

# ACTUALIDAD

06 2005



**¿Es viable el copago  
en el sistema de  
financiación sanitaria?**



Centro de Estudios Andaluces  
CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA

IDAD

EL CENTRO DE ESTUDIOS ANDALUCES ES UNA ENTIDAD DE CARÁCTER CIENTÍFICO Y CULTURAL, SIN ÁNIMO DE LUCRO, ADSCRITA A LA CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA.

EL OBJETIVO ESENCIAL DE ESTA INSTITUCIÓN ES FOMENTAR CUANTITATIVA Y CUALITATIVAMENTE UNA LÍNEA DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS QUE CONTRIBUYAN A UN MÁS PRECISO Y DETALLADO CONOCIMIENTO DE ANDALUCÍA, Y DIFUNDIR SUS RESULTADOS A TRAVÉS DE VARIAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS.

EL CENTRO DE ESTUDIOS ANDALUCES DESEA GENERAR UN MARCO ESTABLE DE RELACIONES CON LA COMUNIDAD CIENTÍFICA E INTELLECTUAL Y CON MOVIMIENTOS CULTURALES EN ANDALUCÍA DESDE EL QUE CREAR VERDADEROS CANALES DE COMUNICACIÓN PARA DAR COBERTURA A LAS INQUIETUDES INTELLECTUALES Y CULTURALES.

LAS OPINIONES PUBLICADAS POR LOS AUTORES EN ESTA COLECCIÓN SON DE SU EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD.

© Noviembre 2005. Centro de Estudios Andaluces

Bailén 50, 41001 Sevilla.

Tel.: 955 055 210. Fax: 955 055 211

[www.centrodeestudiosandaluces.es](http://www.centrodeestudiosandaluces.es)

Depósito Legal: SE-1688-05

I.S.S.N.: 1699-8294

Ejemplar Gratuito. Prohibida su venta.



# Las alternativas para la revisión del sistema de copago sobre los medicamentos

JAUME PUIG-JUNOY  
UNIVERSITAT POMPEU FABRA  
CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN ECONOMÍA Y SALUD



Sería realmente una equivocación dividir el debate político sobre el gasto farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y sus alternativas de financiación entre los que están a favor o en contra del copago. Las fronteras hay que establecerlas entre los que están por la racionalización del gasto y los que prefieren que las cosas sigan como están. Más bien, lo que resulta necesario es aceptar la necesidad de un consumo y una financiación más racional de los medicamentos incluidos en la cobertura aseguradora pública, condición necesaria para la viabilidad del SNS.

En los próximos años el gasto público en sanidad en España es deseable que aumente por muchas razones. Primero, para reducir el déficit que genera frustración en los usuarios y un sobreesfuerzo familiar en forma de seguros y gasto privado. Segundo, para dar respuesta al crecimiento de la población y al envejecimiento. Tercero, para incorporar de forma selectiva aquellas innovaciones médicas y farmacéuticas que realmente suponen una mejora importante del estado de salud y no para las que simplemente son un poco más de lo mismo a un precio mucho mayor. Y, cuarto, para satisfacer las expectativas crecientes de una población con más información, más formación y más renta.

La cuestión es pues, ¿de dónde deben salir los recursos adicionales para financiar el aumento del gasto público en sanidad? Que no se engañe nadie: saldrán irremediamente del bolsillo privado. Ahora bien, la forma en la que cada euro adicional sale de este bolsillo puede ser tanto o más importante que el propio euro.

El caso de los medicamentos en el SNS español ilustra bien esta situación. Los españoles trabajamos casi cuatro días al año para pagar los medicamentos con receta que se dispensan en las oficinas de farmacia. Para buscar los aproximadamente 15 euros adicionales que nos van a costar a cada ciudadano este año los medicamentos hay dos formas de hacerlo: ver en qué impuesto

indirecto y regresivo se puede arañar un poco más (ya sea el gobierno autonómico o el del Estado), y/o bien tratar de reducir el exceso de consumo (sin empeorar el estado de salud) e incentivar el uso de medicamentos con una mayor eficacia y menor precio, haciendo que el paciente comparta una pequeña parte del coste (copagos).

## Los españoles trabajamos casi cuatro días al año para pagar los medicamentos con receta que se dispensan en las oficinas de farmacia

# Tipología del copago

La característica común a todos los sistemas de copago es que se trata de una política en la que el asegurador, sea público o privado, y el paciente comparten en alguna medida la responsabilidad del coste de los medicamentos. ¿Cuáles son las razones para que ambos compartan los costes? Existen dos objetivos básicos potenciales de los sistemas de copago: racionalizar y reducir el consumo excesivo (ganancias de eficiencia). La importancia concedida a uno u otro objetivo condiciona en gran medida el diseño del sistema de copago.

Por otro lado, cuanto más elevado sea el copago a cargo del paciente, mayor será el conflicto de esta medida con el objetivo de garantizar la equidad en el acceso a los medicamentos para una misma necesidad con independencia de la capacidad económica. En este sentido, aunque no es el instrumento más efectivo ni más eficiente para conseguir este objetivo, muchos sistemas de copago se justifican en la práctica como un instrumento al servicio de una

pretendida redistribución de rentas de los ricos a los pobres (por ejemplo, aplicando copagos no uniformes a activos y a pensionistas).

Los copagos representan una política de financiación de los medicamentos que puede adoptar un gran número de formas concretas que contribuyen a que su aplicación, los incentivos que genera y su impacto sobre el consumo, el gasto y el estado de salud puedan ser muy distintos en cada caso.

Los elementos más importantes que configuran el diseño de un sistema de participación del usuario (copago) en el coste de los medicamentos son los cuatro siguientes: (a) el valor de la aportación o contribución financiera directa del paciente; (b) las cantidades *deducibles*; (c) el *límite máximo* que pueden llegar a pagar el paciente y/o el asegurador; y (d) las *prestaciones excluidas* de la cobertura aseguradora.

La contribución financiera directa de los pacientes se puede establecer como mínimo de dos formas diferentes (que también pueden ser complementarias): (a) *una cantidad fija* por cada envase dispensado en una oficina de farmacia; y (b) una determinada *proporción del precio* de venta del medicamento (por ejemplo, el 40% del precio de venta al público). Como resulta obvio, un copago de cantidad fija es equivalente a una proporción del precio más elevada para los medicamentos baratos y más reducida para los más caros.

Cuando existen cantidades *deducibles* (D), los individuos pagan el gasto total de las primeras prescripciones dispensadas hasta D, mientras que, a partir de la cantidad gastada D, es el asegurador quien se hace cargo de la totalidad (o una determinada proporción, según la forma que tome la contribución del paciente) del gasto farmacéutico ocasionado por el individuo. El efecto observado para este elemento sobre el gasto es una tendencia a la reducción cuando los gastos del asegurado no superan la cantidad fijada previamente como deducible, pero no frena el consumo por encima de esta cantidad.

Asimismo, los sistemas de copago pueden contemplar *límites al riesgo máximo* asumido por el usuario o bien por el asegurador. En el primer caso, se trata de una forma de reducir el riesgo financiero que el sistema de copago transfiere a, por ejemplo, enfermos crónicos o bien a enfermos agudos con un coste elevado y concentrado en un corto período de tiempo (por ejemplo, una aportación máxima mensual), o bien con relación al importe máximo a pagar por cada envase. El asegurador también puede poner un límite a la cobertura, de forma que mediante este elemento el paciente será el que cubrirá los gastos extraordinarios que superen cierto nivel establecido como máximo en la cobertura aseguradora.

## Existen dos objetivos básicos potenciales de los sistemas de copago: racionalizar y reducir el consumo excesivo (ganancias de eficiencia)

Otro de los elementos que pueden intervenir en el diseño de un sistema de copago es la propia definición del catálogo de medicamentos (medidas de financiación selectiva) incluidos en la cobertura aseguradora: la exclusión de medicamentos de esta cobertura (por ejemplo, una lista negativa con los medicamentos excluidos de la financiación pública) resulta equivalente a la imposición de un copago igual al 100% del precio del medicamento. Otro aspecto a tener en cuenta, y que influye de forma importante en los incentivos asociados al sistema de copago, es si éste permite o no la posibilidad de que los individuos puedan comprar un reaseguro que les cubra de los riesgos financieros que les obliga a compartir el sistema de copago.

El valor de la aportación financiera a cargo del paciente, establecida como cantidad fija o como proporción del precio, puede ser *uniforme* para todos los medicamentos e individuos, o bien puede ser múltiple y diferenciada. En el caso de ser múltiple o diferenciada, la situación más común en el sistema comparado, el valor de la aportación se puede diferenciar según diversos criterios.

Los criterios más comunes de diferenciación a la hora de establecer el valor de la aportación son: (a) las *características personales del paciente* (por ejemplo, aportaciones porcentuales sobre el precio diferenciadas según el nivel de renta del paciente, que pueden incluir la exclusión de copago de algunos colectivos de renta baja); (b) el *tipo de problema de salud* para el que se indica el tratamiento farmacológico (por ejemplo, un copago del 10% del precio de venta para los medicamentos indicados para enfermedades crónicas, VIH/sida, etc.); y (c) *la eficacia y la relación coste/efectividad* de cada medicamento incluido dentro de la cobertura aseguradora (por ejemplo, un copago nulo para los medicamentos considerados esenciales y muy efectivos y un copago elevado para medicamentos nuevos y más caros, pero igual o poco más efectivos que los primeros).

# Los copagos evitables relacionados con la efectividad

La aplicación de copagos diferenciales en los medicamentos según su *efectividad* y/o según su relación *coste-efectividad* abre las puertas para introducir una doble distinción a la que tradicionalmente se ha prestado escasa atención en el debate político y que, en cambio, puede resultar importante en el diseño de sistemas de copago atendiendo a: (a) los *incentivos* que el sistema de copago genera a fin de que paciente y médico elijan más los *medicamentos* considerados *preferenciales* a juicio del asegurador (preferencia basada en la mayor efectividad y/o en la mejor relación entre el coste y la efectividad); y (b) el *carácter obligatorio o evitable* del copago para el paciente.

Desde el punto de vista del impacto de un sistema de copago resulta crucial tener en cuenta si el sistema supone una *aportación obligatoria* del paciente (equivalente a un *impuesto sobre los enfermos*, como señalan los más críticos con los efectos de los copagos) o si esta contribución resulta *evitable o no obligatoria*, ya que el objetivo es más bien inducir o incentivar a paciente y médico a elegir un medicamento igualmente efectivo pero de precio inferior. En el caso de que el copago incentive el consumo de medicamentos más baratos pero igualmente efectivos, no se deberían esperar efectos negativos sobre el estado de salud del paciente.

Otro tipo de sistema que equivale a un copago evitable relacionado con el coste-efectividad de los medicamentos, y que puede ser considerado como un caso particular de los copagos diferenciales, son los *sistemas de precios de referencia* (PR). Se trata de un copago que, con un diseño y aplicación adecuados, cumple con dos características deseables que no cumplen los copagos obligatorios: se trata de un copago evitable y difícilmente puede ocasionar efectos no deseables sobre la salud de los pacientes ni sobre la equidad en el acceso a un tratamiento efectivo.

Las políticas de PR como estrategia de contención y racionalización del gasto farmacéutico mediante el fomento de la competencia vía precios (European Commission, 1998) consisten en definir un nivel máximo de financiación pública (precio de referencia) para cada grupo de medicamentos previamente establecido, de forma que el paciente debe hacerse cargo de la posible diferencia que existe entre este nivel de referencia y el precio de venta del medicamento dispensado en la oficina de farmacia. La cantidad máxima que el asegurador está dispuesto a financiar, o precio de referencia, se determina en relación a un grupo de medicamentos alternativos, considerados comparables o equivalentes. Así pues, se trata también de una política de promoción de la competencia vía precios orientando la financiación pública hacia los productos con los precios más bajos y una mejor relación coste-efectividad.

Existen tres niveles de equivalencia para agrupar los productos que se someten al sistema de PR: equivalencia química, farmacológica y terapéutica. El primer nivel implica establecer grupos para un mismo principio activo que incluye tanto los genéricos como los productos de marca con patente caducada (*generic reference pricing*). El segundo nivel de aplicación agrupa en la misma categoría medicamentos con principios activos comparables desde el punto de vista farmacológico y terapéutico, como podrían ser, por ejemplo, todos los inhibidores de la bomba de protones (anti-ulcerosos) o todos los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina. Y, el tercer nivel agrupa medicamentos con la misma finalidad terapéutica; por ejemplo, todos los antihipertensivos.

**En el impacto de un sistema de copago resulta crucial tener en cuenta si el sistema supone una aportación obligatoria del paciente o si esta contribución resulta evitable o no obligatoria**

# Aplicación de copagos en los países de la UE15

**Hay tres grupos de países con sistema de copago obligatorio: los que imponen copagos fijos independientes del precio, los que imponen porcentajes de copago sobre el precio y los que imponen cantidades deducibles**

Los medicamentos son, en la práctica, el componente de la atención sanitaria que con mayor frecuencia es objeto de aplicación de copago en los países de la UE. Todos los sistemas de salud de la UE-15 aplican algún tipo de sistema de copago obligatorio (no evitable) por el que los pacientes comparten una parte del coste de los medicamentos, a excepción de Holanda, algunas regiones de Italia y una parte de los asegurados irlandeses.

Se distinguen tres grupos de países en relación al diseño del sistema de copago obligatorio: aquellos que imponen copagos fijos independientes del precio, los que imponen porcentajes de copago sobre el precio y los que imponen cantidades deducibles.

El primer grupo de países incluye Alemania, Austria, Reino Unido y algunas regiones de Italia que imponen un copago fijo por envase o por receta.

El segundo grupo de países, más numeroso, establece porcentajes de copago sobre el precio de venta de los medicamentos: Bélgica, España, Francia, Grecia, Luxemburgo y Portugal. Los porcentajes de copago varían en función de las características del paciente y/o del medicamento. Los rangos de variación entre el porcentaje mínimo y el máximo son en la mayor parte de los casos muy amplios, ya que van desde la ausencia de copago hasta el 80% (Portugal) o incluso hasta el 100% del precio (Francia y medicamentos excluidos de la cobertura aseguradora en el resto de países). Algunos de estos países utilizan copagos diferenciales para diversos grupos de medicamentos seleccionados con criterios diferentes en cada caso, pero que tratan de tener relación con la efectividad del medicamento: este es el caso de Bélgica, Francia, Luxemburgo y Portugal.

Y, el tercer grupo de países, combina la aplicación de una cantidad deducible inicial a cargo del paciente con un copago porcentual para el exceso de gasto: Dinamarca, Finlandia y Suecia.

Casi la totalidad de sistemas de salud de estos países han establecido una lista positiva (medicamentos incluidos en el seguro) o bien una lista negativa (medicamentos excluidos). Conviene recordar que la exclusión de un medicamento del seguro equivale a un copago porcentual del 100% del precio.

Por otro lado, un número cada vez mayor de países aplica copagos evitables bajo la forma de PR: Alemania, Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Holanda, Italia y Portugal.

# La evaluación del impacto de los copagos

Algunas de las conclusiones, a modo de síntesis, que se pueden extraer de la literatura sobre el impacto de los copagos y que pueden tener relevancia política son las siguientes (Puig-Junoy, 2004):

1. Los estudios sobre el impacto de los copagos constatan que éstos reducen el consumo de medicamentos. Ahora bien, la elasticidad precio es bastante reducida, ya que la demanda de medicamentos no es muy sensible a cambios en el precio.
2. Copagos de cantidad fija y reducida introducidos después de la ausencia de copago (gratuidad) pueden dar lugar a reducciones notables en el consumo de medicamentos sin afectar a los más esenciales ni al estado de salud de los pacientes.
3. La evidencia sobre el efecto de los copagos indica que, en general, afectan tanto al consumo de los medicamentos menos necesarios como al de los más necesarios y efectivos, ocasionando potenciales efectos negativos sobre el impacto de salud.
4. La mayor reducción del consumo, cuando ésta afecta a los medicamentos esenciales y al estado de salud del paciente, se produce especialmente con la introducción de copagos en los que el paciente soporta una proporción elevada del precio.
5. La elasticidad precio de los medicamentos es más elevada para individuos de rentas bajas y con peor estado de salud.
6. Los copagos diferenciales son efectivos para desplazar el consumo hacia los medicamentos con una mejor relación coste-efectividad.
7. Los copagos son un instrumento poco útil para estabilizar el crecimiento del gasto farmacéutico a medio y a largo plazo.

La diversidad de los contextos de sistemas sanitarios en los que se aplican los copagos, las formas tan heterogéneas que estas políticas pueden adoptar, así como la adopción de otras políticas de manera concurrente en el tiempo, aconsejan mucha precaución a la hora de trasladar las conclusiones de esta literatura a otros contextos y sistemas de salud distintos. En concreto, los resultados no se pueden transportar de manera simple y sencilla de un país a otro, ni de un período de tiempo a otro, y no se pueden tampoco juzgar haciendo abstracción de las condiciones y naturaleza de los datos y métodos empleados en su obtención.

## Consideraciones para la revisión del sistema de copago sobre los medicamentos en el SNS

El único sistema de copago aplicado en el sistema sanitario español es el que afecta a los medicamentos y, en su diseño actual, resulta manifiestamente mejorable. Convendría reformar y definir alternativas al obsoleto sistema de copago de los medicamentos vigente en la actualidad, ya que el sistema actual no contribuye a mejorar la eficiencia (exceso de consumo), existen serias dudas sobre su contribución a la equidad (igualdad de acceso a los medicamentos para una misma necesidad) y tampoco contribuye a asegurar la viabilidad de la financiación de los medicamentos en el SNS (Puig-Junoy, 2004b).

Algunas observaciones de tipo descriptivo revelan también de manera clara que el actual sistema de copago no sólo puede ser poco eficiente (consumo excesivo) sino que puede estar dando lugar a importantes desigualdades (*problemas de equidad*). La variabilidad en la proporción de la renta personal destinada a hacer frente al coste de los medicamentos prescritos dentro de la cobertura pública y que efectivamente soporta cada usuario (copago efectivo) resulta del sistema de *copago normativo* que le afecta (así como de los incentivos y de la facilidad personal para evitarlo) y del estado de la salud y la correspondiente frecuentación de los servicios sanitarios que realiza (utilización de los medicamentos). Desigualdades poco justificables en términos de equidad entendida como igualdad de oportunidades de acceso a los tratamientos farmacéuticos para una misma necesidad aparecen en relación a ambos factores (copago normativo y utilización de medicamentos).

La equidad del copago normativo es cuestionada cuando se observa que la aportación exigida al paciente guarda una relación muy escasa con su capacidad económica (nivel de renta y riqueza). Los pensionistas del SNS, al margen de su capacidad económica, se hallan exentos de aportación, excepto los de las mutualidades públicas, que han de aportar el 30% del precio de venta. Por otra parte, algunos pacientes no pensionistas, cuando están enfermos tienen que soportar un elevado porcentaje de copago (40%), aunque sus recursos sean limitados; los mismos pacientes no pensionistas de las mutualidades públicas soportan el 30%. En la práctica, el pago de esta aportación por parte de los activos y beneficiarios resulta parcialmente evitable si existe un pensionista en el entorno familiar cercano a quien “trasvasar” la prescripción. Conviene preguntarse si la condición de pensionista que el actual sistema de copago utiliza como indicador bruto de capacidad económica da lugar a un acceso equitativo a los medicamentos.

Cuando se tiene en cuenta la *utilización individual de medicamentos* se observa que el grosor del copago actual se concentra en un grupo reducido de individuos que puede estar siendo penalizado de una manera notable: el 2% de la población soporta una tercera parte de todos los copagos recaudados. Es decir, a pesar de que la proporción media efectiva de copago sea en conjunto reducida (menos del 7% del precio), la concentración del consumo en unos pocos individuos sujetos a copago puede hacer que tengan que pagar una cantidad monetaria bastante importante, independiente de su renta, para acceder a los medicamentos.

La participación del paciente en el coste de los medicamentos debería tener como objetivo principal el hecho de favorecer la conciencia de coste en el paciente (y en el prescriptor) sin penalizar la igualdad de acceso a un tratamiento efectivo para una misma necesidad, ni empeorar el estado de salud de los

individuos. La evidencia empírica aconseja no conceder un papel preponderante al precio pagado por el paciente en el control del gasto en medicamentos. En la mayoría de países de la UE existen copagos para los medicamentos, pero en ninguno de ellos representan el instrumento privilegiado de financiación para garantizar la viabilidad del sistema sanitario. No se pueden esperar, pues, ahorros muy importantes a partir de la aplicación de copagos, especialmente considerando la necesidad de establecer exenciones.

Copagos obligatorios de un importe moderado (de baja intensidad) pueden ser suficientes para aumentar la responsabilidad individual y desincentivar el sobreconsumo en aquella parte que se origina en las decisiones de los pacientes.

## En la mayoría de países de la UE existen copagos para los medicamentos, pero en ninguno de ellos representan el instrumento privilegiado de financiación para garantizar la viabilidad del sistema sanitario

Un sistema de copagos sobre los medicamentos de baja intensidad, que discrimine entre individuos en función de su capacidad económica y según la efectividad de los tratamientos, puede contribuir de forma importante a la racionalización del consumo y a la viabilidad de la financiación pública de medicamentos sin someter a riesgo la salud de los individuos. Algunos de los requerimientos para que un sistema de copago no se convierta en un “impuesto sobre los enfermos” sino en un instrumento de racionalización del consumo de medicamentos, son los siguientes: (a) que sea de baja intensidad (cantidad que represente una proporción reducida de la renta individual o familiar); (b) que discrimine y sea muy selectivo a la hora de identificar aquellos individuos realmente más desfavorecidos; y (c) que no afecte el acceso o la continuidad de los tratamientos más necesarios y de mayor efectividad clínica.

# Bibliografía

## European Commission.

Commission Communication on the Single Market in Pharmaceuticals adopted by the Commission on 25 November 1998. Brussels; Directorate General III - Industry.

## Puig-Junoy J.

Los genéricos pagan el precio de ser referencia. Rev Ad San 2004a; 2(1):35-59.

## Puig-Junoy J.

La contribución del usuario en la financiación de los medicamentos: elementos para un debate (informado). Gestión Clínica y Sanitaria nº 22, 2004b.

## Puig-Junoy J, Llop J.

Propuestas de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos (Documento de Trabajo 50/2004). Madrid: Fundación Alternativas 2004.



# Sistema de copago no farmacéutico

JOSÉ JESÚS MARTÍN  
UNIVERSIDAD DE GRANADA  
ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA



España forma parte, junto con otros tres países, de un grupo minoritario de la Unión Europea anterior a la reciente ampliación (UE-15) que no tiene copagos o tickets moderadores ni en atención primaria, ni en consultas a especialistas, ni en atención hospitalaria. Los otros tres son Dinamarca, Grecia y Reino Unido. Francia puede considerarse un pseudo miembro de este grupo dado que, aunque oficialmente tiene establecidos tickets moderadores, el aseguramiento complementario sobre estos pagos cubre a más del 80% de la población, y permite a los usuarios acceder a la atención sanitaria sin barreras financieras de entrada. El resto de países de la UE-15 tienen distintos modelos de copago en sus sistemas de aseguramiento público, como puede observarse en el cuadro del anexo.

Dinamarca, Grecia y Reino Unido tienen importantes problemas de largas listas de espera para determinados procedimientos médicos, en particular para cirugía electiva y determinados procedimientos diagnósticos. Presentan también fuertes presiones sobre el gasto sanitario público, sometiendo a los responsables públicos a la esquizofrénica tarea de atender, por un lado, las crecientes demandas de atención sanitaria de la población, y por otro, a colaborar con un marco de estabilidad presupuestaria que tiene en el control del gasto público uno de los pilares maestros de su arquitectura.

España no escapa a esta situación. Por un lado, las listas de espera y la congestión en determinados servicios, como son las urgencias hospitalarias, constituyen un hecho cotidiano tanto para los responsables políticos, los profesionales sanitarios y los usuarios de los servicios. Por otro lado, la crónica insuficiencia financiera del Sistema Nacional de Salud se escenifica periódicamente mediante saneamientos financieros multimillonarios del gobierno central a los distintos Servicios Regionales de Salud. El último episodio de lo que parece una historia interminable se ha producido en septiembre de 2005, en el marco de la conferencia de presidentes autonómicos, en la que se ha decidido inyectar al sistema sanitario público varios miles de millones de euros en un horizonte temporal que expira el año 2007.

En este contexto, la introducción de copagos para acceder a determinados servicios sanitarios (atención primaria, urgencias, hospitalización o consultas a especialistas) puede ser vista como un mecanismo adecuado y eficiente para moderar el consumo sanitario e incrementar simultáneamente la recaudación fiscal. Los profesionales sanitarios tienden a percibir que su introducción reduciría y aliviaría la presión de demanda que experimentan diariamente, y las autoridades fiscales por su parte, pueden pensar que es un instrumento útil para disciplinar la demanda y ayudar a la financiación del gasto. Los responsables políticos sanitarios y los usuarios, ven sin embargo con mucho menos entusiasmo y más aprensión el establecimiento de políticas de este tipo, dados los costes políticos que tendrían que soportar los primeros, y los costes financieros que recaerían sobre los segundos.

La introducción de políticas de copago en determinadas áreas o servicios de atención sanitaria es compleja y tiene un importante componente de redistribución y equidad de acceso, sin garantizar con su introducción una mejora de la eficiencia. Los problemas son mayores si los copagos se introducen en Servicios Regionales de Salud situados en Comunidades Autónomas pobres y con bajos niveles de renta, como es Andalucía.

El análisis y valoración de estas políticas tiene que ser riguroso técnicamente, y a eso aspiran las siguientes páginas. Pero no es suficiente, el mundo de los valores es consustancial para una opinión informada. El autor de este texto prefiere enseñar sus cartas desde el principio. Es un firme partidario de un Sistema Nacional de Salud que aspire a garantizar el principio de igualdad, al menos desde Pirineos al Cabo de Gata. No tanto por el presente sino sobre todo por el futuro. Parafraseando un viejo dicho africano, no heredamos el Sistema Nacional de Salud de nuestros padres, sino que lo tomamos prestado de nuestros hijos.

# Seguro sanitario y riesgo moral

El desarrollo de seguros sanitarios, de naturaleza pública o privada, es la consecuencia lógica de la existencia de riesgo e incertidumbre en las transacciones sanitarias. Las personas a nivel individual somos incapaces de predecir cuándo y con qué intensidad vamos a sufrir en el futuro un problema de salud, y a necesitar por tanto asistencia sanitaria. Sin embargo, sí somos capaces de prever que una vez producida la enfermedad tendremos que hacer frente a los costes que la misma implique<sup>1</sup>.

Las personas están dispuestas a pagar a cambio de una promesa de aseguramiento que cubra los costes en los que incurran por enfermedades específicas, particularmente si el gasto derivado de la enfermedad es importante en relación a la renta. Esta cantidad que estamos dispuestos a pagar, refleja la demanda de seguros sanitarios de las personas, consecuencia de la aversión al riesgo y de la propensión a asegurarse frente a grandes pérdidas impredecibles (una enfermedad grave), antes que frente a pérdidas más pequeñas y regulares.

La demanda de seguros sanitarios es por tanto una respuesta racional a la incertidumbre temporal y de intensidad de las transacciones sanitarias, que provoca en general mejoras del bienestar individual y colectivo.

Pero una vez admitido este hecho, debemos aceptar pacíficamente que la estructura del mercado sanitario difiere necesariamente de la de un mercado clásico de servicios. La relación bilateral entre enfermo y profesional sanitario u organizaciones suministradoras de servicios deja de existir, surgiendo una entidad aseguradora, que ejerce un papel de intermediación, que entre otras consecuencias, conlleva la disminución o eliminación del pago directo. Las personas pagan periódicamente una cantidad de dinero a un asegurador público o privado, a cambio de recibir servicios sanitarios cuando lo necesiten, sin retribuir a las organizaciones sanitarias o al médico en el momento de producirse dicha prestación.

La disminución o eliminación del pago directo por parte del usuario genera situaciones de abuso moral o riesgo moral (*moral hazard*<sup>2</sup>) definido como el incremento que se puede producir en la cantidad demandada de servicios, derivado de la ausencia o disminución de barreras financieras a las que el individuo se enfrenta como consumidor de servicios sanitarios como consecuencia de tener cobertura aseguradora. Este tipo de riesgo moral se identifica con un consumo excesivo de servicios sanitarios, y es típico del mercado sanitario, que, a diferencia de otros mercados de seguros (vivienda, automóvil, etc.), no puede establecer a priori la cantidad asegurada.

## El riesgo moral, desde una perspectiva clínica, se entiende como el consumo innecesario que técnicamente no es efectivo para tratar una enfermedad

El riesgo moral no es específico del sector sanitario, sino un fenómeno ampliamente extendido económica y socialmente que tiende a producirse siempre que se paga algo para reducir la incertidumbre; por ejemplo, hacerse funcionario o contraer matrimonio. En el primer caso, se adquiere un seguro de vida que evita el riesgo del paro, cuya prima tiene la forma de un menor salario. Con el matrimonio, se adquiere un seguro que disminuye el riesgo de la soledad y de la crianza de los hijos, cuya prima adquiere la forma de menor libertad en las relaciones sexuales o afectivas. El riesgo moral se puede producir (no es inevitable) en forma de una menor productividad en el caso del funcionario y de una menor amabilidad y preocupación por la pareja unido a la búsqueda de relaciones sexuales extramaritales, en el caso del matrimonio.

El riesgo moral entendido como consumo excesivo de servicios sanitarios es de naturaleza estrictamente económica y no debe confundirse con el consumo necesario o innecesario de servicios sanitarios desde una perspectiva epidemiológica o clínica. Así, el riesgo moral se refiere al consumo excesivo derivado del incremento de demanda consecuencia de la disminución o supresión del precio monetario. Sin embargo, desde una perspectiva clínica se entiende como consumo innecesario aquel que técnicamente no es efectivo para tratar una enfermedad. No resulta en absoluto evidente que los dos tiendan a coincidir, dada la amplia variabilidad en las prácticas médicas.

1. Pueden identificarse al menos tres tipos de costes: los costes directos derivados del consumo de servicios sanitarios, los costes indirectos consecuencia de una posible pérdida de producción y los costes intangibles producto de la ansiedad, el dolor y el sufrimiento que la enfermedad provoca. En general, las empresas aseguradoras sólo aseguran los costes directos de la enfermedad, y en la mayoría de los casos esta cobertura no es completa.

2. Existe otra acepción del término riesgo moral, según la cual el individuo asegurado tiene menos incentivos para evitarse daños o prevenir peligros. En el ámbito sanitario se aplicaría a la pérdida de incentivos para mantener estilos de vida saludables que eviten la probabilidad de enfermar.

El riesgo moral es independiente de la titularidad pública o privada, dado que es una respuesta de la demanda a la existencia de un seguro, independientemente de su carácter. En este sentido, el consumo excesivo de servicios no es un fenómeno exclusivo de los modelos de seguro público, sean sistemas de seguridad social o modelos financiados por impuestos como el Sistema Nacional de Salud de España, sino que también abarcan a todo tipo de seguros privados sanitarios.

El riesgo moral produce incrementos del gasto sanitario, aunque resulta más problemático afirmar que produce pérdidas en el bienestar social. Dado que el usuario no conoce con certeza los beneficios y costes de los servicios sanitarios que demanda y en su caso recibe, el consumo innecesario de servicios debería restringirse a la pérdida del bienestar producida cuando se provean servicios sanitarios inefectivos para el paciente. Entre las formas de reducir el riesgo moral se puede señalar la amplitud de la cobertura sanitaria, y las políticas de participación en los costes (*cost-sharing*) por parte de los usuarios, siendo el copago el caso paradigmático que se analiza a continuación.

## Sistemas de copago en los servicios sanitarios

Se puede definir el copago (precios o tickets moderadores) como la participación directa del paciente en parte del coste de los servicios sanitarios en el momento de utilizarlos. Los mecanismos de copago suponen la introducción del “principio del beneficio” en la financiación pública, quien paga se beneficia del producto y no quien financia el servicio a través de impuestos.

Los objetivos básicos de los sistemas de copago son la reducción de consumo excesivo derivado de situaciones de riesgo moral, con la consiguiente moderación del crecimiento del gasto sanitario y el incremento de la recaudación.

Ambos objetivos son contradictorios entre sí. Si el objetivo fundamental es la reducción de demanda, los sistemas de copago deberían aplicarse a aquellos servicios sanitarios con una alta elasticidad demanda precio. Sin embargo, si se aspira a aumentar la capacidad de recaudación, los copagos deberían focalizarse en los servicios de menor elasticidad de la demanda.

Los elementos más importantes de un sistema de copago son:

1. La contribución financiera del paciente. Existen dos formas básicas, una cantidad fija por unidad consumida (por ejemplo 1€ por visita a consultas externas) o bien un porcentaje del coste del servicio (por ejemplo el 40% del precio de venta de un fármaco que actualmente pagan los trabajadores activos).
2. Las cantidades deducibles. Esta modalidad supone que los pacientes pagan el gasto total de los primeros servicios sanitarios consumidos, y a partir de un determinado nivel, el asegurador se hace cargo de la totalidad de los gastos.
3. El importe máximo que puede pagar el paciente. Se establece con la finalidad de reducir el riesgo financiero transferido a enfermos crónicos o a enfermos agudos de altos costes concentrados en un período corto de tiempo.

Otros elementos que deben ser considerados en el diseño de un mecanismo de copago son la definición de un catálogo de prestaciones aseguradas y la posibilidad legal de un reaseguramiento que permita a los individuos comprar un seguro que les cubra de los riesgos financieros que les traslada el sistema de copago. La exclusión de prestaciones mediante la definición de un catálogo equivale a un copago del 100% sobre el servicio excluido. Por otro lado, la suscripción de un seguro de cobertura del copago dificulta sobremedida la consecución de alguno de los objetivos básicos mencionados anteriormente, en especial la disminución del consumo excesivo.

El análisis y evaluación de cualquier sistema de copago en los sistemas sanitarios, debe abordar al menos las siguientes cuestiones:

- A. ¿En qué medida la introducción del copago modifica la utilización del propio servicio y la de otros servicios? Es decir, ¿cuál es la elasticidad precio y el efecto sustitución respectivamente?
- B. ¿Cuál es el efecto del copago sobre la utilización de servicios? ¿Qué incentivos introduce en el comportamiento de los proveedores?
- C. ¿En qué medida la respuesta de la utilización a la introducción del copago genera diferencias importantes entre grupos de población según su estatus

económico? Es decir, ¿cuáles son los patrones de la elasticidad precio por niveles de renta y de necesidad?

D. ¿Cuál es la contribución marginal de los copagos a la mejora del estado de salud de la población (efectividad clínica) y cuál es la pérdida de utilidad percibida por los individuos?

E. ¿Cuál es el nivel de permanencia de los efectos del copago a medio y largo plazo?

F. ¿Cuáles son los costes de transacción que supone el establecimiento y gestión del copago?

G. ¿Existe otro instrumento de política sanitaria que permita tener la misma mejora en el bienestar que el copago con un costo menor?

## Aplicación de los copagos en los países desarrollados

Existen numerosos estudios que describen y analizan la evolución del copago, tanto en los países de la OCDE como en los países de la Unión Europea. En primer lugar, debe reseñarse que si tenemos en cuenta el aseguramiento privado, los españoles son de los ciudadanos de la Unión Europea (UE-15) con mayores aportaciones directas en el coste por parte de los usuarios. España, con un 23,6% en el año 2002, ocupa el segundo lugar detrás de Suiza, con un 31,5% para el mismo período, por delante de países como Italia o Finlandia, con un 20%. España se encuentra en este sentido bastante alejada de los países centrales de la Unión Europea como Francia (9,8%), Países Bajos (10,1%), Alemania (10,4%) o Luxemburgo (11,9%).

El cuadro en el anexo, realizado por la profesora Rosa Urbanos, ofrece una visión sintética de la financiación por copagos en los Estados de la UE-15. En el ámbito de la atención primaria, aproximadamente la mitad de los Estados miembros establecen algún tipo de participación en el coste para los usuarios, ya sea en forma de un pago fijo por consulta o prueba diagnóstica (Austria, Finlandia, Portugal o Suecia) o bien como un porcentaje del coste total (Luxemburgo). Francia combina ambos mecanismos y Bélgica, por su parte, aplica un sistema de deducibles. En algunos casos, los pagos difieren en función de que se trate de la primera o sucesivas visitas (como en Luxemburgo) o según donde se lleve a cabo la consulta (Portugal). No obstante, es frecuente que se establezcan exenciones para determinados colectivos (niños, pensionistas, individuos de baja renta, etc.).

En el ámbito de la prestación de asistencia especializada, los Estados que ofrecen asistencia gratuita son Dinamarca, España, Grecia, Países Bajos, Irlanda y Reino Unido. En Italia y Portugal la hospitalización es gratuita, pero se establece un ticket moderador para las consultas al especialista. En algunos casos, pese a la gratuidad, existe la posibilidad de obtener una mejora de la calidad hotelera mediante pago. El resto de países tienen en común el haber establecido pagos por día de hospitalización (en algún caso incluyendo un canon de admisión, como en Bélgica), que suelen estar sujetos a limitaciones temporales, con el fin de aliviar el coste en tratamientos de larga duración. El importe de estos pagos ha ido aumentando en los últimos años, en general de forma moderada. No obstante, algunos países han registrado incrementos significativos en las cuantías fijadas para los copagos. En este sentido destaca el caso de Austria, que ha incrementado en más del triple el coste por día de hospitalización desde 1999.

**Los Estados que ofrecen asistencia especializada gratuita son Dinamarca, España, Grecia, Países Bajos, Irlanda y Reino Unido. En Italia y Portugal la hospitalización es gratuita, pero se establece un ticket moderador para las consultas al especialista**

Recientemente, se han producido reformas en los sistemas de copago en Alemania y Francia. Alemania, con la Ley de Modernización del Seguro Estatutario, en vigor desde 2004, ha pasado de un modelo de libre acceso a especialistas a introducir un pago de 10€ en la primera visita ambulatoria de cada trimestre. Asimismo, incrementa el importe de los copagos ya existentes especialmente en el consumo de medicamentos y endurece las condiciones de exención de los mismos. Por su parte, la Asamblea Nacional francesa ha aprobado una reforma del Seguro de Enfermedad que obliga al ciudadano al pago de 1€ por acto médico, importe que puede ser ampliado por decreto.

Finalmente, todos los países tienen copagos en el ámbito farmacéutico, a excepción de Irlanda. La participación en el coste se materializa, bien en una cantidad fija por fármaco (Alemania, Austria, o el Reino Unido), bien en un porcentaje del precio de los medicamentos (Bélgica, España, Francia, Grecia, Luxemburgo y Portugal). Italia, por su parte, combina ambas fórmulas de copago, y los países nórdicos combinan la aplicación de cantidades deducibles con porcentajes de participación en el coste aplicados sobre el precio de los fármacos.

## Evidencia empírica de los efectos de los copagos

Existe una importante literatura relativa a las medidas de los efectos de los mecanismos de copago. La evidencia empírica se puede clasificar en tres grupos, en función del tipo de diseño del estudio: los experimentos naturales, los estudios observacionales que comparan individuos o datos agregados, y los ensayos aleatorios sobre el efecto de los seguros.

De acuerdo con lo que predice la teoría económica, la mayoría de los estudios señalan que un aumento en el nivel de copago se traduce en una menor utilización por parte de los usuarios. Aunque la evidencia empírica es clara en este sentido, los resultados muestran un amplio rango de variación en la estimación de la elasticidad precio. El principal estudio con ensayo aleatorio realizado, que permite superar algunas de las limitaciones de los otros dos tipos de estudios, es el *Health Insurance Experiment*, realizado por la *Rand Corporation* en las décadas setenta y ochenta del siglo XX. Este estudio, no obstante, no está exento de problemas metodológicos. Los resultados del estudio señalan que las elasticidades precio son similares para todos los servicios con las siguientes excepciones: a) la demanda de hospitalización infantil; b) los cuidados dentales son mucho más elásticos a corto que a largo plazo; c) la atención psiquiátrica extrahospitalaria es más sensible al precio que el resto de la atención extrahospitalaria; y d) la atención muy urgente muestra menor sensibilidad al copago que otros servicios.

Uno de los problemas más importantes identificados tanto en el estudio de la *Rand Corporation* como en otros, es el hecho de que los copagos reducen la utilización tanto de los servicios sanitarios necesarios (efectivos) como de los innecesarios (poco y muy escasamente efectivos), es decir, el copago no tiene efecto selectivo entre servicios clínicos apropiados e inapropiados. Este efecto puede ser especialmente grave en el caso de servicios de urgencia o en determinadas prestaciones preventivas, como por ejemplo la reducción de las inmunizaciones infantiles.

Esta incapacidad de los sistemas de copago de concentrar la reducción de la utilización en los servicios innecesarios o poco efectivos se ha identificado también en los servicios preventivos recibidos por la población femenina; por ejemplo, en algunos estudios el copago indujo a una menor utilización de la mamografía por parte de las mujeres que tienen que pagar por el servicio.

El análisis económico sugiere que los copagos deben ser más reducidos para aquellos servicios de demanda más inelástica; sin embargo, desde el punto de vista de la efectividad clínica, los copagos deberían ser menores para los servicios de mayor efectividad. No resulta fácil hacer coincidir de forma generalizada ambos criterios en el sector sanitario, caracterizado por la incertidumbre sobre la efectividad de muchas actividades y procesos, y las asimetrías de información favorables al proveedor médico.

Algunos estudios señalan que la utilización de servicios inducida por profesionales, como la derivación a especialistas, no parece reducirse por el copago. Tampoco se alteran ni la duración de los episodios ni el número de servicios proporcionados a las personas que entran en el sistema de cuidados

médicos. Estos resultados son por otro lado coherentes con la hipótesis de demanda inducida por el proveedor médico, dadas las fuertes asimetrías de información que caracterizan las transacciones sanitarias. Cuando el médico es quien decide el tipo de servicios que debe recibir el paciente, el mecanismo de copago resultará poco eficiente. Ellis y McGuire (1993) han señalado cómo con sistemas de pago mixto a los proveedores se pueden conseguir resultados similares a los obtenidos por el sistema de copago.

**Si los copagos reducen el gasto sanitario público y los ahorros se utilizan para disminuir los impuestos, entonces los contribuyentes pagarán menos y los usuarios de servicios sanitarios pagarán más**

Un problema característico de los sistemas de copago es la posibilidad de que aumente el nivel de inequidad en el acceso a los servicios sanitarios. Si se paga una cuota fija es evidente que resulta más difícil de pagar al que tiene menos recursos económicos. Si establecemos un copago en función del nivel de renta o riqueza del usuario se han de afrontar diversos problemas. En primer lugar, si suponemos una correlación entre problemas de salud y menor renta, como señalan numerosos estudios, aunque ajustemos adecuadamente el copago en función de la renta, éste seguirá recayendo mayoritariamente en la población con menos recursos económicos. Por otro lado, el ajuste del copago en función del nivel de renta introduce importantes problemas de gestión y organización que pueden aumentar considerablemente los costes de transacción implicados en el diseño y gestión del sistema. En este sentido conviene tener en cuenta que el actual Impuesto sobre la Renta vigente en España, sería un instrumento muy inadecuado para determinar el nivel de copago de los usuarios, dado que se ha ido convirtiendo progresivamente en un impuesto que grava fundamentalmente salarios y no refleja sino de forma muy distorsionada el nivel de riqueza de los ciudadanos. El problema de la inequidad se puede agravar si se permite el reaseguro del copago por parte de los colectivos con mayores niveles de renta.

Los sistemas de copago pueden tener importantes consecuencias redistributivas en Sistemas Nacionales de Salud financiados por impuestos como el español. Si los copagos reducen el gasto sanitario público y los ahorros se utilizan para disminuir los impuestos, entonces los contribuyentes pagarán menos y los usuarios de servicios sanitarios pagarán más. Si suponemos una relación positiva en promedio entre pobreza y enfermedad, el establecimiento de un sistema de copago traslada parte de la carga fiscal de forma regresiva.

Existe escasa evidencia sobre el impacto de los copagos en el estado de salud de la población. El estudio de la *Rand Corporation*, aunque no muestra evidencia de efectos negativos sobre el estado de salud del usuario promedio, sí identifica efectos negativos para los individuos de menor renta. Los autores estiman el efecto protector de un plan asistencial de libre acceso (sin copago), en 10,5 muertes evitadas, en los 5 años siguientes de su participación por cada 1.000 varones de 50 años de "alto riesgo" incluidos en él.

En principio, la preocupación por la igualdad de acceso supone una importante limitación al papel que pueden jugar los sistemas de copago en el Sistema Nacional de Salud. No obstante, las presiones para encontrar mecanismos que limiten el crecimiento del gasto sanitario y la búsqueda de fuentes de ingresos adicionales han propiciado el incremento relativo de esta fórmula en la mayor parte de los países europeos, como se ha analizado anteriormente.

## Conclusiones

El establecimiento de copagos en los servicios sanitarios se enfrenta a varios problemas importantes. En primer lugar, los sistemas de copago, aunque reducen la utilización, son poco selectivos y afectan tanto a los servicios necesarios y efectivos como a los no necesarios e inefectivos. Como señala la evidencia empírica revisada, su implantación tanto en Atención Primaria como en Urgencias puede conllevar resultados en salud indeseables. Por otro lado, el establecimiento de sistemas de copago en consultas externas u hospitalización presiona al paciente cuando el que decide normalmente es el médico. No es probable que la reducción de demanda sea importante, y además el coste penalizaría proporcionalmente más a los grupos de población más desfavorecidos.

El establecimiento de mecanismos de copago no es fácilmente compatible con el principio de igualdad de acceso en aquellas Comunidades Autónomas con importantes segmentos poblacionales con niveles de renta baja. Un sistema de copago uniforme dañaría inevitablemente el principio de equidad y penalizaría más que proporcionalmente a los grupos poblacionales más desfavorecidos, en los que las necesidades sanitarias son mayores. Un sistema de copago que ajustara por renta o riqueza implicaría una notable complejidad en su gestión y control. Podría generalizarse la práctica del oportunista (free rider) dada la inexistencia de fuentes fiables que determinen la riqueza de los ciudadanos.

En cualquier caso, el desarrollo de un sistema de copagos exigiría el desarrollo de un sistema de gestión y control complejo, así como el desarrollo de toda una casuística relativa a afrontar los problemas derivados de su implantación; esto redundaría probablemente en una merma de la recaudación y en un periodo de conflicto tanto con los usuarios como con los profesionales.

Finalmente conviene resaltar que aunque el sistema de copagos redujera la utilización de los servicios, por ejemplo en urgencias o atención primaria, de ello no se deriva automáticamente una mejor atención a la población que accede a los mismos. La calidad de la atención es fundamentalmente un problema de incentivos y motivación de los profesionales. Una menor demanda puede permitir una mejor calidad de la atención o alternativamente un mayor relax u holganza en el desempeño del trabajo, dependiendo del conjunto de incentivos a que estén sujetos los trabajadores.

En general, la eficacia de los sistemas de copago es bastante dudosa, a menos que se afecte de forma sustantiva el principio de equidad característico del Sistema Nacional de Salud. Por un lado, los sistemas de copago en general no son sensibles a la demanda innecesaria. Por otro lado, como mecanismo de recaudación puede verse afectado de forma importante por los costes de transacción y de gestión del sistema. Sin embargo, existe probablemente mayor posibilidad de introducir sistemas de copago en el sector farmacéutico que mejoren el actual sistema sin afectar negativamente al principio de equidad tal y como señala Jaume Puig.

## Bibliografía

G., García A., Pellisé L. (2001)

La participación del usuario en la financiación sanitaria: el aseguramiento y el pago directo de los servicios en El control del gasto sanitario. Participación de profesionales y usuarios. Colección Economía de la salud y gestión sanitaria. Springer-Verlag Ibérica.

López Casasnovas G., Puig-Junoy J., Ganuza J.J., Planas I. (2003)

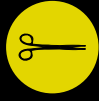
Los nuevos instrumentos de la gestión pública. Colección Estudios Económicos núm. 31, Caja de Ahorros y Pensiones de Barcelona "La Caixa".

Urbanos R. (2004)

Tendencias internacionales en la financiación del gasto sanitario. Mimeo.

Zweifel P. y Manning W.G. (2000)

Moral hazard and consumer incentives in health care, en Handbook of Health Economics, A. Culver y J. Newhouse (editores). North-Holland.



## Anexo

# Características de las prestaciones sanitarias en los Estados de la UE-15: principios generales, cobertura y financiación por copagos<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Se excluye atención dental y otras prestaciones complementarias.

Fuente: Urbanos (2004).

## Alemania

Principios básicos: Esquema de seguro social obligatorio para empleados y asimilados hasta un cierto límite de renta. Contribuciones sociales relacionadas con el nivel de renta.

Beneficiarios: Asalariados, aprendices, pensionistas, desempleados con subsidio, estudiantes de educación superior, agricultores, artistas y escritores.

Exenciones del aseguramiento obligatorio: Empleados con ingresos anuales superiores a 46.350€ o 41.850€ para asegurados privadamente a 31-12-2002. Personas con salarios inferiores a 400€ al mes. Los funcionarios, magistrados y soldados profesionales no pagan contribuciones.

Atención Primaria: Asistencia gratuita (los asegurados voluntarios pueden optar por el reembolso).

Atención Especializada: 10€ en la primera visita de cada trimestre. Gastos hospitalarios: 10€ por día de hospitalización (máximo 280€). Niños, enfermos crónicos y graves exentos.

Farmacia: 10% del coste (con un máximo de 10€), salvo niños y enfermos graves. Existe un sistema de precios de referencia.

## Austria

Principios básicos: Esquema de seguro social obligatorio para empleados y grupos asimilados.

Beneficiarios: Asalariados, pensionistas, parados, algunos trabajadores autónomos, asegurados voluntarios (incluidos cónyuges e hijos -con límites de edad- si no están asegurados personalmente).

Exenciones del aseguramiento obligatorio: No existe seguro obligatorio con ingresos mensuales inferiores a 316,19€.

Atención Primaria: Pago de 3,63€ por episodio de enfermedad en cada trimestre (excepto niños, jubilados e indigentes)

Atención Especializada: Pago máximo de 15,75€ por día de hospitalización (máximo 28 días al año). Familiares: 10% del coste.

Exentos de pago en cuidados ambulatorios: niños, huérfanos, casos urgentes, pacientes en diálisis o bajo tratamientos de radioterapia o quimioterapia, mujeres en relación con su embarazo o maternidad, y donantes.

Farmacia: Pago de 4,35€ por prescripción (fármacos autorizados).

Enfermedades infecciosas o personas sin recursos: gratuitos

## Bélgica

Principios básicos: Esquema de seguro social obligatorio para empleados y grupos asimilados (no hay exenciones).

Beneficiarios: Asalariados y asimilados, pensionistas, parados, incapacitados,

estudiantes de enseñanza superior (incluidas personas a cargo del asegurado bajo ciertas condiciones).

Atención Primaria: Pago adelantado con reembolso según tarifas. En general, participación en el coste (máximo: 25%). Por encima de cierta cantidad anual, la asistencia es gratuita. Reducciones para ciertos grupos de población (discapacitados, pensionistas, individuos de baja renta, etc.).

Atención Especializada: Pago de cantidad fija por hospitalización (canon de admisión): 39,58€.

Pago por día de hospitalización: 12,31€ (4,7€ en casos excepcionales: desempleados, niños, etc.). Reembolso integral por hospitalización en habitación común.

Farmacia: Fármacos para enfermedades graves: gratuitos.

Participación en el coste en función de la utilidad terapéutica: entre un 25% y un 80% (con techos máximos).

Pacientes hospitalizados: 0,62€ por día. Participaciones reducidas para algunos grupos; exención total para tratamientos de larga duración. Reducción del reembolso en un 26% cuando existen genéricos equivalentes.

## Dinamarca

Principios básicos: Sistema Nacional de Salud financiado por impuestos.

Beneficiarios: Residentes.

Atención Primaria: En general, gratuita.

Atención Especializada: En general, gratuita, salvo si se presta en centros privados no autorizados (a no ser que un hospital público refiera al paciente a este tipo de centros).

Farmacia: Participación en el coste entre el 100% y el 15% en función del volumen de gasto anual en medicamentos (100% para un gasto anual por debajo de 70€; 15% para un gasto anual superior a 396€).

## España

Principios básicos: Sistema Nacional de Salud financiado por impuestos.

Beneficiarios: Asalariados y asimilados, pensionistas, residentes con recursos insuficientes (incluidas personas a cargo del asegurado).

Atención Primaria: Asistencia gratuita.

Atención Especializada: Gratuita.

Farmacia: Pago del 40% del precio para medicamentos de la lista oficial (30% para beneficiarios de las mutualidades públicas), excepto pensionistas (gratuitos) y algunos enfermos crónicos (10%). Se excluyen de la financiación pública los fármacos con un precio de venta superior al precio de referencia.

## Finlandia

**Principios básicos:** Esquema público gestionado por los municipios, y financiado mediante impuestos y copagos. La asistencia sanitaria privada complementa el esquema público. Su coste es parcialmente reembolsado por el seguro general de enfermedad.

**Beneficiarios:** Residentes.

**Atención Primaria:** Pago máximo de 11€ (3 primeras visitas en el año), o contribución anual de un máximo de 22€ por 12 meses. Posibilidad de cargar 15€ por cada visita nocturna o en fin de semana.

**Techo máximo anual:** 590€. Reembolso parcial (60%) del coste de las visitas privadas por parte del seguro de enfermedad. Menores de 18 años exentos.

**Atención Especializada:** Pago de 22€ por visita ambulatoria (72€ por cirugía ambulatoria). Pago de 26€ por día de hospitalización. Para tratamientos de larga duración, la participación se fija según los ingresos (con techos máximos). Reducciones para menores de edad. Reembolso parcial de costes en clínicas privadas.

**Farmacia:** Pago de 10€ más el 50% de la cantidad que exceda de esa suma para los medicamentos prescritos. Por encima de 604,72€ al año, reembolso total de costes. Para enfermedades graves o crónicas, reembolso de 75-100% de los costes bajo ciertas condiciones.

## Francia

**Principios básicos:** Esquema de seguro social obligatorio con afiliación basada en criterios profesionales y de residencia (no hay exenciones).

**Beneficiarios:** Asalariados y asimilados, pensionistas, parados, estudiantes (incluidos familiares a cargo bajo ciertas condiciones)

**Atención Primaria:** Participación en el coste del 30%. Pago adelantado con reembolso según tarifas. Pago de 1€ por acto médico. Quedan exentos los menores de 16 años y la población con bajos recursos.

**Atención Especializada:** 25% del coste de consultas en hospitales; 20% de los tratamientos hospitalarios. Pago de 13€ por día de hospitalización (gratuito a partir del 31<sup>er</sup> día de ingreso y para algunos tratamientos quirúrgicos). Algunos pensionistas, población con bajos recursos y personas que padezcan ciertas enfermedades: exentos.

**Farmacia:** Participación en el precio (35% ó 65% según el caso) excepto para enfermos crónicos.

## Grecia

**Principios básicos:** Esquema de seguro social obligatorio para empleados y grupos asimilados (no hay exenciones).

**Beneficiarios:** Asalariados o asimilados, pensionistas y parados (incluidos familiares a cargo del asegurado)

**Atención Primaria:** Asistencia gratuita.

**Atención Especializada:** Gratuita.

**Farmacia:** Participación en el coste del 25% para los medicamentos prescritos (10% en ciertos casos), salvo en enfermedades crónicas, accidentes laborales y maternidad.

## Irlanda

**Principios básicos:** Sistema Nacional de Salud financiado por impuestos.

**Beneficiarios:** Residentes habituales, personas con ingresos inferiores a un mínimo. Derechos limitados para el resto de población.

**Atención Primaria:** Personas con derechos plenos: asistencia gratuita. Con derechos limitados: pago total de costes (salvo enfermedades de larga duración).

**Atención Especializada:** Servicios de especialista en hospitales: gratuitos. Asistencia hospitalaria gratuita para individuos con derechos plenos; con derechos limitados pago de 45€ por noche (máximo 450€ en un período de 12 meses consecutivos). Visitas a urgencias no prescritas: 45€. Exenciones para enfermedades infecciosas y algunos colectivos (niños, mujeres embarazadas, etc.).

**Farmacia:** Fármacos gratuitos para individuos con protección completa y ciertas enfermedades. Con derechos limitados: pago máximo de 78€ mensuales por medicamentos prescritos.

## Italia

**Principios básicos:** Financiación por contribuciones fijadas sobre los residentes.

**Beneficiarios:** Residentes.

**Exenciones del aseguramiento obligatorio:** Residentes con carácter temporal, trabajadores extranjeros que tributan fuera de Italia.

**Atención Primaria:** Asistencia gratuita.

**Atención Especializada:** En general, 36€ por cada visita al especialista (también por cada prueba), excepto algunos colectivos (menores de 6 años, mayores de 65 con baja renta, enfermos graves, perceptores de pensiones bajas, etc.). Atención hospitalaria gratuita.

**Farmacia:** Pago entre el 0-100% del precio según medicamento y gravedad de la enfermedad + Pago por receta (con excepciones).

### Luxemburgo

Principios básicos: Esquema de seguro social obligatorio para población activa y receptores de subsidios de la Seguridad Social (no hay exenciones).  
 Beneficiarios: Trabajadores, pensionistas, parados, beneficiarios de ingresos sujetos a cotización, beneficiarios de complementos al ingreso mínimo garantizado, asegurados voluntarios (incluidos familiares a cargo).  
 Atención Primaria: Pago anticipado más reembolso.  
 Participación en los costes: 20% primera visita (período de 28 días), 5% siguientes (máximo: 48,92€). Se fija asimismo un máximo anual.  
 Atención Especializada: Participación en costes de mantenimiento = 9,31€ por día de hospitalización (para un período máximo de 30 días).  
 Farmacia: Reembolso de costes entre un 0% y un 100% según la clasificación de los fármacos.

### Países Bajos

Principios básicos: Seguro obligatorio financiado por contribuciones de asegurados complementado por un seguro general para riesgos graves que cubre a todos los residentes (no hay exenciones al seguro obligatorio).  
 Beneficiarios: Trabajadores y pensionistas (puede incluir cónyuge e hijos a cargo).  
 Gastos médicos excepcionales: residentes.  
 Atención Primaria: Asistencia gratuita en general (% del coste de atención de enfermería a domicilio, hasta un máximo de 1700€ al mes).  
 Atención Especializada: Asistencia gratuita en habitaciones de clase inferior.  
 Farmacia: Para algunos fármacos se paga el coste que sobrepase cierta cuantía (en función del precio por dosis estándar).

### Portugal

Principios básicos: Sistema Nacional de Salud financiado por impuestos.  
 Beneficiarios: Residentes.  
 Atención Primaria: Ticket moderador variable por consulta, tratamientos y exámenes médicos complementarios (Ejemplo de consultas al médico de familia: 1,5€ en centro de salud; 2€ en servicios de urgencias; 5€ en urgencias hospitalarias; 3€ consultas domiciliarias). Exenciones para ciertos grupos de población (embarazadas, niños hasta 12 años, pensionistas, desempleados, enfermos crónicos, etc.).  
 Atención Especializada: Ticket moderador variable. Hospitalización gratuita en habitación compartida (o individual si así lo decide el médico).  
 Farmacia: Participación en el coste entre el 30% y el 60% según enfermedad. Rebaja del 15% para pensionistas con bajos recursos.

### Reino Unido

Principios básicos: Sistema Nacional de Salud financiado por impuestos.  
 Beneficiarios: Residentes.  
 Atención Primaria: Asistencia gratuita.  
 Atención Especializada: Gratuita, salvo si el paciente demanda servicios especiales o extra no necesarios clínicamente.  
 Farmacia: 8,93€ por producto prescrito (8,51€ en Gales). Exenciones para algunos grupos de población (en Inglaterra y Escocia). Existen bonos de compra anuales o para períodos de 4 meses (prescription prepayment certificates) que permiten ahorros considerables a quienes precisan de medicación regular.

### Suecia

Principios básicos: Sistema Nacional de Salud financiado por impuestos.  
 Beneficiarios: Residentes.  
 Atención Primaria: Participación en los costes entre 11€ y 17€ por visita.  
 Atención Especializada: Especialistas: pago entre 17€ y 33€ por tratamiento (casos urgentes: entre 11€ y 29€, excepto menores de 20 años).  
 Atención hospitalaria: Pago máximo de 8,84€ por día (reducción posible con prueba de renta).  
 Farmacia: Pago del coste total hasta 99€ durante un período de 12 meses desde la primera compra. Por encima de ese límite, reembolso entre el 50% y el 100% en función del gasto total.

01 02 03 04 05 06

# NÚMEROS ANTERIORES

## Actualidad 01

Aportaciones para entender el efecto de la inmigración en Andalucía

## Actualidad 02

Cómo entender el debate de la Financiación Autonómica

## Actualidad 03

La Reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía:

## Actualidad 04

Valores democráticos de la II República

## Actualidad 05

El gasto y el endeudamiento en las familias españolas

## Actualidad 06

¿Es viable el copago en el sistema de financiación sanitaria?

# IDAD

