento de retina	1.497,87
379.2	Trastornos del cuerpo vítreo	14.7	Operaciones sobre el vítreo	2.794,50
378	Estrabismo	15	Operaciones sobre músculos extraoculares	1.469,03

Fuentes de costes sanitarios

I DISPOSICIONES GENERALES

CONSEJERÍA DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y HACIENDA

DECRETO 21/2009, de 13 de febrero, por el que se modifican las cuantías de los precios públicos correspondientes a los servicios sanitarios del Servicio Extremeño de Salud establecidos en el Decreto 272/2005, de 27 de diciembre, por el que se establecen y regulan los precios públicos correspondientes a los servicios sanitarios del Servicio Extremeño de Salud. (2009040022)

Fuentes de costes sanitarios

A) Asistencia hospitalaria.

- a.1. Los precios por hospitalización por "día de estancia y cama ocupada", de acuerdo con la clasificación de los hospitales por tramos que figura en el Anexo II, serán los siguientes:

Tramo 1	Tramo 2	Tramo 3	Tramo 4
693,55	630,88	500,70	450,62

Se entenderá por "día de estancia y cama ocupada" cuando el paciente ingresado en el Hospital para la atención del proceso patológico pernocte en el centro sanitario y haga efectiva, como mínimo, una de las comidas principales.

Fuentes de costes sanitarios

- a.3. Las primeras consultas ambulatorias comprenderán cuantas actuaciones sea preciso efectuar en el centro hospitalario para la determinación diagnóstica y orientación terapéutica del proceso asistencial del paciente, estando incluidas todas las pruebas necesarias (diagnóstico, determinación del tratamiento y acto quirúrgico ambulatorio cuando proceda) que se efectúen dentro de los quince días siguientes a la vista inicial, salvo los servicios especificados en esta resolución. Los precios serán:

Tramo 1	Tramo 2	Tramo 3	Tramo 4
190,12	172,93	137,25	123,52

- a.4. Las consultas sucesivas incluirán aquellas actuaciones que sea preciso realizar en el centro hospitalario salvo los servicios especificados en esta resolución, prestados después del alta hospitalaria o de la primera consulta. Se facturarán:

Tramo 1	Tramo 2	Tramo 3	Tramo 4
114,07	103,76	82,35	74,12

- a.5. Los precios por intervenciones quirúrgicas ambulatorias serán: 393,42 euros.
- a.6. Los precios por las consultas de urgencias serán: 205,95 euros.

Fuentes de costes sanitarios

b.1. Hemodiálisis:

El precio comprende la analítica y radiología rutinaria. Se facturará, tanto a pacientes hospitalizados como en régimen ambulatorio, 219,19 euros por cada sesión.

b.2. Radioterapia:

Se facturará por tratamiento completo sobre la base de la siguiente tarifa:

Radioterapia conformada con acelerador lineal	4.930,23 euros
Tratamiento radical largo completo con acelerador lineal	4.099,86 euros
Tratamiento radical corto con acelerador lineal	2.295,63 euros
Tratamiento radical largo con cobalto	1.660,70 euros
Tratamiento radical corto con cobalto	882,91 euros

Fuentes de costes sanitarios

Pruebas de Cardiología.

CONCEPTOS FACTURABLES	TARIFA
* ELECTROCARDIOGRAMA	28,49
* ECOCARDIOGRAMA DOPPLER	159,04
* ERGOMETRIA (PRUEBA ESFUERZO)	88,92
* TÉCNICA DE HOLTER	101,45
CATETERISMO DIAGNÓSTICO	354,57
CORONARIOGRAFÍA	778,61
ACTP ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA	3.518,63
ACTP ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA para implantación de stent, sin incluir la prótesis	3.607,31

Fuentes de costes sanitarios

4.3 OTROS

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Orden SAN/8/2007, de 4 de abril, por la que se fijan las cuantías de los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por el Servicio Cántabro de Salud.

Fuentes de costes sanitarios

Tipo de radioterapia	Precio en euros
Tratamiento de radioterapia con acelerador lineal:	
Tratamiento de corta duración (hasta 5 sesiones)	1.932,00 euros
Tratamiento intermedio (hasta 15 sesiones)	2.782,00 euros
Tratamiento de larga duración (hasta 30 sesiones)	4.280,00 euros
Tratamiento extendido (más de 30 sesiones)	5.350,00 euros
Tratamientos excepcionales irradiación corporal total con fotones	9.630,00 euros
Tratamiento braquiterapia alta dosis con iridio – 192:	
Post o durante tratamiento teleterápico	2.500,00 euros
Exclusivo radical	3.000,00 euros
Paliativo	1.500,00 euros

Fuentes de costes sanitarios

<u>Resonancia magnética</u>	<u>Precio en euros</u>
Simple	228,30 euros
Doble	303,44 euros
Triple	372,91 euros
Suplemento contraste	68,30 euros
Angiorresonancia	334,39 euros
Angiorresonancia doble	631,23 euros
Suplemento por anestesia	116,33 euros

<u>Otros procedimientos diagnósticos y de tratamiento por imagen</u>	<u>Precio en euros</u>
Arteriografía	419,87 euros
Arteriografía cerebral y medular	629,79 euros
Embolización neurorradiología	2.099,28 euros
Infiltración de trigémino	839,71 euros
Arteriografía selectiva no cerebral	651,76 euros
Angioplastia	1.091,63 euros
Angioplastia sten (no incluye el precio de la prótesis)	2.099,28 euros
Flebografías	317,87 euros
Cavografía	321,72 euros
Filtro vena cava	2.099,28 euros
Fistulografía	335,65 euros
Deferentografía	335,65 euros
Mielografía	629,79 euros
Nefrostomía	1.250,25 euros
Sustitución sonda nefrostomia	580,00 euros

DOCM

Concepto asistencial	Precio en euros
Endoscopia digestiva simple alta o baja	252,75 euros
Endoscopia digestiva terapéutica alta o baja	419,87 euros
Toracoscopia	252,75 euros
Estudios funcionales respiratorios	251,91 euros
Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada	830,46 euros
Urodinámica	413,57 euros
Endoscopia respiratoria diagnóstica	251,61 euros
Endoscopia respiratoria terapéutica	419,87 euros
Ecocardiograma	87,21 euros
Estudio con cápsula endoscópica	1.000,00 euros
Holter	155,84 euros
Prueba de esfuerzo	259,44 euros
Electrocardiograma	46,02 euros
Ecografía simple	70,00 euros
Ecografía ginecológica	90,00 euros
Ecografía obstétrica	106,00 euros
Determinación analítica simple de sangre	10,00 euros
Determinación analítica simple de orina	4,00 euros

DOCM

<u>Tomografía Axial Computerizada (TAC)</u>	<u>Precio en euros</u>
Estudio simple con o sin contraste	109,43 euros
Estudio doble con o sin contraste	158,73 euros
Suplemento por anestesia	116,33 euros

7. Trasplante de órganos.

El precio de esta clase de asistencia hospitalaria, según el tipo de transplante, es el siguiente:

<u>Tipo de trasplante</u>	<u>Precio en euros</u>
Trasplante renal	27.141,07 euros
Trasplante médula ósea alogénico (1)	54.744,26 euros
Trasplante médula ósea autólogo	41.018,10 euros
Trasplante hepático	83.193,30 euros
Trasplante cardíaco	77.675,77 euros
Trasplante pulmonar	83.942,61 euros



Herramientas para la realización de estudios de evaluación económica y de impacto presupuestario.

- ▶▶ Bases de datos de estudios de evaluación económica.
- ▶▶ Bases de datos de cuestionarios de resultados de salud y descripción de los principales cuestionarios utilizados en la Evaluación Económica.
- ▶▶ Bases de datos de costes y de utilización de recursos.
- ▶▶ Documentos de consenso metodológico.

- Aquí principalmente están las guías metodológicas de las agencias de evaluación:
 - NICE
 - Australia
 - Suecia
 - Canadá
 - España, recomendación del Carlos III

Gracias



Se agradecen comentarios

Ángel Sanz

Angel.Sanz@weys.es