

Trabajo Fin de Grado

Nuevas formas de gestión en los servicios públicos:
Copago farmacéutico

Autora

Miriam Martínez Escusa

Directora

Dra. Pilar Egea Román

Facultad de Economía y Empresa
2016

TITULO: “Nuevas formas de gestión en los servicios públicos: Copago farmacéutico”.

AUTORA: Miriam Martínez Escusa

DIRECTORA TRABAJO: Dra. Pilar Egea Román

GRADO EN ECONOMÍA

RESUMEN:

El gasto farmacéutico español se ha caracterizado en los últimos años por ser uno de los más elevados de la Unión Europea. Antes del *RD/ Ley 16/2012 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, implantado el 1 de Julio de 2012, España era uno de los países con una menor participación del usuario en la financiación de los medicamentos. Esto unido a la crisis económica por la que España se encuentra desde mediados de 2007, ha llevado al gobierno a reducir el gasto público, y un punto dónde ha incidido ha sido en el sector farmacéutico, implantando medidas para contener este gasto. En la reforma se han modificado los porcentajes que los usuarios tienen que pagar por sus medicamentos. Concluimos que este mecanismo de copago el cual persigue principalmente una reducción de este gasto, aunque también busca una mayor concienciación de los usuarios en un uso más racional de los medicamentos y en menor medida una fuente de financiación adicional, sólo ha conseguido reducirlo a corto plazo, porque a partir de 2013 el gasto volverá a aumentar poco a poco.

ABSTRACT:

The Spanish pharmaceutical expenditure has been characterized in recent years for being one of the highest in the European Union. Before the RD / Law 16/2012 April urgent to ensure the sustainability of the National Health System and improve the quality and safety of its services, implemented on July 1, 2012 measures, Spain was one of the countries with a lower share user on drug financing. This coupled with the economic crisis that Spain is since mid-2007, has led the government to reduce public spending, and a point where it has had an impact has been in the pharmaceutical sector, implementing measures to contain this expenditure In the reform they have changed the percentages users have to pay for their drugs. We conclude that this mechanism

copayment which seeks mainly a reduction of this expenditure, but also seeks to increase awareness of users in a more rational use of medicines and to a lesser extent a source of additional funding, has only managed to reduce short-term because from 2013 spending will increase gradually.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. COMPARATIVA DEL GASTO FARMACÉUTICO EN ESPAÑA CON LA OCDE.....	8
3. MEDIDAS ADOPTADAS PARA LA CONTENCIÓN DEL GASTO.....	14
4. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL COPAGO	18
5. LA REFORMA DEL COPAGO FARMACÉUTICO EN ESPAÑA.....	22
6. REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE EL COPAGO FARMACÉUTICO	29
7. EFECTOS DEL NUEVO COPAGO SOBRE EL GASTO	32
8. COMPARACIÓN DE RESULTADOS OBTENIDOS	38
9. PROPUESTAS.....	40
10. CONCLUSIONES	41
11. ANEXOS.....	42
12. BIBLIOGRAFÍA.....	43

1. INTRODUCCIÓN

El continuo crecimiento del gasto en farmacia es una de las preocupaciones de las autoridades sanitarias de muchos países. España, al igual que la mayoría de los países occidentales, ha experimentado un crecimiento del gasto farmacéutico superior al gasto sanitario, por este motivo se ha visto obligado a tomar medidas orientadas a reducir este gasto, para la continuidad en la financiación del sistema farmacéutico español.

Los países que más sufrieron la recesión económica llevaron a cabo numerosas medidas de contención del gasto en farmacia. En España en este periodo de tiempo se implantaron una serie de medidas para la contención del gasto, entre ellas el *RD/ Ley 16/2012 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*.

El objetivo del presente trabajo es analizar y estudiar el efecto del nuevo sistema de copago farmacéutico, y conocer si se ha conseguido reducir el gasto farmacéutico a través del *RDL de 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*.

Una de las causas del aumento de este gasto, ha podido ser el envejecimiento de la población, ya que cada vez hay más personas mayores, lo que hace que el gasto per cápita en sanidad y en farmacia aumenten. A esto hay que añadirle que los pensionistas son unos de los usuarios con mayor prestación farmacéutica (antes de 2012 disponían gratuitamente de todos sus medicamentos), y además son los que más medicamentos usan.

Otra de las causas podría ser el aumento en la esperanza de vida, lo que conlleva a vivir más años y necesitar un mayor número de medicamentos (cronicidad). El exceso en el consumo de medicamentos provocado por el riesgo moral también ha podido ser un factor que ha hecho aumentar este gasto en los últimos tiempos.

La creciente medicación también ha influido en el aumento de este gasto. Esto es debido a que cada vez surgen nuevas enfermedades y con respuesta a estas patologías investigan nuevos tratamientos y lanzan al mercado nuevos fármacos. (Actualmente

disponemos medicamentos orientados desde a personas con cáncer hasta personas con problemas psicológicos).

Como figura en Costas Lombardía (2004), un argumento a favor de reducir este gasto, es que “el gasto farmacéutico público en España es realmente desmedido, y su coste de oportunidad es muy gravoso, porque encoge progresivamente la capacidad de otras funciones asistenciales del Sistema Nacional de Salud, y mina su estabilidad y desarrollo”.

En López-Casasnovas (2015), el gasto en medicamentos estaba marcado por una fuerte inflación de recetas facturadas más que de precios, unido a una regulación obsoleta que cuestionaba los precios pero no las cantidades facturadas.

Es cierto que todos los países de la Unión Europea siguen una misma senda de crecimiento en cuanto al gasto sanitario se refiere. Sin embargo el gasto farmacéutico en nuestro país se sitúa por encima de la media, y por encima de muchos países europeos. A nivel europeo, España es uno de los países con mayor consumo de medicamentos por persona¹. En 2011, el gasto medio de los países de la OCDE en medicamentos era aproximadamente de 1,5% sobre el PIB, siendo que ese mismo año en nuestro país el gasto era de 1,60% un dato superior a la media.

En los últimos años, se han llevado a cabo medidas para potenciar un uso más racional de los medicamentos y para el control de este gasto. Las principales medidas utilizadas para la contención de este gasto han sido el sistema de precios de referencia, la exclusión en la financiación de una serie de medicamentos, el auge de los medicamentos genéricos, la receta electrónica y la modificación del sistema de copago. Como señala Jiménez Martín (2016), uno de los mecanismos que mejor funcionan para el control del gasto farmacéutico es el copago, de ahí que nos centremos en él.

Otro tipo de medidas para la contención de este gasto, han sido las diferentes campañas de concienciación para un uso racional de los medicamentos, llevado a cabo por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con las que se pretende potenciar el buen uso de los fármacos, no solo a consumidores, sino también a profesionales.

¹ González López- Valcárcel. B, Puig-Junoy. J y Rodríguez Feijoó. S. (2016)

La estructura del trabajo es la siguiente. A continuación se muestra una comparación del gasto en farmacia de nuestro país con el de otros países de la OCDE. El tercer apartado está dedicado a analizar las distintas medidas que se han llevado a cabo en nuestro país para la contención del gasto farmacéutico. En la sección cuarta se explican los fundamentos teóricos del copago. El quinto apartado hace referencia al análisis de la reforma del copago farmacéutico en España. En el sexto apartado se repasan los principales estudios del copago farmacéutico. El séptimo lugar lo ocupa el análisis del gasto farmacéutico en España. En la parte octava hago una comparativa de mis resultados con los de otros autores. En el apartado noveno propongo una serie de medidas para contener el gasto farmacéutico. Y por último, concluyo con mis resultados sobre el presente trabajo.

2. COMPARATIVA DEL GASTO FARMACÉUTICO EN ESPAÑA CON LA OCDE

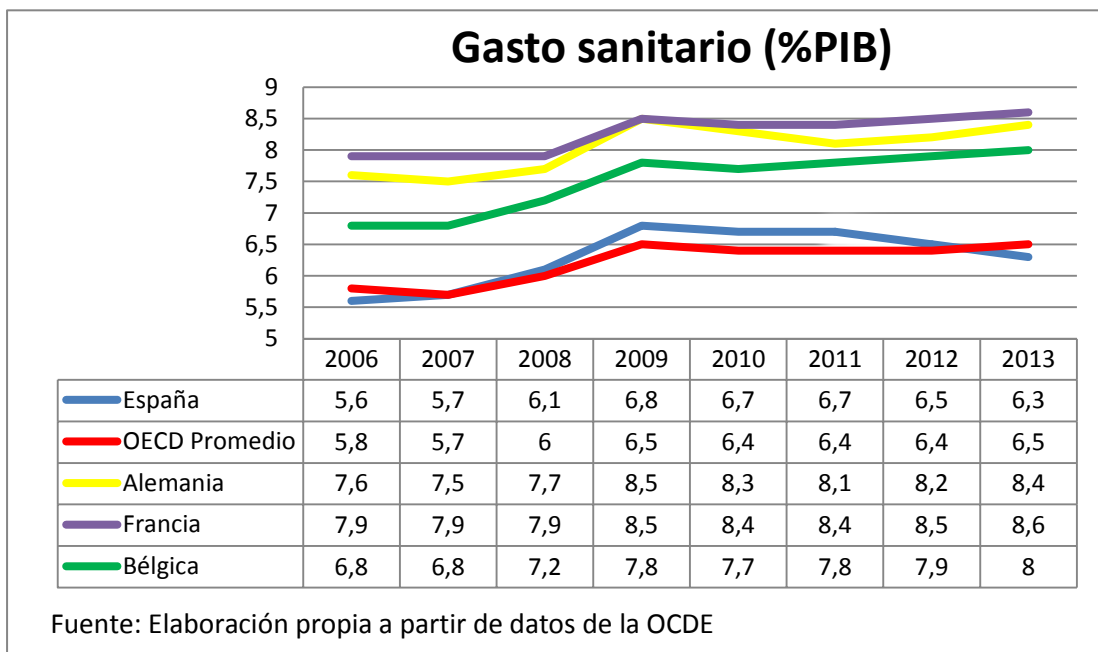
La crisis económica en la que Europa se encuentra desde mediados de 2007, supone una presión sobre los sistemas sanitarios de la OCDE, los cuales han tenido que implantar importantes medidas para reducir el gasto en salud.

En España, desde que se conocen datos comparables con la OCDE, el gasto farmacéutico ha sido siempre superior al promedio de estos países. La elección de este grupo de países (Alemania, Francia y Bélgica), es por la similitud con nuestro país.

Si analizamos la situación del gasto sanitario liquidado en España con respecto a otros países de la OCDE (Gráfico 1), vemos que España es uno de los países que dedican un menor gasto a la partida sanitaria, siguiendo este gasto una trayectoria similar al del promedio de la OCDE. En 2013 nuestro gasto en sanidad cayó hasta situarse por debajo de este promedio.

En España, el gasto sanitario es creciente hasta llegar a 2009 con un gasto de 6,8% en función del PIB, y de ahí empieza a bajar poco a poco. Sin embargo en otros países de la OCDE también tuvieron un claro pico en 2009 de este gasto, y una caída breve posterior al igual que pasó en España en 2013.

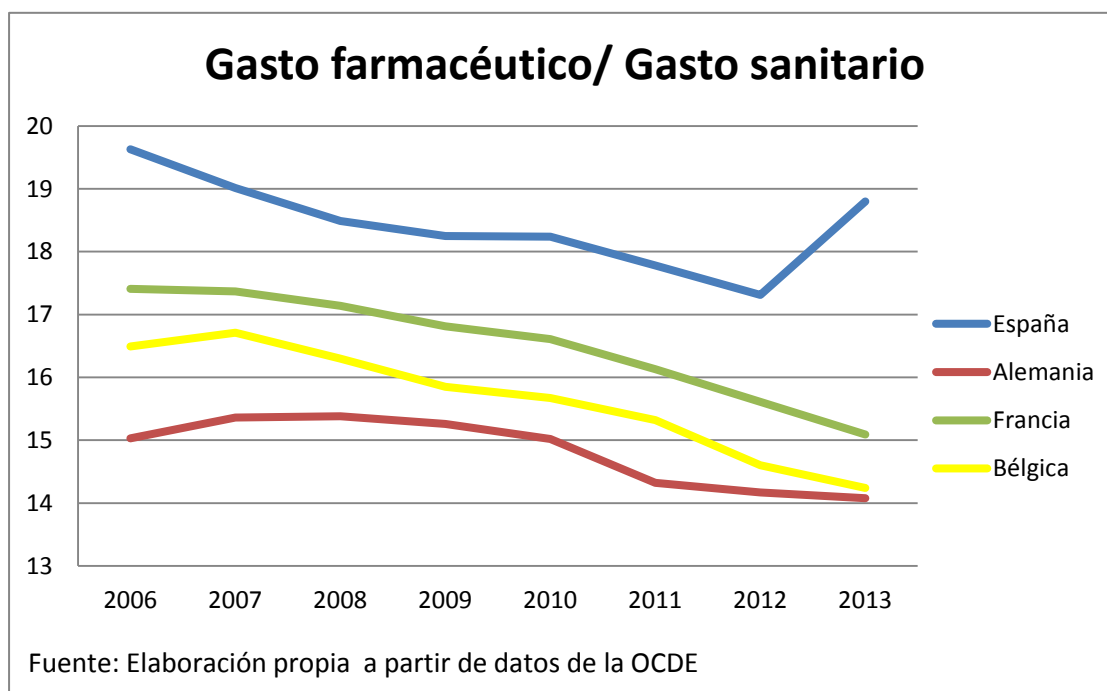
Gráfico 1. Gasto sanitario como porcentaje del PIB



Si comparamos con el promedio de la OCDE, vemos que España sigue una senda de crecimiento del gasto sanitario similar a la media.

A continuación analizaremos si también se sigue la misma trayectoria en cuanto a gasto farmacéutico se refiere.

Gráfico 2. Gasto farmacéutico sobre el gasto sanitario



Analizando los datos del gráfico 2, los cuales nos representan el porcentaje del gasto sanitario que es dedicado al gasto farmacéutico, vemos que en España en 2006 el 19,63% del gasto sanitario es dedicado a gastos en farmacia, de ahí que se hayan tomado medidas para reducir este gasto. Este mismo año fue publicada una lista de medicamentos que el Sistema Nacional de Salud dejaba de financiar, a la vez que se modificaron los precios de referencia de los medicamentos. Si avanzamos hasta 2012 podemos ver que el efecto de estas medidas sí que ha llevado a los resultados esperados, ya que el gasto farmacéutico en porcentaje del gasto sanitario ha bajado hasta el 17,31%. Sin embargo, para los últimos datos disponibles, en 2013 ha vuelto a subir este gasto hasta 18,8%.

Si comparamos con otros países de la OCDE, por ejemplo Alemania, su gasto farmacéutico representaba aproximadamente un 15% de su gasto sanitario en 2006, y en

2013, este gasto baja hasta un 14,08%. En Francia, en 2006 el gasto era de un 17,41%, y han conseguido en 7 años bajar su gasto al 15,09%. Por último, podríamos destacar a Bélgica que aunque aumentó su gasto ligeramente de 2006 a 2007, consiguió reducir su gasto hasta llegar a niveles similares a los de Alemania con un 14,24%.

Tras analizar los datos disponibles, aunque el gasto sanitario español está en línea con la media de los países de la OCDE, su gasto farmacéutico está por encima del de muchos de estos países.

GASTO SANITARIO Y GASTO SOBRE EL PIB

Según hemos visto, la proporción de gasto sanitario en función del PIB, ha seguido una trayectoria creciente hasta llegar a 2009 y empezar a reducirse debido al impacto de gran recesión. Esta crisis hizo que el gobierno llevara a cabo medidas para reducir todo el gasto posible con el objeto de contener el déficit público, y a pesar de que se redujo el gasto sanitario, también hubo una contracción en el nivel de producción de nuestro país.

El gasto sanitario medido en función del PIB, experimenta un gran salto de 2008 a 2009 aumentando en 0,7%. Pero no solo tenemos que tener en cuenta la evolución de este gasto, sino que también tenemos que analizar la senda que sigue el PIB.

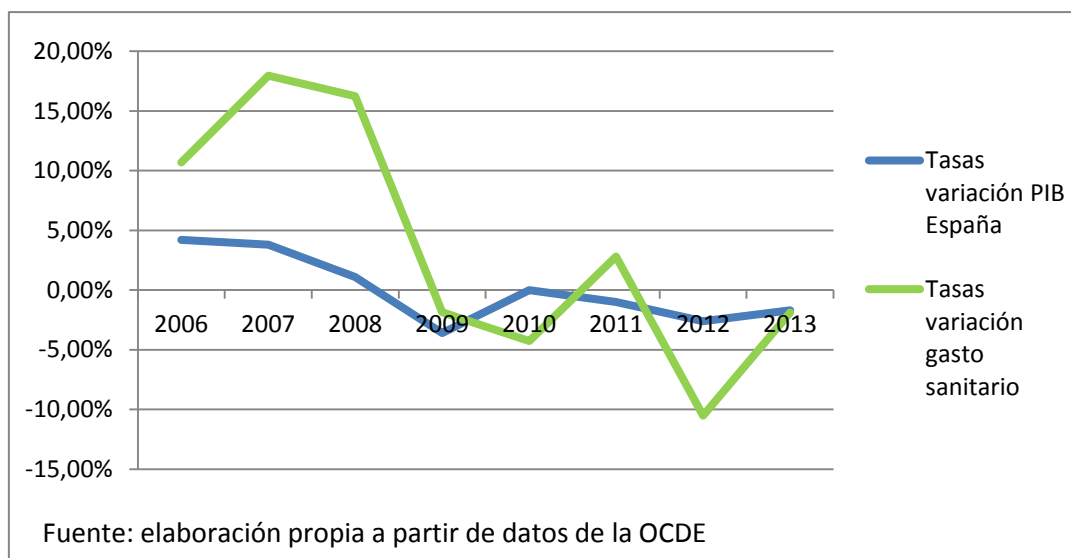
De acuerdo a este razonamiento, de 2008 a 2009 el gasto sanitario aumenta 4.999,8 millones de euros, pero a su vez cae el PIB un 3,6%. Por tanto, este aumento del gasto del 0,7% no es debido únicamente al aumento del gasto en sí, sino que también está influido por la caída del PIB en ese periodo de tiempo.

A su vez, por ejemplo la caída en el gasto sanitario de 2012 a 2013 hay que analizarla conjuntamente con una desaceleración en la caída del PIB para ese periodo de tiempo.

En el siguiente gráfico aparece recogida la trayectoria que siguen las tasas del PIB y el gasto sanitario español. Como se puede ver, la evolución que ha seguido tanto el PIB como el gasto sanitario ha sido en sentido contrario, de manera que cuando una de las dos partidas aumentaba la otra disminuía.

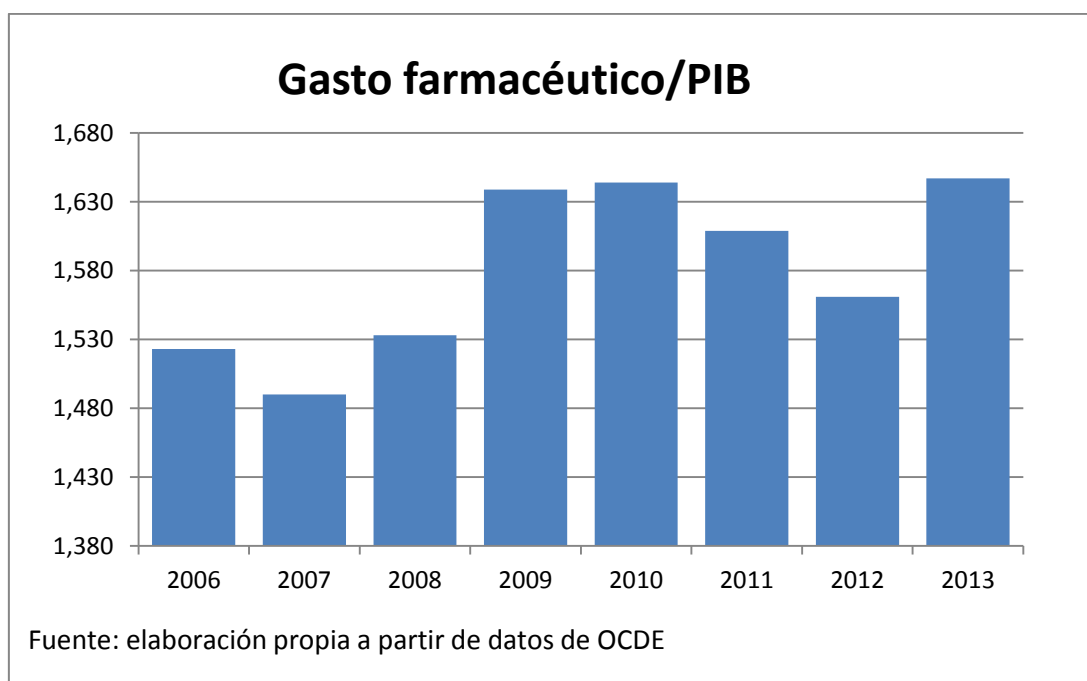
Con la introducción del nuevo sistema de copago farmacéutico en 2012, el gasto sanitario cayó en 10,52% mientras que el PIB cayó en 2,60%.

Gráfico 3. Tasas de variación anuales del PIB español y del gasto sanitario



A continuación analizaré el gasto farmacéutico como porcentaje del PIB.

Gráfico 4. Gasto farmacéutico/PIB español



OECD (2016), Pharmaceutical spending (indicator). doi: 10.1787/998febf6-en (Accessed on 10 March 2016)

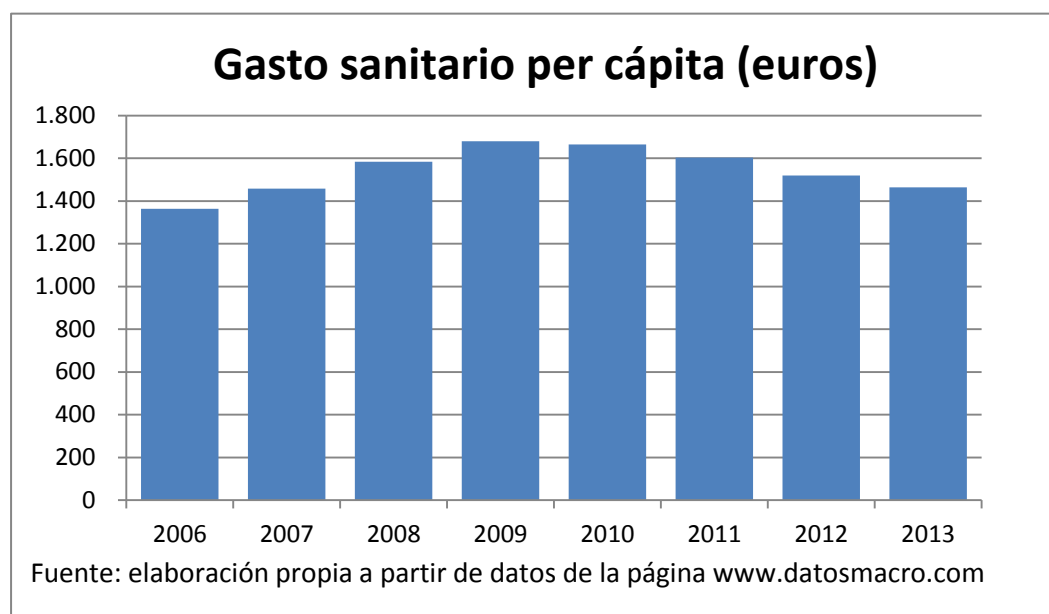
En el gráfico 4, se muestra la proporción del gasto farmacéutico español en función del PIB desde 2006 hasta 2013.

Como se puede apreciar, no hay una tendencia definida en esta partida, ya que partiendo de 2006 se puede ver una caída en 2007 del gasto, hasta situarse en 1,49%. A partir de 2007 empezó a crecer este gasto farmacéutico como porcentaje del PIB hasta 2010 representando un 1,64%. En 2010 cayó el gasto hasta suponer en 2012 un 1,56%. Por último en 2013 hay un repunte hasta alcanzar en un 1,64%.

En 2011, el gasto medio de los países de la OCDE en medicamentos era de 1,5%². Ese mismo año en España nuestro gasto era de 1,60%, un dato superior a la media.

GASTO SANITARIO Y GASTO FARMACÉUTICO PER CÁPITA

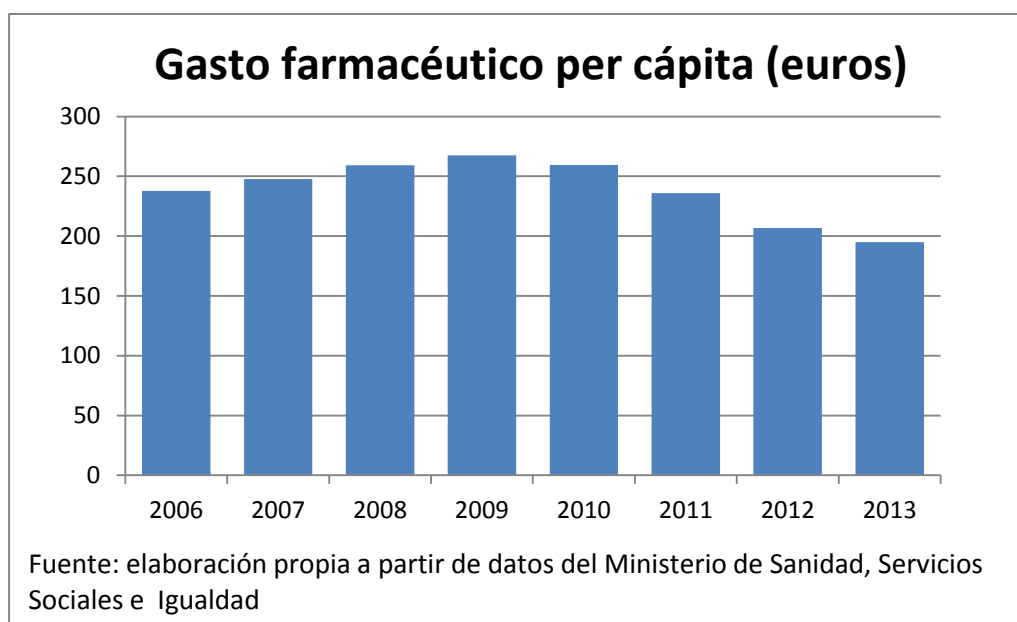
Gráfico 5. Gasto sanitario per cápita



Si analizamos la evolución del gasto sanitario per cápita (Gráfico 5), volvemos a ver la misma evolución del gasto sanitario, partiendo en 2006 de 1.363€/persona y aumentando año tras año hasta alcanzar el pico máximo en 2009 dónde se gastaban 1.860€ por persona. Posteriormente, el gasto disminuyó año tras año, siendo en 2013 1.464€ el gasto sanitario por habitante.

²“Informe sobre el sector farmacéutico” (2014), Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España.

Gráfico 6. Gasto farmacéutico per cápita



El gasto farmacéutico en 2006 per cápita era 237,90€, y fue aumentando poco a poco hasta llegar en 2009 a un gasto de 267,50€ por habitante. Al situarse el gasto en esta cifra tan elevada, como veremos en el siguiente epígrafe, se tomaron medidas para reducirlo y posteriormente fue cayendo año tras año, alcanzando en 2013 un gasto de 194,90€/ persona, y consiguiendo situar este gasto en niveles inferiores a los de 2006.

3. MEDIDAS ADOPTADAS PARA LA CONTENCIÓN DEL GASTO

En los últimos años, se han llevado a cabo medidas para reducir el gasto sanitario, pero dentro de este gasto la partida más importante es la farmacéutica, de ahí que se hayan centrado en contener este gasto. Las principales medidas que se han llevado a cabo han sido el sistema de precios de referencia, la potenciación de medicamentos genéricos, la desfinanciación de una serie de medicamentos y el copago farmacéutico.

PRECIOS DE REFERENCIA

El sistema de precios de referencia, es el precio máximo que el Sistema Nacional de Salud paga por un medicamento concreto. No todos los medicamentos tienen precios de referencia, únicamente tienen los que el sistema de salud establece. La lista de precios de los medicamentos es actualizada y publicada periódicamente por el Ministerio de Sanidad.

El primer sistema de precios de referencia se implantó en España el 13 Julio de 2000, cuyo principal objetivo era controlar los precios de los medicamentos que el Estado financia, y a su vez controlar el gasto farmacéutico público. La segunda modificación de este sistema de precios fue La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Y la última modificación pasó a regularse con Ley 29/2006. A pesar de estas modificaciones, las listas se modifican periódicamente, y la última la podemos encontrar publicada en el Boletín Oficial del Estado en Orden SSI/2160/2015 de 14 de octubre.

Los sistemas de precios de referencia actúan a través del establecimiento de un precio de referencia a un grupo de medicamentos previamente especificados. La administración pública sólo paga el precio de referencia por medicamento consumido, de esta manera si el precio del fármaco es superior a este precio, será pagado por el propio paciente.

El nuevo sistema ha establecido dos mecanismos de aplicación de los precios de referencia:

1. Precio de referencia ponderado: el cual se aplica a medicamentos con dosificaciones especiales para enfermedades graves o a medicamentos cuyos precios hayan sido revisado en los dos últimos años por falta de rentabilidad.

2. Precio de referencia mínimo: cuando el precio sea inferior a 1,60€, el laboratorio no estará obligado a igualar el precio de su presentación al industrial de referencia.

GENÉRICOS

Los medicamentos genéricos son una serie de fármacos con las mismas características que uno original, cuya patente ha caducado, y la principal diferencia que tiene con el original es el precio, el genérico es más económico. Además el nombre con el que el genérico está en el mercado suele ser el nombre del principio activo del medicamento.

La causa de que los genéricos sean más económicos es porque el laboratorio que elaboró el medicamento original gozó de 20 años en exclusiva de la patente, y una vez que ésta patente vence, otros laboratorios pueden elaborar sus propias versiones de los medicamentos, siendo estos más económicos.

Al tener un precio inferior con respecto al original, no solo supone un menor coste para el paciente, sino también para el Estado, por eso es interesante para reducir el gasto farmacéutico público potenciar este tipo de medicamentos.

Estos medicamentos se introdujeron en España a partir de 1997, con la modificación de 30 de Diciembre de 1996 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre del Medicamento, y poco a poco se han ido incorporando más medicamentos genéricos.

Se ha ido extendiendo el concepto de medicamento genérico, aunque su evolución desde su introducción en 1997 hasta 2005 ha sido únicamente de un 14,10%, y en los últimos diez años, ha experimentado un crecimiento de 14,10% a 48,83%.

Cuadro 1. Evolución del consumo de genéricos

Evolución consumo de EFG	
	% Envases
	EFG/ Total
Año 2005	14,10
Año 2006	16,72
Año 2007	20,94
Año 2008	21,81
Año 2009	23,82
Año 2010	27,40
Año 2011	34,20
Año 2012	39,70
Año 2013	46,50
Año 2014	46,52
Año 2015	48,83

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Sistema Nacional de Salud

En 2015 el consumo de genéricos se sitúa en 48,83, aproximándose cada vez más al consumo medio europeo (55%).

LISTA DE MEDICAMENTOS EXCLUÍDOS DE LA FINANCIACIÓN

Conforme a lo establecido en la Ley 25/1990 de 20 de Diciembre, quedan excluidos de prestación farmacéutica una serie de medicamentos que el gobierno ha ido revisando periódicamente de acuerdo con las disponibilidades presupuestarias.

Años más tarde, en 2006 se publicó la Ley 29/2006 de 26 de Julio, de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios, en la cual el Sistema Nacional de Salud modifica la lista de medicamentos publicada en la Ley anterior, con el objetivo de reducir el gasto en medicamentos.

La última modificación de la lista fue el 2 de agosto de 2012 con la que se excluyó de financiación pública más de 400 medicamentos.

COPAGO FARMACÉUTICO

El copago en el ámbito de los medicamentos tuvo su origen en España en 1966, en el que el usuario pagaba 5 pesetas cuando el precio del medicamento no superaba las 30 pesetas, si el precio era superior a 30 pesetas las 5 pesetas se incrementaban en una peseta cada decena del precio sin superar las 50 pesetas, y no se distinguía entre activos y pensionistas.

En 1978 con los pactos de la Moncloa se modificó y pasó a ser el 20% del PVP del precio del medicamento, introduciéndose la distinción entre activos y pensionistas, quedando estos últimos exentos de este copago.

En 1979, se incrementó este porcentaje al 30%, hasta llegar al 40% en 1980. A partir de 1980 hasta 2012 las personas activas pagaban un 40% del precio del medicamento, estando exentos los pensionistas.

La última reforma importante fue en Julio de 2012, en la que como novedad los pensionistas han dejado de estar exentos en el sistema de aportación farmacéutica, y actualmente pagan un 10% del precio del medicamento con un límite mensual en función de su renta.

4. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL COPAGO

El sector público puede financiarse a través de diferentes instrumentos, uno de ellos son los impuestos, que pueden ser directos o indirectos. Una forma de financiación directa, es la que está basada en el principio del beneficio, cuyo objetivo es que se relacione directamente el beneficio del uso del servicio público con el pago que el contribuyente hace hacia él. Esto puede hacerse a través del mecanismo del copago, con el que se pretende controlar el consumo de bienes y servicios públicos, los cuales cuentan con una escasa oferta y con una excesiva demanda. Otro uso de los copagos es conocer las preferencias y las valoraciones que los individuos tienen hacia el bien o servicio en cuestión. Por último, este mecanismo podría ser una fuente adicional de financiación del sector público.

Con la introducción de este mecanismo, se tendría que garantizar el acceso al bien por parte de los usuarios con menores rentas o con unas necesidades mayores. El principio de sencillez tiene que cumplirse, esto es que con la introducción del copago no se ocasionen unos elevados costes de gestión ni de control.

Dos objetivos básicos que persiguen los copagos son, por un lado la reducción del exceso de demanda de algunos sectores, así pues se tendría que aplicar este copago sobre servicios con una demanda elástica. Por otro lado, otro objetivo es la maximización de la recaudación, por lo que tendríamos que introducirlo sobre servicios con una menor elasticidad en la demanda. Vemos así dos objetivos básicos con recomendaciones opuestas.

Para que el sistema de copago farmacéutico sea eficiente, debe existir una sensibilidad al precio para que cuando aumente el precio se reduzca la cantidad consumida (elasticidad precio), sin afectar de forma negativa al estado de salud del individuo, si no se podría producir el efecto contrario ante un posible empeoramiento del estado de salud del usuario y una posterior hospitalización, aumentando así el gasto sanitario y el farmacéutico.

El copago se aplicaría a demandas elásticas, porque son más sensibles a los precios, y ante una variación de estos, se modificaría el comportamiento del individuo. Si se aplicara por ejemplo a la insulina no se vería reducido su consumo ni su gasto, únicamente pasaría a ser una carga económica para el usuario. Al contrario, si por

ejemplo se introdujera un copago en vitaminas, entonces sí que podríamos apreciar una reducción en el consumo de estas. Por tanto es esencial conocer o estimar las elasticidades precios y renta de los servicios en farmacia, para predecir cuales serían los efectos de estos copagos.

El problema podría aparecer al aplicar copagos en servicios que son altamente efectivos, porque un aumento del precio reduce la cantidad demandada tanto de servicios efectivos como los que no son efectivos.

La forma de fijar el copago es en forma de porcentaje del coste de venta del bien o servicio, mediante una cantidad fija por unidad de servicio, o de ambas maneras. Pero siempre se fija por debajo del valor de coste de producción del bien o servicio.

EL COPAGO FARMACÉUTICO

La introducción del sistema de copago en el sector farmacéutico, trata de corregir la falta de percepción por parte de los consumidores del valor de los medicamentos y el elevado gasto dentro de la partida de farmacia.

El copago en los medicamentos se introduce estableciendo un porcentaje del precio del medicamento a pagar, en función de la renta del usuario (a mayor renta mayor participación del contribuyente en el pago), existiendo casos en los que las personas tienen un acceso gratuito a estos medicamentos. De esta manera, los usuarios con mayores dificultades económicas tienen asegurado la cobertura farmacéutica.

La total financiación de los medicamentos, puede hacer que los usuarios no hagan un uso racional de ellos. Por tanto, con la introducción de sistemas de copago se pretende moderar el consumo, conteniendo así el gasto en farmacia.

Según el barómetro sanitario, la opinión de la mayoría de los usuarios, es que la modificación del sistema de copago en farmacia, supone una reducción en los botiquines caseros³, aprovechando mejor los medicamentos que los usuarios guardan en sus casas y comprando sólo los necesarios.

³ BEATRIZ GONZÁLEZ LÓPEZ- VALCÁRCEL, JAUME PUIG-JUNOY y SANTIAGO RODRIGUEZ FEIJÓO (2016). “Copagos sanitarios. Revisión de experiencias internacionales y propuestas de diseño”

COPAGO FARMACÉUTICO EN OTROS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA

En el siguiente cuadro, podemos ver los distintos porcentajes de copago en farmacia que están establecidos en España, Bélgica, Francia y Alemania.

Cuadro 2. Copago farmacéutico en otros países UE

Copago farmacéutico en otros países UE	
País	Copago farmacéutico (datos referentes a 2015)
España	Activos: 40%, 50% o 60% dependiendo de la renta, sin tope de gasto; pensionistas: 10% para renta familiar inferior a €100.000, 60% para renta superior. Límites máximos mensuales a pensionistas en función de la renta; medicamentos para crónicos tienen contribución reducida.
Bélgica	El copago varía según el valor terapéutico del medicamento (A, B, C, Cx, Cs, Fa y Fb). Los de tipo A (medicamentos de importancia vital) están exentos de copago. Los de tipo Cx pagan 8€ más el 86% de la base de reembolso. Si esta es menor de 14.38€, el copago es el 141.43% de la base de reembolso.
Francia	Copago entre el 0% y el 85% según el valor terapéutico del medicamento, más 0,5€ por envase
Alemania	5€ a 10€ por prescripción ambulatoria, salvo que el precio sea un 30% o menor del precio de referencia, implica que más de 5.000 medicamentos están libres de copago

Fuente: Beatriz González López- Valcárcel, Jaume Puig-Jonoy y Santiago Rodríguez Feijoó. (2016).

Como podemos ver, en los cuatro países analizados está vigente el copago en farmacia. En España es en el único país de los cuatro en estudio que no existe copago en asistencia primaria, especializada y en hospitalización. Al contrario, en Bélgica y en Francia existe copago en todos estos ámbitos. Y en Alemania sólo existe copago en farmacia y en asistencia hospitalaria.

La novedad en Bélgica está en que todos los usuarios están expuestos al copago, ya que no existe ninguna exención de usuarios, aunque existe un grupo de medicamentos, el grupo A, que se considera de importancia vital, los cuales están exentos de copago. El precio del resto de los fármacos oscila entre un 25-80% del precio del medicamento.

El copago farmacéutico en Francia oscila entre el 0-85% del precio del medicamento (en función de su valor terapéutico), y además pagan 0,50€ adicionales por el envase de

dicho medicamento. El paciente paga y posteriormente solicita el reembolso de la cantidad oportuna.

En Alemania, los usuarios que tengan un seguro público tienen que pagar el 10% del precio de los medicamentos, pagando un máximo de 10€/mes. Los medicamentos con un precio inferior a 5€ se pagan en su totalidad por los propios pacientes. A pesar de esto hay una lista de usuarios que están exentos del pago de medicamentos: niños, jóvenes, ancianos, enfermos crónicos y parados con ingresos provenientes de subsidios públicos.

5. LA REFORMA DEL COPAGO FARMACÉUTICO EN ESPAÑA

La reforma entrada en vigor en Julio de 2012, produjo un gran cambio en el sistema de copago en medicamentos. Esta medida ha modificado entre otros, los topes máximos que tienen que pagar tanto los pensionistas como sus beneficiarios por los medicamentos. En la siguiente tabla podemos ver la aportación que cada usuario tiene que hacer antes y después de la reforma.

Cuadro 3. Nuevas aportaciones del sistema farmacéutico

	ANTES DE APLICAR EL RD 16/2012	A PARTIR DE 01/07/2012	
Pensionistas con renta inferior a 18.000€/año	0%	10%	Límite máximo 8€/mes
Pensionistas con renta entre 18.000€ y 100.000€/año	0%	10%	Límite máximo 18€/mes
Pensionistas con renta igual o superior a 100.000€/año	0%	60%	Límite máximo 60€/mes
Pensionistas sin recursos que reciben renta de integración	40%	0%	
Perceptores de pensiones no contributivas, afectados por el síndrome tóxico, personas con discapacidad, personas con tratamientos por accidente de trabajo o enfermedad profesional	0%	0%	
Parados que han perdido el subsidio por desempleo	40%	0%	
Activos con renta inferior a 18.000€/año	40%	40%	
Activos con renta entre 18.000€ y 100.000€/año	40%	50%	
Activos con renta igual o superior a 100.000€/año	40%	60%	
Mutualistas y clases privadas de MUFACE, ISFAS y MUGEJU	30%	30%	

Fuente: adaptación del RDL 16/2012

De esta reforma destacan tres tipos de políticas denominadas “tripago”. Por un lado se dejaron de financiar más de 400 medicamentos indicados para síntomas menores, de manera que el paciente tendría que pagar ahora el 100% del precio de estos medicamentos. Otra medida fue la introducción temporal en Madrid y Cataluña de un euro por receta con un máximo anual, pero más tarde fue derogada por el Tribunal Constitucional. Y la última medida a destacar es el fin de los medicamentos gratuitos para pensionistas

En primer lugar, tanto pensionistas con rentas inferiores o superiores a la obligatoriedad a la declaración de la renta, pagan un 10% del precio del medicamento, frente al 0% que pagaban antes de la reforma. Pensionistas con renta igual o superior a 100.000€/año tienen que pagar un 60% del precio del medicamento, siendo que antes de la reforma el sistema nacional de salud le financiaba el 100% del medicamento. La diferencia de financiación de los pensionistas es el límite mensual que tienen, que es en función de su renta. Tenemos un grupo de personas a los cuales el Sistema Nacional de Salud les financia el 100% de los medicamentos, estos son: perceptores de pensiones no contributivas, parados de larga duración, síndrome tóxico y personas con discapacidad, personas que reciben rentas de integración social, y personas con tratamientos derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional.

Usuarios activos con renta inferior a la declaración de la renta, pagan un 40% del precio del medicamento al igual que antes de la reforma. Si la renta de estos es superior a 18.000€ su aportación es del 50% (antes de la reforma 40%). Personas con rentas superiores a 100.000€ su porcentaje corresponde a un 60%.

En cuanto al régimen de copago a Mutualistas, no se ha modificado, de manera que siguen pagando por sus medicamentos un 30% del precio del medicamento.

Uno de los principios básicos que es interesante que se cumpla es la equidad, ya que si un medicamento esencial tiene una demanda elástica para determinadas personas, el copago podría suponer una barrera de acceso a estos medicamentos, por lo que tendría que introducirse de manera que las personas con menores rentas pudieran acceder a dichos medicamentos. En cuanto a la modificación de este sistema de aportación, vemos que por un lado los usuarios con unas menores rentas, el Sistema Nacional de Salud les financia el 100% del medicamento, por tanto aquí sí que podemos ver el principio de

equidad. Sin embargo, que pensionistas tanto con rentas inferiores como superiores a la obligatoriedad de la declaración de la renta, tengan que aportar el mismo porcentaje del precio del medicamento no es del todo equitativo, aunque les diferencie los límites de aportación máximos que pagan mensualmente (pensionistas con una renta inferior a 18.000€ tendrán un límite de 8€/mes, y con una renta superior a 18.000€ será de 18€/mes).

Tampoco es equitativo el tramo de obligatoriedad de la declaración de la renta (18.000€) hasta 100.000€, debido a la falta de progresividad y de la gran amplitud del tramo, porque pagan lo mismo por los medicamentos personas con unos ingresos de 1.500€ mensuales que otras que obtienen 8.300€ al mes.

Otro principio que tiene que cumplir un impuesto es la sencillez, es decir, que la implantación del impuesto no suponga elevados costes de gestión ni de control. En este caso, en el sistema de aportación de pensionistas, tienen derecho al reembolso si sobrepasan un límite de 8, 18 y 60€ mensuales, según la renta de estos, pudiéndoles devolver la cantidad que exceda de los límites. El límite legal para la devolución de estas cantidades es de 6 meses como máximo que es abonado en la cuenta en la que el pensionista cobra su pensión. Por tanto, en este aspecto el principio de sencillez quizás no está del todo claro por la complejidad que puede suponer la devolución de los límites de los pensionistas. Además tenemos que tener en cuenta que los costes de la gestión de este mecanismo de copago, tienen que ser menores que el ahorro que va a suponer la implantación de este.

Otra novedad introducida con este RDL es que se deja de reconocer la condición de beneficiarios de un asegurado a los descendientes cuando estos tengan 26 años o más. Este cambio ha supuesto un retroceso a 1987 cuando se abolió el límite de edad para que los descendientes tuvieran derecho a la asistencia sanitaria pública.

PERCEPCIÓN DEL NUEVO SISTEMA DE COPAGO

Para estudiar la percepción que tienen los usuarios y los farmacéuticos sobre la reforma del sistema de aportación farmacéutica, he elaborado una pequeña encuesta para intentar conocer tres puntos básicos a la hora de implantar un copago: sencillez, eficiencia y equidad. Esta pequeña encuesta no quiere decir que sea significativa debido a la escasa

muestra de farmacias encuestadas. Con este pequeño cuestionario he querido introducir un posible trabajo de muestras.

Las tres primeras preguntas hacen referencia al principio de sencillez, la cuarta al de sencillez/ eficiencia, la quinta pregunta está centrada en la equidad y la última en la eficiencia del nuevo sistema de copago.

Los datos de esta encuesta provienen de diferentes farmacias de Zaragoza y la muestra es de 5 farmacias.

Las conclusiones a las que he podido llegar tras los resultados obtenidos, es que la última reforma del copago farmacéutico es más complejo que el anterior según la percepción de las farmacias.

En todas las farmacias he percibido el mismo problema, la dificultad de comprensión del nuevo sistema por parte los pensionistas. El problema está en que no comprenden por qué unos pensionistas tienen que pagar un 10% del precio del medicamento, otros tengan cubierto el 100% del coste y otros paguen el 60%

Otro problema derivado de este sistema está relacionado con la gestión. Algunos de estos problemas vienen del retraso de la devolución del importe que sobrepasa del límite máximo que tienen que pagar, ya que muchos pensionistas con rentas no muy elevadas necesitan ese dinero no sólo para ellos, sino para mantener a sus hijos, nietos etc...

Otra complejidad para los pensionistas era que una vez que habían comprado los medicamentos que usan habitualmente, si iban a la farmacia a por un medicamento puntual, por ejemplo derivado de un resfriado, y con este nuevo medicamento sobrepasaban el límite máximo, no entendían por qué sus medicamentos habituales tenían que pagarlos, y ese medicamento puntual que le habían recetado para un resfriado no tuviera que pagarlo, y esto era debido a que sobrepasaban su límite de aportación mensual y por eso no tenían que pagar por ese medicamento. Este problema se solventó en Diciembre de 2015, ya que a partir de esta fecha una vez que sobrepasan el límite máximo ya no tienen que pagar más. Gracias a esta regulación se ha ganado eficiencia al evitar los trámites, las esperas y los posibles problemas derivados de la devolución de este dinero.

En cuanto a la quinta pregunta de la encuesta relacionada con la equidad del copago, en general no se ha percibido que se dejen de consumir determinados medicamentos como consecuencia de tener que pagar más por ellos de lo que lo hacían habitualmente.

En el barómetro sanitario de España de 2013, se hicieron una serie de preguntas para conocer la opinión de los ciudadanos sobre la reforma del copago farmacéutico introducido en 2012 centradas en el principio de equidad.

Una pregunta de las recogidas en el Barómetro, intenta recoger los resultados de si los pacientes han dejado de consumir determinados medicamentos en los últimos doce meses, debido a su incapacidad económica. La respuesta es que casi el 7% de los encuestados han dejado de medicarse debido a sus dificultades financieras.

Otros resultados obtenidos fueron que un 40% de la población opinaba que el nuevo sistema de financiación es más justo y protege más a los ciudadanos. Sin embargo, el 60% restante no creían que el nuevo sistema de copago fuera más justo que el anterior.

Cuando se les formuló la pregunta referente a los tramos de renta para fijar el importe del copago, más del 80% de los encuestados coincidían en la necesidad de establecer más tramos de renta.

PROBLEMAS EN LA GESTIÓN

Según el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud (2015), muchos profesionales, al igual que pacientes están de acuerdo en la falta de organización a la hora de implantar este nuevo sistema de aportación farmacéutica.

La introducción de una medida que afecta a un colectivo, supone una importante inversión en tiempo y esfuerzo de los profesionales, que tienen que adaptarse para ofrecer el mejor servicio a los usuarios.

Otro problema derivado de la gestión son los fallos de clasificación de los usuarios en un colectivo al que no les corresponde. Esto supone tener que ir el usuario a una oficina de la Seguridad Social a solventar el problema.

El nuevo sistema de copago farmacéutico se basa en las rentas que ha obtenido el sujeto durante el año anterior. En este caso si una persona percibe un año puntual unas rentas extraordinarias derivadas de herencias, concursos etc... al año siguiente, cuando declare sus ingresos, si su renta cambia de escalón va a pagar un porcentaje superior de los medicamentos de lo que realmente paga habitualmente. Un ejemplo de esto sería un sujeto cuyos ingresos anuales son de 15.000€/ año y ese año recibe una herencia por valor de 30.000€. Por tanto sus ingresos son ahora de 45.000€, así que su tramo de aportación farmacéutica ascenderá de un 40% que paga inicialmente a un 50% del precio del medicamento.

ESTRATEGIAS PARA EVITAR EL COPAGO FARMACÉUTICO

Tras la introducción del nuevo sistema de copago en farmacia en 2012, usuarios a los que anteriormente el Sistema Nacional de Salud les financiaba el 100% del precio del medicamento, ahora han pasado a pagar parte de este. Como consecuencia de esto, los consumidores han llevado a cabo alguna estrategia para evitar que el efecto de este copago sea lo menor posible.

Una estrategia en los pensionistas, los cuales tienen límites máximos de aportación de medicamentos, ha sido adelantar en la medida de lo posible (siempre que el sistema lo permita, ya que con la nueva receta electrónica no siempre se puede), los medicamentos del mes siguiente para acumular el mes actual lo máximo posible, sobrepasando el límite mensual y así les devuelvan una mayor cantidad de dinero el Sistema Nacional de Salud debido a que su gasto ha sido mayor que el límite establecido.

Otra estrategia percibida ha sido, que usuarios de la misma familia que consumen los mismos medicamentos como por ejemplo antihistamínicos los cuales no requieren un consumo frecuente, si una persona de la familia tiene que pagar por el medicamento un precio inferior que el otro miembro que usa el mismo medicamento, el que menos pague por el medicamento será el que abastezca a su familiar que tiene que pagar un precio superior por el medicamento, siempre que el sistema de receta electrónica lo permita.

EFFECTOS A CORTO Y LARGO PLAZO DEL COPAGO FARMACÉUTICO

En 2010, antes de la implantación del nuevo sistema de aportación farmacéutica, se facturaron unas 957 millones de recetas⁴. El gasto de la administración pública derivado de estas recetas fue aproximadamente 790 millones de euros.

Durante el primer año de la instauración del nuevo sistema de aportación farmacéutica en Julio de 2012, se facturaron aproximadamente 914 millones de recetas por lo que se redujo el número de recetas.

En una nota de prensa del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se publicó el 23 de Julio de 2013 el gasto farmacéutico tras el primer año de la implantación del nuevo sistema de copago, y este cayó 1.976,4 millones de euros, pero esta contención del gasto, no solo puede atribuirse únicamente al nuevo modelo de

⁴ Datos obtenidos del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud (2015)

copago, ya que junto a esta medida se dejaron de financiar ese mismo año aproximadamente 400 medicamentos y hubo modificaciones en el sistema de precios de referencia.

Los efectos de este nuevo sistema a corto plazo, fueron una reducción en el número de recetas facturadas, a la vez que consiguieron reducir el gasto en farmacia, aunque como ya he señalado anteriormente, esta contención del gasto no ha sido exclusivamente del copago.

Los datos obtenidos del primer trimestre de 2016, nos muestran un aumento del gasto farmacéutico de un 3,48% con respecto al año anterior. A su vez, el número de recetas facturadas también experimentan un incremento de casi 0,90% con respecto al anterior año. La reducción del gasto desde 2012 en la partida de farmacia, se sitúa en el primer trimestre de 2016 en 5.936,23 millones de euros (277,84 más que el año anterior).

6. REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE EL COPAGO FARMACÉUTICO

Existen numerosos estudios sobre el análisis del copago farmacéutico y sobre los efectos tras la última reforma.

Ante la intención de modificar o de establecer un nuevo sistema de copago hay que tener presente una serie de ideas. Una de ellas es, que a la hora de introducir un copago hay que hacerlo de manera moderada y debe haber límites al gasto máximo en función de la renta, pero además hay que tener en cuenta que también deberá ser moderado o incluso nulo para enfermos crónicos, porque si estos no pudieran financiar el coste de sus medicamentos, su estado de salud podría empeorar suponiendo un gasto mayor del que se pretendía ahorrar con ese copago. Estas ideas las encontramos recogidas en López-Valcárcel, Puig-Junoy y Rodríguez Feijoó (2016).

En el trabajo de López-Casasnovas (2016), habla sobre el papel de los copagos aplicado a la sanidad. En él dice que los copagos son un reflejo de una forma de exclusión, porque se deja una prestación sanitaria fuera de la cartera de servicios, considerándose así un copago del cien por cien, que a su vez podría considerarse una exclusión parcial del sistema sanitario.

A su vez establece que no se debe quedar ningún usuario fuera de cobertura sanitaria, produciendo un riesgo económico del enfermo, y es trabajo del Estado operar para que esto no ocurra.

Otra idea que sostiene este autor es que el “copago se lleve a la renta y no la renta al copago”, de manera que lo que intenta penalizar el copago se incorpore a la base imponible de la declaración anual de la renta: como si se tratara de un beneficio en especie.

Una reflexión que nos proporciona Puig-Junoy (2014), es que la reducción en la participación del copago vendría explicada por un envejecimiento de la población, lo que supone un aumento del número de pensionistas, aumentando de esta manera el gasto en farmacia por la gran cantidad de medicamentos necesarios para cubrir a esta población.

El copago también tiene efectos negativos sobre la equidad, porque para financiar las prestaciones de farmacia se debería considerar exclusivamente el principio de capacidad de pago, ya que todos los niveles de renta pagan lo mismo por los servicios recibidos. López Saludas (2013)

Lo positivo de esta reforma según Urbanos Garrido y Puig-Junoy (2014), es que lo universal no equivale a lo gratuito, y de esta manera los pacientes pueden concienciarse de ello y hacer un uso más racional de los medicamentos. Esta misma idea sobre que a través de los sistemas de copago se consigue una concienciación del coste de los servicios sanitarios, los pague quién los pague aparecen en González López-Valcárcel, Puig-Junoy y Rodríguez Feijoó (2016). Un dato positivo que recoge esta última publicación es que por primera vez, en más de tres décadas se ha conseguido una reducción importante en el número de recetas facturadas a corto plazo.

Una serie de críticas acerca del nuevo sistema que nos proporciona Puig-Junoy (2014) son por un lado, el diferente trato de personas activas con igual renta y necesidad, las cuales tienen enfermedades importantes y no se les aplica ningún límite máximo. En este mismo sentido González López-Valcárcel, Puig-Junoy y Rodríguez Feijoó (2016), nos dicen que se debería eliminar la distinción entre personas activas y pensionistas, ya que en principio esta distinción no supone ninguna marca de renta ni de necesidad. La siguiente crítica está referida a la gestión del límite máximo que tienen que pagar los pensionistas. Este problema en la gestión se solventó en diciembre de 2015. A pesar de estas críticas, destaca la gran reducción producida por estas medidas, de las recetas dispensadas en las oficinas de farmacia.

Otra crítica que se hace de la reforma del copago en farmacia es la que expresan González López-Valcárcel, Puig-Junoy y Rodríguez Feijoó (2016), donde proponen la modificación de los límites de aportaciones mensuales a anuales como se hace en otros países como por ejemplo en Suecia.

Tras la realización de numerosos estudios se ha llegado a una serie de resultados. En el artículo de Fernández-Ruiz, Sánchez-Bayle, Fernández-Ruiz y Palomo (2015), se estudia la repercusión del copago farmacéutico tanto en la equidad como en el gasto, y los resultados a los que llegan son que no se han producido mejoras en equidad, ya que perciben que personas con rentas bajas dejan de consumir determinados medicamentos

tras la reforma, y además no se ha producido un ahorro en farmacia, porque en 2014 vuelve a incrementarse este gasto.

Simó Miñana (2015), concluye que el nuevo sistema de copago en farmacia es más justo que el anterior, ya que ahora el copago depende de la renta y no de la edad del usuario. Sin embargo, aún quedan aspectos pendientes de corregir como sería establecer un tramo más de renta en el corte de 18.000€ y 100.000€.

López-Casasnovas y López-Valcárcel (2016), publicaron un artículo en el que llevan a cabo un análisis sobre la evolución del gasto sanitario, y del gasto en farmacia. En las reflexiones finales nos dicen que no concluyen nada sobre su estudio, ya que no se trata de gastar más o gastar menos, sino que lo que importante es que tenemos que gastar y aplicar los recursos desde la perspectiva de la equidad y de la eficiencia. En este mismo artículo, se analiza un estudio sobre el efecto de los copagos en farmacia, del que obtienen como primera conclusión que los aumentos en los copagos pueden hacer que se reduzca el consumo de medicamentos pero solo a corto plazo.

En la revisión que Kill y Houlberg (2014) llevan a cabo para un grupo de países de renta alta, concluyen que en la gran mayoría de estos países la reducción en el consumo de medicamentos es evidente. Aunque hay una diversidad de grupos de pacientes, los usuarios de menores rentas son los más sensibles al copago. Además encuentran evidencia en que los tratamientos preventivos tienen una elasticidad precio elevada. En un principio no encuentran relación directa entre el copago en farmacia y el estado de salud de los usuarios.

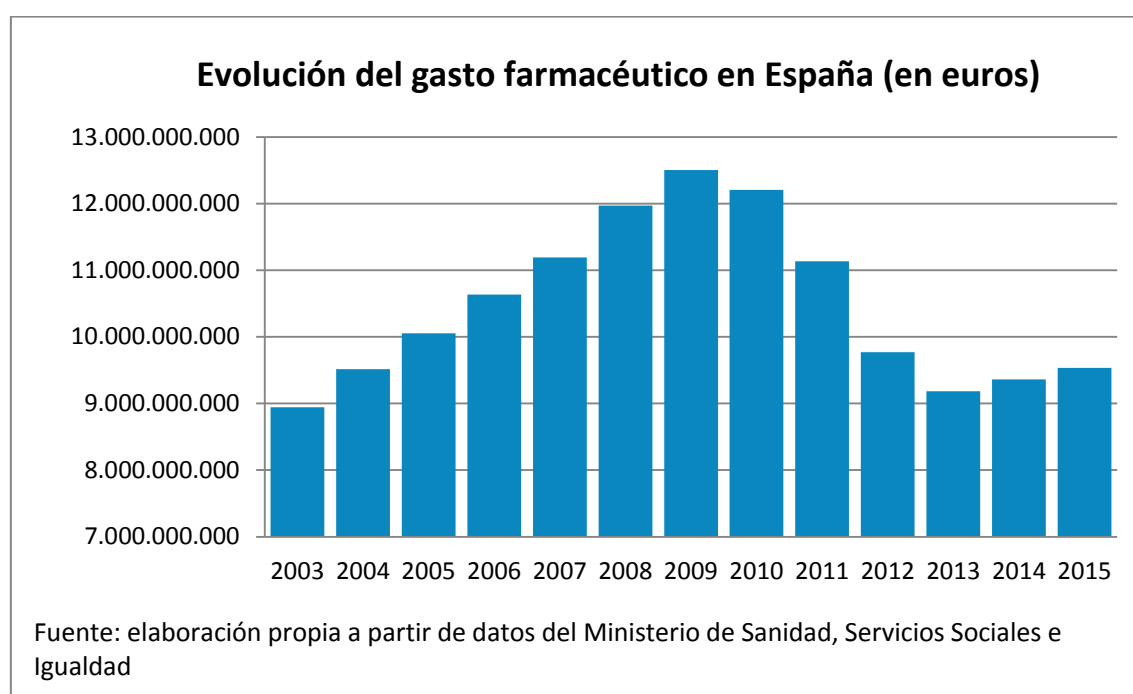
Como recogen Sánchez, Guillén y otros (2015), tras la modificación del sistema de aportación farmacéutica en 2012, cuyo objetivo fue la reducción del gasto en farmacia, años posteriores con los datos disponibles hasta ahora, no se ha conseguido reducir este gasto a largo plazo, por lo que este copago se ha convertido meramente en una medida recaudatoria.

7. EFECTOS DEL NUEVO COPAGO SOBRE EL GASTO

La atención farmacéutica, la cual constituye una de las partidas con más volumen dentro del gasto sanitario, ha sido modificada en numerosas ocasiones con el objeto de racionalizar el gasto.

En términos absolutos, la evolución del gasto farmacéutico español ha tenido una senda creciente hasta llegar a 2009 y alcanzar un nivel de gasto nunca antes alcanzado desde 2003, pero una vez llegado a este punto y hacerse la situación tan insostenible, se ha visto recortado.

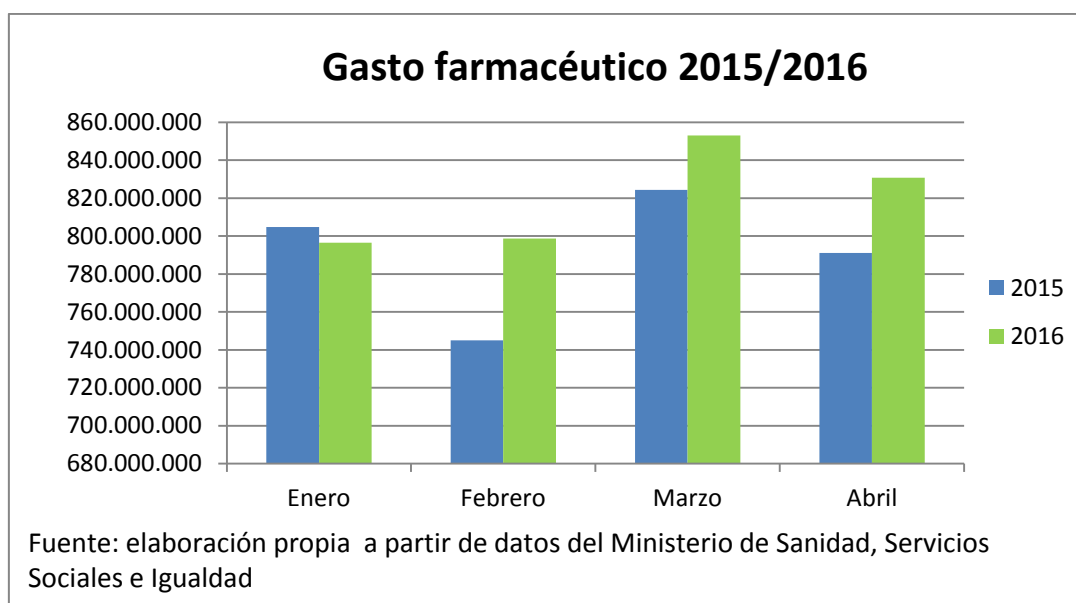
Gráfico 7. Evolución del gasto farmacéutico en España



El efecto de la modificación en el sistema de financiación de los medicamentos implantado en 2012, se puede ver reflejado en el gráfico 7, ya que se produce una caída en el gasto en farmacia de 2012 a 2013. Sin embargo, esta caída es a corto plazo, porque a partir de 2013 se puede observar un repunte del gasto.

Con los datos provisionales hasta el momento de 2016, vamos a analizar el gasto farmacéutico de los cuatro primeros meses del año comparándolo con los datos de 2015.

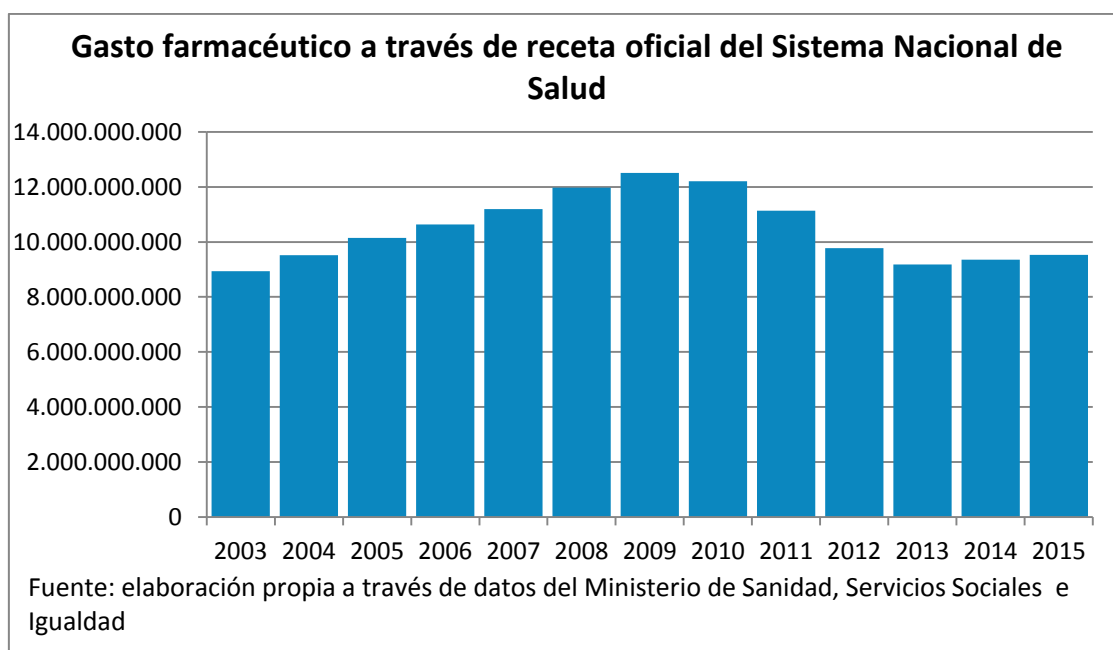
Gráfico 8. Evolución del gasto farmacéutico en España 2015/2016



Comparando en términos interanuales, en Enero de 2016 se consiguió reducir el gasto en farmacia con respecto a Enero de 2015 en 1,03%. En Febrero de 2016 se produjo un importante aumento del gasto farmacéutico en un 7,21% en comparación con 2015. En Marzo de 2016 volvió a aumentar el gasto si lo comparamos con 2015 en 3,48%. La última comparación en términos interanuales referente a Abril, al comparar los datos de 2015 con los de 2016 tenemos que ha aumentado un 5,02% el gasto farmacéutico.

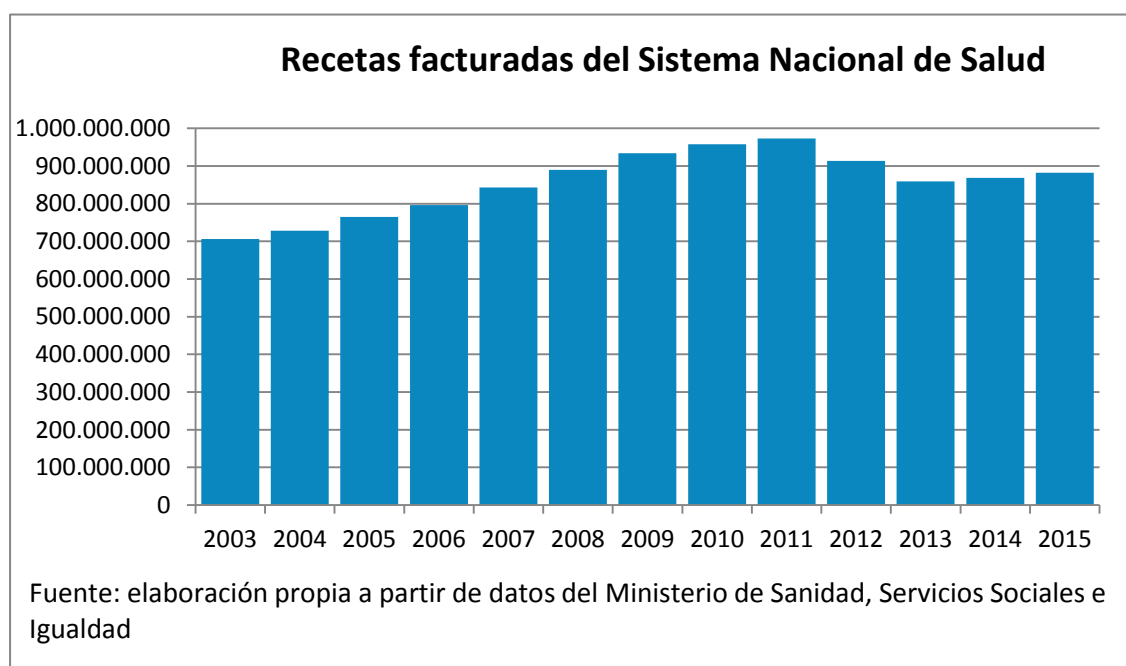
En cuanto a la evolución de lo que llevamos de 2016, durante el primer trimestre se ha producido un aumento en el gasto farmacéutico, aumentando levemente de Enero a Febrero, produciéndose un gran aumento de Febrero a Marzo de 6,79%. Sin embargo, en Abril ha caído el gasto un 4,2%.

Gráfico 9. Gasto farmacéutico a través de la receta oficial del SNS



Si tenemos en cuenta la trayectoria del gasto farmacéutico medido a través de la receta oficial del Sistema Nacional de Salud, es similar a la del gasto farmacéutico. Igualmente podemos apreciar un elevado gasto en 2009 y una posterior caída a partir de entonces. Así mismo vuelve a haber una caída en el gasto en 2013, tras la implantación del nuevo sistema de copago farmacéutico, y un leve repunte en 2014 y 2015.

Gráfico 10. Recetas facturadas del Sistema Nacional de Salud



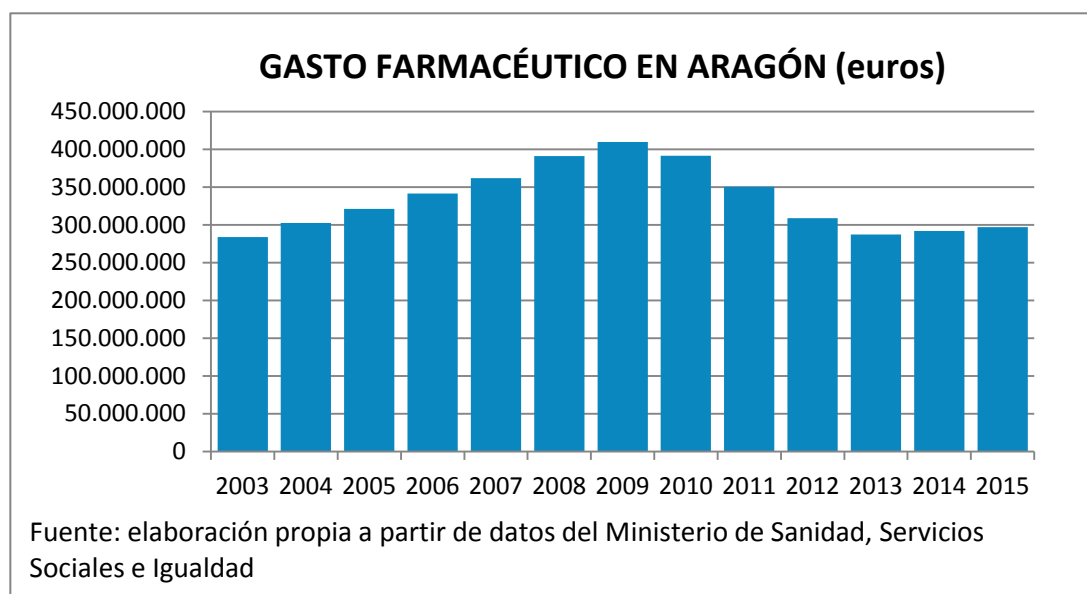
En el gráfico 10, vemos el número de recetas facturadas de 2003 a 2015. Estas recetas siguen una evolución creciente de 2003 a 2011, a partir de entonces se registraron aproximadamente 53,9 millones menos de recetas de 2011 a 2012. Seguirán cayendo alrededor de 54, 2 millones de 2012 a 2013. Por lo que en estos dos años de aplicación de las medidas de contención del gasto en farmacia, ha hecho que se reduzca el número de recetas facturadas en 113, 6 millones.

Otra causa de la caída en la facturación de las recetas, ha sido la implantación en 2010 de la receta electrónica, regulada por el “Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación”, con la que se ha introducido las nuevas tecnologías en las prescripciones médicas. Con la receta electrónica se consigue un mayor control y racionalización sobre el uso de los medicamentos por parte de los pacientes, porque con esta receta se conocen todos los tratamientos de los pacientes y las dosis necesarias, de manera que se lleva a cabo un control exacto de las cantidades utilizadas y hasta que no se vuelva a necesitar nuevos fármacos, el sistema no te permite dispensar más medicamentos. Otra novedad importante que nos trae esta receta electrónica es la posibilidad de acceder a los medicamentos recetados en diferentes comunidades autónomas, debido a que todo el sistema está informatizado.

GASTO FARMACÉUTICO EN ARAGÓN

A continuación, voy a estudiar brevemente el gasto en farmacia en la comunidad autónoma de Aragón y analizaré si la senda del gasto farmacéutico es similar al comportamiento del gasto farmacéutico nacional.

Gráfico 11. Gasto farmacéutico en Aragón



Como se puede observar en el gráfico 11, la senda de crecimiento del gasto farmacéutico en Aragón es similar al gasto total español, ya que se puede ver una evolución creciente de este gasto hasta alcanzar un máximo en 2009. A partir de esta fecha el gasto empieza a caer poco a poco hasta 2012.

En 2012 tras la introducción del nuevo sistema de copago farmacéutico, la caída de este gasto es aproximadamente igual de pequeña que en el resto de España. A partir de 2013 vuelve a aumentar poco a poco este gasto.

En el cuadro siguiente (Cuadro 4), tenemos un pequeño resumen comparativo de nuestra comunidad autónoma Aragón con el resto de España.

Cuadro 4. Gasto farmacéutico per cápita 2015

	Aragón	España	% Aragón/España
Población	1.322.519	46.423.064	2,85
Gasto farmacéutico (euros)	297.120.717	9.534.514.442	3,12
Gasto farmacéutico per cápita	224,66	205,38	109,39

Fuente: elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Datos correspondientes a 1 de Julio de 2015

Con datos de 2015, el gasto per cápita en consumo de medicamentos en Aragón era de 224,66€, un dato superior al conjunto español el cual se sitúa en 205,38€. Además, el gasto farmacéutico español dedicado a Aragón es un 3,12%.

Por tanto el gasto farmacéutico per cápita en Aragón en 2015, es un 9,39% superior al del resto del país. Este dato tan elevado con respecto a España puede deberse a la gran cantidad de población envejecida residente en Aragón.

8. COMPARACIÓN DE RESULTADOS OBTENIDOS

Según la anterior revisión de la literatura del copago farmacéutico, Simó Miñana (2015), establece que el nuevo sistema de copago es más justo que el anterior, aunque aún quedan aspectos pendientes como añadir un tramo más de renta. Mis resultados, son que por un lado el nuevo sistema sí que ha mejorado con respecto al anterior en equidad ya que personas con rentas bajas ahora tienen acceso gratuito a los medicamentos, pero por otro lado el hecho de que pensionistas tengan que pagar por sus medicamentos ha supuesto que muchos de ellos teniendo enfermedades crónicas, tengan ahora problemas para el acceso a todos los medicamentos que necesitan. Por tanto, lo que por un lado se gana en equidad se pierde por otro lado. Además, el aspecto pendiente que nombra Simó, es introducir un nuevo tramo de renta, para poder hacer que el nuevo sistema sea más equitativo, del cual también coincido.

En cuanto a la modificación de los límites de aportaciones mensuales a anuales como hacen en otros países como Suecia, y que proponen González López-Valcárcel, Puig-Junoy y Rodríguez Feijoó (2016), creo que no sería oportuno para nuestro país, ya que el límite en las aportaciones de los medicamentos afecta a pensionistas, y el hecho de cambiar estos límites mensuales a anuales volvería a complicar el sistema farmacéutico como ya pasó con la modificación del copago, apareciendo de nuevo problemas en la comprensión los usuarios. Sin embargo, de cara a la administración pública sí que es interesante por la reducción de los trámites administrativos mensuales a anuales.

Tras la modificación del sistema de copago, el cual es una herramienta de gran control del gasto farmacéutico y no conseguir reducir el gasto en farmacia (a corto plazo sí que hubo un descenso en el gasto en farmacia pero no sólo se consiguió con el copago farmacéutico, sino que también se debió a la exclusión de una serie de medicamentos del sistema de financiación entre otras medidas), al igual que concluyen López-Casasnovas y González López-Valcárcel (2016), creo que la cuestión no se trata de reducir o aumentar el gasto en farmacia, sino que lo importante es que el gasto que se dedique a la financiación de los medicamentos, se tiene que hacer de manera equitativa y eficiente. En este mismo artículo, se hace referencia a un estudio sobre el copago farmacéutico del cual se concluye que con los sistemas de copago únicamente se reduce el consumo de medicamentos a corto plazo, confirmo esta idea, porque según mi

trabajo, el efecto del nuevo sistema de copago farmacéutico consiguió reducir el gasto en farmacia a corto plazo (de 2012 a 2013), pero posteriormente volvió a incrementarse.

Al igual que aparece en la publicación de Sánchez, Guillén, y otros (2015), coincido en que el nuevo sistema de copago farmacéutico al no conseguir los objetivos perseguidos de reducción del gasto farmacéutico, ha supuesto de esta manera una medida de contención del gasto, ya que al reducirse el gasto farmacéutico a corto plazo y después volver a aumentar, los objetivos perseguidos no se han logrado.

9. PROPUESTAS

Ante el fracaso en la reducción del gasto farmacéutico, modificando la aportación que cada usuario tiene que hacer para adquirir sus medicamentos, propongo unas reformas del actual copago, junto con una serie de pautas alternativas a este mecanismo para la reducción de este gasto.

Como reforma al actual copago, propongo establecer una escala de renta adicional entre 18.000€ y 100.000€ anuales, para intentar conseguir una mayor equidad. Además de esta reforma, propondría un seguimiento del gasto farmacéutico y si sigue creciendo como lo hace actualmente, y llegara a límites como en 2009, bajaría los límites de aportación a pensionistas con renta hasta 100.000€/año, porque son unos de los usuarios más perjudicados, ya que son los mayores consumidores de medicamentos.

Para evitar el despilfarro de tantos medicamentos por parte de los usuarios, sugeriría que los médicos pudieran recetar el número de dosis exactas para el tratamiento, en vez de recetar la caja entera de medicamentos, porque lo más probable es que no se le vaya a dar un uso completo a todo el contenido.

Potenciaría todo lo posible el consumo de genéricos, ya que a pesar de que cada vez en España estamos haciendo un mayor uso de estos medicamentos (en 2015 el consumo de genéricos es del 48,83% envases), aún nos queda camino para alcanzar la media europea (55%) en el consumo de estos medicamentos.

Por último, otra propuesta al igual que ya hacen otros países de la Unión Europea como por ejemplo Bélgica y Francia, sería establecer el copago en función de su valor terapéutico, perteneciendo por ejemplo al grupo A los medicamentos con mayor valor terapéutico y que por tanto tendrían que tener un copago inferior que otros fármacos con menor valor terapéutico. Esto sería interesante porque por ejemplo, unos de los medicamentos que el Sistema Nacional de Salud ha dejado de financiar han sido fármacos contra el estreñimiento, y muchas personas mayores utilizan mucho este tipo de medicamentos, por lo que para ellos este remedio tendría un valor terapéutico elevado y el copago para ellos debería ser bajo o incluso nulo.

10. CONCLUSIONES

El copago farmacéutico implantado en 2012, ha conseguido reducir el gasto en farmacia a corto plazo, ya que el efecto inmediato un año después de la introducción de éste, fue la reducción del gasto en farmacia, reduciéndose así el número de recetas facturas por el Sistema Nacional de la Seguridad Social. Esta evolución en el gasto también puede explicarse por la desfinanciación de una serie de medicamentos en agosto de 2012. Pero esta caída en el gasto solo fue visible durante un año, ya que en 2014 este gasto volvió a aumentar.

Unos años más tarde, el gasto ha vuelto a aumentar por lo que los objetivos del nuevo sistema de aportación farmacéutica no se han conseguido, y esta modificación del sistema de copago ha supuesto una contención del gasto en farmacia de forma temporal.

El análisis de los resultados del copago no son sencillos de estudiar porque todas las medidas que se han implantado para reducir el gasto están muy unidas, y es difícil conocer si los efectos de la evolución del gasto farmacéutico es debido a unas medidas o a otras.

11. ANEXOS

ANEXO I. ENCUESTA

1. ¿Es el nuevo sistema de financiación más complejo en cuanto a la gestión por parte de la farmacia?

a) Sí

b) No

c) Ns/Nc

2. ¿Percibe problemas en la comprensión de los usuarios del nuevo sistema?

a) Sí. ¿Cuáles? _____

b) No

c) Ns/Nc

3. Valore del 1 al 5 la dificultad del nuevo sistema (como farmacéutico/a)

4. ¿Existen problemas con los límites de aportación de los pensionistas (en cuanto a la gestión, comprensión por parte de los usuarios)?

a) Sí. ¿Cuáles? _____

b) No

c) Ns/Nc

5. ¿Ha percibido que se dejan de consumir determinados medicamentos debido a la modificación del sistema de copago?

a) Sí

b) No

c) Ns/Nc

6. Valore de 1 al 5 el funcionamiento del nuevo sistema

12. BIBLIOGRAFÍA

- Antoñanzas, F. Rodríguez-Ibeas, R. Juárez-Castelló, C.A. y Lorente, M.R. (2014)**, “Impacto del Real Decreto Ley 16/2012 sobre el copago farmacéutico en el número de recetas y en el gasto farmacéutico”, *Revista Española Salud Pública*, 88: págs. 223-249
- Consejo Económico y Social (2014)**: “Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral de España 2014” <http://www.ces.es/memorias>
- Costa, J, De Anta, C (2001)**, “Precios, competencia y precios de referencia. ¿Qué podemos esperar en España? *Farmacia profesional vol 15 (06)*, págs. 14-21
- Costas Lombardía, E. (2004)**, “La contención del gasto farmacéutico” http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/xmlimport-xkHn7Y.pdf Pág 8
- Vilaplanta Prieto, C**, “Perfil sociosanitario de los grupos definidos por el nuevo copago farmacéutico” https://editorialexpress.com/cgi-bin/conference/download.cgi?db_name=xveep&paper_id=73
- Fernández-Ruiz, M Luisa; Sánchez-Bayle, Marciano; Fernández-Ruiz, Sergio; Palomo, Luis (2015)** “El efecto de los copagos sobre la adherencia a los medicamentos prescritos” *Atencion primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria* vol. 47 (9) págs. 606-607
- Fernando, A.V., Roberto, R., Carmelo A., J. & Mª Reyes, L.A. (2014)**, "Impacto del Real Decreto-Ley 16/2012 sobre el copago farmacéutico en el número de recetas y en el gasto farmacéutico / Impact of the Royal Decree-Law 16/2012 on the Number of Prescriptions and Pharmaceutical Expenditures", *Revista Española de Salud Pública*, no. 2, pág. 233.
- González López- Valcárcel. B, Puig-Junoy. J y Rodriguez Feijoó. S. (2016)**, “Copagos sanitarios. Revisión de experiencias internacionales y propuestas de diseño” <http://documentos.fedea.net/pubs/fpp/2016/02/FPP2016-04.pdf>
- “Informe Anual del Sistema Nacional de Salud” (2015)** http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/Inf_Anual_SNS_2015.pdf [Consultado 15 Junio 2016]
- “Informe sobre el sector farmacéutico” (2014)**, Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España.

- https://www.cgcom.es/sites/default/files/informe_omc_sector_farmaceutico_oct_2014_1.pdf
- Jiménez Martín, S. (2016)**, “Consumo de medicamentos y copago farmacéutico” <http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2016-06.pdf>
- López-Casasnovas, G. (2016)**, “Innovar para la mejora del sistema sanitario” en el libro “Innovación y solvencia: cara y cruz de la sostenibilidad del sistema sanitario español” Fundación Gaspar Casal 2016; capítulo 2 págs. 29-47
- López-Casasnovas, G y González López- Valcárcel, B. (2016)**, “El sistema sanitario en España, entre lo que no acaba de morir y lo que no termina de nacer” <http://www.funcas.es/Publicaciones/Detalle.aspx?IdArt=22268>
- López-Casasnovas, G. (2015)** "El sistema sanitario en España. Relato de un futuro abierto". Colección Health Policy Papers 2015-07_GL
- López-Casasnovas, G y Puig-Junoy (2000)**, “Análisis económico de los precios de referencia como sistema de financiación pública de los medicamentos”, *Revistas ice* n° 785, págs 103-118
- López- Saludas, (2013)**, “Producción pública, gestión privada y eficiencia económica del servicio nacional de salud” <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:CiencEcoEmp-Jmlopez/Documento.pdf>
- “Medicamentos genéricos y de marca: ventajas y desventajas”**. [Consultado 6 Junio 2016]. <http://saludium.com/medicamentos-genericos>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, (2011)**. Madrid: MSSSI; 2013.
- Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, y otros. (2015)**. “Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols” (PRISMA-P) statement. Systematic reviews.
- “Posición de la Asociación de Economía de la Salud sobre la reforma del derecho subjetivo a la asistencia sanitaria universal introducido por el Real Decreto Ley 16/2012”**
http://aes.es/Publicaciones/Documento_de_posicion_aseguramiento
- Puig-Junoy. J. (2014)**, “El papel de los copagos en sistemas de salud públicos y universales” <http://www.funcas.es/Publicaciones/Detalle.aspx?IdArt=21632>

Real Decreto-Ley de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. R.D.L. N 16/2012 (20 abril 2012)

Urbanos Garrido, R y Puig-Junoy, J (2014), “Cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios como consecuencia de la crisis “Pág. 6

Sánchez, D.P., Guillén, J.J., Torres, A.M., Areense, J.J., López, Á. & Sánchez, F.I. 2015, "La recuperación del consumo farmacéutico tras la modificación del copago: evidencia de un servicio regional de salud", *Atención Primaria*, vol. 47, no. 7, págs. 411-418.

Simó Miñana, J. (2015), "Copago en farmacia de receta en la sanidad pública española: certezas, riesgos y selección de riesgos", *Atención Primaria*, vol. 47, no. 10, págs. 669-673

Simó Miñana, J. (2011), “El gasto farmacéutico público en España durante los últimos treinta años, consideraciones para su valoración”
<http://saludineroap.blogspot.com.es/>

Simó Miñana, J. (2013), “Salud, dinero y atención primaria”
<http://saludineroap.blogspot.com.es/>