

Trabajo Fin de Grado

El Copago Sanitario

Autor/es

Marina Salafranca Alegre

Director/es

Eduardo Bandrés Moliné

Facultad de Economía y Empresa
2015

ÍNDICE

1. Introducción	3
2. Los aspectos positivos del copago sanitario	6
3. Las desventajas del copago sanitario	7
4. El copago sanitario en Europa	8
5. Los efectos del copago sanitario y su experiencia en el ámbito internacional	11
6. El copago sanitario	13
6.1.El nuevo copago farmacéutico	14
6.2.El euro por receta de Cataluña	17
6.3.El copago hospitalario	19
7. Los resultados del copago sanitario en España	23
7.1.Eficacia	23
7.2.Equidad y solidaridad redistributiva	24
7.3.Eficiencia macroeconómica	25
7.4.Eficiencia microeconómica y satisfacción de los pacientes	25
8. Críticas al copago sanitario	26
9. ¿Es el copago sanitario la solución?	28
10. Conclusiones	30
11. Bibliografía	33
12. Anexos	36
12.1. El copago en los países de la OCDE	36
12.2. Recomendaciones	41

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Gráfico 1: Los sistemas de copago sanitario en Europa	8
Tabla 1: El copago en Europa	9
Tabla 2: Modificaciones aplicadas a partir de Enero de 2015	16

RESUMEN

La crisis actual y el elevado déficit público han reabierto el debate sobre la sostenibilidad de un sistema sanitario que ha alcanzado el 9,5% del PIB español. En las últimas décadas, el gasto público en sanidad ha crecido a un ritmo mayor que el PIB en los países de la Unión Europea. Esto se debe a que el gasto en sanidad pasó en España de representar el 8,5% del PIB en 2007 al 9% en 2008, hasta alcanzar el 9,5% en el año 2009.

El gobierno español ha modificado la legislación sanitaria vigente hasta el año 2011, excluyendo a la población inmigrante no regularizada de la atención no urgente, ampliando el copago existente en farmacia a una población que hasta ahora estaba exenta, los pensionistas y sus beneficiarios, e introduciendo el mismo en el transporte sanitario no urgente y en los productos dietéticos. También se aprecia que las medidas introducidas incrementan la carga financiera privada de los ciudadanos ante la enfermedad ya que existen diferentes niveles de aportación que más adelante se explican, aumentan las desigualdades en la utilización de los servicios y suponen un retroceso claro del bienestar social, con consecuencias negativas en la salud de los pacientes afectados.

El déficit sanitario de las comunidades autónomas es más resultado del déficit de ingresos y del acelerado crecimiento del gasto que no del nivel de gasto por persona. Utilizar instrumentos de corresponsabilidad financiera como tasas, precios o copagos puede expresar dos finalidades diferentes. Pueden servir para aumentar los ingresos o también para ayudar a que el uso de los servicios sea más efectivo y a que se reduzca el uso inadecuado. Es probable que si se aplican de forma prudente y los ingresos/ahorros revierten en la sanidad pública sean mucho más aceptables para los ciudadanos.

En este trabajo se pretende explicar los copagos sanitarios establecidos en países de la Unión Europea y en España así como los efectos y resultados obtenidos en los servicios sanitarios como consecuencia de su implantación.

1. INTRODUCCIÓN

El copago puede definirse como la participación directa del paciente en parte del coste de los servicios sanitarios en el momento de utilizarlos. El copago se plantea como una alternativa de financiación y de racionalización de los gastos sanitarios relativos a la corresponsabilidad financiera del usuario en los servicios sanitarios. Supone compartir los costes del servicio entre dos partes: el usuario y el Estado. El copago, además de perseguir recaudar fondos para sostener el sistema sanitario, también se propone como una herramienta disuasoria para eliminar el consumo abusivo e innecesario, y reducir la demanda de los servicios sanitarios.

Por otro lado, los objetivos básicos de los sistemas de copago en el sistema sanitario se centran en la reducción del consumo excesivo derivado de situaciones de riesgo moral lo que supone que los individuos utilizan más los servicios cuando disponen de seguro que cuando carecen de él y la moderación del crecimiento del gasto sanitario. Pero, según Puig (2012), existe una contradicción entre ellos ya que si lo que se pretende es la recaudación de dinero, conviene que el paciente no deje de utilizar los servicios sanitarios debido al copago, ya que en ese caso el paciente no pagaría. La cosa es muy diferente si lo que se pretende es la reducción del uso de los servicios sanitarios considerados de carácter innecesario. En este caso, hay que tratar de evitar los copagos o ponerlos muy reducidos en los servicios de elasticidad muy baja y copagos más elevados en los servicios de elevada elasticidad en los que los pacientes reducen rápidamente el uso ante pequeños aumentos en el precio.

Los elementos más importantes que configuran el diseño de un sistema de participación del usuario, como es el copago, en el coste de los medicamentos son los siguientes (López Casasnovas, 2003):

- El valor de la aportación o contribución financiera directa del paciente. Existen dos formas principales, una de ellas consiste en el pago de una cantidad fija por unidad consumida y la otra se basa en la contribución mediante un porcentaje del coste total del servicio recibido.
- Las cantidades deducibles. Esta modalidad conlleva a que los pacientes pagan el gasto total de los primeros servicios sanitarios consumidos y, a partir de un determinado nivel, la aseguradora empieza a asumir la carga financiera de los

fármacos, en la parte que le corresponda, según el régimen de copago establecido.

- El límite máximo que puede llegar a pagar el paciente y/o el asegurador. Principalmente se trata de una forma de reducir el riesgo financiero que el sistema de copago transfiere como por ejemplo a enfermos crónicos o a enfermos agudos con un coste elevado y concentrado en un breve periodo de tiempo (por ejemplo, una aportación máxima mensual), o bien con relación al importe máximo a pagar por cada envase. El asegurador también puede establecer un límite a la cobertura de manera que mediante este mecanismo el paciente será quien cubra los gastos extraordinarios que superen cierto nivel establecido como máximo en la cobertura aseguradora.

Los tipos de copago que se pueden encontrar son (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013):

- Sobre servicios de atención médica (atención primaria, hospitales, servicios de urgencias).
- Sobre servicios hoteleros (hospitalizaciones).
- Sobre los medicamentos y farmacia.

Los copagos por atención médica existen en numerosos países europeos, sobre todo en aquellos con sistemas sanitarios del tipo Bismarck (basados en las contribuciones a la Seguridad Social) más que en los de tipo Beveridge o sistemas nacionales de salud (financiados mediante impuestos). Y son todavía más habituales en los sistemas basados en los seguros privados, como el de Estados Unidos. En España, actualmente sólo se contempla el copago sanitario en determinados medicamentos. Ir al médico o ingresar en un hospital público es completamente gratuito.

Las características que el copago debe tener desde el punto de vista económico (Puig, 2012) se muestran en:

- La eficacia de los mecanismos de copago depende, básicamente, de que la demanda de los servicios sanitarios a los que se aplica el copago sea elástica (suficientemente sensible a las variaciones en el precio). Si la demanda es inflexible, ante una determinada variación porcentual en el precio del servicio, la cantidad demandada apenas cambiará y se frustrará la esperada reducción en el

gasto, aunque sí que se conseguirá el objetivo recaudatorio, si ésta era una de las finalidades del copago.

- La elasticidad de la demanda en sanidad es relativamente baja porque los servicios médicos, en general, no se pueden dejar de consumir, ni pueden ser reemplazados por otros bienes o servicios aunque suba su precio (en el caso cobrar algo por una apendicitis, la gente no dejaría de operarse). En servicios no tan necesarios, la elasticidad puede ser mayor y se comporta de forma inversa al nivel de renta.
- La demanda de atención sanitaria es, en gran parte, inducida por el médico. El usuario de los servicios sanitarios no es un cliente o comprador típico que escoge qué y cuánto comprar, sino que es el médico quien tiene mucha más información sobre el diagnóstico y los posibles tratamientos que el propio paciente y el que decide su demanda de servicios. Es la conocida relación de agencia en el ámbito sanitario.
- La elasticidad de la demanda es diferente según los servicios y no se mantiene constante a lo largo del tiempo.
- La medida debe garantizar tanto la equidad en el acceso a los servicios sanitarios como en su financiación.

Por otra parte, se encuentran tres formas distintas de participación del usuario en el coste o copago de la sanidad (Puig, 2012):

- Los copagos de cantidad fija: requieren que los pacientes paguen una tarifa fija por cada servicio médico solicitado o medicamento comprado.
- El copago en forma de cogesuro: pretende que los pacientes paguen un porcentaje fijo del coste de la atención recibida, por ejemplo, el 20% de los costes ocasionados durante su estancia en el hospital.
- Los deducibles o franquicia inicial: son la cantidad que debe pagar de su bolsillo el paciente cada año antes de que la cobertura del seguro empiece a abonar una parte de los costes en los que incurre el paciente.

Por último, los sistemas de copago son políticas de financiación de los medicamentos y de la sanidad que pueden adoptar un gran número de formas concretas que contribuyen a que su aplicación, los incentivos que generan y su impacto sobre el consumo, el gasto

y el estado de salud puedan ser muy distintos en cada caso. Con estos sistemas de copago lo que se persigue es garantizar la equidad en el acceso a la sanidad para una misma necesidad con independencia de la capacidad económica de cada paciente. En este sentido, aunque no es el instrumento más efectivo ni el más eficiente para conseguir dicho objetivo, la mayoría de sistemas de copago se justifican en la práctica como un instrumento al servicio de una pretendida redistribución de las rentas como podría ser la concesión de la gratuidad a los pensionistas.

2. LOS ASPECTOS POSITIVOS DEL COPAGO SANITARIO

Una vez conocido el funcionamiento del copago sanitario es preciso valorar los aspectos positivos que suponen la aplicación en España.

La principal ventaja que ofrece el copago sanitario estaría en reducir los costes del sector sanitario en España. Este hecho se debe al elevado número de servicios médicos a los que se deben enfrentar los facultativos, a pesar de no contar con las suficientes infraestructuras ni personal cualificado para llevarlos a buen fin. De esta manera, sería posible ahorrar en servicios médicos que no sean imprescindibles y destinar este dinero a otras funciones más importantes del sector como serían la construcción de nuevos hospitales y la renovación del equipamiento médico de los centros de salud y hospitales. Por otra parte, y tal como han explicado diferentes especialistas, el copago sanitario no se crea con ánimo de ingresar más dinero en las arcas del Estado y más aún debido a la complicada situación económica que muchos españoles están atravesando, sino que es una forma de combatir el mal uso del sistema sanitario público en España. Como consecuencia de esto, los pacientes solo acudirían al médico en casos que realmente fueran necesarios, disminuiría el consumo abusivo de medicamentos que, además de suponer un gasto extra para el Estado, también puede llegar a ser contraproducente para el propio ser humano.

En los años más actuales, el sector de la sanidad pública en España está totalmente colapsado debido a las largas listas de espera tanto para visitas médicas como para intervenciones quirúrgicas, las cuales son muy habituales en los hospitales y centros médicos de nuestro país. Debido a esto y con la aplicación del copago sanitario se conseguiría reducir la excesiva demanda de estos servicios y dar por concluido uno de los principales problemas de la sanidad pública en la actualidad, las largas esperas.

Por último, otra ventaja a considerar, es el éxito que ha alcanzado este sistema en otros países europeos como Alemania, Francia o Portugal. Como se puede apreciar, la implantación de este sistema sanitario en España abarca ventajas muy diversas y eficaces.

3. LAS DESVENTAJAS DEL COPAGO SANITARIO

Tal y como comenta Puig (2012) en su libro “¿Quién teme al copago?”, que, como es lógico, cualquier decisión tomada en forma de impuesto, como es el tema del copago sanitario, tiene su cara negativa.

Teniendo en cuenta el interés del paciente, es evidente que la principal desventaja está en tener que pagar una cantidad dinero por unos servicios que hasta ahora eran gratuitos, teóricamente. Cabe considerar que aunque se diga que la sanidad pública es gratuita, el presupuesto de este sector se origina directamente de los impuestos de los pacientes, por lo que se estaría pagando de nuevo por estos servicios, con lo que el copago sanitario tiene un carácter disuasorio.

Una vez valorado el principal inconveniente que este nuevo sistema supone para el paciente, es importante saber que la sanidad pública podría enfrentarse a un posible problema en un periodo corto de tiempo. Si bien es cierto que en la mayoría de los casos esta medida reduciría el uso excesivo de servicios médicos, también causaría que un elevado número de pacientes dejaran de ir al médico por enfermedades que pueden llegar a tener consecuencias graves, lo cual podría traer de la mano un empeoramiento de la salud en la población general. Esto se debe a que la intervención médica para dichos pacientes resultaría mucho más costosa al ser necesario un tratamiento más elevado de tiempo y, por consiguiente, de precio. También ocurriría lo mismo con el uso de los medicamentos ya que un sector de los pacientes abusa de ellos. Es decir, debería tratarse de productos con demandas elásticas, disminuyendo proporcionalmente más el porcentaje del consumo que el del incremento del precio.

En conclusión, el nuevo sistema sanitario tiene el objetivo de hacer consciente a la población con respecto al buen uso de los servicios médicos, pero también puede ocasionar que un sector de la población tome la decisión de no acudir a los centros médicos por razones económicas con el efecto de empeorar más la actual situación del sector sanitario e incluso la posibilidad de colapsar las urgencias hospitalarias.

4. EL COPAGO SANITARIO EN EUROPA

Este apartado se centra especialmente en explicar cómo se articulan los principales sistemas de copago en Europa con motivo de la aplicación de diversas fórmulas para incrementar la participación privada en la financiación del gasto sanitario, en función de las características propias de cada modelo de sociedad, aunque sus características, extensión e intensidad varían según cada país (ver Anexo).

Gráfico 1: Los Sistemas de Copago Sanitario en Europa (Enero, 2012)



Fuente: Universidad de Navarra.

El gráfico 1 muestra que el copago está muy extendido en Europa y prácticamente todos los países europeos tienen establecidas políticas de participación del usuario en algún nivel asistencial: 9 países lo tienen implantado en la atención primaria, 12 en los servicios de urgencia y la totalidad en el consumo de fármacos. Solamente España, Dinamarca y Reino Unido no han extendido dicha participación más allá del copago en los medicamentos.

Tal y como refleja dicho gráfico, la mayoría de los países de la UE aplican el copago a más de dos servicios sanitarios. De hecho, dentro de la zona euro, España, Grecia e Irlanda son los que lo tienen menos extendido y todo indica a que la asistencia de los países del norte a las economías más débiles de la zona euro obligaría a su extensión.

Tabla 1: El Copago en Europa

País	Atención Primaria	Especialistas	Atención Hospitalaria	Servicios de urgencias	Fármacos
Alemania	Si	Si	Si	Si	Si
Austria	Si	Si	Si	Si	Si
Bélgica	Si	Si	Si	Si	Si
Dinamarca	No	No	No	No	Si
España	No	No	No	No	Si
Finlandia	Si	Si	Si	Si	Si
Franca	Si	Si	Si	Si	Si
Grecia	No	No	Si	Si	Si
Holanda	No	Si	Si	Si	Si
Irlanda	No	No	Si	Si	Si
Italia	No	Si	Si	Si	Si
Luxemburgo	Si	Si	Si	No	Si
Noruega	Si	Si	Si	Si	Si
Portugal	Si	Si	No	Si	Si
Reino Unido	No	No	No	No	Si
Suecia	Si	Si	Si	Si	Si

Fuente: Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, sobre documentos de Organismos Internacionales: O.M.S. y O.C.D.E. y publicaciones nacionales e internacionales.

En Europa, los mecanismos de copago sanitario tienen una finalidad tanto recaudatoria como disuasoria. La gran mayoría de los países europeos poseen sistemas de copago en servicios donde el paciente puede decidir, como es el caso de la atención primaria, los servicios de urgencias o el consumo de fármacos, pero también cuentan con copago en niveles asistenciales donde la decisión del paciente asume muy poca importancia, como es el caso de las visitas a los médicos especialistas y la atención hospitalaria.

Se puede apreciar que el nivel y los mecanismos de contribución son muy variados en cuanto al tipo de servicios que se ven afectados por los sistemas de copago. Por ejemplo, entre los países europeos que aplican una tasa fija en atención primaria, como es el caso de Alemania (10€), Austria (10€), Finlandia (13,70€), Noruega (23,50€), Portugal (5€) o Suecia (entre 11 y 22€), el coste por visita oscila desde los 5€ en Portugal hasta los 23,50€ en Noruega, además de haber determinadas variaciones en función del tipo de paciente. En otros países europeos, el contribuyente paga un

porcentaje del coste total de la vista médica recibida el cual oscila entre el 8% del coste, como es el caso de Bélgica, hasta el 30% del coste en Francia. Asimismo, en países determinados como Bélgica y Luxemburgo, existe una tarifa adicional para las visitas que son realizadas a domicilio.

Por regla general, el copago en la atención especializada, sigue el mismo esquema que el copago en la atención primaria, como es el caso de Alemania, Austria, Francia y Luxemburgo. Sin embargo, hay países como Italia y Holanda que no aplican el copago en atención primaria pero si lo hacen en la atención especializada. Finlandia, Portugal y Suecia han instaurado una cuota más elevada que la fijada para la atención primaria.

En el caso de la atención hospitalaria, los mecanismos de copago varían considerablemente según el tipo de patología y de tratamiento. No obstante, existen una serie de servicios homogéneos y comunes que son referentes a la estancia hospitalaria y que por lo general están sometidos a algún mecanismo de copago. Por ejemplo, en Alemania (10€), Austria (8€), Bélgica (27,70€), Luxemburgo (19,44€) y Suecia (8,76€) se designa un copago por día de hospitalización. Por el contrario, países como Noruega implantan un copago el cual es proporcional (20%) al coste total de dicha hospitalización. Por último, países como Francia, han optado por un método que incluye tanto el pago de un porcentaje del coste de la hospitalización como de una cuantía fija por día de estancia hospitalaria (18€/día).

Una de las políticas de cofinanciación llevadas a cabo por parte del usuario y que ha creado más controversia a nivel general es la introducción del copago en los servicios de urgencias. Sin embargo, es una medida cada vez más difundida y utilizada por los países europeos. Finalmente, la participación del paciente en la financiación del gasto sanitario es esencialmente importante en el caso de los fármacos.

Por lo general, se puede apreciar que los sistemas de copago europeos establecen niveles de copago más reducidos para la medicina preventiva o para las estancias hospitalarias que para los médicos especialistas o la atención de urgencia. Además, se observa que 9 de los países que tienen copago en atención primaria, 8 lo tienen también en los servicios de urgencias. Esto se debe posiblemente para evitar que se deriven las visitas al médico de familia hacia los servicios de urgencia, ya que si el copago afecta sólo a un nivel asistencial, se corre el riesgo de que se produzcan derivaciones del consumo hacia aquellos niveles no afectados y el coste termine siendo más elevado.

Para finalizar, en los sistemas de copago europeos, el uso de mecanismos de protección a los colectivos más vulnerables también es generalizado, como por ejemplo, los

pacientes con rentas más bajas, los pacientes de alto riesgo o los niños y mujeres embarazadas. A estos colectivos se les fija un límite máximo de contribución al año o la exención total, dependiendo del tipo de paciente y su situación. Países como Alemania, Francia, Italia y Portugal cuentan con exenciones para un extenso colectivo de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad y que abarcan todos los niveles asistenciales. Por el contrario, países como Finlandia no aplica ninguna política de dispensas para estos colectivos aunque sí introducen unos niveles más inferiores de copago. En general, las exenciones son más frecuentes en atención primaria y en la medicina preventiva que en los servicios de urgencias. Cabe destacar que el nivel de exoneraciones es más elevado en el consumo de fármacos.

5. LOS EFECTOS DEL COPAGO SANITARIO Y SU EXPERIENCIA EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

En nueve países de la UE-15 existen copagos para todos los tipos de servicios sanitarios: visitas médicas, hospitalizaciones, farmacia, atención dental y otros servicios, como urgencias, pruebas diagnósticas, transporte sanitario, prótesis, etc. De estos nueve países, siete tienen un sistema de salud que responde al modelo de seguridad social (modelo Bismarck que se financia con primas, existen pagos complementarios, entre ellos el hospitalario y el farmacéutico y no ofrece protección universal) y dos son países nórdicos, Finlandia y Suecia, con un sistema nacional de salud tipo Beveridge (se financia con los impuestos de toda la población, apuesta por una protección sanitaria universal, tiene una amplia red de centros sanitarios propios, no suele tener copago para los servicios sanitarios, excepto el copago farmacéutico y regula el precio de los medicamentos).

Los sistemas de seguridad social suelen tener un grado de cobertura mayor, estipulada y delimitada explícitamente con gran nivel de elección y muchos copagos. En los sistemas nacionales de salud del norte de Europa, la cobertura suele ser amplia, pero también se pagan más impuestos y hay bastantes copagos, aunque limitados en cuantía y normalmente vinculados al nivel de la renta de cada usuario. En ningún país se equipara acceso universal con gratuidad absoluta en el momento de utilizar los servicios. En los sistemas sanitarios del sur de Europa, hay menos copagos, pero hay más prestaciones no cubiertas por el sistema público lo cual conlleva a más gasto

privado vía pagos directos o por la contratación de seguros privados suplementarios. Las prestaciones excluidas quedan así en manos del mercado sanitario privado.

A continuación, se explica de manera resumida los efectos que el copago sanitario ha tenido a nivel internacional sobre la disminución en el uso de los servicios sanitarios y/o sustitución de unos servicios por otros (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013):

- Bélgica: El copago disminuye el uso de los servicios sanitarios, pero con una mínima eficiencia si se valoran los efectos de sustitución.
- Suecia: Al excluir a los niños y adolescentes del copago, aumentó la frecuentación. La disminución del precio por visita en atención primaria (AP) y el aumento en la consulta externa hospitalaria provocó un incremento del 1% en atención primaria (AP) y una disminución del 9% en las consultas externas hospitalarias (CEH).
- Países Bajos: El copago en consultas externas hospitalarias (CEH) y en atención primaria (AP) no modificó su nivel de uso.
- Francia: El copago del 10% no modificó las visitas, sólo la atención a domicilio (más cara).
- Finlandia: El copago disminuyó las visitas en traumatología pediátrica entre un 18 y un 27%, según el tramo de edad, afectando a las visitas por causa leve o severa por igual e independientemente del nivel socioeconómico de cada paciente.
- Dinamarca: El copago disminuyó tanto el uso apropiado como el inapropiado. El copago redujo los análisis preventivos para la enfermedad cardiovascular de un 66% (sin copago) a un 37% (con copago). Además disuadió a los ancianos de la vacuna antigripal.
- Irlanda: Disminuyeron las urgencias, pero también las visitas apropiadas en atención primaria para el control de la hipertensión arterial (HTA) y empeoró la supervivencia de los pacientes de alto riesgo.
- Portugal: El efecto disuasorio del copago se concluyó al año de su instauración.
- Alemania: El copago introducido en las visitas ambulatorias en el año 2004 no redujeron de manera significativa la demanda de dichas visitas. Tampoco, se

observó un efecto disuasivo entre los individuos considerados de carácter más vulnerable.

- España: Se concluye que los posibles mecanismos de coparticipación privada en la financiación de la oferta de los Servicios de Urgencias y Emergencias (SUE) no son recomendables por su escasa capacidad recaudadora o disuasoria, por lo que son necesarios cambios estratégicos fundamentales para la gestión de estos recursos.

Para finalizar, la evidencia de los países europeos es escasa y poco concluyente. Lo que puede afirmarse es que la demanda sí es sensible al precio (aunque en bajo grado, sobre todo en el caso de las hospitalizaciones) y, por tanto, el copago puede tener el efecto moderador esperado.

6. EL COPAGO SANITARIO EN ESPAÑA

Hasta el 1 de Julio de 2012, antes de entrar en vigor la reforma del nuevo copago farmacéutico, los pensionistas estaban exentos de pago mientras que la población activa y los desempleados aportaban un 40% del coste total de los medicamentos que consumían y precisaban. El 1 de julio de 2012 entró en vigor el nuevo sistema de copago farmacéutico, lo cual conlleva a que los usuarios de farmacias deban abonar una parte de sus medicinas según su situación socioeconómica y de salud. En el apartado 6.1 se explica de manera más detallada las modificaciones que ocasionaron la aprobación de esta nueva medida.

Desde el Ministerio de Sanidad se explicó que la medida tomada no tiene el fin de recaudar dinero, sino de disuadir frente al mal uso de las recetas públicas, concienciar a la sociedad contra los abusos que se han podido realizar pidiendo recetas que no eran consumidas por el propio paciente ni necesarias para el mismo o para casos en los que no se seguían adecuadamente los tratamientos establecidos por los especialistas a los pacientes. La idea fundamental es que no se gasten o se malgasten las medicinas.

El 1 de diciembre, se publicó en el BOE, el Real Decreto-ley 28/2012, de 30 de noviembre, de medidas de consolidación y garantía del sistema de la Seguridad Social, en su disposición final primera, este Real Decreto que modifica el apartado 1 del artículo 94 bis de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los

fármacos y productos sanitarios con objeto de precisar la paridad existente entre la dispensación mediante receta médica y la dispensación mediante orden de exención hospitalaria.

6.1. El nuevo copago farmacéutico.

A partir del 1 de Julio de 2012 entraron en vigor las nuevas reformas llevadas a cabo por el Gobierno en el sistema sanitario público. Según Sanidad, se implantó el copago a algunos medicamentos de uso hospitalario, no afectando a los tratamientos de quimioterapia, sida, hepatitis C, a los pacientes hospitalizados y personas que recibiesen productos anticoagulantes.

Algunos medicamentos no están sujetos a esta decisión tomada por el Gobierno como por ejemplo son los siguientes productos:

- Insulina.
- Los antipsicóticos para la esquizofrenia.
- Medicamentos para controlar arritmias.
- Antidiabéticos orales.
- Medicamentos para uso contra el cáncer de medicación extrahospitalaria.

El paciente aportará por estos como máximo un total de 4,13 euros por cada envase demandado. A continuación se detalla el porcentaje de aportación aplicable en los medicamentos para los diferentes colectivos existentes en la sociedad española.

Población activa

Los trabajadores pagarán un tanto por ciento del fármaco dependiendo de cuáles sean sus ingresos. Dichas aportaciones se dividen en tres grupos:

- Los trabajadores activos con renta inferiores a 18.000€ anuales y miembros de familias numerosas seguirán pagando el 40% del precio del medicamento.
- Los trabajadores activos que perciban unos ingresos entre los 18.000€ y 100.000€ anuales pasarán a pagar el 50%.
- Los trabajadores activos con rentas iguales o superiores a 100.000€ anuales pasarán a pagar el 60% del fármaco.

Personas con aportación reducida

Se aplica a personas que con el sistema antiguo no abonaban nada y con la nueva medida ha cambiado su forma de contribuir en el gasto de medicinas. Dichas personas son:

- Personas con pensiones de ingreso no contributivas/mínimas: siguen sin pagar los medicamentos.
- Pensionistas con ingresos de hasta 18.000 euros anuales: pagarán hasta el 10% del coste de las medicinas que consuman con un límite de 8 € al mes.
- Pensionistas con rentas entre 18.000 € y 100.000 € anuales: contribuirán con el 10% con un límite de 18 € al mes.
- Pensionistas con rentas superiores a los 100.000 euros anuales: el 60 % del coste del medicamento con un límite de 60 € al mes.

Personas exentas de aportación

Antes pagaban el 40% y ahora con la reforma llevada a cabo no pagan nada, es decir el 0%. Las personas a las que se les aplica esta dispensa son:

- Personas que están afectadas de síndrome tóxico y personas con discapacidad.
- Personas que tengan pensiones no contributivas.
- Aquellas personas que son perceptoras de rentas de integración social.
- Personas que han perdido el derecho a percibir el subsidio por desempleo.
- Personas con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

Cabe destacar que el 1 de enero de 2015 se actualizaron y modificaron los límites máximos que deben pagar los pensionistas y sus beneficiarios por los medicamentos debido a la evolución del Índice de Precios al Consumo. Hay un recorte de la aportación reducida y de los límites máximos de aportación mensual debido a la evolución del IPC entre diciembre de 2013 y noviembre de 2014. En 2015 se fija en 4,26 euros la aportación máxima para los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC de aportación reducida y para los productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica pertenecientes a los grupos de aportación reducida. También se aplica a la participación en el pago que deben satisfacer los enfermos de sida, de los medicamentos financiados por el Sistema Nacional de Salud dispensados con receta oficial

(Resolución 15/12/14, BOE 23/12/14). En la siguiente tabla se puede apreciar lo que se pagaba antes de este Real Decreto y lo que se debe pagar a partir del 1 de Enero de 2015.

Tabla 2: Modificaciones aplicadas a partir de Enero de 2015.

PAGO DE MEDICAMENTOS. APORTACIÓN DEL USUARIO (ASEGURADO Y BENEFICIARIOS)			
	Antes de aplicar el RD 16/2012	A partir del 01/01/2015	
		En general	Límite máximo de aportación: tratamiento larga duración (€/mes) a Enero de 2015
Pensionistas con renta inferior a 18.000€/año.	0 %	10 %	8,23 €
Pensionistas con renta entre 18.000 y 100.000€/año	0 %	10 %	18,52 €
Pensionistas con renta igual o superior a 100.000€/año	0 %	60 %	61,75 €
Personas sin recursos que perciben renta de integración	40 %	0 %	0 €
Personas perceptoras de pensiones no contributivas	0 %	0 %	0%
Afectados del síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica	0 %	0 %	0 €
Parados que han perdido el subsidio de desempleo	40 %	0 %	0 €
Personas con tratamientos por accidente de trabajo o enfermedad profesional	0 %	0 %	0 €
Usuarios con tratamientos crónicos para los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC y productos sanitarios de aportación reducida	10 %, con límite de 2,64€	10 %	Límite por receta: 4,26€
Usuarios con renta inferior a 18.000€/año	40 %	40 %	Sin límite
Usuarios con renta entre 18.000€/año y 100.000€/año	40 %	50 %	Sin límite

Usuarios con renta igual o superior a 100.000€/año	40 %	60 %	Sin límite
Mutualistas y clases pasivas de MUFACE, ISFAS y MUGEJU	30 %	30 %	Sin límite

Fuente: OCU.

Por último, el ministerio de Sanidad ha renunciado definitivamente a aplicar los copagos en el transporte sanitario no urgente en ambulancia en la prestación ortoprotésica y en los productos dietoterapéuticos.

6.2. El euro por receta de Cataluña

La Comunidad de Cataluña fue la primera en aprobar el modelo de Copago Sanitario en España. El sistema entró en vigor el 23 de junio de tras evitar las objeciones legales planteadas por parte del Ministro de Sanidad el cual buscaba un sistema común en todo el territorio español.

Cataluña propuso un sistema muy sencillo y económico para el paciente, ya que tan solo se cobraba la cantidad de un euro por cada receta expedida en los centros de salud públicos y tramitados por el Servicio Catalán de la Salud (CatSalud). Era una medida única en España y que entró en vigor una semana antes de que funcionase el nuevo copago farmacéutico decretado por el Gobierno.

La tasa, bautizada como "ticket moderador", fue solapada con el aumento del porcentaje que pagan los ciudadanos por cada medicina el cual oscila en función de la renta, como ya se ha dicho anteriormente, entre el 40% y el 60% del total, y en los pensionistas será del 10%.

Además, asociaciones de usuarios y pacientes criticaron el proyecto e incluso solicitaron al Gobierno de la Generalitat que fuera impugnada para evitar su aplicación. Adicionalmente, los colegios de farmacéuticos y enfermeras criticaron esta nueva medida alegando que va contra de la equidad del sistema y penaliza a los más enfermos.

También se impusieron una serie de salvedades con respecto al pago de esta nueva medida. El Gobierno excluyó a 127.000 personas del pago que abarca a los beneficiarios de una pensión no contributiva y los incluidos en el programa de la renta

mínima de inserción, en la Ley de integración social de minusválidos (Lismi) y en el Fondo de Asistencia Social (Fas).

La exclusión, sin embargo, no alcanza a los pensionistas del Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez que no superan los 400 euros mensuales, y las cifras del aumento de la pobreza fruto de la crisis, que alcanza ya al 20% de la población, demuestran que las salvedades solo alcanzaron a un porcentaje mínimo de los catalanes.

Asimismo, para no penalizar de forma excesiva a los enfermos crónicos, el Salud de la Generalitat marcó un tope máximo de 61 euros al año por persona, una casuística que habría afectado a cerca de 800.000 personas cada año ya que el 30% de los catalanes no reciben ninguna receta, y eximió también del pago a los fármacos que cuesten menos de 1,67 euros.

Tal y como manifestaron varios responsables de este sistema, el Copago Sanitario no tenía como objetivo fomentar un consumo más responsable de las medicinas y un uso más eficiente de los recursos sanitarios. De esta manera, el Gobierno de Cataluña tenía previsto recaudar más de 100 millones de euros que se invertirían tanto en sanear las arcas de la sanidad pública como en invertir en mejoras de este sector.

Finalmente, el Tribunal Constitucional, consiguió cesar definitivamente en 2014 el euro por receta (stc 71/2014), suspendida de forma cautelar en Enero de 2013 al admitir a trámite el recurso presentado por el Ejecutivo central. La Generalitat, que lo creó con un objetivo disuasorio, recaudó 49,9 millones de euros y supuso un ahorro equivalente durante los siete meses que estuvo en vigor y permitió reducir el número de recetas en un 21% (Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Ahora las asociaciones de pacientes y usuarios de la sanidad pública piden que se les devuelva el importe que abonaron los pacientes.

El Tribunal Constitucional señala que en materia de sanidad, frente a lo que ocurre con otras competencias compartidas entre el Estado y las CC.AA., “el régimen de sostenimiento económico forma parte de la competencia básica del Estado”. La LOFCA (Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas) establece, además, que “el Estado garantizará en todo el territorio español el nivel mínimo de los servicios públicos fundamentales de su competencia”, entre los que se encuentra la sanidad. El Tribunal Constitucional recuerda que el Sistema Nacional de Salud es único y que su financiación se hace con cargo al Fondo de Garantía de Servicios Públicos, un fondo

solidario cuya finalidad es precisamente “asegurar que cada CC.AA recibe los mismos recursos por habitante ajustado para financiar los servicios públicos fundamentales esenciales del Estado de Bienestar”. Por todo ello, explica la sentencia (stc 71/2014) que “al ser la financiación de la sanidad una competencia básica del Estado, no es posible el establecimiento de una tasa como el copago, que altera, haciéndolo más gravoso para los beneficiarios, el régimen de participación en el coste previsto por la ley”. De esta manera, el euro por receta recae directamente en la prestación farmacéutica, haciendo más difícil para los ciudadanos de Cataluña la adquisición de medicamentos con receta ya que el pago de la tasa es una condición para que se haga posible su dispensación. El magistrado Andrés Ollero, en su opinión, la tasa judicial es inconstitucional porque “hace repercutir sobre el ciudadano la doble imposición de un hecho imponible”, lo que supone que para que se haga efectiva la dispensación de recetas médicas ha de pagar por partida doble para verlo satisfecho.

A modo de conclusión, el Departamento de Salut ha comenzado a devolver el euro por receta después de que el Tribunal Constitucional declarara la tasa inconstitucional. De momento, se ha devuelto las peticiones de 5.000 personas, que en promedio, reclaman importes próximos a los 20 euros. Por ello, la cantidad total reembolsada asciende a unos 100.000 euros, que se elevará a 6 millones de euros cuando se hayan abonado el total de 311.000 peticiones que se han solicitado hasta ahora.

6.3. El copago hospitalario

Existe un grupo de unos 42 fármacos, generalmente caros, destinados a tratar pacientes crónicos o con enfermedades graves como cáncer, artritis, hepatitis, esclerosis múltiple o tratamientos de fertilidad que habían quedado al margen del copago. Dichos medicamentos se dispensan en las farmacias hospitalarias a pacientes no ingresados (no son de uso hospitalario) y que han venido siendo de carácter gratuito.

Esta excepción tenía los días contados ya que el Boletín Oficial del Estado (BOE) publicó el 19 de Octubre de 2013 una resolución del Ministerio de Sanidad que establece que estos productos dejarán de estar exentos de aportación y estarán sujetos a un copago máximo del 10% del precio por envase, con un tope de 4,20€ por fármaco.

El grupo de fármacos afectados (42 en 150 presentaciones distintas) no es el de uso hospitalario, como por ejemplo los antirretrovirales que se administran de forma gratuita en los servicios de farmacia de los hospitales a las personas seropositivas y que siempre se han administrado en estos centros sanitarios. Se trata de un grupo de medicamentos, denominados técnicamente de diagnóstico hospitalario, que tradicionalmente se encontraban en las farmacias ordinarias y que en los últimos años las autonomías han ido trasladando su venta a los hospitales. Por una parte, para controlar mejor su dispensación y el seguimiento de los pacientes, pero fundamentalmente porque le sale más barato a la Administración venderlos en los hospitales, donde pueden negociar mejor los precios con la industria farmacéutica mediante la adquisición de grandes lotes a través de las centrales de compras.

Este proceso de emigración a las farmacias hospitalarias ha sido bastante dispar entre las autonomías, como apunta José Luis Poveda, presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. El mismo fármaco se puede encontrar en una oficina de farmacia (en este caso, podía o no tener un límite de aportación reducida) y en otra comunidad en farmacia hospitalaria (en este caso, su adquisición sería gratuita). El Ministerio de Sanidad sostiene que a partir de ahora, todos se retirarán con aportación reducida (copago del 10% con un tope de 4,2 euros).

Entre los medicamentos afectados se encuentran los fármacos para el tratamiento de pacientes con cáncer de mama, de riñón y tumores cerebrales. También contra la leucemia, la artritis reumatoide, para tratamientos de reproducción asistida o un sistema intrauterino anticonceptivo, entre otros.

José Luis Poveda, en su informe “Copago en la farmacia del hospital”, considera que no tiene ningún sentido cobrar por estas medicinas: “El copago tiene dos objetivos, el disuasorio y el recaudatorio; y en este caso no se cumple ninguno de los dos”. El presidente de la sociedad de los farmacéuticos hospitalarios explica que como en este caso, la mayor parte de los pacientes son crónicos, no se dan las situaciones de abuso de fármacos que podrían manifestarse en otras circunstancias. Y como los tratamientos son continuos, tampoco hay peligro de que sobren y se acumulen en el botiquín doméstico. Respecto al efecto recaudatorio, José Luis Poveda explica que “con el copago fijado, no se recaudará demasiado. Y, en todo caso, no lo suficiente para compensar el gasto que

supone desarrollar mecanismos de cobro en todos los servicios de farmacia hospitalarios”.

Mientras algunas regiones se han opuesto públicamente al cobro de este copago como Asturias, Andalucía, Canarias, entre otras por considerarlo injusto, otras llevan meses asegurando que están estudiando la forma de aplicarlo.

El Ministerio de Sanidad, por su parte, no aclara si tiene algún plan nacional para que se expanda su normativa en todo el Estado, ni si se ha planteado retirar dicha medida ya que todas las CCAA la están desobedeciendo. “Es cosa de las comunidades. Son ellas las que tienen la responsabilidad”, se limitaba a responder una portavoz del Ministerio de Sanidad, que tampoco afirmaba si el ministerio se planteaba exigir a los Gobiernos autónomos a cumplir con dicha normativa estatal. A principios de 2014, el ministerio recordó que la norma era “de obligado cumplimiento”. Las quejas de las consejerías de Sanidad autonómicas forzaron a la entonces ministra de sanidad, Ana Mato, a darles tres meses de plazo (hasta Enero de 2014) para poner en marcha la medida.

De entre todas las comunidades autónomas españolas que mostraron su negativa, la de Castilla y León es la que más lejos ha llevado su oposición a este copago. Lo llevó a los tribunales, pero el recurso fue desestimado por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid el 23 de octubre del año pasado. El consejero, Antonio María Sáez Aguado comunicó, en una entrevista que concedió al Diario de León en 2014, que en caso de que llegara a aplicarse la medida, en Castilla y León habían estudiado procedimientos para asumir ese coste con el motivo de que no tuviera un gran impacto para los pacientes con enfermedades de carácter grave. Dicha comunidad estudió el impacto que tendría el copago: afectaría a 8.400 enfermos crónicos y supondría una recaudación de unos 200.000 euros anuales, un 0,07% del gasto farmacéutico hospitalario total.

Sáez Aguado defiende, en contra de los argumentos del Ministerio de Sanidad, que “el copago hospitalario no contribuye a la sostenibilidad, por su limitado impacto económico, y que tampoco tiene un efecto disuasorio debido a que se aplica a fármacos para pacientes con enfermedades muy graves.

Por su parte, una portavoz del gobierno andaluz, en una publicación en la revista Redacción Médica, aseguraba que “Andalucía no está aplicando el copago hospitalario ya que se trata de una medida injusta que rompe con los principios de equidad del sistema sanitario, sobre todo, para aquellas personas con enfermedades

crónicas o muy graves, y que supondría un deterioro importante de su salud en el caso de que dejaran el tratamiento recomendado por el especialista”. Dicha portavoz, comentó que “supondría una nueva penalización para la población y los colectivos más vulnerables y pondría en riesgo la salud de los pacientes, quienes podrían renunciar a sus tratamientos por no poder hacer frente al pago del mismo”. Andalucía estima que afectaría a 90.000 personas. “Se traduciría en más costes que beneficios económicos ya que sería necesario modificar todos los sistemas de información”, añadió.

Tampoco el Gobierno de Aragón comenzó a aplicar el copago a los pacientes graves o crónicos no ingresados por medicamentos dispensados en hospitales “porque carece de herramientas para ello y porque se está analizando caso a caso la incidencia que tiene en los pacientes”, informaron desde el departamento de Sanidad, que “está estudiando de forma minuciosa el impacto del copago para los pacientes, de manera que en función de la renta, la aportación sea la mínima posible e incluso ninguna si los afectados no pueden asumir el coste y, en ese caso, sería el departamento de Sanidad el que lo asumiría”.

Cabe destacar que ninguna comunidad autónoma está aplicando el polémico copago hospitalario que la ministra de Sanidad, Ana Mato, aprobó en Octubre de 2013. Pasado más de un año de la entrada en vigor de la resolución, solo Ceuta y Melilla, los únicos territorios que no tienen competencias sanitarias, están cobrando a los pacientes que recogen su medicación en los hospitales, el 10%, con un tope de 4,2 euros por envase, del precio de 43 fármacos que se usan para tratar enfermedades de diagnóstico grave. El hospital de Melilla aplica la medida desde Octubre de 2013 y recauda entre 450 y 600 euros mensuales, explicaba un portavoz del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). La ciudad autónoma ha creado una línea de subvenciones para compensar este coste a sus ciudadanos.

Finalmente, este año, el Ministerio de Sanidad ha procedido "a la retirada del copago ambulatorio hospitalario", según el secretario general de Sanidad y Consumo, Rubén Moreno. El responsable ministerial trató de justificar, en una entrevista a la revista Redacción Médica, los motivos que llevaron a implantar el copago hospitalario, que según explicó, se basaron en la equidad.

7. LOS RESULTADOS DEL COPAGO SANITARIO

Actualmente, existe en España un consenso sobre los valores esenciales que rigen el sistema sanitario que se basan en la universalidad, equidad, solidaridad y democracia. Estos valores se consiguen con una serie de objetivos, consensuados por los miembros del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (Ley 14/ 1986 de 25 de abril, General de Sanidad, Casado 1998). Dichos objetivos son:

- Realización de intervenciones eficaces para mejorar la salud de la población, siendo esta la contribución fundamental del Sistema Nacional de Salud.
- Mantenimiento de la equidad en el acceso a los servicios sanitarios, asegurando un acceso igualitario.
- Protección de la equidad financiera, con una distribución equitativa del gasto, y garantizando además la solidaridad redistributiva entre todos los ciudadanos.
- Persecución de la eficiencia macroeconómica del sistema, conteniendo la proporción del PIB destinada a la atención sanitaria, adecuando así el gasto a la riqueza nacional.
- Búsqueda de la eficiencia microeconómica de los servicios, considerada como la máxima producción de servicios en relación a los recursos invertidos y con el objetivo principal de conseguir la satisfacción de los ciudadanos a través de dichos servicios.

A continuación, Gené Badía, en el diario electrónico El Medico Interactivo, trata de valorar los resultados que el copago tiene sobre los servicios de salud. Para ello, es preciso analizar sus efectos sobre la consecución de cada uno de los objetivos anteriormente descritos y, en consecuencia, sobre los valores de nuestro Sistema Nacional de Salud.

7.1. Eficacia

La implantación del copago sanitario no mejora la eficacia de las actuaciones de los servicios de salud. Más bien al contrario, las personas que presentan problemas comunes se benefician del acceso gratuito. Como se ha señalado anteriormente, el efecto de reducir la demanda es elevado para determinadas actividades preventivas y

para una amplia variedad de patologías más graves. En estos casos, se induce a que la población recurra al autocuidado o a formas alternativas de asistencia que satisfagan sus necesidades no cubiertas.

Debido a que disminuye el frecuente uso de este servicio, es lógico suponer que induzca a mejorar la atención sanitaria y a aumentar la dedicación por parte de los profesionales hacia los pacientes, pero desafortunadamente, no se dispone de ninguna evidencia de que este hecho se produzca realmente. Además, es posible apreciar como reduce el nivel de acceso tanto de personas que acuden por problemas a los que el sistema sanitario no puede dar una respuesta efectiva y, por lo tanto, se benefician poco de los servicios sanitarios, como de aquellos que evidentemente la precisan.

7.2. Equidad y solidaridad redistributiva

Gené Badía explica, que el copago sanitario perjudica la equidad y la solidaridad en diversos sentidos:

- Perjudica al enfermo respecto al sano, reduciendo así la accesibilidad al sistema sanitario por motivos económicos.
- Como ya se ha comentado, penaliza al que carece de recursos frente al de mayor poder adquisitivo. Si el copago es una cuota fija, es evidente que resulte más difícil de pagar al que tiene menos recursos económicos. Pero, en el supuesto caso de que esté equilibrado en función del nivel de renta, seguiría cayendo mayoritariamente en quienes menos tienen. Los mecanismos recaudatorios del copago, al introducir variaciones según el nivel de renta, presenta grandes dificultades no sólo de eficiencia sino también de equidad a la hora de decidir quién debe pagar y quién no está obligado a ello.
- El efecto inequitativo del copago sanitario puede aumentar cuando incita a que las personas con mayores recursos económicos contraten seguros privados haciéndose cargo ellos mismos del copago. Así pues, quienes pueden permitírselo contratan una aseguradora que minimiza el uso de los servicios sanitarios públicos, mientras que las personas socialmente menos favorecidas siguen estando gravadas por cada servicio sanitario utilizado.
- El problema de la inequidad es especialmente grave en el caso de los servicios preventivos. La población con recursos económicos más deficitarios pueden

dejar de utilizarlos. Esto conlleva a que, en un futuro, puedan quedar obligados a utilizar servicios curativos o rehabilitadores más caros y menos eficientes.

- Para mejorar la eficiencia de los servicios de salud sería favorable introducir un sistema que limitara el acceso de aquellas personas que hacen un uso inadecuado. Sin embargo, no sería posible su aplicación por la dificultad de distinguir, sin equivocaciones, entre los que hacen un uso excesivo de los servicios sanitarios y los que los utilizan de manera incorrecta de aquellos que tienen problemas de salud más graves.

7.3. Eficiencia macroeconómica

El argumento más común se basa en utilizar el copago sanitario como medida racionalizadora de la asistencia sanitaria. Como ya se ha visto anteriormente, no se puede asegurar que el copago reduzca el gasto sanitario global ya que la evidencia empírica indica más bien todo lo contrario:

- Se observa que los países que utilizan el copago sanitario destinan una gran parte de su PIB a los servicios de salud.
- Además puede llevar a introducir la contratación de seguros privados que aumentarían el gasto sanitario global, especialmente el de tipo privado.

7.4. Eficiencia microeconómica y satisfacción de los pacientes

Los ciudadanos de los países como España, que cuentan con una costumbre de disfrutar de servicios de salud gratuitos en el momento de recibir la atención sanitaria, aceptan de forma negativa la introducción del copago.

Tal y como se ha comentado, no se puede asegurar que la disminución del uso frecuente de los servicios sanitarios pueda inducir a que el copago repercuta en una mayor dedicación al resto de pacientes que en realidad requieran de dichos servicios y en consecuencia a aumentar su satisfacción.

8. CRITICAS AL COPAGO SANITARIO

En un informe realizado por Martín García (2013), se aprecia una de las muchas críticas que este sistema ha recibido desde que se aprobase en 2012. En dicho informe, el autor comenta que aunque se pretende ocultar la implantación del copago con argumentos como la necesidad de moderar la demanda sanitaria, su finalidad última está dirigida a alcanzar dos objetivos fundamentales que se basan en:

1. Introducir en el sistema sanitario la compra y venta de la asistencia sanitaria reduciendo así el carácter universal, equitativo y redistributivo del actual sistema sanitario y sustituyéndolo por otro donde el cliente pagará al recibir el servicio y el proveedor lo cobrará directamente.
2. Abrir espacio a la contratación de seguros privados de salud. El copago por la asistencia no incluida en la Cartera Básica del Sistema Público supone que los pacientes deberán sufragar individualmente el coste de unos servicios cada vez más costosos (hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, etc.,...) obligando a quien tenga capacidad económica a contratar pólizas de seguros privados complementarios para cubrir estos riesgos. El resto quedaría cubierto por la beneficencia del Estado.

Otra crítica planteada por García-Albea en 2012, anuncia que el establecimiento de tasas es temerario, injusto e ineficaz. Dicho autor justifica su crítica con las siguientes argumentaciones:

1. La implantación de tasas es temeraria. Dicha iniciativa conllevaría a que el propio enfermo interpretase sus síntomas y que, a fin de cuentas, decidiría recurrir a la consulta o no de un profesional.

Este análisis no defiende la medicalización del ciudadano (el médico que conoce bien las dependencias de su enfermo debe ser enérgico en ocasiones desaconsejando el exceso de visitas médicas). La disuasión, en los casos en que pueda estar indicada, debe ser el resultado de la prevención, la educación y la participación responsable del ciudadano en su propia y libre decisión de salud.

2. La implantación de tasas es injusta. Dicha medida hace responsable a los pacientes de su situación patológica. Los usuarios con una calidad de vida más deficitaria deberán pagar unas tasas más elevadas como consecuencia de tener un diagnóstico más grave.

3. La implantación de tasas es ineficaz. Aunque es un tema menor, es importante que las autoridades sanitarias y expertos en economía acudan a las instalaciones sanitarias como los hospitales para llevar a cabo con eficacia la medida del copago.

Por último, Jaume Puig, en su libro “¿Quién teme al copago?” (2012), expresa que hay que tener dos cosas muy claras: la primera es que los copagos por sí solos no son la solución a nada sino sólo un instrumento a emplear de forma coordinada con otras medidas de política sanitaria. La segunda es que no se debería hablar de copago sino de copagos, tasas y precios públicos en plural ya que pueden ir desde ser un "impuesto a los enfermos" hasta medidas que incentiven a médicos y pacientes a elegir los tratamientos más efectivos y de menor coste, y con exenciones y límites máximos según la capacidad económica de cada paciente.

Si los copagos se aplican para ayudar a poner orden (aplicación más selectiva), siempre junto con otras medidas concurrentes y coordinadas, el mejor sistema de copago sería aquel que recauda poco porque sólo se aplica sobre el uso innecesario.

En el caso de las visitas de atención primaria una tasa de baja intensidad podría ayudar a reducir su uso por síntomas menores. Hay que ser cuidadoso con evitar efectos cruzados (más uso de los servicios de urgencias) y evitar que los enfermos crónicos, que deberían acudir a la consulta con más frecuencia, acaben con costosas descompensaciones.

El caso de los medicamentos es más claro, urgente y sencillo de gestionar. Según Puig (2012), si se redistribuye el injusto e ineficiente copago farmacéutico actual hacia copagos que se puedan evitar (no pagar más por lo mismo y que si el paciente lo desea pague la diferencia de precio) y hacia copagos diferenciales (cuanto más necesario, menor copago) hasta llegar a un copago fijo de baja intensidad del que quedarían exentos sólo los que tuviesen un poder adquisitivo inferior.

Si los copagos se diseñan con el objetivo de hacer caja (aplicación más extensiva), opción política preferible, los economistas dan indicaciones para mitigar el impacto distributivo y el impacto sobre la salud. Es un error recurrente pensar que un euro más de ingresos impositivos es siempre más progresivo que el mismo euro obtenido a través de un precio público, tasa o copago.

Por último, Puig explica que los servicios no clínicos que presta la sanidad pública son un buen campo de aplicación (hostelería hospitalaria, por ejemplo). Dejando al margen los nuevos servicios que puedan incluirse en la cobertura pública y que hoy se prestan parcialmente o no se prestan (ampliación cobertura odontológica, podología, oftalmología, etc.), con una tasa inferior al coste, lo que se hace es aumentar la subvención y reducir el precio que hoy pagan los pacientes. Con lo descrito anteriormente se llega a la conclusión de que esto no es implantar copago sino reducirlos.

9. ¿ES EL COPAGO SANITARIO LA SOLUCIÓN?

Ante la situación mundial sin precedentes en la que nos encontramos, son muchas las voces que se preguntan si el copago sanitario es una solución real a los problemas de financiación de la sanidad pública. Además diversos autores exponen diferentes recomendaciones sobre este tema (ver Anexo).

Después de conocer tanto el concepto, funcionamiento e incluso ejemplos de copago sanitario en otros países es momento de valorar si realmente esta es la solución para acabar con el problema de la sanidad pública en España.

Debido al abuso de los servicios sanitarios así como la falta de recursos tanto económicos como de infraestructuras queda claro que se precisa la intervención por parte del Estado que tiene básicamente dos opciones, o bien aumentar los impuestos generales o bien probar con este sistema que se está llevando a cabo con éxito en países como Alemania o Italia.

Tal y como comenta Puig en su libro anteriormente citado, a pesar de que existan claros inconvenientes con el copago sanitario, su implantación produciría un ahorro económico y, además, tendrá efectos muy positivos en el uso de los servicios médicos por parte de los usuarios.

Las causas específicas de los problemas financieros de la sanidad son variadas. La principal de ellas es, el enorme progreso técnico que se ha producido en el campo sanitario como consecuencia del desarrollo del conocimiento científico, que ha conllevado a la aparición de nuevas tecnologías cada vez más caras. Pero existen otros factores no menos relevantes, entre ellos se encuentran el progresivo envejecimiento de la población, el surgimiento de nuevas enfermedades, el aumento de los enfermos

crónicos, una nueva concepción de la salud identificada con un completo bienestar físico, mental y social y el hecho de que las innovaciones tecnológicas no se han visto acompañadas, por lo general, de una rigurosa evaluación respecto a su eficacia, seguridad y coste-efectividad. El resultado ha sido un incremento incontrolado e ineficiente de los recursos disponibles que lleva hoy en día a cuestionar la necesidad de racionalizar los recursos limitados. Debido a esto, el mayor problema para la equidad no es saber si todos los ciudadanos tienen garantizado el acceso a la asistencia sanitaria, sino elegir los criterios de prioridad de acceso cuando la demanda de atención sanitaria supera a la oferta.

La idea de la corresponsabilidad tiene como objetivo principal contribuir a la sostenibilidad del sistema, es decir, a mantener la equidad y la eficiencia con el objetivo de que haya más recursos para más enfermos en condiciones de acceso justo a la atención sanitaria.

Por último, es importante darse cuenta de que los recursos de la sanidad son limitados. También hay que reconocer que en las actuales sociedades, la protección de la salud no es un mero hecho médico, sino también un hecho social y, en consecuencia, las necesidades de salud de los individuos pueden crecer fácilmente a medida que aumenta la oferta. Así pues, el copago y la corresponsabilidad por parte de los usuarios se deben a que los recursos son escasos. En cierta manera, se puede considerar como un mal menor para satisfacer el deseo de construir una sanidad sostenible, justa y eficiente a la vez.

Una vez expuestas todas estas razones, queda claro que la implantación del copago sanitario en España es necesaria, aunque y como en todo, dependerá de la buena gestión de la misma para llevar el proyecto a buen término y de que esta vía de financiación tenga en cuenta la renta de los ciudadanos para garantizar la equidad y, por último, no dejar de lado el uso responsables que los individuos realizan con respecto a los servicios sanitarios para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar.

10. CONCLUSIONES

Una vez recopilada toda la información acerca de la implantación del copago sanitario, tanto a nivel nacional como internacional, es posible concluir que los efectos sobre la demanda de servicios sanitarios como consecuencia de su establecimiento reduce el uso de medicamentos, consultas con médicos generales y especialistas y atención ambulatoria, respectivamente. Asimismo, no se produjeron efectos significativos como consecuencia del copago sobre las hospitalizaciones, que suelen estar justificadas por la gravedad de la enfermedad del paciente y en muchos casos son derivados por iniciativa de los médicos de atención primaria y no del paciente. Aunque los creadores del copago lo presentan como una solución al crecimiento de la demanda y el aumento del gasto sanitario en los sistemas de salud universales, pueden darse efectos adversos para la salud y para la equidad. Entre las consecuencias del copago, se observa que:

- Reduce la demanda individual de los servicios.
- Presenta consecuencias negativas para la salud
- Incrementa la inequidad
- Reduce el consumo sanitario innecesario y necesario.
- Incrementa la desigualdad
- Reduce el número de visitas.
- Reduce el consumo de los tratamientos eficaces e ineficaces en la misma medida.
- No previene las hospitalizaciones inadecuadas.
- Reduce la demanda de servicios de salud para grupos de bajos ingresos, en especial, para los niños con padres pertenecientes a estos grupos.
- Afecta particularmente a los enfermos crónicos.
- Afecta especialmente sobre la población activa, que ya contribuyen considerablemente al sistema a través de su pago de impuestos. De esta manera, favorece la contratación de pólizas de seguro de salud privado complementario, que sólo beneficia a los que pueden permitirse pagar la prima de dicho seguro.

Debido a la implantación del copago sanitario se concluye que lo que se pretende es disminuir el consumo de productos farmacéuticos, particularmente de aquellos considerados como menos importantes, desincentivando la acumulación de dichos medicamentos no esenciales para mejorar la salud y generando así un ahorro. Sin

embargo, los copagos pueden presentar inconvenientes si se reduce el consumo de medicamentos beneficiosos para la salud. Se asocian con la disminución del uso de medicamentos a los grupos más vulnerables de la sociedad como son las personas mayores y grupos de bajos ingresos, principalmente susceptibles a abandonar la medicación recomendada por los profesionales cuando tienen que pagarla.

Especificando un poco más, en España, otro efecto que se produjo como consecuencia de la implantación del copago sanitario fue que, según un informe de Antoñanzas (2014), el número total real de recetas emitidas en el periodo de junio de 2012 hasta agosto de 2013 fue de 1.069.672.880, mientras que en los 15 meses anteriores (marzo de 2011 hasta mayo de 2012) al comienzo de los efectos de la entrada en vigor del RDL de 2012 fue de 1.226.090.159. Comparando los dos periodos, el número total de recetas disminuyó un 12,76%. Algo similar ocurre con el gasto farmacéutico total. En el período entre junio de 2012 y agosto de 2013 el gasto se redujo a 11.388 millones de € desde los 13.708 millones de € de los 15 meses anteriores, lo que supuso un descenso del gasto del 16.92%.

El resultado de todo lo anterior demuestra que el copago repercute en una menor medida en los tratamientos para personas con enfermedades específicas, como por ejemplo la diabetes, no ocurre lo mismo para las enfermedades que representan un factor de riesgo adicional. Los copagos incrementaron en un 11% el incumplimiento de la medicación por parte de los pacientes.

El impacto de las políticas de copago demuestra que repercuten sobre la utilización de medicamentos esenciales. Los efectos el copago sobre la adherencia a los fármacos en una población general y sus repercusión sobre el uso de los pacientes (Gibson 2005) refleja una reducción de la utilización de medicamentos principales. Por otro lado, mejorar el nivel de cumplimiento de la medicación puede contribuir a reducir los gastos de salud.

La Organización Mundial de la salud en Europa informa sobre la necesidad de abolir las barreras a la asistencia médica con cualquier tasa por pequeña que sea porque tienen un efecto negativo sobre la salud de los sectores socialmente más desfavorecidos. Otro Informe sobre la Salud en el Mundo de la OMS explicaba que los pagos directos tienen graves repercusiones en la salud debido a que tener que pagar en el momento en el que

un paciente es atendido disuade a la gente de utilizar los servicios sanitarios y hace que aplacen los controles sanitarios. Esto significa que no reciben un tratamiento temprano cuando las posibilidades de curación son mayores. Se estima que un alto porcentaje de los 1.300 millones de personas con recursos escasos que hay en el mundo no tiene acceso a los servicios sanitarios porque no pueden pagarlos en el momento en que los necesita.

Cabe concluir que estos desembolsos no sólo disuaden a la gente de usar los servicios sanitarios y generar estrés económico-financiero sino que también hacen que los recursos se utilicen de forma injusta e ineficiente con lo que se fomenta el uso excesivo en aquellas personas que pueden pagarlos y la infrautilización en quienes no lo pueden hacer.

11. BIBLIOGRAFÍA

- ALCALÁ, CRISTINA (2015): “Marcha atrás al copago hospitalario”. *Revista Redacción Médica*. Disponible en:
<http://www.redaccionmedica.com/noticia/alonso-revisara-el-copago-hospitalario-que-impulso-mato-1468>
- ANTOÑANZAS VILLAR, FERNANDO (2014): “Impacto del Real Decreto-Ley 16/2012 sobre el copago farmacéutico en el número de recetas y en el gasto farmacéutico” *Revista Española de Sanidad Pública*, Vol.88, Núm.2. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000200006
- BENACH, JOAN (2012): “El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política” *Gaceta Sanitaria*, -Vol. 26, Núm. 1. Disponible en:
<http://www.gacetasanitaria.org/es/el-copago-sanitario-desigualdad-ciencia/articulo/S0213911111003888/>
- GARCÍA ARMESTO, SANDRA (2010): “Análisis del sistema sanitario” [Documento de trabajo]. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/observatorioEuropeo/EspanaAnalisisSistemaSanitario2010.pdf>
- GENÉ BADÍA, JOAN (2013): “Copago y accesibilidad a los servicios sanitarios”. *Diario electrónico El Médico Interactivo*. Disponible en:
<http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/informes/gestion/copagoap.htm>
- JULIÁN-JIMÉNEZ, AGUSTÍN (2012): “El copago y su contribución a la equidad: implicaciones para los servicios de urgencias” *Gaceta Sanitaria*, Vol. 26, Núm.5. Disponible en:
<http://www.gacetasanitaria.org/es/el-copago-su-contribucion-equidad/articulo/S0213911112001550/>

- LAMAS DÍAZ, M^a JESÚS; DELGADO SÁNCHEZ, OLGA; POVEDA ANDRÉS, JOSÉ LUIS (2013): “El copago en la farmacia hospitalaria”. *Revista Farmacia Hospitalaria*. Vol.37, Num.5. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-63432013000500001&script=sci_arttext
- MARTÍN GARCÍA, MANUEL (2014): “*El copago sanitario: resultados para el sistema sanitario y los pacientes*” [Documento de trabajo]. Disponible en:
http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/ef7422abc5f29333d43b4cfefc2ded8d.pdf
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2014): “*Los sistemas sanitarios en países de la UE: características e indicadores*” [Documento de trabajo]. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/home.htm>
- PUIG-JUNOY, JAUME (2012): “¿Quién teme al copago?” Sin Fronteras, Barcelona.
- PUIG-JUNOY, JAUME (2012): “¿Qué papel debería tener la corresponsabilidad financiera individual en el futuro del sistema nacional de salud?” [Documento de trabajo]. Disponible en:
<http://www.fcampalans.cat/images/noticias/Capitol%201.pdf>
- PUIG-JUNOY, JAUME, [Blog]. Disponible en:
<http://pilleconomics.blogspot.com.es/>
- RODRIGUEZ, MARISOL Y PUIG-JUNOY, JAUME (2012): “¿Por qué hay que temer al copago sanitario?” *Gaceta Sanitaria*., Vol. 26, Núm. Disponible en:
<http://www.gacetasanitaria.org/es/por-que-no-hay-que/articulo/S0213911111003591/>

- RODRÍGUEZ, MARISOL (2012): “*Los copagos en atención médica y su impacto sobre la utilización, el gasto y la equidad*”. [Documento de trabajo]. Disponible en:
<http://www.fcampalans.cat/images/noticias/Capitol%204.pdf>
- VIÑOLAS, GUILLEM (2011): “*Los sistemas de copago en Europa, Estados Unidos y Canadá: implicaciones para el caso español*” [Documento de investigación]. Disponible en:
http://www.compromisorse.com/upload/estudios/000/187/Informe%20copago%20actualizado_tcm4-77853.pdf

12. ANEXOS

12.1. El copago en los países de la OCDE

En un informe realizado por Manuel Martín García (2014), se explican las diversas fórmulas que se han aplicado en Europa para incrementar la participación privada en la financiación del gasto farmacéutico, en función de las características propias de cada modelo de sociedad, aunque sus características, extensión e intensidad varían según cada país (Sánchez, 2011).

Tabla 3.- Copago en los países de la OCDE

	Atención Primaria	Atención Hospitalaria	Medicamentos
Alemania	Ninguno	Pago hasta día 14	Variable Precios referencia
Austria	Solo 20% población	Hasta día 28	Copago
Bélgica	Copago salvo rentas bajas	Hasta día 90	Copago desde un 9% hasta 85%
Dinamarca	Ninguno	Ninguno	Copago de 0-50%
España	Ninguno	Ninguno	Tasa 0% a 50%
Finlandia	Ninguno	Topes máximos	Tasa variable
Francia	Tasas variables	Copagos hasta 30 días	Tasas variables
Grecia	Ninguno	Ninguno	Tasa variables
Holanda	Ninguno segur publico si en privado	Ninguno seguro publico variable en privado	Tasas variables
Irlanda	Ninguno para 37% con menos ingresos	Ninguno para 37% menos ingresos, Resto hasta 10 días	Ninguno para 37% menos ingresos Resto limites mensuales
Italia	Copagos mayores en urgencias y domicilio	Ninguno para internamientos. Si pruebas diagnosticas y consultas externas	Variables, deducciones en los esenciales
Noruega	Copagos hasta un máximo anual	Ninguno para internamiento si en pruebas diagnósticas	Precios referencia para medicamentos esenciales
Portugal	Copagos	Copagos	Tasa variables según tipo medicamento
Reino Unido	Ninguno	Co-participación costes	83% población esta exenta
Suecia	Copagos con niveles máximos	Copago internamiento	Copago primer medicamento, educación en sucesivos

Fuente: Lopez, Ortun y Murillo

Francia

Los pacientes abonan directamente la atención primaria y los medicamentos, que son reembolsados posteriormente por la sanidad pública. Este modelo pretende evitar consumos superfluos o demandas injustificadas de asistencia. Está generalizada la contratación privada de un seguro complementario que paga las medicinas o gastos hospitalarios no cubiertos por la seguridad social. Hay muchas medicinas, intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones no cubiertas por la sanidad pública. Los asegurados tienen dos alternativas: pagar de su bolsillo o tener contratadas las prestaciones de una mutua o seguro complementarios. Cada asegurado, tiene dos tarjetas: la de la seguridad social, y la del seguro complementario. Para pagar medicamentos, intervenciones quirúrgicas, farmacias u hospitales se aceptan todas las tarjetas del seguro complementario, por lo que si el asegurado no tiene contratado ningún seguro complementario debe abonarlo de su bolsillo.

Existen tres tipos de copago:

- ❖ Categoría 1: Tratamientos vitales o medicamentos muy costosos de primera necesidad. Se financia el 100% del coste.
- ❖ Categoría 2: Mayoría de los medicamentos. Es financiable al 65% del total.
- ❖ Categoría 3: Medicamentos para dolencias que no presentan especial gravedad. Financiados al 35%

Bélgica

Los ciudadanos tienen libertad para elegir médico y están obligados a pagar la consulta en función de unas tarifas libres que fijan los facultativos. Posteriormente, el sistema de seguridad social, (gestionado mediante mutualidades), reembolsa a los ciudadanos un porcentaje de la factura, que suele aproximarse al 80%. Este sistema se aplica también al dentista. En el caso de los niños, el reembolso alcanza al 100% e incluye la ortodoncia. Están excluidos del copago los implantes en adultos. El Estado sólo cubre parte de los gastos de hospitalización, lo que obliga a contratar seguros complementarios. La atención de urgencias está cubierta y no hay que adelantar dinero. Los medicamentos corren por cuenta del enfermo, salvo los antibióticos. Toda la población está afectada por el copago farmacéutico, con 5 tipos de medicamentos:

- ❖ Tipo A: Medicamentos vitales que están exentos de pago.
- ❖ Tipo B: Medicamentos para enfermedades sin peligro mortal, en los que se abonan un 25% del coste, con una cantidad límite para las personas activas laboralmente, y del 15% del precio para los pensionistas.
- ❖ Tipo C: Tratamientos leves con un copago del 50%.

Italia

Las consultas al médico de cabecera cuestan 10 euros por visita, mientras que las del especialista cuestan entre 15 a 20 euros. Se penaliza el abuso de las urgencias, si el médico considera que el problema no precisa de atención en un servicio de urgencias se cobra 25 euros al usuario. Existe un copago fijo de 3 € por receta, con tres tipos de medicamentos:

- ❖ Medicamentos tipo A: Esenciales, destinados a tratar enfermedades crónicas.
- ❖ Medicamentos tipo B: Tienen interés terapéutico relevante. Son financiados el 50% de su coste.
- ❖ Medicamentos tipo C: Incluye el resto de la medicación. Para este tipo no existe financiación. El copago grava las consultas de especialistas y los análisis clínicos.

Portugal

El copago se denomina tasa moderadora. La consulta básica en Atención Primaria cuesta 2,20 euros, 3 euros la del hospital de distrito y 4,50 la de hospitales centrales. Por cada día de hospitalización se abonan 5,20 euros. La visita médica a domicilio cuesta 4,70 euros y todas las pruebas que se realizan en los hospitales son pagadas por los usuarios. A partir de 65 años, los pacientes se benefician de una reducción del 50 por ciento en las tasas mientras y existen algunas exenciones totales de pago, como embarazadas, menores de doce años, desempleados, personas que reciben la pensión mínima o enfermos crónicos. Los trabajadores activos pagan entre el 30 y el 100% del coste de los medicamentos según su interés terapéutico. Los enfermos de cáncer o diabéticos están exentos de pago.

Alemania

Los copagos son generalizados, incluso para enfermos crónicos que deben pagar parte de los medicamentos según el tamaño del envase. Se abona una cantidad fija por aquellos medicamentos no incluidos en el sistema de precios de referencia y otra variable según el tamaño del envase. Los pensionistas también abonan una tasa obligatoria mínima. En 2011, Alemania suspendió el copago de los pacientes a la sanidad pública, dado que la experiencia ha demostrado que esta medida no supone ningún ahorro real para el sistema sanitario mientras que incrementa el trabajo y el gasto burocrático para los profesionales y supone importantes molestias para los usuarios y enfermos. Dentro del sistema estatal existen varias formas de copago. Para la compra de medicamentos, la aportación de los pacientes es del 10% del precio, con un mínimo de 5 euros y un máximo de 10. Ese copago debe ser desembolsado por todos, incluidos los pensionistas. Para ser atendidos por un médico de cabecera, dentista o cualquier otro especialista en su consulta, los pacientes del sistema público deben realizar un pago único trimestral de 10 euros, sin importar las veces que acudan al médico en ese período. La visita al pediatra no se cobra.

Suecia

Se pagan 15 euros por consulta. El sistema es de financiación pública y está muy descentralizado. Los ciudadanos pueden elegir el médico o centro sanitario que deseen, pero pagan una cantidad por servicio. Cada paciente paga entre 15 y 20 euros por visita al médico de Atención Primaria o especialista. Para limitar los gastos de los pacientes y enfermos crónicos hay una protección contra costes elevados que implica que una vez superados los 85 euros de gasto, todas las visitas al médico u hospital, serán gratuitas. Existe el mismo sistema con un nivel de 180 euros para los medicamentos recetados. Todas las operaciones son gratuitas y los pacientes ingresados pagan unos 7 euros diarios.

Noruega

El sistema sanitario es casi idéntico al sueco. Las visitas al médico cuestan unos 20 euros. También es libre la elección del médico o especialista. Las personas sin recursos y desempleados no pagan, mientras que los jubilados tienen subsidios.

Holanda

El usuario sólo paga los costes que superen los precios de referencia marcados. Fue pionera en establecer precios de referencia, lo que supone que los usuarios solo pagan las cantidades que excedan los precios determinados por el gobierno.

Gran Bretaña

Se paga una tasa fija por receta. Existen tickets anuales, por periodos de 4 meses que permiten retirar un número ilimitado de recetas sin coste alguno durante el periodo de validez. No existe copago sanitario, salvo en el caso de determinados medicamentos, como sucede en España. Las visitas al médico o a los servicios de urgencias son gratuitas, así como la atención en el hospital. En cuanto a las medicinas, las más comunes se recetan gratuitamente y en otras el precio es compartido por el paciente. Mayores de 60 años, embarazadas y enfermos crónicos tienen todos los medicamentos gratis con receta. El Gobierno aún no ha barajado la posibilidad del copago en sus planes para la reducción del déficit público.

Irlanda

La atención médica es gratuita para quienes tienen menos ingresos económicos, lo que les da derecho a la Tarjeta Médica, que cubre el 31,9% de la población. La atención es gratuita para embarazadas y niños hasta los seis meses. Las personas de más de 70 años reciben una subvención anual de 400 euros como máximo para acudir al médico de cabecera. El 68,1 por ciento de la población que no dispone de la Tarjeta Médica tiene que pagar 100 euros por acudir a urgencias si no son remitidos por su médico de cabecera. La hospitalización cuesta 100 euros por día, hasta un máximo de 1.000 en doce meses. Diagnósticos, análisis y la fisioterapia son gratuitos. El gasto por medicamentos tienen un tope de 120 euros a lo largo de un mes, a partir de ahí son gratuitos

Finlandia

Se abona la totalidad del medicamento en la farmacia, y posteriormente, el Sistema de Salud le reembolsa la cantidad pagada por el usuario. Hay dos tipos de reembolsos:

- ❖ Básicos: Se devuelve el 50% del coste que supere una cantidad fija.
- ❖ Especiales: Para enfermedades crónicas, se devuelve entre el 75% y el 100% de la diferencia que supere el fijo establecido.

Austria

Se pagan 5 euros por receta, aunque cada estado federado tiene un convenio propio con la seguridad social que hace que el coste del pago varíe entre los 8 y 17 euros diarios, con un máximo de 28 días de hospitalización al año. Hay límites y exenciones para pensionistas, enfermos crónicos, niños y personas de bajos recursos. Los asegurados por las cajas de autónomos y funcionarios tienen que abonar un 20% del coste de la consulta médica.

Grecia

Todos los ciudadanos tienen acceso a una sanidad pública o a cajas de pensiones con cobertura sanitaria. Los pacientes sólo pagan de su bolsillo determinados servicios como cambiar a una habitación individual, o disponer de una enfermera privada. Las ambulancias en caso de ingreso de urgencia son gratuitas, pero cualquier otro recorrido debe ser autorizado para ser abonado por el seguro.

12.2. Recomendaciones

El artículo realizado por Marisol Rodríguez y Jaume Puig “¿Por qué no haya que temer al copago?” para la revista Gaceta Sanitaria en 2012, es posible apreciar una serie de recomendaciones las cuales son muy interesantes y que se basan en:

- Modificar el diseño del copago farmacéutico, eliminando la arbitraria distinción entre activos y pensionistas, e incluir los medicamentos hospitalarios de dispensación ambulatoria.
- Introducir un copago fijo en las visitas y en las urgencias.
- Introducir tasas por servicios complementarios cubiertos y precios públicos por prestaciones actualmente no cubiertas.
- Modular los copagos en función de criterios clínicos y de coste-efectividad con copagos evitables siempre que sea posible.
- Implementar mecanismos de protección de los más débiles económicamente y los más enfermos. Esto podría consistir en la fijación de un límite máximo de contribución al trimestre o al año en función de la renta familiar, con exención total de las rentas más bajas, ya sean procedentes del trabajo o la pensión, y tratamiento especial de los casos de enfermedad crónica o multipatología. El

copago y otras formas de contribución no deben empobrecer, por lo cual el límite debería suponer un porcentaje reducido de la renta familiar.

