Madrid, 25 de junio de 2024

**ASUNTO:** Suplemento del Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud **JULIO 2024**.

En el archivo Excel adjunto que se remite con este escrito “Oferta Medicamentos-NM julio 2024”, se facilita la información detallada de inclusiones de medicamentos en la financiación, no inclusiones, anulaciones y diferentes causas de modificación de financiación recogidas en el Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS, del mes de julio 2024 (independientemente de su comercialización).

* **Este nomenclátor incluye la actualización de los precios menores de las agrupaciones homogéneas de medicamentos,** de acuerdo con lo establecido en Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, que aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aplicable desde el **1 de julio de 2024**

En este escrito diferenciamos la información en los siguientes apartados con el fin de facilitar un mejor análisis y gestión, y se destacan determinados medicamentos y productos sanitarios por sus características y condiciones especiales de financiación:

1. **MEDICAMENTOS QUE SE EXCLUYEN:**

El medicamento que a continuación se indica pasa a la situación de BAJA EXCLUSIÓN FINANCIACIÓN INDIVIDUALIZADA al haber sido excluido de la financiación por resolución de marzo 2024 de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia. En el mes de noviembre de 2024 dejará de ser facturable.

|  |  |
| --- | --- |
| **CN** | **NOMBRE** |
| 660477 | IBUPROFENO (ARGININA) KERN PHARMA 600 mg GRANULADO PARA SOLUCION ORAL EFG, 40 sobres |

1. **AVANCE INFORMACIÓN MEDICAMENTOS EXCLUIDOS:**

Por resolución de junio de 2024 de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia se ha resuelto excluir de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud los medicamentos que a continuación se indican estableciéndose que, de acuerdo con el artículo tercero de la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo, de 6 de abril de 1993, que desarrolla el Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, por el que se regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud; dicha exclusión producirá efectos a los tres meses de su notificación, contados a partir del día 1 del mes siguiente a la resolución, por lo que en el mes de octubre de 2024 pasarán a la situación de BAJA EXCLUSION FINANCIACIÓN INDIVIDUALIZADA. En el mes de febrero de 2025 dejarán de ser facturables aquellos que lo fueran.

|  |  |
| --- | --- |
| **CN** | **NOMBRE** |
| 715792 | IBUPROFENO FARMALIDER 40 MG/ML SUSPENSION ORAL EFG, 1 Frasco de 150 ml |

1. **INCLUSIONES EN LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DEL SNS CON RESOLUCIÓN DE FINANCIACIÓN**

En el mes de julio 2024, se han incluido en la prestación farmacéutica del SNS, independientemente de su comercialización **103** presentaciones de medicamentos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MES  JULIO - 24** | |
| **Nº** | **% s. Total** |
| Envase Normal | 98 | 95,1% |
| Envase clínico | 5 | 4,9% |
| **Total** | **103** |  |
|  |  |  |
| Genéricos | 56 | 54,4% |
| Biosimilares | 1 | 0,97% |
| Huérfanos | 1 | 1% |

De estos 103 medicamentos, destacamos:

* + 1. **NUEVOS PRINCIPIOS ACTIVOS/NUEVAS ASOCIACIONES**

**Cloruro de maralixibat – A05AX04**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CN** | **NOMBRE** | **DH** | **UH** | **SCP** | **Biosimilar** | **Huérfano** |
| 762407 | LIVMARLI 9,5MG/ML 1 FRASCO 30ML SOLUCION ORAL |  | √ |  |  | √ |

* **Indicación financiada:** para el tratamiento del prurito colestático en pacientes con síndrome de Alagille (SALG) de 2 meses de edad y mayores.
* Los pacientes **deberán cumplir** los siguientes requisitos: Pacientes con diagnóstico confirmado de síndrome de Alagille que presenten prurito colestásico con una puntuación de al menos 2 puntos en la escala ItchRO(Obs), equivalente a prurito moderado.
* ***Fijar un coste máximo por paciente*** equivalente 121.000 €/año. En el caso de superarse éste, la empresa se hará cargo de los costes totales derivados del suministro del medicamento hasta completar el año de tratamiento.
* Criterio de parada a los 3 meses de tratamiento, para los pacientes que no sean respondedores al mismo. Se considerará paciente respondedor el que a los 3 meses de tratamiento presenta una reducción de, al menos, 1 punto en la escala Itch-RO [Obs] junto con una reducción del 30% en ABS desde el valor basal.
* ***Abono de tratamiento de los 3 primeros meses de tratamiento en pacientes no respondedores***: El laboratorio abonará el coste de tratamiento de los pacientes que, tras 3 meses de tratamiento, no presenten respuesta, según los criterios definidos en el punto anterior.
* En el ámbito del SNS, se llevará a cabo por parte de los profesionales sanitarios, un **registro de pacientes en Valtermed**, con el fin de recoger los resultados del tratamiento en la práctica real a largo plazo.
* ***Establecer un techo máximo de gasto anual*** (calculado a PVL) de 3.750.000 € (equivalente a 136 envases) para el 1er año, de 5.000.000 € (equivalente a 181 envases) para el 2º año y de 5.500.000 € (equivalente a 199 envases) para el 3er año, para todo el Sistema Nacional de Salud, a contar desde su fecha de alta en el Nomenclátor de facturación del SNS y su puesta en el mercado. En el caso de superarse el gasto máximo fijado anualmente, la empresa suministrará este medicamento sin coste para el Sistema Nacional de Salud. Si para el cumplimiento de esta cláusula se opta por la entrega de envases a coste 0, estos envases se contabilizarán en el periodo anual correspondiente al pedido de cada envase.
* ***El seguimiento de los suministros/ventas y del gasto*** que se vaya produciendo se efectuará a través de un Comité de Seguimiento que se constituirá con la participación paritaria de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia, las administraciones sanitarias de las comunidades autónomas que se considere oportunas y el laboratorio ofertante/suministrador.
* ***Revisión de los precios ahora fijados una vez finalizado el techo de gasto a los tres años***. El precio por envase se ajustará en función del número de envases suministrados en el tercer año siempre que se supere dicho techo.
* Las unidades que se suministren después de finalizar el periodo anual que ocasiona la revisión, y antes de que entre en vigor el nuevo precio, se facturarán al PVL revisado por envase, produciéndose la devolución que corresponda.
  + **Eravaciclina – J01AA13**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CN** | **NOMBRE** | **DH** | **UH** | **SCP** | **Biosimilar** | **Huérfano** |
| 763068 | XERAVA 100MG 10 VIALES POLVO PARA CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION |  | √ |  |  |  |

* **Indicación financiada:** Para el tratamiento dirigido o alta sospecha de infecciones intraabdominales complicadas (IIAc) en las que no se dispusiera de otras alternativas terapéuticas, bien por resistencias o por intolerancia (hipersensibilidad o aparición de efectos adversos), si bien es fundamental individualizar la selección en función del antibiograma, cuando ello sea posible. Con la evidencia disponible, eravaciclina no debe utilizarse en monoterapia para el tratamiento de infecciones debidas por Pseudomonas aeruginosa. Además, esta prescripción debe estar supervisada por el equipo PROA (Programas de optimización de uso de los antibióticos) del hospital.
  + **Lenacapavir– J05AX31**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CN** | **NOMBRE** | **DH** | **UH** | **SCP** | **Biosimilar** | **Huérfano** |
| 758207 | SUNLENCA 300MG 5 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA |  | √ |  |  |  |
| 758208 | SUNLENCA 464MG 2 VIALES 1,5ML SOLUCION INYECTABLE |  | √ |  |  |  |

* + **Indicación financiada:** para el tratamiento de adultos con infección por el VIH-1 multirresistente a fármacos para los que, de otro modo, no es posible preparar una pauta de tratamiento antiviral supresor, **restringida** a pacientes con:
    - * carga viral ≥400 copias/ml durante 8 semanas
      * resistencia documentada a al menos 2 fármacos antirretrovirales (FAR) de al menos 3 de las 4 principales clases terapéuticas (ITIAN, ITINN, IP, INI)
      * disponibilidad de no más de 2 FAR completamente activos de las principales clases terapéuticas con los que se pueda combinar y
      * cuya enfermedad ha respondido inadecuadamente o que no son elegibles a la terapia utilizada en práctica clínica habitual por intolerancia o contraindicación.
  + **Para los pacientes que inician o reinician** el tratamiento la compañía se compromete a abonar mediante abono en factura 117,93 € por cada envase de comprimidos y 707,70€ por cada envase de inyectables, en el primer año de tratamiento o retratamiento, siempre que se consuma 1 envase de Sunlenca comprimidos, y 2 envases de Sunlenca inyecciones.
* La compañía se compromete a abonar al Servicio de Salud correspondiente, o a los centros que éste designe y, en el modo acordado con cada uno de ellos, el diferencial entre el precio de Sunlenca® suministrado a través de la aplicación de **Medicamentos en Situaciones Especiales** de la Agencia Española del Medicamento y el PVL neto entendiéndose por tal: PVL financiado menos el **7,5% de deducción obligatoria** según RDL 8/2010, multiplicado por las unidades solicitadas a través de la mencionada aplicación y suministradas hasta el día de alta del fármaco en el Nomenclátor de facturación del SNS.
* **Decitabina/Cedazuridina – L01BC58**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CN** | **NOMBRE** | **DH** | **UH** | **SCP** | **Biosimilar** | **Huérfano** |
| 763552 | INAQOVI 35MG/100MG 5 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA | √ |  | √ |  |  |

* **Indicación financiada:** Inaqovi está indicado en monoterapia para el tratamiento de pacientes adultos con leucemia mieloide aguda (LMA) de nuevo diagnóstico que no son candidatos a la quimioterapia de inducción estándar.
* **Ublituximab – L04AG14**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CN** | **NOMBRE** | **DH** | **UH** | **SCP** | **Biosimilar** | **Huérfano** |
| 763751 | BRIUMVI 150MG 1 VIAL CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION |  | √ |  |  |  |

* **Indicación financiada:** Briumvi está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con formas recurrentes de esclerosis múltiple (EMR) con enfermedad activa definida por características clínicas o de imagen. **Se limita la financiación**:
  + En segunda línea: como alternativa de tratamiento para pacientes con EMRR (esclerosis múltiple recurrente-remitente) o EMSP (esclerosis múltiple secundaria progresiva) con enfermedad activa que no respondan al menos a un tratamiento modificador de la enfermedad de moderada eficacia. Podría considerarse el uso de ublituximab como alternativa a otros fármacos de alta actividad, como natalizumab, ocrelizumab, ofatumumab, fingolimod, cladribina o alemtuzumab.
  + En primera línea para EMR (formas recurrentes de esclerosis múltiple) con enfermedad activa sólo en los casos de pacientes con una enfermedad de curso rápido y agresivo (definido en base a criterios clínicos y/o de neuroimagen) y/o en presencia de factores de mal pronóstico.
* Se establece un **coste máximo por paciente** de 6 envases al año por paciente, es decir, 9.620,16 euros/año, y la entrega a coste cero del resto de los envases hasta completar el año de tratamiento de cada paciente.
* **Piflufolastat (18F)– V09IX16**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CN** | **NOMBRE** | **DH** | **UH** | **SCP** | **Biosimilar** | **Huérfano** |
| 763307 | PYLCLARI 1500MBQ/ML 1 VIAL DE 0,5-10ML SOLUCION INYECTABLE |  | √ |  |  |  |
| 763308 | PYLCLARI 1000MBQ/ML 1 VIAL DE 0,5-10ML SOLUCION INYECTABLE |  | √ |  |  |  |

* + **Indicación financiada:** Este medicamento es únicamente para uso diagnóstico. Pylclari está indicado para la detección de lesiones que expresan el antígeno prostático específico de membrana (PSMA) mediante tomografía por emisión de positrones (PET) en adultos con cáncer de próstata (CaP) en los siguientes escenarios clínicos:
    - Estadificación primaria de pacientes con CaP de alto riesgo antes del tratamiento curativo inicial.
    - Localización de recurrencias de CaP en pacientes con sospecha de recidiva basada en el aumento de los niveles séricos de antígeno prostático específico (PSA) después del tratamiento primario con intención curativa.
    1. **OTROS PRINCIPIOS ACTIVOS**
* **Atezolizumab – L01FF05 (Nueva dosis)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CN** | **NOMBRE** | **DH** | **UH** | **SCP** | **Biosimilar** | **Huérfano** |
| 764093 | TECENTRIQ 1875MG 1 VIAL DE 15ML SOLUCION INYECTABLE |  | √ |  |  |  |

* **Indicaciones financiadas:**
* Tecentriq en monoterapia está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con CU (carcinoma urotelial) localmente avanzado o metastásico después de quimioterapia previa que contenga platino o en los que no son considerados aptos para el tratamiento con cisplatino y cuyos tumores tengan una expresión de PDL1 > 5%, **de manera restringida** *para el tratamiento de pacientes adultos con CU localmente avanzado o metastásico después de quimioterapia previa que contenga platino.*
* Tecentriq en monoterapia está indicado como tratamiento adyuvante tras resección completa y quimioterapia basada en platino para pacientes adultos con CPNM (estadio temprano de cáncer de pulmón no microcitico) con alto riesgo de recidiva, cuyos tumores expresen PD-L1 ≥ 50% en células tumorales (CT) que no presentan mutaciones de EGFR o ALK positivo.
* Tecentriq, en combinación con bevacizumab, paclitaxel y carboplatino, está indicado para el tratamiento de primera línea de CPNM no escamoso metastásico en pacientes adultos. En pacientes con mutaciones de EGFR o ALK positivo, Tecentriq en combinación con bevacizumab, paclitaxel y carboplatino está indicado solamente tras fallo de las terapias dirigidas. **De manera restringida** *para pacientes adultos que cumplan los siguientes requisitos:*
  + - *pacientes con expresión PD-L1<50%, negativa o no posible de realizar, en los que la terapia actual es la quimioterapia.*
    - *pacientes cuyos tumores no tengan mutaciones tumorales positivas de EGFR o ALK ante la existencia de otras alternativas de terapias dirigidas más coste-efectivas.*
* Tecentriq en monoterapia está indicado para el tratamiento en primera línea de pacientes adultos con CPNM metastásico cuyos tumores tengan una expresión de PD-L1 ≥ 50% en CT o ≥ 10% de células inmunes infiltrantes de tumor (CI) y que no tengan mutaciones EGFR o reordenamiento ALK.
* Tecentriq en monoterapia está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con CPNM localmente avanzado o metastásico después de quimioterapia previa. Los pacientes con mutaciones de EGFR o reordenamiento ALK deben haber sido tratados también con terapias dirigidas antes de ser tratados con Tecentriq.
* Tecentriq, en combinación con carboplatino y etopósido, está indicado para el tratamiento de primera línea de cáncer de pulmón microcítico en estadio extendido (CPM-EE) en pacientes adultos.
* Tecentriq en combinación con nab-paclitaxel está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con CMTN (cáncer de mama triple negativo) localmente avanzado irresecable o metastásico cuyos tumores tengan una expresión de PD-L1 ≥ 1% y que no hayan recibido quimioterapia previa frente a la metástasis **de manera restringida** *en pacientes adultos que presenten ECOG 0-1 con cáncer de mama triple negativo localmente avanzado irresecable o metastásico cuyos tumores tengan una expresión de PD-L1≥1% y en pacientes sin tratamiento previo con antraciclinas.*
* Tecentriq, en combinación con bevacizumab, está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con CHC (carcinoma hepatocelular) avanzado o irresecable que no ha recibido terapia sistémica previa **de manera restringida** *en pacientes con función hepática (Child-Pugh estadio A), una puntuación ECOG de 0 o 1, en ausencia de varices esofagogástricas no tratadas o infratradas y en ausencia de enfermedades de índole autoinmune.*
* **Indicación no financiada:** Tecentriq, en combinación con nab-paclitaxel y carboplatino, está indicado para el tratamiento de primera línea de cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) no escamoso metastásico en pacientes adultos que no presentan mutaciones de EGFR o reordenamiento ALK
* **Condiciones de financiación**:
* Para **Cáncer de pulmón microcítico CPM)**: Se financia este medicamento mediante un **acuerdo de pago por resultados** basado en la supervivencia global, considerando para su valoración el número de ciclos recibido por paciente con las siguientes condiciones de pago por resultados:
  + - Se establecen los siguientes tramos:
      * + ≤ 10 meses: SNS paga 0%.
        + 11 y 13 meses: SNS paga 10%
        + 14 meses y 17 meses: SNS paga 50%
        + 18 meses en adelante: SNS paga 100%
* La compañía titular asumirá el coste de 2 de los 4 ciclos de la inducción para todos los pacientes.
* El suministro de los envases será al **100%** del PVL de financiación.
* En los casos en los que corresponda, y tan pronto como se justifique en el Comité de Seguimiento de cada CCAA, la devolución por parte de la compañía (según la duración de tratamiento y el segmento de SG en el que sitúe cada paciente) se realizará a través de abono contable o procedimiento que determine con el laboratorio cada Hospital o Servicio de Salud que adquirió el medicamento con cargo a fondos públicos del SNS.
* Para **Cáncer de mama triple negativo CMTN)**: Se financia este medicamento mediante un **acuerdo de pago por resultados** basado en la supervivencia global, considerando para su valoración el número de ciclos recibido por paciente con las siguientes condiciones de pago por resultados:
* Se establecen los siguientes tramos:
  + - * + SG ≤ 22 meses: SNS paga 25%.
        + SG=23-24 meses: SNS paga 50%
        + SG ≥ 25 meses: SNS paga 100%
* La compañía titular asumirá el coste de 2 de los primeros ciclos para todos los pacientes.
* El suministro de los envases será al **100%** del PVL de financiación.
* En los casos en los que corresponda, y tan pronto como se justifique en el Comité de Seguimiento de cada CCAA, la devolución por parte de la compañía (según la duración de tratamiento y el segmento de SG en el que sitúe cada paciente) se realizará a través de abono contable o procedimiento que determine con el laboratorio cada Hospital o Servicio de Salud que adquirió el medicamento con cargo a fondos públicos del SNS.
* Se aplicará un **descuento temporal** al PVL del medicamento TECENTRIQ 1875 MG SOLUCION INYECTABLE, 1 vial de 15 ml CN: 764093 que iguale el precio del primer biosimilar de TECENTRIQ 1200 MG CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION, 1 vial CN: 719470 en el momento que se produzca su inclusión en el Nomenclátor de Facturación y comercialización efectiva. El mencionado descuento temporal dejará de aplicarse en el momento en que se produzca la inclusión de TECENTRIQ 1875 MG SOLUCION INYECTABLE, 1 vial de 15 ml CN: 764093 en un conjunto de referencia del sistema de precios de referencia de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud.
* **Se mantiene** el protocolo farmacoclínico de obligada cumplimentación en todo el SNS, a través de **VALTERMED**, que contenga los criterios de medición del resultado de beneficio clínico, así como los criterios de inicio, seguimiento y discontinuación del tratamiento.
  + 1. **MEDICAMENTOS BIOSIMILARES:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CN** | **NOMBRE** | **Principio activo** | **DH** | **UH** | **SCP** | **Biosimilar** | **Huérfano** |
| 764609 | RIMMYRAH 10MG/ML 1 VIAL DE 0,23ML + AGUJA SOLUCION INYECTABLE | RANIBIZUMAB |  | √ |  | √ |  |

* + 1. **MEDICAMENTOS EN LOS QUE SE ESTABLECE LA APORTACIÓN REDUCIDA ÚNICAMENTE PARA LOS PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CN** | **NOMBRE** | **Principio activo** |
| 764040 | THERVAN PLUS 10/20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG | ATORVASTATINA/EZETIMIBA |
| 764317 | EZETIMIBA/ATORVASTATINA STADA 10MG/20MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG | ATORVASTATINA/EZETIMIBA |
| 764318 | EZETIMIBA/ATORVASTATINA STADA 10MG/40MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG | ATORVASTATINA/EZETIMIBA |
| 764319 | EZETIMIBA/ATORVASTATINA STADA 10MG/80MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG | ATORVASTATINA/EZETIMIBA |

1. **MODIFICACIONES EN LAS INDICACIONES DE MEDICAMENTOS FINANCIADOS:**

Se destacan:

**NUEVAS INDICACIONES:**

* **EPYSQLI y BEKEMV**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CN** | **NOMBRE** | **Principio activo** | **DH** | **UH** | **SCP** | **Biosimilar** | **Huérfano** |
| 762949 | EPYSQLI 300MG 1 VIAL DE 30ML CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION | ECULIZUMAB |  | √ |  | √ |  |
| 762474 | BEKEMV 300MG 1 VIAL 30ML CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION | ECULIZUMAB |  | √ |  | √ |  |

* + **Nueva indicación financiada:** En adultos y niños para el tratamiento de síndrome hemolítico urémico atípico (SHUa)
  + **Revisa precio**
* **JARDIANCE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CN** | **NOMBRE** | **Principio activo** | **DH** | **UH** | **SCP** | **Biosimilar** | **Huérfano** |
| 702686 | JARDIANCE 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA | EMPAGLIFLOZINA |  |  |  |  |  |
| 702683 | JARDIANCE 25MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA | EMPAGLIFLOZINA |  |  |  |  |  |

* **Extensión de la indicación a niños a partir de 10 años de edad,** quedando la indicación completa como se recoge a continuación: Jardiance está indicado en adultos y niños a partir de 10 años de edad para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 no suficientemente controlada asociada a dieta y ejercicio
* en monoterapia cuando metformina no se considera apropiada debido a intolerancia
* añadido a otros medicamentos para el tratamiento de la diabetes.

**NO INCLUSIÓN DE INDICACIONES:**

* **LYNPARZA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CN** | **NOMBRE** | **Principio activo** | **DH** | **UH** | **SCP** | **Biosimilar** | **Huérfano** |
| 721826 | LYNPARZA 100MG 56 (7 X 8) COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA | OLAPARIB | √ |  | √ |  |  |
| 721827 | LYNPARZA 150MG 56 (7 X 8) COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA | OLAPARIB | √ |  | √ |  |  |

* + **No se incluye en la prestación farmacéutica del SNS la indicación:** Lynparza está indicado en combinación con abiraterona y prednisona o prednisolona para el tratamiento de pacientes adultos con CPRCm en los que la quimioterapia no está indicada a juicio del clínico.
* **POLIVY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CN** | **NOMBRE** | **Principio activo** | **DH** | **UH** | **SCP** | **Biosimilar** | **Huérfano** |
| 729638 | POLIVY 30MG 1 VIAL POLVO PARA CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION | POLATUZUMAB VEDOTINA |  | √ |  |  | √ |
| 727843 | POLIVY 140MG 1 VIAL POLVO PARA CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION | POLATUZUMAB VEDOTINA |  | √ |  |  | √ |

* + **No se incluye en la prestación farmacéutica del SNS la indicación:** Polivy en combinación con rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, y prednisona (R-CHP) está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con lifoma B difuso de células grandes (LBDCG) que no han recibido tratamiento previo.
* **OLUMIANT**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CN** | **NOMBRE** | **Principio activo** | **DH** | **UH** | **SCP** | **Biosimilar** | **Huérfano** |
| 715262 | OLUMIANT 2MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA | BARICITINIB | √ |  | √ |  |  |
| 715264 | OLUMIANT 4MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA | BARICITINIB | √ |  | √ |  |  |

* + **No se incluyen en la prestación farmacéutica del SNS las indicaciones:**
  + Tratamiento de la artritis idiopática juvenil activa en pacientes a partir de 2 años de edad que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más FAMEs sintéticos convencionales o biológicos previos:
    - Artritis idiopática juvenil poliarticular (poliarticular con factor reumatoide positivo [FR+] o negativo [FR-], oligoarticular extendida)
    - Artritis relacionada con entesitis, y
    - Artritis psoriásica juvenil.
  + Dermatitis atópica en pacientes pediátricos a partir de 2 años de edad que son candidatos a tratamiento sistémico.

1. **MODIFICACIÓN EN LAS CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CN** | **NOMBRE** | **Principio activo** | **DH** | **UH** | **SCP** | **Biosimilar** | **Huérfano** |
| 732023 | HEPCLUDEX 2MG 30 VIALES POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE | BULEVIRTIDA |  | √ |  |  | √ |

* + Se añade la siguiente cláusula: A las mutualidades del SNS (MUFACE, MUGEJU e ISFAS), así como a sanidad penitenciaria, se les aplicará el acuerdo precio/volumen teniendo en cuenta la cifra regional correspondiente a la ubicación del centro que realiza la adquisición.
  + Se actualiza la tabla del acuerdo precio/volumen en los siguientes términos:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Comunidad Autónoma** | **1 año** | | | | **2 año** | | | | | | | **3 año** | | | | |
|  |  |  |  |  | | Si el consumo el año 1, es ≤ 80% del total de la cifra regional, PVL 3.953,39 €. | | Si el consumo el año 1, es > 80% del total de la cifra regional, coste SNS\* 3.329,17 €. | |  |  | Si el consumo el año 2, es ≤ 80% del total de la cifra regional, PVL 3.953,39 € | | Si el consumo el año 2, es > 80% del total de la cifra regional, coste SNS\* 3.329,17 €. | |  |  |
|  | Envases | PVL | Envases | Coste SNS\* | | Envases | PVL | Envases | Coste SNS\* | Envases | Coste SNS\* | Envases | PVL | Envases | Coste SNS\* | Envases | Coste SNS\* |
| **Andalucía** | 0-76 | 3.953,39 | > 76 | 1.562,50 | | 0-213 | 3.953,39 | 0-213 | 3.329,17 | > 213 | 1.562,50 | 0-460 | 3.953,39 | 0-460 | 3.329,17 | > 460 | 1.562,50 |
| **Cataluña** | 0-70 | 3.953,39 | > 70 | 1.562,50 | | 0-196 | 3.953,39 | 0-196 | 3.329,17 | > 196 | 1.562,50 | 0-422 | 3.953,39 | 0-422 | 3.329,17 | >422 | 1.562,50 |
| **Madrid** | 0-61 | 3.953,39 | > 61 | 1.562,50 | | 0-170 | 3.953,39 | 0-170 | 3.329,17 | > 170 | 1.562,50 | 0-367 | 3.953,39 | 0-367 | 3.329,17 | >367 | 1.562,50 |
| **Comunidad Valenciana** | 0-45 | 3.953,39 | > 45 | 1.562,50 | | 0-127 | 3.953,39 | 0-127 | 3.329,17 | > 127 | 1.562,50 | 0-275 | 3.953,39 | 0-275 | 3.329,17 | >275 | 1.562,50 |
| **Galicia** | 0-24 | 3.953,39 | > 24 | 1.562,50 | | 0-68 | 3.953,39 | 0-68 | 3.329,17 | > 68 | 1.562,50 | 0-146 | 3.953,39 | 0-146 | 3.329,17 | >146 | 1.562,50 |
| **Castilla y León** | 0-21 | 3.953,39 | > 21 | 1.562,50 | | 0-60 | 3.953,39 | 0-60 | 3.329,17 | > 60 | 1.562,50 | 0-129 | 3.953,39 | 0-129 | 3.329,17 | >129 | 1.562,50 |
| **País Vasco** | 0-20 | 3.953,39 | > 20 | 1.562,50 | | 0-56 | 3.953,39 | 0-56 | 3.329,17 | > 56 | 1.562,50 | 0-120 | 3.953,39 | 0-120 | 3.329,17 | >120 | 1.562,50 |
| **Canarias** | 0-19 | 3.953,39 | > 19 | 1.562,50 | | 0-55 | 3.953,39 | 0-55 | 3.329,17 | > 55 | 1.562,50 | 0-118 | 3.953,39 | 0-118 | 3.329,17 | >118 | 1.562,50 |
| **Castilla-La Mancha** | 0-18 | 3.953,39 | > 18 | 1.562,50 | | 0-52 | 3.953,39 | 0-52 | 3.329,17 | > 52 | 1.562,50 | 0-111 | 3.953,39 | 0-111 | 3.329,17 | >111 | 1.562,50 |
| **Murcia** | 0-14 | 3.953,39 | > 14 | 1.562,50 | | 0-38 | 3.953,39 | 0-38 | 3.329,17 | > 38 | 1.562,50 | 0-82 | 3.953,39 | 0-82 | 3.329,17 | >82 | 1.562,50 |
| **Aragón** | 0-12 | 3.953,39 | > 12 | 1.562,50 | | 0-33 | 3.953,39 | 0-33 | 3.329,17 | > 33 | 1.562,50 | 0-72 | 3.953,39 | 0-72 | 3.329,17 | >72 | 1.562,50 |
| **Islas Baleares** | 0-11 | 3.953,39 | > 11 | 1.562,50 | | 0-30 | 3.953,39 | 0-30 | 3.329,17 | > 30 | 1.562,50 | 0-64 | 3.953,39 | 0-64 | 3.329,17 | >64 | 1.562,50 |
| **Extremadura** | 0-10 | 3.953,39 | > 10 | 1.562,50 | | 0-27 | 3.953,39 | 0-27 | 3.329,17 | > 27 | 1.562,50 | 0-58 | 3.953,39 | 0-58 | 3.329,17 | >58 | 1.562,50 |
| **Asturias** | 0-9 | 3.953,39 | > 9 | 1.562,50 | | 0-25 | 3.953,39 | 0-25 | 3.329,17 | > 25 | 1.562,50 | 0-55 | 3.953,39 | 0-55 | 3.329,17 | >55 | 1.562,50 |
| **Navarra** | 0-6 | 3.953,39 | > 6 | 1.562,50 | | 0-17 | 3.953,39 | 0-17 | 3.329,17 | > 17 | 1.562,50 | 0-36 | 3.953,39 | 0-36 | 3.329,17 | >36 | 1.562,50 |
| **Cantabria** | 0-5 | 3.953,39 | > 5 | 1.562,50 | | 0-15 | 3.953,39 | 0-15 | 3.329,17 | > 15 | 1.562,50 | 0-32 | 3.953,39 | 0-32 | 3.329,17 | >32 | 1.562,50 |
| **La Rioja** | 0-3 | 3.953,39 | > 3 | 1.562,50 | | 0-8 | 3.953,39 | 0-8 | 3.329,17 | > 8 | 1.562,50 | 0-17 | 3.953,39 | 0-17 | 3.329,17 | >17 | 1.562,50 |
| **Melilla** | 0-1 | 3.953,39 | > 1 | 1.562,50 | | 0-2 | 3.953,39 | 0-2 | 3.329,17 | > 2 | 1.562,50 | 0-5 | 3.953,39 | 0-5 | 3.329,17 | >5 | 1.562,50 |
| **Ceuta** | 0-1 | 3.953,39 | > 1 | 1.562,50 | | 0-2 | 3.953,39 | 0-2 | 3.329,17 | > 2 | 1.562,50 | 0-5 | 3.953,39 | 0-5 | 3.329,17 | >5 | 1.562,50 |

1. **MODIFICACIÓN EN LAS CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN**

* Esta Dirección General ha resuelto el cambio en las condiciones de prescripción y dispensación de los siguientes medicamentos de Diagnóstico Hospitalario (**Ácido micofenólico, Everolimus y Sirolimus**) en el sentido de suprimir las reservas singulares, consistente en la **retirada del visado de inspección.**
* Se informa a los efectos correspondientes, que el referido cambio en las condiciones de prescripción y dispensación se hará efectivo **a partir del día 1 de septiembre de 2024**.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Grupo ATC** | **Principio activo** | **CN** | **Nombre** |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 705265 | ACIDO MICOFENOLICO STADA 180MG 100 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES EFG |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 705266 | ACIDO MICOFENOLICO STADA 360MG 50 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES EFG |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 771022 | CELLCEPT 1G/5ML 1 FRASCO 110G POLVO PARA SUSP ORAL |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 679381 | CELLCEPT 250MG 100 CAPSULAS |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 679373 | CELLCEPT 500MG 50 COMPRIMIDOS |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 725107 | CELLCEPT 500MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 728915 | CELLCEPT 500MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 739026 | CELLCEPT 500MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 749367 | CELLCEPT 500MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 714114 | CEPTAVA 180MG 100 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES EFG |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 714122 | CEPTAVA 360MG 50 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES EFG |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 663248 | MICOFENOLATO DE MOFETILO STADA 500MG 50 COMPRIM RECUB PELIC EFG |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 669209 | MICOFENOLATO DE MOFETILO ACCORD 250MG 100 CAPSULAS DURAS EFG |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 672567 | MICOFENOLATO MOFETILO ACCORD 500MG 50 COMPRIMIDOS RECUB PELIC EFG |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 704622 | MICOFENOLATO DE MOFETILO ARISTO 250MG 100 CAPSULAS DURAS EFG |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 704620 | MICOFENOLATO DE MOFETILO ARISTO 500MG 50 COMPRIM RECUB PELIC EFG |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 672281 | MICOFENOLATO MOFETILO AUROVITAS SPAIN 500MG 50 COMPRIM RECUB PELIC EFG |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 707835 | MICOFENOLATO DE MOFETILO CINFA 250MG 100 COMPRIMIDOS RECUB PEL EFG |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 707836 | MICOFENOLATO DE MOFETILO CINFA 500MG 50 COMPRIMIDOS RECUB PEL EFG |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 676435 | MICOFENOLATO DE MOFETILO GENESIS 500MG 50 COMPR RECUB PELIC EFG |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 683032 | MICOFENOLATO DE MOFETILO KERN PHARMA 500MG 50 COMPR RECUB PEL EFG |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 651464 | MICOFENOLATO DE MOFETILO SANDOZ 250MG 100 CAPSULAS DURAS EFG |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 651472 | MICOFENOLATO DE MOFETILO SANDOZ 500MG 50 COMPRIM RECUB PELIC EFG |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 691756 | MICOFENOLATO DE MOFETILO TECNIGEN 500MG 50 COMPRIMID RECUB PELIC EFG |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 724295 | MICOFENOLATO DE MOFETILO TILLOMED 250MG 100 CAPSULAS EFG |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 721385 | MICOFENOLATO DE MOFETILO TILLOMED 500MG 50 COMPRIM RECUB PELIC EFG |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 680417 | MICOFENOLATO MOFETILO NORMON 250MG 100 COMPRIMID RECUB PELIC EFG |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 680418 | MICOFENOLATO MOFETILO NORMON 500MG 50 COMPRIMIDOS RECUB PELIC EFG |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 663258 | MICOFENOLATO MOFETILO TEVA 250MG 100 CAPSULAS DURAS EFG |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 663257 | MICOFENOLATO MOFETILO TEVA 500MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERT PELIC EFG |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 700470 | MYFENAX 250MG 100 X 1 CAPSULAS DURAS EFG |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 673076 | MYFENAX 250MG 100 CAPSULAS DURAS EFG |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 673077 | MYFENAX 500MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 700471 | MYFENAX 500MG 50 X 1 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 724500 | MYFORTIC 180MG 100 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES |
| L04AA06 | ÁCIDO MICOFENÓLICO | 724617 | MYFORTIC 360MG 50 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES |
| L04AH01 | SIROLIMUS | 665876 | RAPAMUNE 0,5MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS |
| L04AH01 | SIROLIMUS | 948919 | RAPAMUNE 1MG 100 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS |
| L04AH01 | SIROLIMUS | 876029 | RAPAMUNE 1MG/ML 1 FRASCO 60ML SOLUCION ORAL |
| L04AH01 | SIROLIMUS | 724534 | RAPAMUNE 2MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS |
| L04AH02 | EVEROLIMUS | 700531 | CERTICAN 0,1MG 60 COMPRIMIDOS DISPERSABLES |
| L04AH02 | EVEROLIMUS | 700525 | CERTICAN 0,25MG 60 COMPRIMIDOS |
| L04AH02 | EVEROLIMUS | 700527 | CERTICAN 0,25MG 60 COMPRIMIDOS DISPERSABLES |
| L04AH02 | EVEROLIMUS | 700528 | CERTICAN 0,5MG 60 COMPRIMIDOS |
| L04AH02 | EVEROLIMUS | 700529 | CERTICAN 0,75MG 60 COMPRIMIDOS |
| L04AH02 | EVEROLIMUS | 700530 | CERTICAN 1MG 60 COMPRIMIDOS |

* Las existencias en poder de almacenes y oficinas de farmacia de dichos medicamentos con cupón precinto anterior, podrán seguir comercializándose, si bien, para las condiciones de financiación en el momento de su dispensación, se tendrá en cuenta las nuevas condiciones establecidas.

1. **SUSPENSIONES JUDICIALES DE COMERCIALIZACIÓN**

En cumplimiento de las notificaciones que los correspondientes juzgados han remitido a esta Dirección General con medidas cautelares acordadas sobre determinados medicamentos, se ha procedido a la anotación en el nomenclátor de la situación de “H-Suspensión judicial de comercialización”, exclusivamente en los medicamentos afectados por las medidas judiciales notificadas expresamente a esta Dirección General. En el presente mes son los siguientes medicamentos de Uso Hospitalario:

|  |  |
| --- | --- |
| **CN** | **NOMBRE** |
| 758186 | FUMARATO DE DIMETILO KERN PHARMA 120MG 14 CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES EFG |
| 758187 | FUMARATO DE DIMETILO KERN PHARMA 240MG 56 CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES EFG |

1. **PRECIOS NOTIFICADOS**

* Medicamentos financiados: se aceptan los precios industriales notificados por los laboratorios para los siguientes medicamentos para cuando sean dispensados fuera del Sistema Nacional de Salud, en los siguientes formatos y códigos nacionales, conforme a lo establecido en el artículo 94, puntos 4, 6 y 7 del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CN** | **NOMBRE** | **DH** | **UH** | **SCP** | **Biosimilar** | **Huérfano** |
| 607771 | VIAFLO CLORURO SODICO 0,9% 12 BOLSAS 1000ML SOLUCION PARA PERFUSION |  |  |  |  |  |
| 607774 | VIAFLO CLORURO SÓDICO 0,9% Y CLORURO POTÁSICO 0,3% 12 BOLSAS 1000ML SOLUCIÓN PARA PERFUSIÓN |  |  |  |  |  |
| 607776 | VIAFLO GLUCOSALINO POTASICO 4%, 0,18%, 0,15% 12 BOLSAS 1000ML SOLUCION PARA PERFUSION |  | √ |  |  |  |
| 651402 | VARIVAX 1 VIAL + 1 JERINGA Y 2 AGUJAS POLVO Y DISOLVENTE SUSPENSION INYECTABLE |  |  | √ |  |  |
| 665919 | DIPEPTIVEN 200MG/ML 1 FRASCO 100ML CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION |  | √ |  |  |  |
| 665927 | DIPEPTIVEN 200MG/ML 1 FRASCO 50ML CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION |  | √ |  |  |  |
| 680397 | VITALIPID INFANTIL 10 AMPOLLAS 10ML |  | √ |  |  |  |
| 680405 | VITALIPID ADULTOS 10 AMPOLLAS 10ML |  | √ |  |  |  |
| 737825 | VAMIN 18 SIN ELECTROLITOS 1 FRASCO DE 500ML SOLUCION PARA PERFUSION |  | √ |  |  |  |
| 737866 | VAMIN 18 SIN ELECTROLITOS 1 FRASCO DE 1000ML SOLUCION PARA PERFUSION |  | √ |  |  |  |
| 758207 | SUNLENCA 300MG 5 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA |  | √ |  |  |  |
| 758208 | SUNLENCA 464MG 2 VIALES 1,5ML SOLUCION INYECTABLE |  | √ |  |  |  |
| 762407 | LIVMARLI 9,5MG/ML 1 FRASCO 30ML SOLUCION ORAL |  | √ |  |  | √ |
| 763068 | XERAVA 100MG 10 VIALES POLVO PARA CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION |  | √ |  |  |  |
| 763307 | PYLCLARI 1500MBQ/ML 1 VIAL DE 0,5-10ML SOLUCION INYECTABLE |  | √ |  |  |  |
| 763308 | PYLCLARI 1000MBQ/ML 1 VIAL DE 0,5-10ML SOLUCION INYECTABLE |  | √ |  |  |  |
| 763552 | INAQOVI 35/100MG 5 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA | √ |  | √ |  |  |
| 763751 | BRIUMVI 150MG 1 VIAL CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION |  | √ |  |  |  |
| 764093 | TECENTRIQ 1875MG 1 VIAL DE 15ML SOLUCION INYECTABLE |  | √ |  |  |  |
| 764609 | RIMMYRAH 10MG/ML 1 VIAL DE 0,23ML + AGUJA SOLUCION INYECTABLE |  | √ |  | √ |  |
| 764692 | CUITVAR 0,5MG + 1MG (11 X 0,5MG + 42 X 1MG) 53 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG |  |  |  |  |  |
| 764693 | CUITVAR 0,5MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG |  |  |  |  |  |
| 764694 | CUITVAR 1MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG |  |  |  |  |  |
| 764695 | CUITVAR 1MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG |  |  |  |  |  |
| 764791 | STRIBILD 150/150/200/245MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA |  | √ |  |  |  |
| 683044 | BENLYSTA 120 mg POLVO PARA CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION, 1 vial |  | √ |  |  |  |
| 719886 | BENLYSTA 200 MG SOLUCION INYECTABLE EN PLUMA PRECARGADA, 4 plumas precargadas de 1 ml |  | √ |  |  |  |
| 683043 | BENLYSTA 400 mg POLVO PARA CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION, 1 vial |  | √ |  |  |  |
| 674275 | ONCOTICE 2-8 X 10(8) UFC 3 VIALES POLVO PARA SUSPENSION INTRAVESICAL |  | √ |  |  |  |

* Se elimina el precio notificado de los siguientes medicamentos financiados:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CN** | **NOMBRE** | **DH** | **UH** | **SCP** | **Biosimilar** | **Huérfano** |
| 763991 | VARENICLINA NORMON 0,5MG + 1MG (11 X 0,5MG + 42 X 1MG) 53 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG |  |  |  |  |  |
| 763989 | VARENICLINA NORMON 1MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG |  |  |  |  |  |
| 763988 | VARENICLINA NORMON 0,5MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG |  |  |  |  |  |

* Medicamentos financiados exclusivamente para las indicaciones establecidas, de acuerdo al apartado 3 de la Resolución de 2 de agosto de 2012 de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, se les mantiene el precio de comercialización con cargo al SNS, y para su comercialización fuera del SNS se les ha revisado el precio notificado:

|  |  |
| --- | --- |
| **CN** | **NOMBRE** |
| 650104 | PROPALCOF 15MG/ML 1 FRASCO DE 20 ML GOTAS ORALES EN SOLUCION |

* En este mes a determinados medicamentos **excluidos** de la prestación farmacéutica del SNS, según Resolución de 2 de agosto de 2012 de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, se les ha asignado precio notificado.

1. **DEDUCCIONES REAL DECRETO LEY 8/2010**

* Este nomenclátor incluye la actualización de las deducciones del **15%** de algunos medicamentos según el artículo 10 del Real Decreto Ley 8/2010, de 20 de mayo.
* Se ha procedido a actualizar la deducción de los siguientes medicamentos financiados que han dejado de tener la consideración de huérfanos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CN** | **NOMBRE** | **DEDUCCIÓN** |
| 695032 | ADCETRIS 50MG 1 VIAL POLVO PARA CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION | 7,5% |
| 730080 | ADCETRIS 50MG 1 VIAL POLVO PARA CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION | 7,5% |
| 656938 | NEXAVAR 200MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA | 7,5% |
| 728475 | NEXAVAR 200MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA | 7,5% |
| 703962 | SYLVANT 100MG1 VIAL POLVO PARA CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION | 7,5% |

**La información recogida en el Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud sobre precios correspondientes a medicamentos no incluidos en la prestación farmacéutica del SNS es meramente informativa. A efectos legales, y en tanto en cuanto se proceda al desarrollo reglamentario del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado mediante el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, debe contactarse con los respectivos laboratorios comercializadores de los medicamentos en cuestión.**

* A efectos del Nomenclátor del mes de AGOSTO 2024 les informamos que los medicamentos que a continuación se indican pasan a la situación de BAJA EXCLUSIÓN FINANCIACIÓN INDIVIDUALIZADA y/o H- BAJA EXCLUSIÓN al haber sido excluidos de la financiación por resoluciones de abril 2024 de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia. En el mes de diciembre de 2024 dejarán de ser facturable aquellos que lo fueran.

|  |  |
| --- | --- |
| **CN** | **NOMBRE** |
| 620195 | MEPIVACAINA B. BRAUN 20 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE, 100 ampollas de 5ml |
| 748772 | PROSCAR 5 mg COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA , 28 comprimidos |
| 688036 | SUERO FISIOLOGICO 0,9% BAXTER (CLEAR FLEX) SOLUCIÓN PARA PERFUSIÓN, 1 bolsa de 100ml |
| 993618 | SUERO FISIOLOGICO 0,9% BAXTER (CLEAR FLEX) SOLUCIÓN PARA PERFUSIÓN, 1 bolsa de 1.000ml |
| 699348 | SUERO FISIOLOGICO 0,9% BAXTER (CLEAR FLEX) SOLUCIÓN PARA PERFUSIÓN, 1 bolsa de 2.000ml |
| 688028 | SUERO FISIOLOGICO 0,9% BAXTER (CLEAR FLEX) SOLUCIÓN PARA PERFUSIÓN, 1 bolsa de 250ml |
| 651612 | SUERO FISIOLOGICO 0,9% BAXTER (CLEAR FLEX) SOLUCIÓN PARA PERFUSIÓN, 1 bolsa de 50ml |
| 688010 | SUERO FISIOLOGICO 0,9% BAXTER (CLEAR FLEX) SOLUCIÓN PARA PERFUSIÓN, 1 bolsa de 500ml |

* El medicamento que a continuación se indica deja de ser facturable al haber sido excluido de la financiación por resolución de diciembre de 2023 de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia.

|  |  |
| --- | --- |
| **CN** | **NOMBRE** |
| 685615 | LEUPRORELINA GP-PHARM DEPOT MENSUAL 3,75MG 1 VIAL + 1 JERINGA POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSPENS LIBERAC PROLONG INYECT |

El Subdirector General de Farmacia

Javier García del Pozo