Fedea Policy Papers - 2016/04

Copagos sanitarios. Revisión de experiencias internacionales y propuestas de diseño*

Beatriz Gonzalez Lopez-Valcarcel
Universidad de Las Palmas de GC

Jaume Puig-Junoy
Universidad Pompeu Fabra

Santiago Rodriguez Feijoó
Universidad de Las Palmas de GC

Febrero de 2016

* Este trabajo ha sido realizado en el marco de la Cátedra CaixaBank de investigación sobre "Economía de la Salud y Hábitos de Vida". Las opiniones y análisis que en él aparecen son responsabilidad de los autores y no coinciden necesariamente con los de CaixaBank.

fedea

UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
Departamento de Métodos Cuantitativos
en la Economía y la Gestión

Copagos sanitarios. Revisión de experiencias internacionales y propuestas de diseño[1]

Dra. Beatriz Gonzalez Lopez-Valcarcel(1)
Dr. Jaume Puig-Junoy(2)
Dr. Santiago Rodriguez Feijoó(1)

Ayudante de investigación: Carla Melián

[Versión final. 15 diciembre 2015]

(1) Universidad de Las Palmas de GC
(2) Universidad Pompeu Fabra

[1] Elaborado en virtud del convenio de colaboración entre la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, la Fundacion de Estudios de Economia Aplicada (FEDEA) y la Fundación Canaria Universitaria de Las Palmas para el “Desarrollo de un estudio de copagos sanitarios.Revision de experiencias internacionales y propuestas de diseño” . Este trabajo ha sido financiado parcialmente por la AIREF.

Índice

Resumen ejecutivo……..3

1. Introducción. Los copagos en su contexto……..11
   1.1. Los copagos en los SNS, en sistemas de seguridad social y en el aseguramiento privado . ……12
   1.2. Conceptos y diseños de copagos sanitarios. Fórmulas y funciones……..14
2. Revisión (descriptiva) de los copagos sanitarios en el mundo desarrollado y su evolución. Tipología ……..16
   2.1. Los copagos en Europa……16
   2.2. Los copagos en otros países desarrollados (OCDE)……..18
   2.3. Los copagos en España ……20
3. Efectos esperados de los distintos esquemas de copago sobre la utilización, la eficiencia, la equidad, y la salud ……..25
   3.1. Asimetrías de información, aseguramiento y riesgo moral……25
   3.2. Efectos esperados del copago sobre la utilización y elasticidades precio propias y cruzadas ……25
   3.3. Efectos sobre la eficiencia y sobre la equidad …… 28
   3.4. Efectos sobre la salud ……..29
4. Revisión de la evidencia empírica (fundamentada metodológicamente) sobre los efectos de copagos implementados en el mundo …….. 30
   4.1. Problemas metodológicos…… 30
   4.2. Efectos de los copagos sanitarios en el mundo: revisión de la evidencia ……31
      4.2.1. Introducción …….. 31
      4.2.2. La revision de Kill y Houlberg (KH)……32
      4.2.3. Nuestra revisión sistemática para 2012-2015 ……35
      4.2.4. El caso específico de las urgencias hospitalarias …… 44
      4.2.5. El caso particular de España a partir de 2012 …… 46
5. Propuestas sobre diseños de copagos …… 52
   5.1. Consideraciones generales ……52
   5.2. Propuestas específicas para España ……58
      5.2.1. Prestaciones a las que se recomienda no imponer copagos (recomendaciones en negativo)…… 58
      5.2.2. Recomendaciones en positivo sobre copagos …… 59
      5.2.3. Recomendaciones específicas sobre cambios en el actual copago de medicamentos …….. 59
6. Conclusión …… 61

Referencias …… 62

Anexos: tablas 2 A y 3 A (en excel)

Resumen ejecutivo

Introducción. Los copagos en su contexto

1. La participación de los pacientes en el coste de los bienes y servicios sanitarios es una práctica habitual en todos los sistemas sanitarios, tanto en seguros privados como en sistemas nacionales de salud universales. Su justificación se basa en el riesgo moral inducido por el exceso de consumo cuando el precio pagado por el consumidor es inferior al valor o utilidad marginal.
2. Los copagos se suelen imponer a los diferentes servicios de atención médica (visitas médicas, pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas, urgencias, hospitalizaciones) y a los medicamentos y demás insumos. Hay una amplia variedad de diseños en la forma, alcance, y exenciones. Los copagos afectan al consumo de los servicios por los que se paga, tienen efectos cruzados sobre otros servicios médicos, sobre la renta disponible y la equidad, y sobre la salud de las personas y poblaciones.

Los copagos en los SNS (Sistemas Nacionales de Salud), en Sistemas de Seguridad Social (SS) y en el aseguramiento privado

3. El papel de los copagos es bien diferente en los sistemas de salud de corte liberal, basados en el aseguramiento libre, en los sistemas de aseguramiento solidario –con primas comunitarias- y en sistemas nacionales de salud universales.
4. Es preciso examinar conjuntamente el binomio copago-grado de cobertura del aseguramiento en tanto que este binomio es el que determina el alcance de los servicios incluidos. En los sistemas de Seguridad Social suele haber más cobertura y más explícitamente estipulada y delimitada, mayores posibilidades de elección por los ciudadanos y más copagos. En los Sistemas Nacionales de Salud de los países nórdicos suele haber mayor cobertura de servicios, y bastantes copagos, aunque muy limitados en cuantía y modulados según nivel de renta, con exenciones personales. En los SNS del Sur de Europa, la cobertura de servicios suele ser menor, pero hay pocos copagos y de escasa cuantía.

Conceptos y diseños de copagos. los copagos sanitarios en el mundo desarrollado y su evolución. Tipología

5. Los copagos pueden ser por acto, por periodo de tiempo o por proceso; por acción y por omisión; condicionales e incondicionales. Según su estructura, los co-pagos pueden ser de una tarifa fija o un porcentaje del precio, o bien seguir una fórmula mixta (una parte fija más una variable).
6. Todos los países de la Europa-15 exigen copago farmacéutico. La gratuidad es la excepción en visitas médicas, si bien las tarifas por visita médica son muy reducidas en algunos países. Nueve de los 15 países EUR-15 imponen copago por hospitalización, a una tarifa diaria que oscila entre 10€ en y Austria hasta

75€ en Irlanda. No obstante, suele haber límite máximo a los gastos de hospitalización, de forma que el paciente paga la tarifa únicamente los 10 primeros días (Irlanda), los 28 primeros días (Alemania y Austria), los 30 primeros (Luxemburgo) o los 31 primeros (Francia). Los países que no tienen un límite específico para gasto hospitalario, suelen establecerlo para el gasto sanitario total (Suecia, Bélgica). Estos límites suelen ser modulados por renta y por condiciones personales.

7. Es frecuente que la atención sanitaria a niños, ancianos y otros colectivos como mujeres embarazadas sea gratuita o tenga copagos reducidos.
8. Una dimensión relevante de las diferencias entre países es el grado de descentralización, así en Italia, tras eliminar el copago estatal con la reforma aprobada en 2000, cada región estableció (o no) copagos, de cuantía e intensidad variable. Otro país con amplia descentralización en la regulación y alcance de los copagos es Canadá. Por el contrario, Austria, Bélgica, Francia o los Países Bajos tienen una estructura y regulación de los copagos centralizada y común en todo el territorio.
9. Para el caso específico de los servicios de urgencias hospitalarias (SUH), el riesgo moral origina un doble problema, económico y de calidad de la atención médica (colapso de los servicios). Abunda la evidencia descriptiva indicativa de que un uso excesivo de los servicios hospitalarios de urgencias (SUH) asociada a la gratuidad, tanto en España como en otros países apuntando en la dirección de que a menores costes de acceso, más se acude al SUH por problemas no urgentes y que no requieren ingreso. En todos los países de la UE-15 excepto cuatro (Dinamarca, España, Luxemburgo y Reino Unido) existe algún sistema de copago para las urgencias hospitalarias; normalmente una cantidad fija que en algunos países (Grecia e Italia) se devuelve en caso de visita realmente urgente.

Tendencias recientes

10. El aumento del co-pago sanitario ha sido una de las medidas más frecuentemente utilizadas para afrontar la crisis económica y contener el gasto sanitario. Pero también en algunos países que no sufrieron la crisis económica se puede detectar la tendencia a aumentar las exigencias de copagos a los usuarios. Algunos autores asocian esta tendencia al "fin de la era del *entitlement*", en el contexto más amplio de la tendencia a *financializar* la sociedad. Se responsabiliza a las familias de sus riesgos y costes asociados no solo relativos a la salud sino también a las provisiones económicas para el futuro y a la educación de los hijos.

Los copagos en España

11. Los copagos en España se habían aplicado únicamente a la prestación farmacéutica y se habían mantenido inalterados desde los primeros años de la democracia hasta el RDL16/2012. Aunque inalterado *de irue*, el sistema estatal de copagos aplicado hasta 2012 había ido evolucionando *de facto*, en términos de una acusada tendencia a la reducción de la tasa de copago efectivo (del 15%

en 1985 al 7% en 2009 y 6% en 2012). La reducción de la participación efectiva en el copago vendría explicada por el envejecimiento de la población, un gran número de medicinas para crónicos con aportación reducida y el consumo excesivo asociado al potencial riesgo moral. Como resultado de ello, y de otros factores, el consumo de medicamentos por persona en España se ha situado entre los más elevados en el contexto internacional hasta fechas recientes .

12. El Real Decreto-ley 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 rompe el *statu quo* de 32 años, cambiando las condiciones y límites del co-pago. En él se recogen las nuevas directrices y baremos de los copagos a implantar y se abre el camino para desfinanciar una lista de medicamentos antes cubiertos. Además, establece las nuevas condiciones para tener la condición de asegurado por el Sistema Nacional de Salud español. Las visitas médicas y hospitalización forman parte de la cartera básica de servicios del SNS y quedan fuera del copago por definición, pero el transporte no urgente, que antes era gratuito, queda potencialmente sujeto a copago, y queda también la puerta abierta para establecer copagos a los medicamentos de dispensación hospitalaria.
13. El nuevo copago mantiene la distinción entre pensionistas y activos, estableciendo un límite mensual de contribuciónn a los pensionistas, y porcentajes de copago variables según tres grandes tramos de de renta a los activos. El límite mensual de copago afecta al titular de la tarjeta Sanitaria Individual (TSI) y a sus beneficiarios por separado, pero la renta que define el tope es la declarada el año previo en el IRPF (base liquidable general y del ahorro) por la persona titular de la Tarjeta. En principio puede favorecer, pues, las declaraciones individuales de IRPF frente a las conjuntas de la unidad familiar en los casos en que al agregar las rentas se cambia de tramo de copago, aumentando en consecuencia el porcentaje a pagar y/o el límite máximo mensual.
14. Las altas subvenciones de los medicamentos para tratamientos crónicos y exenciones personales a determinados colectivos especialmente vulnerables como son las personas con discapacidad, los perceptores de rentas de integración social y de pensiones no contributivas, los parados que no cobran el subsidio de desempleo, así como las exenciones de los tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional

Efectos esperados de los distintos esquemas de copago sobre la utilización, la eficiencia, la equidad, y la salud

15. Los copagos de servicios sanitarios potencialmente afectarán a: 1) la demanda o utilización de los servicios y/o a los tratamientos; 2) utilización de otros servicios sustitutivos o complementarios; 3) la salud, propia y ajena; 4) el gasto y la distribución de la renta, y en último término, 5) a la equidad.
16. Los copagos, en el contexto de sistemas de aseguramiento público a prima comunitaria, tendrán dos efectos esperados: la posible reducción de riesgo moral (y mejora subsiguiente de eficiencia) y la recaudación o redistribución del riesgo financiero entre usuario y asegurador. El efecto del copago sobre el

riesgo moral, y por tanto el papel del copago como *concienciador*, depende principalmente de la elasticidad precio de la demanda. Los efectos sobre la equidad dependen del diferencial de elasticidad precio de la demanda según grupos de renta. Si un medicamento esencial es de demanda algo elástica para determinados grupos de población (pobres, inmigrantes, ancianos,…) entonces el copago inducirá barreras de acceso y problemas de equidad. Por eso la mayor parte de países diseñan formulas de copagos con límites de aportación y exenciones personales

Revisión de la evidencia empírica (fundamentada metodológicamente) sobre los efectos de copagos implementados en el mundo

17. La estimación empírica de las elasticidades de la demanda de los servicios sanitarios, que es esencial para evaluar los efectos del copago sobre la utilización, no es sencilla, por falta de datos experimentales o cuasi-experimentales. La variación del copago de un tipo de servicio no suele ser exógena, y suele venir acompañada de cambios en las condiciones de copago de otros servicios y en "paquetes" de medidas de política sanitaria y/o social. Con todo, en el último decenio se ha avanzado mucho en la posibilidad de diseñar estudios de mayor calidad metodológica, gracias a la disponibilidad de grandes bases de datos de registros individuales con información longitudinal, y gracias a los cambios exógenos (o que se pueden considerar como tales) en las condiciones de copago inducidos por la crisis económica, que permiten diseñar estudios cuasi experimentales o experimentos naturales.
18. Hay un considerable número de revisiones de la literatura sobre los efectos del copago sanitario. Difieren fundamentalmente en los criterios de inclusión, en los períodos a que se refieren y en su abordaje, más epidemiológico o más económico. Hay dos revisiones sistemáticas que merece la pena destacar, la de Kill y Houlberg, publicada en 2014 con referencias hasta 2011 y el meta análisis de Sinnott y otros (2013), que se centra en los efectos del copago sobre la adherencia en poblaciones aseguradas de países ricos.
19. La revisión de Kill y Houlberg, publicada en 2014, incluye 47 estudios originales publicados entre 1990 y 2011 para países de renta alta. Prácticamente todos los estudios encuentran que el copago reduce la utilización, salvo la hospitalización. La evidencia de que el copago de medicamentos reduce su utilización es robusta y se ha encontrado en prácticamente todos los estudios. Hay gran heterogeneidad entre grupos de pacientes, los más vulnerables por renta son más sensibles a los copagos. Los tratamientos preventivos, como la vacuna de la gripe o el cribado de cardiopatías isquémica también son sensibles al copago. Respecto a los efectos cruzados y sobre la salud, la evidencia es escasa. No hay ningún estudio que cuestione cambios cruzados de utilización atribuibles a los copagos de consultas u hospitalización.
20. En nuestra revisión sistemática, que amplía la de Kill y Houlberg revisando también Medline (PubMed) además de EconLit, para UE-15, Canadá, EEUU, Australia y Nueva Zelanda, hemos encontrado 14 estudios originales publicados entre 2012 y 2015. Todos los estudios analizan efectos sobre la demanda o utilización o adherencia. Dos de ellos, además, analizan efectos sobre la

equidad y efectos cruzados sobre otros tipos de servicios sanitarios. Ninguno estima efectos finales sobre la salud. Todos salvo tres utilizan datos de registro, y los paneles de datos se han convertido en el estándar predominante (10 de 14 estudios). Ocho de los estudios son diseños observacionales y cuatro son experimentos naturales. Una conclusión bastante general es que el aumento del copago de medicamentos generalmente provoca una disminución en su utilización. La evidencia para hospitalización y emergencias es mucho más limitada. Únicamente dos estudios de nuestra revisión estiman efectos cruzados sobre la utilización de otros servicios sanitarios, pero su validez externa para España es dudosa, al referirse a entornos bien distantes (Canadá y Alabama). Un estudio para Italia sobre los efectos de los múltiples cambios en la regulación del copago a lo largo de la década 2001-2010, incluyendo la atonomía a las regiones para establecer sus propios copagos, concluye que la aplicación del copago fue parcialmente exitosa entre 2001 y 2007 en términos de equidad y recaudación. Sin embargo, el incremento continuo del copago ha repercutido negativamente sobre aquellas familias que se encuentran por encima de los más pobres (deciles segundo y tercero), al no tener las exenciones de las del primer decil.

España: los efectos del RDL16/2012

21. En España, el gasto en medicamentos de prescripción ambulatoria antes del RDL16/2012 estaba marcado por una inflación de recetas más que de precios, en una regulación considerablemente obsoleta que cuestionaba precios pero dejaba abierta la espita de 'cantidades'. Hasta 2010 el gasto evolucionaba al ritmo de los cambios en las cantidades (recetas) mientras que a partir de 2010 se imponen rebajas de precios, y desde mediados de 2012 se incrementan los copagos, moderando, al menos a corto plazo, las cantidades de medicamentos dispensados con cargo a la seguridad social pero manteniendo precios medios.
22. Con datos mensuales agregados de prescripciones y gasto público en recetas, y modelos de regresión segmentada, hemos evaluado el efecto del cambio de co-pago en los meses siguientes a su introducción, en España y en cada una de sus CCAA. Puesto que el País Vasco no introdujo el copago en Julio de 2012, actúa como grupo de control. Madrid y Cataluña, que imponían un co-pago fijo adicional de un euro por receta (hasta ser abolido por el Tribunal Constitucional) constituyen otro grupo diferenciado de Comunidades. La conclusión general es que en la mayor parte de las CCAA ha habido una caída abrupta de las recetas dispensadas en farmacia, aunque la tendencia subyacente es a la recuperación de la tendencia previa. Otro resultado interesante, y coincidente con la literatura internacional sobre “el primer dólar” es que pasar de la gratuidad a un co-pago, aunque sea muy bajo (el primer euro) retrae la demanda mucho más que cuando el co-pago se incrementa en un euro desde un nivel basal mayor de cero.
23. Los primeros resultados del análisis de una muestra aleatoria estratificada de más de 60.000 personas de Canarias, con información individual y longitudinal del consumo de medicamentos desde un año antes hasta un año después de la entrada en vigor del nuevo co-pago (1 de julio 2012) indican que la aportación de los usuarios podría haberse duplicado, del 6% al 12% del total de la factura

farmacéutica. El número de recetas no se ha reducido significativante, aunque hay una gran heterogeneidad individual. Por tanto, el efecto más claro del co-pago ha sido el redistributivo.

24. Según el barómetro sanitario, la opinión mayoritaria de los españoles es que el copago reducirá la acumulación de botiquines caseros. El 40% de los encuestados opina que el sistema nuevo es más justo que el anterior y protege a grupos sociales desfavorecidos. El 73% de los encuestados que han utilizado el sistema sanitario público y el 81% de los que no lo han utilizado está de acuerdo en la necesidad de que el sistema contemple más tramos de renta para fijar el importe de la aportación del usuario.

Propuestas sobre diseños de copagos

Consideraciones generales

25. Hay que prestar atención a los precios y sus mecanismos de fijación, pues están directamente relacionados con los co-pagos, en particular cuando el co-pago se define como un porcentaje determinado del precio. En este sentido, España debería avanzar hacia la fijación de precios de los medicamentos basados en análisis rigurosos de coste-efectividad. La exclusión de una prestación de la cobertura pública equivale a un co-pago del 100%. El debate sobre el copago no se debe plantear en ningún caso como una disyuntiva extrema entre el sí y el no.
26. Un valor añadido por el debate de los copagos es imbuir en la sociedad de la conciencia del coste y de la escasez, en una nueva cultura del pago (conciencia de que los servicios sanitarios cuestan, los pague quien los pague).
27. El diseño óptimo del copago debe tener en cuenta las discontinuidades en los costes. Imponer copagos tiene costes fijos (reorganización administrativa, costes generales de la infraestructura de gestión de pagos y cobros, etc.). Se trata de encontrar un equilibrio entre la generalización y la excepcionalidad. Cuanta mayor sea la excepcionalidad, más complejo será el diseño y más difícil de gestionar.
28. Los copagos, en general, deben ser moderados, y se deben de establecer límites al gasto máximo para el paciente preferiblemente en función de la renta. Deben ser menores o nulos para pacientes crónicos a fin de no empeorar su estado de salud e incluso a fin de no generar un gasto mayor que el que se pretende ahorrar.
29. El diseño de los copagos debería tener en cuenta que los inputs de la atención sanitaria (medicamentos, visitas médicas, hospitalizaciones) son complementarios.
30. Los copagos selectivos podrían ser un instrumento de señalización e incentivo al consumo de los servicios más necesarios, que se combinaría con los mecanismos preexistentes de priorización según necesidad (que espere más el que lo necesite menos). Lo ideal sería imponer copagos selectivos modulados por necesidad médica (efectividad esperada), pero en la práctica no resulta fácil
31. Los incentivos económicos dirigidos a la demanda, como el copago, deberán en

cualquier caso combinarse con incentivos dirigidos a los profesionales sanitarios, particularmente en aquellos servicios y prestaciones que requieren el concurso del médico prescriptor como son las consultas de atención especializada y las hospitalizaciones.

32. Un posible nuevo rol para los copagos se encuentra en el copago complementario para los medicamentos con un precio superior al precio basado en el valor. Para determinadas prestaciones, la cobertura pública podría basarse en la disposición social a pagar (coste máximo por AVAC incremental) completada con pagos privados complementarios basados en la disposición individual a pagar (cobertura *"top-up"*)
33. En general son preferibles los copagos evitables, complementarios u opcionales a los obligatorios

Propuestas específicas para España

34. Recomendaciones en negativo: no imponer copagos a las visitas médicas ni a las hospitalizaciones necesarias, indicadas y coste-efectivas. Tampoco a los programas de cribado poblacional coste-efectivos, para las personas del grupo diana, aunque fuera de él pudieran considerarse pruebas electivas complementarias eventualmente sujetas. Las vacunas incluidas en el calendario vacunal deberían en todo caso quedar exentas de copago.
35. Recomendaciones en positivo:
    a. los tratamientos y prestaciones que no sean eficaces o efectivas deberán tener un co-pago del 100% (es decir, no deberían ser financiadas por el SNS);
    b. los servicios efectivos pero no coste-efectivos dado el umbral de disponibilidad a pagar del país y las restricciones presupuestarias, podrían recibir una subvención (que es la otra cara de la moneda del copago) hasta el valor de la Ratio de Coste-Efectividad Incremental que resulta de la disposición social a pagar. Quedarían excluídos de la cartera básica común de servicios del SNS. Esta subvención podría tener la forma de reducción fiscal en el IRPF;
    c. podrían ofrecerse copagos voluntarios de prestaciones complementarias o "extras" que no afectan a la salud sino a dimensiones de comodidad o rapidez;
    d. Para abordar presupuestariamente la ampliación de la cartera de servicios con nuevas prestaciones (ejemplo, podología) podría proponerse la co-financiación por parte del usuario;
    e. los servicios y prestaciones cuya efectividad (adherencia) depende de la motivación del usuario han de estar sujetos a copago, que proponemos sea condicionado al cumplimiento (por ejemplo, los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar, o las curas de adelgazamiento);
    f. en la medida de lo posible, se diseñarán y articularán co-pagos voluntarios, particularmente en el caso de los precios de referencia de los fármacos que deberían ser reformulados para que el usuario contribuya por la diferencia entre el precio financiado (que se basaría

en el valor terapéutico, en las condiciones del mercado y de la competencia) y el precio del medicamento que elige adquirir.

36. Recomendaciones específicas sobre cambios en el actual copago de medicamentos:
    a. suprimir la distinción entre activos y pensionistas, cualidad que en principio no marca ninguna diferencia ni de necesidad ni de renta;
    b. establecer límites máximos anuales (no mensuales) del copago, en euros, en función de la renta, con más tramos que los tres actuales para diferenciar mejor los tramos entre 18.000 y 100.000 euros anuales de renta familiar. El modelo de copago de Suecia podría servir de orientación;
    c. podrían establecerse varios porcentajes de copago sobre el PVP en función de la efectividad de los tratamientos. Francia podría ser un referente en este sentido;
    d. los tratamientos con un ratio coste-efectividad socialmente aceptable para pacientes crónicos y para grupos vulnerables deberían ser gratuitos o casi-gratuitos;
    e. los tratamientos para síntomas menores, en la medida en que sean efectivos y coste-efectivos, deberían estar incluidos en la cartera de servicio en las mismas condiciones que el resto.

1. Introducción. Los copagos en su contexto

La participación de los pacientes en el coste de los bienes y servicios sanitarios es una práctica habitual en todos los sistemas sanitarios, tanto en seguros privados como en sistemas nacionales de salud universales. Su justificación se basa en el riesgo moral inducido por el exceso de consumo cuando el precio pagado por el consumidor es inferior al valor o utilidad marginal. Los copagos se suelen imponer a los diferentes servicios de atención médica (visitas médicas, pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas, urgencias, hospitalizaciones) y a los medicamentos y demás insumos. Hay una amplia variedad de diseños en la forma, alcance, y exenciones. Los copagos afectan al consumo de los servicios por los que se paga, tienen efectos cruzados sobre otros servicios médicos, sobre la renta disponible y la equidad, y sobre la salud de las personas y poblaciones.

En sentido amplio, los copagos son una forma de distribución de riesgos entre dos partes –asegurador y asegurado, SNS y usuario- pero hay otras formas, complementarias, de distribución de riesgos como los contratos de riesgo compartido entre la industria y la aseguradora, o los incentivos a los prescriptores. Por otra parte, los copagos suelen establecerse de forma complementaria a otras medidas de política farmacéutica que atañen a los precios –precios de referencia, cuarta barrera basada en el coste por año de vida ganado, ajustado por calidad de vida- y a otros elementos del sistema. De hecho, los precios de referencia pueden diseñarse también como copagos evitables. Por tanto, el análisis del copago, tanto el positivo como el normativo, debe ser contexto-específico. Por otra parte, el análisis de las políticas de copago debe formar parte de un análisis más global de políticas sanitarias y sociales.

En este trabajo se revisa la literatura sobre los copagos sanitarios desde la teoría económica, y las experiencias de distintas fórmulas de copago aplicadas en diversos países. En la revisión internacional (apartado 2) hemos incluido los copagos de los países UE-15 (Portugal, España, Grecia, Bélgica, Alemania, Reino Unido, Dinamarca, Irlanda, Francia, Italia, Austria, Luxemburgo, Países Bajos, Irlanda y Suecia), y EEUU, Canadá, Nueva Zelanda y Australia. Prestamos especial atención al copago sanitario en España. Analizamos los efectos esperados de los copagos a la luz de la teoría económica (apartado 3) y revisamos la evidencia empírica sobre los efectos en la lista de países anteriormente mencionada (apartado 4). Finalmente, en el apartado 5 se proponen sugerencias sobre diseño de copagos para el contexto español que minimicen los efectos adversos, particularmente en términos de equidad, y maximicen el bienestar social y la eficiencia del sistema.

1.1. Los copagos en los SNS (Sistemas Nacionales de Salud), en Sistemas de Seguridad Social (SS) y en el aseguramiento privado

Se entiende por copago la participación del usuario en el coste de un bien o servicio; en este caso, un servicio sanitario. Puesto que la utilización es personal, desde el punto de vista económico se trata de bienes privados (en el sentido de que carecen de las dos características definitorias de un bien público, no rivalidad en el consumo y no posibilidad de exclusión). El hecho de que el paciente no pague totalmente el precio de los bienes y servicios sanitarios que utilice en el momento del consumo se puede deber a dos motivos bien distintos: que esté asegurado, y su póliza cubra parcial o totalmente ese riesgo, o que sea un ciudadano cubierto por un sistema de salud universal cuya cobertura le dé alcance. El papel de los copagos es bien diferente en los sistemas de salud de corte liberal, basados en el aseguramiento libre, en los sistemas de aseguramiento solidario –con primas comunitarias- y en sistemas nacionales de salud universales. En los primeros, el asegurado elige cobertura, primas y copagos, por lo que el copago está ligado a la cobertura. En el aseguramiento solidario con prima comunitaria los copagos tienen un papel disuasorio del consumo excesivo, y se suele hacer hincapié en la garantía de acceso en condiciones de equidad, mediante exenciones y excepciones en la regulación del co-pago. Los dos tipos principales de modelos sanitarios (el modelo de seguridad social o modelo *Bismarck* y el de sistema nacional de salud o modelo *Beveridge)* son fenotípicamente diferentes, en cuanto a elección del usuario, coberturas y copagos, también en cuanto a la satisfacción del público, por lo que las comparaciones internacionales (de gasto público sanitario, por ejemplo) deberían hacerse considerando solo países homogéneos, pertenecientes al mismo modelo(1).

El ***Modelo Bismarck*** es el más antiguo, nació en 1883 en Alemania y en su época fue el más avanzado del mundo. Se conforma en torno a los "sistemas de seguridad social", financiados por cotizaciones sociales obligatorias por parte de los trabajadores y empresas, que a su vez son la principal fuente de financiación de este tipo de sistema. Este dinero va a parar a "fondos" de entidades no gubernamentales reguladas por ley, que gestionan estos recursos. En este modelo se protege a los trabajadores y a sus familiares contra accidentes, enfermedad, invalidez y problemas de salud derivados de la vejez. Es obligatorio y de carácter solidario. Los países de la EUR-15 con este modelo (tabla 1) incluyen Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Luxemburgo y Países Bajos. También se incluyen algunos países, actualmente en el grupo OCDE, incorporados a la EUR-28 en el último decenio (Eslovaquia, Eslovenia, República Checa o Hungría,..). Los países bajo el modelo Bismarck suelen tener una cobertura más amplia, pero sobre todo mucho más explícita y delimitada. Esta mayor cobertura suele estar relacionada con un mayor importe de copagos aunque con posibilidades de elección superiores(2). Aunque hay variantes entre países, el aseguramiento sanitario de un paquete básico es obligatorio, es decir, todos los ciudadanos obtienen su filiación a la seguridad social. Por otro lado, es muy frecuente que la mayor parte de la población suscriba un seguro privado. En los modelos Bismarck el copago tiene como función esencial la co-responsabilidad del usuario en la carga financiera asociada a su consumo, en un contexto de aseguramiento social.

El ***Modelo Beveridge*** sigue el patrón del Sistema Nacional de Salud (SNS) donde los residentes tienen derecho a recibir servicios sanitarios con cobertura universal, financiados mayoritariamente a través de impuestos. Se parte de que la protección a la salud es un derecho de la ciudadanía, al que debería tenerse acceso igualitario. Los copagos tienen como principal objetivo limitar el abuso moral (eficiencia), prestando especial atención a limitar la transferencia de riesgo financiero al paciente y a preservar la equidad introduciendo exenciones y diferenciaciones según la situación personal (ancianos, crónicos, rentas bajas, niños y jóvenes, desempleados). Surgió en 1948 en el Reino Unido, y hoy en día es el modelo definitorio de Reino Unido, Suecia, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Italia, España, Grecia y Portugal.

En la UE-28 hay países tipo Bismarck puros y países Beveridge puros, pero también hay híbridos. De hecho, una clasificación no dicotómica de los sistemas de salud es la que se realiza en función de si la fuente de financiación principal son los impuestos (Beveridge) o, en caso de no serlo, si hay un aseguramiento con pagador único (seguro público) o con múltiples aseguradores, con afiliación obligatoria o voluntaria (elección entre aseguradoras en competencia). El tipo predominante en la EUR-28 es el modelo de SNS (tabla 1), con 11 de los 28 países. Los nuevos países emergentes suelen adoptar el sistema de asegurador único, con financiación mixta parcialmente proveniente de impuestos generales (9 de los 28 países). Hemos excluido de la tabla a Rumanía porque no entra en la lista de los analizados por el Observatorio Europeo de la OMS[2] que es nuestra principal fuente de información. Grecia y Lituania, tienen sistemas mixtos o híbridos, con características de ambos modelos.

Tabla 1. Tipos de sistemas de salud en la OCDE y EUR-28

Fuente principal de coberturade atención sanitaria básica		Lista de países
Sistema de salud financiado con impuestos generales	Sistema Nacional de Salud (SNS) Modelo Beveridge	Australia, Canada, **Dinamarca Finlandia,** Islandia, **Irlanda, Italia,** Nueva Zelanda, Noruega, **Portugal, España, Suecia, Reino Unido,Chipre, Letonia, Malta**
Sistema de seguro de salud	Pagador único	**Grecia, Hungría**, Corea, **Luxemburgo, Polonia, Eslovenia**, Turquia, **Bulgaria, Croacia, Estonia, Lituania**
	Múltiples aseguradores con afiliación obligatoria	**Austria, Belgica, Francia**, Japón
	Múltiples aseguradores con elección de aseguradora	Chile, **República Checa, Alemania,** Israel, Mexico, **Paises Bajos, Eslovaquia**, Suiza, EEUU

(En negrita, UE-28)

Fuente: OECD Health system characteristics Survey 2012. Tomado de Mossialos et al 2015(3)
http://www.oecd.org/health/health-systems/characteristics.htm

Es preciso examinar conjuntamente el binomio copago-grado de cobertura del aseguramiento en tanto que este binomio es el que determina el alcance de los

[2] http://www.hspm.org/mainpage.aspx

servicios incluidos. Además, para la comparación de sistemas sanitarios es relevante el tamaño y definición de la población cubierta, y constituye el tercer eje o dimensión del cubo cuyo volumen define el gasto sanitario público (o de la aseguradora). La OMS adoptó esta ya clásica conceptualización del gasto sanitario en tres dimensiones – universalidad versus cobertura poblacional restringida, grado de cobertura de la gama de servicios y distribución de la carga financiera (copagos) en su abogacía estratégica por la universalidad(4). En general se observa una relación directa entre copagos y cobertura de servicios, como veremos mas abajo (cf. Apartado 2.1). En ambos tipos de modelo puede haber un sector de aseguramiento privado voluntario. Esos seguros de salud privados son complementarios o sustitutivos del aseguramiento público.

1.2. Conceptos y diseños de copagos sanitarios. Fórmulas y funciones

Los efectos esperados de los copagos varían según su diseño. A este respecto conviene diferenciar según los siguientes criterios tipológicos(5):

a) Copagos por acto, por periodo de tiempo o por proceso. Un ejemplo de copago por acto sería el pago de una determinada cuantía por visita al médico de familia (13.8€ e Finlandia, 6.5€ en Bélgida o 5€ en Portugal); Un ejemplo de copago por periodo es el de Austria, donde se pagan 10€ anuales por la atención de medicina de familia. Un ejemplo de copago por proceso es el de la hospitalización en Grecia, donde se paga menos del 10% de la factura total del proceso de hospitalización. Los sistemas nacionales de salud de cobertura universal imponen en su caso copagos por acto, en algunos casos con deducible(6). Los sistemas basados en seguros privados establecen sus copagos fundamentalmente en primas de seguro voluntarias ajustadas por riesgo, en las que el asegurado elige en un menú de contratos que se diferencian en cobertura asegurada, primas y copagos (5)

b) Copagos por acción y copagos por omisión. Los primeros son por consumir, los segundos por no utilizar los recursos terapéuticos prescritos (por ejemplo, por la falta de adherencia a los tratamientos o la inasistencia a consultas).

c) Copagos incondicionales y copagos condicionales (compartir el riesgo). El copago como sanción. Por ejemplo, copago como “multa” por mal comportamiento del paciente. En algunos planes de salud en EEUU, dentro de Medicaid, el paciente paga la consulta médica si ha tenido un bajo cumplimiento es decir, si no se ha presentado a la visita o visitas previas. Otro ejemplo de copago condicionado es el de Alemania, donde con carácter general hay un techo o límite máximo del copago del 2% de la renta familiar, que para los crónicos se reduce al 1% siempre demuestren que han seguido el consejo médico y los cribados en su caso).

d) Los copagos negativos y los incentivos positivos, por ejemplo, premios por dejar de fumar. La lógica que hay detrás es la de incentivar movimientos eficientes a lo largo de las isocuantas de salud. Los pacientes cambiarán consumos intra-sanitarios por recursos saludables autogestionados: cambios de estilos de vida, ejercicio físico, etc...

e) Desde la perspectiva de la función de producción de salud, los copagos pueden incidir en los inputs, en los procesos o en los resultados. Ejemplo del primer tipo son los copagos de medicamentos, de las consultas médicas o por intervenciones quirúrgicas; del segundo sería el copago de un paciente diabético por el cuidado de su salud durante un año; del tercer tipo, cuando el paciente solo pagará si la intervención quirúrgica ha tenido éxito, o se le devuelve el dinero del tratamiento farmacológico si no se alcanza el objetivo esperado .

Según su estructura, los co-pagos pueden ser de una tarifa fija o un porcentaje del precio, o bien seguir una fórmula mixta (una parte fija más una variable). Además, hay deducibles, reembolsables y otros mecanismos y fórmulas que se emplean en los diseños.

1. **Tarifa** fija (euros por unidad, ejemplo, por prescripción)
2. **Tasa** de co-pago. Porcentaje del precio del medicamento que paga el paciente en el momento del consumo
3. Fórmulas **mixtas**. Un mínimo fijo a pagar por unidad, más un porcentaje del precio
4. **Deducible o franquicia**. Los individuos pagan el gasto total de los primeros servicios sanitarios consumidos, mientras que, a partir de una determinada cantidad, el asegurador se hace cargo de la totalidad de los gastos del periodo (mes, año), o por episodio (receta)
5. **Reembolsable**. Se trata de un pre-pago por parte del ciudadano, que es rembolsado posteriormente. Este tipo de copago suele conllevar un límite en lo que al importe del reembolso se refiere (porcentajes sobre gasto o límites en cuantías fijas).

Los sistemas de copago pueden asimismo 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 enfermos crónicos o a enfermos agudos con un coste muy elevado concentrado en un período de tiempo corto. El asegurador también puede imponer un límite a la cobertura, de forma que mediante este método el paciente cubre las pérdidas más gravosas

Una distinción relevante es entre copagos **evitables** y copagos **inevitables**. Los precios de referencia aplicados a los medicamentos en muchos países de la UE representan una forma de copago evitable; permiten al usuario evitar ese pago escogiendo la alternativa terapéutica equivalente. En los sistemas de precio de referencia el paciente paga la diferencia entre el precio del servicio o medicamento y el nivel de referencia, que suele corresponder a uno de los precios más bajos observados entre los servicios o medicamentos del mismo grupo de equivalencia, de forma que el paciente siempre tiene la elección de evitar pagar esa diferencia si así lo prefiere. Sin embargo, el sistema español de precios de referencia excluye la posibilidad de copago evitable, por lo que constituye más bien un sistema de regulación del precio máximo con exclusión de los precios superiores al nivel de referencia de la financiación pública.

2. Revisión (descriptiva) de los copagos sanitarios en el mundo desarrollado y su evolución. Tipología

2.1. Los copagos en Europa

En este apartado se describe de forma sintética el esquema y funcionamiento de los copagos sanitarios en los países de Europa-15. Se resumen en la tabla 2, en la que por simplicidad hemos señalado únicamente si hay o no copago de visitas al médico de familia, al especialista, por hospitalización de agudos y de medicamentos, así como si hay topes o techos de gasto y exenciones a determinados grupos de población. En la tabla 2ª del anexo se ofrecen detalles de los copagos (cuantía, modalidad, exenciones específicas, etc).

Las fuentes principales de la información recogida en dichas tablas son el MISSOC (Sistema de Información Mutua sobre Protección Social, http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=815&langId=en, el Observatorio Europeo de la OMS, http://www.hspm.org/mainpage.aspx, y un informe sobre los sistemas sanitarios en países desarrollados del mundo publicado en enero de 2015(3).

Tabla 2. Los Copagos sanitarios en EUR-15 (resumen)

Pais	Visitas al médico de Atención Primaria	Visitas al especialista	Hospitalizacion	Medicamentos	Techo al co-pago	Exenciones y protección a grupos vulnerables y renta baja	Exenciones y protección a grupos vulnerables y renta baja (en paises en los que la cobertura está ligada a la ocupación o bajo mandato individual)
Alemania	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI
Austria	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO
Belgica	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Dinamarca	NO	NO	NO	SI	NO	SI	
España	NO	NO	NO	SI	SI	SI	
Finlandia	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Francia	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Grecia	NO	NO	SI	SI	NO	SI	
Irlanda	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Italia	NO	SI	NO	SI	NO	SI	
Luxemburgo	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI
Países Bajos	NO	NO(1)	NO(1)	SI	SI	SI	SI
Portugal	SI	SI	NO	SI	NO	SI	
Reino Unido	NO	NO	NO	SI	NO	SI	
Suecia	SI	SI	SI	SI	SI	SI	

(1) Una vez se ha pagado la franquicia general de 350€

Fuentes: MISSOC (Sistema de Información Mutua sobre Protección Social, http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=815&langId=en
Observatorio Europeo de la OMS, http://www.hspm.org/mainpage.aspx
MOSSIALOS, E., WENZL, M., OSBORN, R. & ANDERSON, C. 2015. *International Profiles of Health Care Systems (3)*.
Para información detallada sobre los copagos, techos y exenciones, véase tabla 2 A en el anexo

Como se aprecia en las tablas 2 y 2A, todos los países exigen copago farmacéutico. En cuanto a las visitas médicas, la gratuidad es la excepción, igual que en hospitalizaciones. No obstante, las tarifas por visita médica pueden ser muy reducidas. Así, en Bélgica se paga entre 1€ y 6.5€ por visita al médico general, dependiendo de las circunstancias personales, y en Portugal 5€.

En los países en los que el paciente paga y solicita el reembolso posterior, el prepago funciona como elemento disuasorio de riesgo moral. Esto ocurre en países de tipología Bismark (Bélgica, Francia, Luxemburgo para medicamentos) pero incluso en algún país del norte de SNS a lo Beveridge (Finlandia con los medicamentos).

La mayor parte de países (10 de 15) tienen algún tipo de límite máximo a los copagos y todos salvo Luxemburgo hacen excepciones para los pacientes más vulnerables según criterios personales de edad, renta y/o salud. La combinación de tarifa o tasa de copago y límite máximo determina, en último término, lo gravosa que puede ser la asistencia sanitaria para los ciudadanos y la distribución interpersonal de los gastos de bolsillo. Por ejemplo, Suecia tiene tarifas de copago relativamente altas, comparadas con las de Portugal o Bélgica (entre 13€ y 33€ por visita al médico general), pero un límite máximo anual bajo (120€ en 12 meses).

Nueve de los 15 países EUR-15 imponen copago por hospitalización, a una tarifa diaria que oscila entre 10€ en y Austria hasta 75€ en Irlanda. No obstante, suele haber límite máximo a los gastos de hospitalización, de forma que el paciente paga la tarifa únicamente los 10 primeros días (Irlanda), los 28 primeros días (Alemania y Austria), los 30 primeros (Luxemburgo) o los 31 primeros (Francia). Los países que no tienen un límite específico para gasto hospitalario, suelen establecerlo para el gasto sanitario total (Suecia, Bélgica). Estos límites suelen ser modulados por renta y por condiciones personales.

Es frecuente que la atención sanitaria a niños, ancianos y otros colectivos como mujeres embarazadas sea gratuita o tenga copagos reducidos.

Algunos países diferencian tasas/niveles de copago según proveedores. Se paga menos si se utiliza el proveedor preferente, o público, y más si se acude a un proveedor privado (por ejemplo, para hospitalización en Grecia). La práctica privada en hospitales públicos es frecuente en Europa. Los pacientes han de pagar tasas por ese tipo de utilización (por ejemplo, en Irlanda y Grecia).

Analizando conjuntamente el binomio cobertura de servicios-copago, se encuentran ciertos patrones según el tipo de sistema sanitario. En los sistemas de Seguridad Social suele haber más cobertura y más explícitamente estipulada y delimitada, mayores posibilidades de elección por los ciudadanos y más copagos(7). En los Sistemas Nacionales de Salud de los países nórdicos suele haber mayor cobertura de servicios, y bastantes copagos, aunque muy limitados en cuantía y modulados según nivel de renta, con exenciones personales. En los SNS del Sur de Europa, la cobertura de servicios suele ser menor, pero hay pocos copagos y de escasa cuantía. La falta de cobertura de determinados servicios, que equivale a copagos del 100%, ocasiona pagos privados directos considerables y promueve la contratación de seguros sanitarios suplementarios.

Una dimensión relevante de las diferencias entre países es el grado de descentralización, así en Italia, tras eliminar el copago estatal con la reforma aprobada

en 2000, cada región estableció (o no) copagos, de cuantía e intensidad variable. Otro país con amplia descentralización en la regulación y alcance de los copagos es Canadá. Por el contrario, Austria, Bélgica, Francia o los Países Bajos tienen una estructura y regulación de los copagos centralizada y común en todo el territorio. Es ese también mayoritariamente el caso en España a pesar de la descentralización de competencias sanitarias que culminó en el año 2002. Los intentos de establecer un copago diferenciado en algunas CAA(1 € por receta en Cataluña en 2012 y en Madrid en 2013) fueron anulados por el tribunal constitucional.

Con los co-pagos sanitarios formales u oficiales, coexisten en algunos países co-pagos informales, ligados a una tradición de la que cuesta desprenderse. Así, después de diez años de existir un paquete básico público con co-pagos oficiales, en Bulgaria el 13% de los usuarios de consultas ambulatorias y el 33% de los hospitalizados financian con pagos informales, en dinero y/o en especie, a los profesionales(8).

2.2. Los copagos en otros países desarrollados (OCDE)

La tabla 3 proporciona información sobre los copagos sanitarios en los otros países desarrollados fuera de Europa (Canadá, EEUU, Australia y Nueva Zelanda) que incluimos en la revisión de este informe. Como en la tabla 2, incluimos en el cuerpo del documento una síntesis binaria de la existencia o no de copagos (tabla 3), y en el anexo la tabla 3 A con información detallada y pormenorizada.

Tabla 3. Los copagos sanitarios en los paíises OCDE no europeos incluidos en el informe: Australia, Canadá, EEUU, Nueva Zelanda (resumen)

Pais	Visitas al médico de Atención Primaria	Visitas al especialista	Hospitalizacion	Medicamentos	Techo al co-pago	Exenciones y protección a grupos vulnerables y renta baja
Australia	NO	NO	NO	SI	NO	SI
Canadá	NO	NO	NO	SI	NO	SI
EEUU	*	*	*	*	*	*
Nueva Zelanda	SI	NO	NO	SI	NO	SI

* Varía según plan de seguro

Fuentes: MOSSIALOS, E., WENZL, M., OSBORN, R. & ANDERSON, C. 2015. *International Profiles of Health Care Systems*. Barnieh et al (2014)(7)
Fuentes específicas para medicamentos en Australia: http://www.pbs.gov.au/info/about-the-pbs#What_is_the_PBS
Para información detallada sobre los copagos, techos y exenciones, véase tabla 3 A en el anexo

Tendencias recientes

Frente a los copagos tradicionales, obligatorios para el paciente, los nuevos copagos que se han empezado a aplicar en las dos últimas décadas en muchos países europeos son evitables y complementarios u opcionales(9, 10).

El aumento del co-pago sanitario ha sido una de las medidas más frecuentemente utilizadas para afrontar la crisis económica y contener el gasto sanitario, sin embargo antes de la recesión de 2008 el copago sanitario ya estaba ampliamente extendido en la mayoría de sistemas de salud.

Los países que sufrieron más la recesión económica implementaron múltiples medidas de contención del gasto farmacéutico, en contraste con los países de economías mas estables. Entre 2008 y 2011, Portugal implementó 22 medidas, España 17, Grecia 14, Irlanda 10 y Eslovaquia 10(11). Por el contrario, Finlandia, Austria, y Estonia, países estables económicamente, en el mismo periodo ponían en marcha 2, 6 y 7 medidas respectivamente. Todos los países, salvo Grecia, incluían cambios de copagos entre sus medidas. También Italia recurrió al restablecimiento de copagos como forma de afrontar la crisis. En Julio de 2011, restableció un cargo adicional de €10 por prescripción y un copago de €25 por uso inapropiado de urgencias, que algunas regiones, sin embargo, no han implementado(3). Es en este contexto en el que se inscribe la reforma de los copagos en España de mediados de 2012 (véase apartado 2.3).

Otras medidas anticrisis de política farmacéutica que se utilizaron fueron reducciones de precios (precios de referencia externos, bajadas de márgenes de distribuidores, cambios en el IVA de los medicamentos, revisiones extraordinarias de precios); medidas que afectan al reembolso (precios de referencia internos, reducir la lista de medicamentos cubiertos); y medidas sobre genéricos (obligatoriedad de prescripción, sustitución de marcas por genéricos, campañas publicitarias y de concienciación del público).

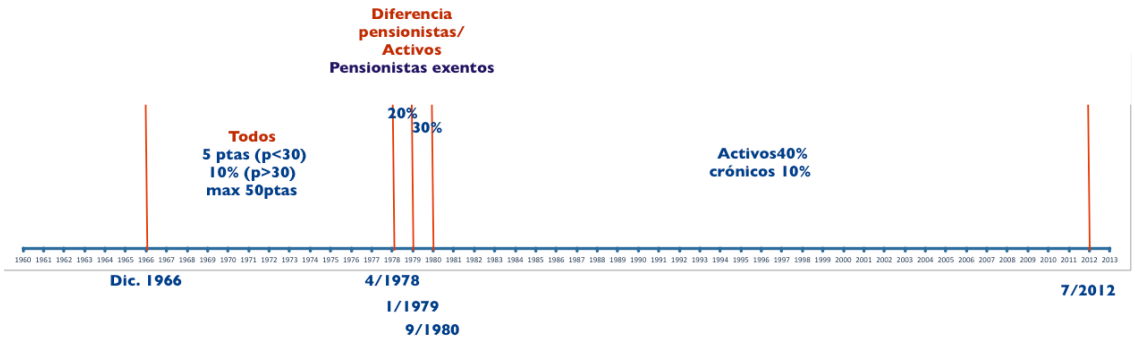
Pero también en algunos países que no sufrieron la crisis económica se puede detectar la tendencia a aumentar las exigencias de copagos a los usuarios. Así, en 2014 Australia impuso un copago de 7$ por visita médica y por otros servicios sanitarios (pruebas diagnósticas) sin excepciones ni exenciones, salvo para los niños(12), y aumentó considerablemente el copago de medicamentos. Algunos autores asocian esta tendencia al "fin de la era del *entitlement*", en el contexto más amplio de la tendencia a *financializar* la sociedad. Se responsabiliza a las familias de sus riesgos y costes asociados no solo relativos a la salud sino también a las provisiones económicas para el futuro y a la educación de los hijos.

Otros países, por el contrario, han reducido o suprimido recientemente ciertos copagos. Es el caso de Alemania, que suprimió en 2013 la tasa por consulta médica, tanto al médico general como al especialista.

2.3. Los copagos en España

Los copagos en España se habían aplicado únicamente a la prestación farmacéutica y se habían mantenido inalterados desde los primeros años de la democracia. En 1978, en el contexto de los pactos de la Moncloa, se cambian las condiciones de co-pago cuyo origen se remonta al año 1966, estableciéndose la distinción entre a activos y pensionistas del régimen general de la seguridad social, y dejando exentos de todo copago a estos últimos. Esa exención, asociada a una idea de contraprestación en especie a unas pensiones de baja cuantía, habría de durar 32 años. Entre abril de 1978 y septiembre de 1980, el porcentaje de copago de los activos se incrementó del 10% al 20%, al 30% y finalmente se estabilizó en el 40% (figura 1). Los funcionarios de MUFACE, MUJEJU e ISFAS pagarían el 30% independientemente de su condición de activos o pensionistas.

Figura 1. La evolución del co-pago de medicamentos en España 1966-2012



En cuanto a cobertura, en el Real Decreto Ley 83/1993, del 22 de Enero, se incluye la selección de los medicamentos que van a ser financiados por el Sistema Nacional de Salud, dejando fuera los cosméticos, elixires bucodentales y jabones medicinales. También se excluyen los suplementos alimenticios, anabolizantes o productos antiobesidad. En ese Real Decreto también se especifica el porcentaje que pagan los usuarios por consumir medicamentos que pertenecen a los denominados "de aportación reducida", que son tratamientos para enfermedades crónicas (10% del PVP).

Por tanto, hasta julio de 2012 los pensionistas y sus dependientes estuvieron exentos de copago, el cual únicamente se aplicaba a los activos y sus dependientes, independientemente de sus características socio-económicas. No existían topes o techos en la cantidad máxima de gasto que debían realizar los individuos, y las personas activas que se jubilaban o empezaban a recibir una pensión de discapacidad, independientemente de su edad, y sus dependientes estaban automáticamente exentos del esquema de copago farmacéutico y obtenían acceso libre a las prescripciones médicas de los pacientes externos .

A pesar de los intentos autonómicos de reaccionar al inmovilismo regulando nuevos esquemas de copago de medicamentos (el euro por receta en Cataluña, y posteriormente en Madrid), fueron medidas efímeras. El tribunal constitucional suspendió cautelarmente dicho copago autonómico en enero de 2013, y sentenció en su contra en abril del mismo año, disponiendo que la financiación de la sanidad es competencia básica estatal. El euro por receta había durado seis meses en Cataluña, habiendo recaudado 45.7 millones €, y apenas 25 días en Madrid.

Aunque inalterado *de irue*, el sistema estatal de copagos aplicado hasta 2012 había ido evolucionando *de facto*, en términos de una acusada tendencia a la reducción de la tasa de copago efectivo (del 15% en 1985 al 7% en 2009 y 6% en 2012). La reducción de la participación efectiva en el copago vendría explicada por el envejecimiento de la población, un gran número de medicinas para crónicos con aportación reducida y el consumo excesivo asociado al potencial riesgo moral ((13). Como resultado de ello, y de otros factores, el consumo de medicamentos por persona en España se ha situado entre los más elevados en el contexto internacional hasta fechas recientes .

Sus muchos detractores argumentaban acerca de la escasa relación entre condición de pensionista y capacidad económica. Además, la evidencia acerca del riesgo moral entre los pensionistas se acumulaba desde el estudio pionero de Puig en 1988(14) hasta el mas reciente del mismo autor y sus colaboradores de 2015(15). En cuanto a los activos, se había detectado una elevada concentración del importe pagado por activos de bajos ingresos y necesidades sanitarias derivadas de procesos agudos. En síntesis, a mediados de 2012 había cierto consenso en el país a favor de reformar el sistema de copago, aunque el consenso no era tan claro sobre cómo hacerlo.

El Real Decreto-ley 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 rompe el *statu quo* de 32 años, cambiando las condiciones y límites del co-pago. En él se recogen las nuevas directrices y baremos de los copagos a implantar y se abre el camino para desfinanciar una lista de medicamentos antes cubiertos. Además, establece las nuevas condiciones para tener la condición de asegurado por el Sistema Nacional de Salud español. Las visitas médicas y hospitalización forman parte de la cartera básica de servicios del SNS y quedan fuera del copago por definición, pero el transporte no urgente, que antes era gratuito, queda potencialmente sujeto a copago, y queda también la puerta abierta para establecer copagos a los medicamentos de dispensación hospitalaria. Tras varios intentos en los meses siguientes a la promulgación del RD16/2012, se abandonó esa vía.

A raiz del RD16/2012 los pensionistas empiezan a pagar por los medicamentos de prescripción ambulatoria el 10% del precio, con límites mensuales según renta (base liquidable general y del ahorroo del IRFF del año anterior) (tabla 4). Si su renta es superior a 100.000€ anuales, pagará el 60% del PVP, equiparándose a los activos salvo en el límite mensual, de 61.75€ actualmente, que los activos no tienen. Los primeros meses algunas CCAA no pudieron aplicar los límites de forma efectiva, de modo que el pensionista tenía que pagar en la farmacia el 10% y solicitar el reembolso posterior.

Una parte de los activos pasan del 40% de copago sobre el PVP al 50% o 60%, dependiendo de su renta. El copago de los activos no tiene límite máximo.

Tal como se ha descrito, a partir del mes de junio del 2012 se produce una reforma bastante profunda del sistema de copago sobre los medicamentos dispensados en las oficinas de farmacia con tres tipos de políticas ("tripago") que entran en vigor casi de manera concurrente en un espacio de tiempo comprendido entre finales de junio y el primero de octubre de 2012. Se trata de: (i) la introducción temporal de un copago de un euro por receta con un máximo anual en Catalunya y Madrid adoptando la forma de una tasa autonómica hasta su suspensión por el Tribunal Constitucional , (ii) la reforma del copago estatal que pone fin a la gratuidad extensiva para todos los pensionistas haciéndoles pagar un 10% del precio de los medicamentos con un límite máximo mensual y que al mismo tiempo aumenta el porcentaje del precio a cargo de los activos hasta el 50 y el 60 %, dependiendo de su nivel de renta , y (iii) la desfinanciación de un conjunto amplio de más de 400 medicamentos que suponen la mayor parte de determinados grupos terapéuticos, la mayoría de ellos indicados para síntomas menores, y que equivale para estos medicamentos a una tasa de copago del 100 % a cargo del paciente.

Lo positivo que podía haber tenido la reforma, poner de relieve que universal no equivale a gratuito cuando teníamos uno de los consumos de medicamentos por persona más altos del mundo, se ha visto ensombrecido por ciertos aspectos bastante mejorables. El primero es el trato diferencial, a igual renta y necesidad, de los activos con enfermedades importantes respecto a los pensionistas, ya que el porcentaje de copago es muy elevado y no se aplica ningún límite máximo. El segundo es que el copago de los activos, a pesar de pretenderlo, no es función de la renta: lo es el porcentaje de co-pago sobre el PVP de cada envase, pero no lo que realmente acaba pagando por sus medicinas, al final del año, cada ciudadano del grupo de activos con renta familiar baja, media y alta. Y, en tercer lugar, la incapacidad de gestionar el límite máximo de los pensionistas en el momento de la dispensación no sólo resultaba costosa al gestionar devoluciones, sino que inhabilitaba precisamente la función reductora del riesgo financiero de ese límite. Con todo, como se verá más adelante, las reformas adoptadas a partir de mediados del 2012 han producido por primera vez en más de tres décadas una reducción espectacular a corto plazo del número de recetas dispensadas en las oficinas de farmacia.

El nuevo copago mantiene las altas subvenciones de los medicamentos para tratamientos crónicos y exenciones personales a determinados colectivos especialmente vulnerables como son las personas con discapacidad, los perceptores de rentas de integración social y de pensiones no contributivas, los parados que no cobran el subsidio de desempleo, así como las exenciones de los tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

Los tratamientos para enfermedades crónicas siguen teniendo contribución reducida (en 2015 es el 10% del PVP, con un máximo de €4.26 por receta). Los desempleados de larga duración que han perdido el subsidio y los discapacitados (únicamente los acogidos a la Ley de Integración Social del Minusválidos, de 1982, LISMI) están exentos

de co-pago. El colectivo de discapacitados LISMI había ido menguando a partir de la entrada en vigor de la ley de dependencia. Puesto que muchos eran pensionistas, estaban exentos de pago de medicamentos por esa condición. En 2006 había en España 53.462 discapacitados LISMI, en septiembre de 2013 quedaban solo 23.841[3]. El resto, pensionistas en su mayoría, tendría que empezar a pagar el 10% de los medicamentos. En su informe sobre la discapacidad de 2013?, los defensores del pueblo de España llamaron la atención sobre este problema: *"La aplicación, de manera general, de la gratuidad de los medicamentos para las personas con discapacidad, especialmente dependientes de la prestación farmacéutica, constituye una medida de apoyo imprescindible para estas personas"*[4].

Otra cuestión a tener en cuenta es que el límite mensual de copago afecta al titular de la tarjeta Sanitaria Individual (TSI) y a sus beneficiarios por separado, pero la renta que define el tope es la declarada el año previo en el IRPF (base liquidable general y del ahorro) por la persona titular de la Tarjeta. En principio puede favorecer, pues, las declaraciones individuales de IRPF frente a las conjuntas de la unidad familiar en los casos en que al agregar las rentas se cambia de tramo de copago, aumentando en consecuencia el porcentaje a pagar y/o el límite máximo mensual.

Una característica peculiar del copago en España, comparado con el de los otros países revisados, es que el límite de pago se establece mensualmente. Solo en Irlanda, como en España, hay un límite mensual de gasto en medicamentos, que diferencia según nivel de renta y situación familiar. En el resto de países en que hay límite de gasto, es anual, contando en algunos casos años de calendarios y en otros los últimos doce meses.

Con la generalización de la receta electrónica (que debería estar "*implantada y ser interoperable en todo el Sistema Nacional de Salud antes del 1 de enero de 2013*" según el Real Decreto-ley 9/2011, las CCAA establecen ventanas temporales para retirar las recetas de la farmacia y dado el carácter mensual de los limites, los pacientes crónicos polimedicados podrían diseñar estrategias de acumular el gasto en algunos meses, superando sustancialmente el límite, para evitar copagos en los meses subsiguientes. La implantación de la receta electrónica en los centros de salud de España ha experimentado un fuerte desarrollo en los últimos años: en 2012 el 65.9% de los centros de salud la utilizaban, en 2014 el 91.6%(16).

Considerando el binomio cobertura-copago, todo lo que no está cubierto tiene un copago del 100%. En España entrarían en esta categoría la atención dental a los adultos, pues la mayor parte de prestaciones quedan formalmente fuera de cobertura, y otros servicios escasamente cubiertos por el SNS como la atención domiciliaria a la mayoría de pacientes inmovilizados. La tabla 4 define los grupos de copago de medicamentos a partir del RD16/2012 de 20 de abril, los tramos de base liquidable de

[3] Imserso (2013). Base estatal de datos de personas con discapacidad. http://imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/bdepcd_2013.pdf
[4] http://www.diputadodelcomun.org/v6/jc2013/docs/conclusiones_28_jornadas.pdf

la renta y sus correspondientes límites de aportación mensual máxima (actualizados a enero de 2015 por la Resolución 15/12/2014, BOE 23/12/2014)

Tabla 4. El co-pago de medicamentos en España (a junio 2015)

Código	Descripción	Subtipos	Aportación (% PVP)	Límite máximo mensual
TSI001(1)	Usuarios exentos de aportación		0	---
TSI002	Pensionistas (rentas menores a €18.000 anuales)	01	10%	€8,23
TSI002	Pensionistas (renta anuales entre €18.000 y €100.000)	02	10%	€18,52
TSI003	Activos con renta anual menor a €18.000		40%	Sin límite
TSI004	Activos con renta anual entre €18.000 y €100.000		50%	Sin límite
TSI005	Activos con renta superior a €100.000		60%	Sin límite
	Pensionistas con renta superior a €100.000	003	60%	€61,08
TSI006	MUFACE, MUGEJU, ISFAS (activos y pensionistas)		30%	Sin límite
ATEP	Recetas de accidente de trabajo o enfermedad profesional		0%	Sin límite

(1) Incluye:
Afectados por el síndrome tóxico
Personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica (Ley de Integración Social del Minusválido –LISMI)
Personas perceptoras de rentas de integración social o pensiones no contributivas
Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo, en tanto subsista su situación
Tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional

Fuente: RD16/2012 de 20 de abrio y Resolución 15/12/2014, BOE 23/12/2014

Hacia la entrada en vigor del cambio de copago, el conjunto de los usuarios aportaba aproximadamente el 6% del gasto total de medicamentos de prescripción en España. Tras la reforma del copago del RD16/2012 y desfinanciación de la lista de medicamentos, ese porcentaje podría haberse duplicado (cf. Más adelante, 4.3).

3. Efectos esperados de los distintos esquemas de copago sobre la utilización, la eficiencia, la equidad, y la salud

Los copagos de servicios sanitarios potencialmente afectarán a: 1) la demanda o utilización de los servicios y/o a los tratamientos; 2) utilización de otros servicios sustitutivos o complementarios; 3) la salud, propia y ajena; 4) el gasto y la distribución de la renta, y en último término, 5) a la equidad.

Las relaciones causales entre copagos y salud son complejas y se producen por varias vías y mecanismos(5, 17). El más importante se produce vía utilización. Los copagos causan variaciones en los perfiles de utilización sanitaria, y estos producen cambios en la salud. Son efectos-precio. Además, se producen efectos vía renta. Los copagos (y primas de seguro) alteran la renta real, que a su vez está bidireccionalmente relacionada con la salud. Las dificultades metodológicas para estimar los efectos del copago sobre la salud se deben, fundamentalmente, a la coexistencia de otros determinantes individuales y comunitarios que alteran la salud directamente y mediante la inducción de efectos renta y de cambios en la utilización sanitaria.

3.1. Asimetrías de información, aseguramiento y riesgo moral

Se dice que estamos ante un problema de Riesgo Moral cuando en un mercado con información asimétrica, un agente realiza acciones que otro no puede controlar e influyen en la probabilidad de que tenga lugar un acontecimiento que no solo le afecta a él. El riesgo moral, que tiene que ver con incentivos pero no con "moralidad", y puede ser modelizado como un problema agente-principal, surge cuando hay información asimétrica. Aparece en los comportamientos relacionados con el aseguramiento. En el caso de los servicios sanitarios, la existencia de riesgo moral supone que los individuos utilizan más los servicios cuando disponen de un seguro que cuando carecen de él. En relación a la salud, el riesgo moral *ex-ante* es similar al de cualquier otro tipo de seguros. Esto es, cuando se está asegurado se asume mayor riesgo que cuando no se está porque se sabe que de producirse un incidente las consecuencias las pagará el seguro: como tienes la casa/coche asegurados antirrobo, no contratas alarmas ni pones rejas y aparcas en la calle; como el seguro de salud te cubre, no te cuidas. El riesgo moral *ex-post* se traduce en un exceso de consumo que se produce como consecuencia de no afrontar la totalidad del coste de provisión de los servicios sanitarios.

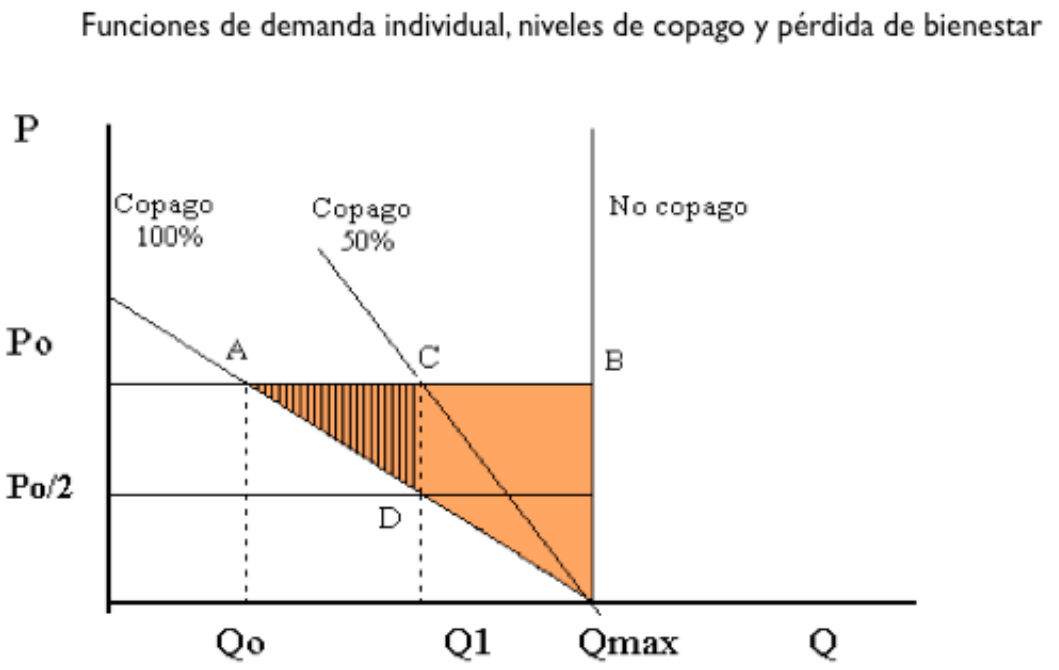
3.2. Efectos esperados del copago sobre la utilización y elasticidades precio propias y cruzadas

Los copagos, en el contexto de sistemas de aseguramiento público a prima comunitaria, tendrán dos efectos esperados: la posible reducción de riesgo moral (y

mejora subsiguiente de eficiencia) y la recaudación o redistribución del riesgo financiero entre usuario y asegurador, con objeto de compartir el coste de la asistencia, contribuyendo a la financiación de la sanidad pública, *cost-sharing*.

El efecto del copago sobre el riesgo moral, y por tanto el papel del copago como *concienciador*, depende principalmente de la elasticidad precio de la demanda. Cúanto más elástica sea la demanda, mayor es el potencial de abuso moral y de reducción de consumo estableciendo un copago. En la figura 2 representamos las funciones de demanda (lineales, por simplicidad) asociadas a un hipotético servicio sanitario si no hay co-pago (demanda totalmente inelástica), si está sujeto a un co-pago del 50% o si está sujeto a un copago del 100% del precio. En este caso, es la curva de demanda original y no hay abuso moral porque el usuario afronta el coste completo de su decisión (riesgo financiero).

Figura 2



El triángulo ABQmax es la *pérdida de bienestar* imputable al riesgo moral (ex post) si hay cobertura total
El triángulo ACD es la *pérdida de bienestar* imputable al riesgo moral (ex post) si hay copago del 50%

Es de esperar que los medicamentos esenciales y los más efectivos sean mas inelásticos al precio. Esperamos que, por ejemplo, la insulina sea más inelástica al precio que las vitaminas. Por tanto, un copago sobre la insulina no reduciría consumo, ni gasto, únicamente pasaría una parte de la carga financiera al usuario.

Si la elasticidad precio es unitaria, la cantidad se reduce en el mismo porcentaje en que

el precio aumenta y el gasto no se altera. Si la elasticidad precio es cero, o próxima a cero, el copago aumenta la recaudación (cost-sharing) pero no reduce la utilización.

Los servicios efectivos para los que se cuenta con evidencia científica clara(18), y los tratamientos cuya práctica está protocolizada presentan poca variabilidad en la práctica médica y elasticidades precio muy bajas. Un ejemplo es la apendectomía. Los copagos no serían recomendables, pues no hay evidencia de que se produzca utilización innecesaria, y porque el papel del paciente en la demanda es muy débil. Los copagos de prestaciones efectivas únicamente servirían para trasladar parte de la financiación pública a financiación privada, a costa del paciente.

Por otra parte, los *ricos* tendrán demandas más precio-inelásticas que los pobres, y en este sentido los copagos tienen potencial discriminatorio del acceso y suscitan problemas de equidad.

Es esencial por tanto, conocer o estimar las elasticidades precio y renta de los servicios sanitarios, por grupos de población, para predecir los efectos esperados de distintos esquemas de copago. Necesitaríamos conocer elasticidades propias y cruzadas respecto a otros servicios sustitutivos. Por ejemplo, si se imponen copagos selectivos a determinados servicios, el consumo se desviará a los que sigan siendo gratuitos. Una tasa por consulta de atención primaria provocaría que los pacientes aumentaran su frecuentación de urgencias y consultas de especialidad. También habría que conocer elasticidades a corto y a largo plazo.

La evidencia empírica indica que ante copagos obligatorios y lineales en muchos casos los pacientes reducen tanto la atención más necesaria como la menos necesaria ((19-21). Esto aconsejaría reducir o eximir de copago la atención de más valor sanitario. El análisis económico convencional y la economía del comportamiento conducen a una conclusión similar ((22, 23);). Cuando los pacientes disponen de información imperfecta sobre el beneficio sanitario de los tratamientos, el interés se traslada de la elasticidad-precio de la demanda a la relación coste-efectividad de los tratamientos en la línea de las políticas de cobertura basada en el valor(21, 24, 25)). En cambio, si la información del paciente sobre el beneficio sanitario es perfecta, lo único importante es la elasticidad-precio; si la información es tan imperfecta que incluso con cobertura completa la demanda es inferior a la eficiente, entonces la elasticidad es irrelevante. El objetivo del copago óptimo sería el de conseguir que en el uso de los servicios se elimine la sobreutilización (cuando el beneficio es inferior al coste) y que no existan necesidades no cubiertas (cuando el beneficio es superior al coste)(20).

Una condición necesaria, aunque no suficiente, para que los copagos sean efectivos en reducir la utilización innecesaria, y por tanto no tengan coste en términos de efectividad o salud, es que se impongan a prestaciones que estén *bajo control* del paciente. Si es el médico quien decide y hay alto grado de evidencia científica sobre la indicación, los copagos no tendrán justificación en términos de salud, serán meras transferencias de renta desde los bolsillos de los pacientes.

Muchos estudios diferencian entre utilización y adherencia. La utilización responde a

fenómenos de oferta, prescripción y uso de medicamentos, mientras que la adherencia se refiere a si el paciente toma los medicamentos que su médico le ha prescrito. Si el médico es agente perfecto del paciente, sus prescripciones reflejarán la función de utilidad del paciente, dada su renta, precios, copagos y valor terapéutico esperado de las posibles opciones de tratamiento. Por tanto, será mas sensible al precio de los medicamentos que prescribe cuando hay copagos, y cuanto mas altos sean éstos. Hay cierta evidencia en este sentido para España(26). En Canadá, desde las asociaciones médicas se alienta a los médicos a que conozcan el precio de los medicamentos que prescriben(27).

El fenómeno de la (falta de) adherencia puede reflejar una relación de agencia incompleta, y puede ser consecuencia de diversas causas. Entre la literatura reciente que ha examinado de manera sistemática las causas de la falta de adherencia a tratamientos crónicos, destacamos la reciente revisión sistemática de la literatura para el período de 1990 a 2013(28). En esta revisión se identifican múltiples causas potenciales, aunque muchas de ellas no aportan evidencia clara en todos los trabajos. Sin embargo, hay tres tipos de causas que en todos los resultan significativos para predecir una baja adherencia: pertenecer a una minoría étnica, estar en situación de desempleo y el importe del coste con cargo al paciente. Por tanto, el copago se configura como elemento central del debate en torno a la adherencia a los tratamientos médicos, y se pone en evidencia un gradiente social significativo. Más adelante detallamos la evidencia disponible sobre atribución del copago como causa de la falta de adherencia a los tratamientos médicos (cf. 4.2)

No linealidades en los co-pagos

Los efectos esperados (incentivos implícitos) de los co-pagos no lineales son diferentes de los diseños basados en una tasa o porcentaje por uso. Por ejemplo, en Alemania en 2004 se introdujo una tasa de 10€ por la primera visita al médico cada trimestre. Las visitas eran gratuitas. La medida, que fue abolida a finales de 2012, afectaba a mayores de 18 años y podía ser eludida si la persona optaba por afiliarse con un médico de familia que hiciera de filtro hacia el especialista. Obviamente, el incentivo de ese copago se dirigía a no utilizar los servicios médicos, pero una vez iniciado el contacto con la primera visita, el paciente no tenía ningún incentivo a moderar su número de visitas.

3.3. Efectos sobre la eficiencia y sobre la equidad

Si los efectos del copago sobre la eficiencia dependen de la elasticidad precio de la demanda y en último término de la evidencia sobre su efectividad, los efectos sobre la equidad dependen del diferencial de elasticidad precio de la demanda según grupos de renta. Si un medicamento esencial es de demanda algo elástica para determinados grupos de población (pobres, inmigrantes, ancianos,…) entonces el copago inducirá barreras de acceso y problemas de equidad. Por eso la mayor parte de países diseñan formulas de copagos con límites de aportación y exenciones personales. Aunque el

copago puede ser una solución al excesivo crecimiento de la demanda y del gasto sanitario, puede tener efectos adversos en términos de inequidad y aumento de la desigualdad y puede reducir el consumo sanitario necesario, no solo el innecesario.

3.4. Efectos sobre la salud

La intensidad del efecto del copago sobre la salud dependerá de la elasticidad precio y renta de la demanda (que cambia patrones de utilización) y de la intensidad de la relación causal entre utilización y salud, es decir, según el grado de necesidad, o efectividad, de la prestación. Como veremos más adelante (cf. Apartado 4), hay poca evidencia sobre efectos del copago sobre la salud, en comparación al conocimiento de los efectos sobre la utilización e incluso sobre la equidad de acceso.

4. Revisión de la evidencia empírica (fundamentada metodológicamente) sobre los efectos de copagos implementados en el mundo

4.1. Problemas metodológicos

La estimación empírica de las elasticidades de la demanda de los servicios sanitarios que, como hemos visto, es esencial para evaluar los efectos del copago sobre la utilización, no es sencilla, por falta de datos experimentales o cuasi-experimentales.

La variación del copago de un tipo de servicio no suele ser exógena, y suele venir acompañada de cambios en las condiciones de copago de otros servicios y en "paquetes" de medidas de política sanitaria y/o social. Un ejemplo es el RD16/2012 ya comentado en páginas previas.

Precisamente por el sesgo de autoselección que implica la elección de las condiciones de aseguramiento, incluido el copago, en los seguros libres de salud con prima individual, los estudios del copago suelen centrarse en poblaciones aseguradas con seguros de prima comunitaria o cubiertas por sistemas nacionales de salud. Los métodos utilizados más frecuentemente para estimar la elasticidad precio de la demanda de servicios sanitarios tienen los siguientes diseños:

- Ensayos clínicos aleatorizados con grupo de control, como el de la Corporación Rand de los años setenta.

- Estudios antes-después con grupo de control. Este tipo de diseño aprovecha la variación exógena de las condiciones de copago de un grupo de pacientes o población, como en un experimento natural. Miden y analizan el consumo de ambos grupos de pacientes antes y después del cambio en el copago.

- Diseños de series temporales con tendencias segmentadas. Suelen ser estudios observacionales con datos agregados.

- Diseños de medidas repetidas y de cohortes.

Hay además estudios observacionales de corte transversal o de cortes transversales repetidos, con datos individuales de pacientes sometidos a copagos diferentes. Por ejemplo, los individuos de renta baja que están exentos de pago de visitas al médico general versus el resto(29), o personas mayores que están exentas del pago de visitas, comparadas con el resto que han de afrontar un copago(30).

Con todo, en el último decenio se ha avanzado mucho en la posibilidad de diseñar estudios de mayor calidad metodológica, gracias a la disponibilidad de grandes bases de datos de registros individuales con información longitudinal, y gracias a los cambios exógenos (o que se pueden considerar como tales) en las condiciones de copago inducidos por la crisis económica, que permiten diseñar estudios cuasi experimentales o experimentos naturales. En los apartados 4.2 y 4.3 se revisan y presentan los estudios recientes.

4.2. Efectos de los copagos sanitarios en el mundo desarrollado: revisión de la evidencia

4.2.1. Introducción

Hay una amplísima literatura científica con resultados empíricos de los efectos de copagos sanitarios sobre la utilización y el gasto; bastante más escasa es la que mide los efectos sobre la salud. Los estudios de efectos de copagos tienen escasa validez externa porque el contexto importa y mucho, como hemos visto más arriba. De ahí que nos interesen los que pudieran reflejar cambios de comportamiento similares a los esperables en nuestro país: referidos a países desarrollados en un contexto de aseguramiento con primas comunitarias o cobertura pública en un sistema nacional de salud. En sistemas de seguro voluntario, el copago es elegido por los individuos, como hemos visto, y por tanto hay un sesgo de selección que condiciona los resultados de los estudios no experimentales, y las posibilidades de realizar experimentos controlados bien diseñados son escasas. La excepción fue en los años setenta el gran experimento Rand que, aún reconociendo que ha aportado luz, ésta es cada vez menos útil treinta años después en un entorno de aseguramiento público como el nuestro.

Como hemos visto (cf. Apartado 3), los principales efectos del copago sobre la salud están mediatizados por su efecto sobre la utilización y de ésta sobre la salud. De ahí, la gran dificultad para estimar la pérdida de salud (¿cómo medirla?) que se produciría, si se impusieran distintos diseños de copagos. Por ello hay tan pocos estudios de los efectos finales del copago sobre la salud, comparados con los estudios de cambios de utilización atribuibles al copago. Otra razón puede ser que los efectos sobre la salud sólo se pueden evaluar a medio y largo plazo.

Según su alcance, los estudios empíricos pueden analizar los efectos del copago en uno o varios tipos de servicios: consultas de atención primaria, consultas de especialistas, emergencias, hospitalización, medicamentos. Según la población estudiada, en unos casos es la población general, en otros es la de adultos o pediátrica, o bien grupos vulnerables (ancianos, pobres, inmigrantes, enfermos crónicos). Los efectos analizados son la utilización/demanda, incluyendo efectos cruzados; la adherencia a los tratamientos; la salud; el gasto y su distribución entre paciente y aseguradora; y las consecuencias en términos de equidad (en utilización, en salud y/o en renta).

Hay un considerable número de revisiones de la literatura sobre los efectos del copago sanitario. Difieren fundamentalmente en los criterios de inclusión, en los períodos a que se refieren y en su abordaje, más epidemiológico o más económico. La mayor parte son revisiones, sistemáticas o no, de tipo cualitativo. Una revisión publicada en 2007(31) analiza las disparidades de estimaciones de elasticidad precio de la demanda de medicamentos y obtiene una nueva estimación, cifrada en -0.209, empleando análisis de meta-regresión. Concluyen además que las elasticidades son mayores en los

trabajos publicados en revistas de economía, cuanto mayor es la muestra, y cuando se utilizan datos agregados. Por el contrario, los estimadores de la elasticidad son menores cuando los estudios se refieren a países con sistemas de salud financiados con impuestos.

Hay dos revisiones sistemáticas que merece la pena destacar, la de Kill y Houlberg, publicada en 2014 con referencias hasta 2011(32) y el meta análisis de Sinnott y otros (2013)(28). Este último se centra en estudios que estiman el efecto de establecer o aumentar el copago en medicamentos sobre la adherencia, en países ricos según la clasificación del Banco Mundial y únicamente en poblaciones aseguradas. Justifica la elección de la adherencia (y no la demanda o utilización) por reflejar mejor, en su caso, las consecuencias sobre la salud. En la práctica, los siete estudios incluidos por cumplir los criterios de inclusión son para EEUU, poblaciones de edad avanzada con problemas crónicos de tipo cardiovascular (hipercolesterolemia, hipertensión, diabetes) asegurados en Medicare (4) y en la Administración de Veteranos (3). Aunque con diseños metodológicos adecuados (4 son diseños de cohortes y tres son diseños controlados antes-después), en principio, para medir los efectos buscados, los estudios tienen debilidades metodológicas, tiempos de seguimiento muy variables y analizan cambios causados por aumentos de copago de baja y alta cuantía. Con todo, los resultados son contundentes: el odd-ratio global, obtenido para los casi doscientos mil pacientes estudiados, es 1.11(IC95% 1.09-1.14). Sin embargo, un análisis detallado de la figura 2 del mencionado estudio advierte que para 10 de los 17 grupos de pacientes analizados, el efecto no es estadísticamente significativo al 5%.

La revisión de Kill y Houlberg de 2014(32) tiene un enfoque más económico que epidemiológico (de hecho, la búsqueda se hace en EconLit). Tiene la ventaja de ser una revisión sistemática cuantitativa y transparente, siguiendo las recomendaciones metodológicas al uso(33) (PRISMA), se centra en países desarrollados y formula las preguntas relevantes, a saber, los efectos del copago de servicios sanitarios –no solamente medicamentos, también consultas, hospitalizaciones- sobre cambios de comportamiento en cuando a demanda y utilización, sobre la salud y sobre la equidad y distribución del riesgo financiero.

En los párrafos que siguen resumiremos los resultados más relevantes de la revisión de Kill y a continuación la completaremos, empleando el mismo algoritmo de búsqueda para los años posteriores, de enero de 2012 a marzo de 2015, y ampliando las bases de datos de búsqueda y la lista de países.

4.2.2. La revision de Kill y Houlberg (KH)

Publicada en 2014, incluye 47 estudios originales publicados entre 1990 y 2011 para países de renta alta (según la clasificación del Banco Mundial). El copago en contexto de aseguramiento voluntario queda excluido. Nueve de los 47 estudios son para Canadá o alguna de sus provincias(34-42). Otros países representados con varios estudios son Bélgica(43, 44), Dinamarca(45-49), Irlanda(29, 30, 50), Italia(51, 52), España(13, 53), Suecia(54-56), EEUU(57), República Checa(58, 59) y Alemania(60-63).

Algunos estudios comparan varios países(50, 64-69). En cuanto a método, nueve estudios utilizan regresiones basadas en Diferencias en Diferencias (DiD) con datos de panel (13, 29, 51, 52, 59, 60, 62, 63, 70) o con datos de cortes transversales repetidos (30, 43).

La mayor parte de los estudios analizan cambios en la demanda/utilización, sobre todo de consultas de medicina general (18 estudios) y de medicamentos prescritos (18). Son más escasos los que evalúan cambios de utilización de atención ambulatoria (2), hospitalización (3) y servicios preventivos (3). Sin embargo, únicamente siete estudios miden cuantitativamente las elasticidades de la demanda/utilización respecto al precio pagado, generando en total 4 estimaciones de elasticidades de atención ambulatoria/consultas al especialista(52, 64, 71), otras cuatro de medicamentos(13, 55, 57, 70), y dos para las consultas al médico general y atención domiciliaria(64, 71).

Prácticamente todos los estudios encuentran que el copago reduce la utilización, salvo la hospitalización. Las elasticidades estimadas son todas negativas y menores de 0.4 en valor absoluto (véase tabla 3 del artículo), 12 de las 15 estimaciones son inferiores a 0.20 en valor absoluto. Solo dos estudios, con datos agregados hasta mediados de los noventa y ambos para Bélgica(43, 44), comparan las estimaciones de elasticidades precio del uso de visitas al médico general, al especialista y domiciliarias. Según el primero, las mujeres de renta baja parecen tener demandas más inelásticas al precio que los hombres de renta baja. Para ambos sexos, las visitas al médico general son mas inelásticas (-0.01 para mujeres, -0.06 para hombres) que las visitas al especialista (-0.02 para mujeres, -0.14 para hombres) y éstas son más inelásticas que las domiciliarias (-0.08 para mujeres, -0.18 para hombres). El segundo de los estudios belgas(44), para la población general, encuentra elasticidades precio más altas, pero menores para las visitas al especialista (-0.10) que al médico general (entre -0.12 y -0.16). Los estudios que no cuantifican elasticidades pero comparan reducciones en el uso de visitas ambulatorias y hospitalizaciones concluyen que estas últimas son menos sensibles al copago que las visitas ambulatorias. No obstante, ambos estudios son para países asiáticos, Japón(72) y Corea(73), y su validez externa para nuestro entorno se puede poner en duda.

La evidencia de que el copago de medicamentos reduce su utilización es robusta y se ha encontrado en prácticamente todos los estudios, tanto en los que comparan poblaciones sujetas a distintas tasas de copago como los que examinan la transición de las personas activas hacia la jubilación, que lleva aparejada la exención de copago de medicamentos. Uno de esos estudios, para España(13), merece nuestra especial atención en este documento. Los autores utilizan la base de datos administrativa que enlaza el consumo farmacéutico y las hospitalizaciones de toda la población de Cataluña cubierta por Tarjeta Sanitaria con edades entre 58 y 65 años en el momento base (enero 2004), y los siguen tres años, hasta diciembre de 2006. Explotan la información del cambio de activo a pensionista, que es endógeno (decisión del momento de la (pre)jubilación), por lo que aplican una estrategia de DiD. El estudio estima que el cambio a la gratuidad de los medicamentos (desde el 40% que pagaban como activos) aumenta el consumo de medicamentos en un 9.5% en promedio, el gasto farmacéutico en un 15.2% y los costes para el financiador público en un 47.5%.

No encuentran efectos cruzados en el uso de hospitalización.

Muchos de los estudios que analizan la sensibilidad al copago para grupos de pacientes de necesidad demostrada encuentran efectos negativos, por ejemplo en Canadá para pacientes mayores con artritis reumatoide(37) y para pacientes mayores con enfermedades crónicas (35). Un estudio danés(49) con microdatos del 20% de la población danesa antes y después de un incremento de copago de medicamentos encuentra que anticipándose a su entrada en vigor, muchos pacientes crónicos (diabetes) acumulan su tratamiento (insulina), y que el efecto sobre la utilización de penicilina para infecciones agudas (no previsibles) es intenso (elasticidad precio hasta -0.35) muy superior a la de la mayor parte de los estudios. Por último, como era de esperar, los trabajos revisados encuentran gran heterogeneidad entre tipos de pacientes, y la necesidad es un reductor clave de las elasticidades. Por ejemplo, los neurolépticos son menos sensibles al copago que los corticosteroides inhalados para el asma(34). Una conclusión bastante general, también esperada, es que la demanda de medicamentos esenciales es más inelástica al precio que la de tratamientos "de elección" o menos necesarios(36, 40, 48, 74). Los tratamientos preventivos, como la vacuna de la gripe(75) o el cribado de cardiopatías isquémica(45, 46) son sensibles al copago.

Respecto a los efectos cruzados y sobre la salud, la evidencia es escasa. Únicamente seis de los 47 estudios analizan las posibles consecuencias de un copago de medicamentos sobre la utilización de otros servicios sanitarios. De ellos, la mitad no encuentra efectos cruzados significativos, dos concluyen que el copago en medicamentos aumenta las hospitalizaciones, y la mortalidad, entre pacientes hipertensos en Italia(51) y las consultas al médico general en Canadá por parte de pacientes con artritis reumatoide(37) respectivamente, y uno descubre que en Canadá solo los copagos de medicamentos esenciales a personas mayores tienen efectos sobre otros servicios sanitarios y sobre la mortalidad(40). No hay ningún estudio que cuestione cambios cruzados de utilización atribuibles a los copagos de consultas u hospitalización.

Hay evidencia de que los copagos afectan más a las poblaciones y grupos mas vulnerables, planteando problemas de equidad de acceso. Esto se debe a que los individuos de renta baja, bajo nivel educativo, bajo status social y mala salud tienen demandas más elásticas para igual necesidad que el resto de los ciudadanos. Diez estudios encuentran este tipo de asociación entre renta baja y mayor elasticidad precio de la demanda, mientras que cinco estudios no encuentran asociación.

En síntesis, de la revisión de Kill y Houlberg se concluye que los servicios sanitarios son bastante inelásticos al precio y en consecuencia el efecto del copago no es tanto la reducción de uso (innecesario, abuso moral) como la redistribución de la carga financiera en contra del paciente. Las consultas al médico general son menos sensibles al precio que las ambulatorias. Además, algunos estudios han encontrado efectos cruzados relevantes de los copagos en medicamentos sobre la utilización de consultas y hospitalización, y sobre la salud. La elasticidad precio de la demanda de servicios sanitarios, y de medicamentos, parece ser mayor para los pacientes de renta baja. No

es de extrañar, pues, que muchos de los estudios (19) estén focalizados hacia las consecuencias redistributivas de los copagos y los problemas de equidad en el acceso que provocan, con especial atención a grupos vulnerables. Sin embargo, la evidencia en este sentido para los copagos ambulatorios y de hospitalización es muy limitada y para países no europeos, Corea(73) y Japón(72). Otra laguna detectada por Kill y Houlberg es la falta de evidencia sobre consecuencias a largo plazo de los copagos. Por último, las divergencias entre los resultados de distintos estudios pueden deberse a diferencias en el sistema de atención sanitaria, al diseño de los estudios y a las poblaciones estudiadas.

4.2.3. Nuestra revisión sistemática para 2012-2015

Hemos actualizado la revisión sistemática de Kill y Houlberg (KH) utilizado el mismo algoritmo de búsqueda, y ampliando las bases de datos para incluir Medline (PubMed) además de EconLit.

Las palabras clave de nuestra búsqueda fueron las mismas que en KH *[payment* OR copayment* OR co-payment* OR user fee* OR user charge* OR co-finance OR user pays OR cost sharing OR out-of-pocket OR private payment* OR finance OR financing OR funding] AND [health* OR medical OR somatic OR doctor* OR dental OR medicine OR drug* OR primary care OR general practice OR specialist OR physio* OR rehabilitation OR hospital OR ambulatory]*, salvo que añadimos la palabra *Emergenc**. Respecto a la búsqueda en PubMed, el algoritmo de búsqueda de KH (en All Fields) resultaba en un número de varios cientos de miles de referencias. Limitamos la búsqueda al campo Abstract y añadimos como criterio *EUROPE [Abstract] OR OECD [Abstract] OR Australia [Abstract] OR New Zaeland [Abstract] OR United States [Abstract].*

Como en el estudio de KH, nos hemos limitado a los estudios de los efectos del copago en entornos de aseguramiento público o con primas comunitarias, pues en los mercados de seguro libre el sesgo de selección marca los resultados, salvo si se hacen complejos y costosos experimentos naturales como el de la Rand en los años setenta(76).

El ámbito geográfico utilizado fueron los países estudiados en este texto, UE-15, Canadá, EEUU, Australia y Nueva Zelanda. Fueron incluidos los artículos escritos en danés, inglés o sueco, para seguir el criterio de KH, añadiendo el idioma español. Asimismo, y como en la revisión de KH, incluimos en la búsqueda libros, artículos de revistas, reseñas de libros, disertaciones y documentos de trabajo.

Siguiendo la metodología PRISMA, en una primera exploración en la base de datos de Econlit, se obtuvieron 654 resultados de los que descartamos 646, quedando 8 estudios que cumplieran los criterios de inclusión. En la base de datos de Pubmed (Medline) se encontraron 418 artículos, de los que 6 no duplicados en Econlit cumplían los criterios de inclusión. No se encontraron nuevas referencias válidas en la revisión de la bibliografía de los 14 artículos seleccionados.

La Tabla 5 contiene información básica sobre los elementos de estudio, los países examinados y los años a que se refieren los 14 artículos.

Tabla 5. Información clave sobre los estudios de efectos del copago sanitario revisados (2012-2015)

Num	Referencias	País	Análisis			Datos			Tipo Pub
			Foco	Diseño	Método	Tipo	Años	Nivel	
1	Becker et al(77)	USA	DE	OB	REG	R-PA	1998-2009	IND	PA
2	Chen at al.(78)	USA	DE	NE	REG	R-PA	2010-2011	IND	PA
3	Damiani et al(79)	ITA	DE	NE	TSM	R-TI	2001-2007	AGG	PA
4	Farbmacher et al(80)	GER	DE	NE	DiD	S-PA	2002-2006	IND	PA
5	Fraeyman et al(81)	BEL	DE	OB	REG	R-PA	1997-2009	AGG	PA
6	Knott et al(82)	AUS	DE	OB	REG	S-CR	2008	IND	PA
7	Lesen et al(83)	SWE	DE	OB	REG	R-PA	2007-2009	IND	PA
8	Li et al(84)	CAN	DE-HS	NE	DID	R-PA	2001-2002	IND	PA
9	Puig-Junoy et al(85)	SPA	DE	OB	TSM	R-TI	2003-2012	AGG	PA
10	Ridley(86)	USA	DE	OB	IV	S-PA	2000-2002	AGG	PA
11	Sabik et al(87)	USA	DE	OB	REG	R-PA	2001-2009	IND	PA
12	Sen et al(88)	USA	DE	NE	REG	R-PA	1999-2009	IND	PA
13	Skipper(89)	DEN	DE	NE	RD	R-PA	2000	IND	PA
14	Terraneo et al(90)	ITA	DE/EQ	OB	REG	R-RC	2001-2010	HOU	PA

País: AUS = Australia; BEL = Belgium; CAN = Canada; CZE = Czech Republic; DEN = Denmark; EUR = Europe; FRA = France; GER = Germany; ICE = Iceland; IRL = Ireland; ISR = Israel; ITA = Italy; JAP = Japan; KOR = South Korea; NIRL = Northern Ireland; NZE = New Zealand; RUS = Russia; SPA = Spain; SWE = Sweden; USA = United States of America
Foco: DE = demand effects; EQ = distributional effects (equity); HS = health effects and substitution Analysis
Diseño: EX = experiment; NE = natural experiment; OB = observational study; CC = cross-country comparison; MM = markov model; TSM = time series modelling;
Método de análisis: DC = descriptive comparison; DID = difference-in-difference; IN = various concentration and inequity indices; IV = instrument variable estimation; REG = regression; RD = regressions-discontinuity estimation
Tipo de datos: S- = survey; R- = register; RC = repeated cross-sections; PA = panel data; TI = times series data; CR = cross-sectional data Level: AGG = aggregate; HOU = household; IND = individual
Tipo de publicación: PA = peer-reviewed article; WP = working paper

La literatura revisada incluye los estudios publicados entre los años 2012 y 2015. Sin embargo, el intervalo de estudio que prevalece en los artículos hallados es el comprendido entre los años 2000-2012. El copago en EEUU es el más estudiado (5 de 14 artículos). Todos los documentos incluidos basan su investigación en un único país. Dos son para Italia, que cambió durante la primera década de los dos mil el régimen de copago, dando autonomía a las regiones a partir de enero de 2001, y hay un estudio para cada uno de los siguientes países: Australia, Alemania, Bélgica, Canadá, España, Dinamarca y Suecia.

Todos los estudios analizan efectos sobre la demanda o utilización o adherencia. Dos de ellos, además, analizan efectos sobre la equidad y efectos cruzados sobre otros tipos de servicios sanitarios. Llama la atención que ninguno estima efectos finales sobre la salud.

Respecto al tipo de datos, todos salvo tres utilizan datos de registro. Predominan los

microdatos individuales (9 estudios) o del hogar (1 estudio). Los datos agregados son series temporales (2 estudios) o de panel (2 estudios). En el conjunto de los estudios, los paneles de datos se han convertido en el estándar predominante (10 de 14 estudios). Ocho de los artículos emplean diseños observacionales y cuatro son experimentos naturales. En los modelos predominan los basados en regresiones de diversos tipos. Algunos estudios utilizan regresión discontinua, modelos estocásticos de series temporales, Diferencias en Diferencias y Variables Instrumentales.

Todos los estudios han sido publicados en revistas científicas con revisión por pares (no se han encontrado documentos de trabajo o literatura gris relevante).

En cuanto al objeto o alcance del estudio, la mayor parte se centran en copagos de medicamentos, como sería de esperar por su mayor prevalencia, comparados con los de visitas medicas y hospitalizaciones, gratuitos en varios países.

Los signos de los efectos del copago sobre la demanda se resumen en la Tabla 7.

Tabla 6. El efecto del copago en el uso de varios tipos de servicios sanitarios

Tipo de servicio sanitario sujeto a copago	Efecto	Estudios
Visitas al médico general Atención ambulatoria	-	Farbmacher et al [[4] (GER, NE DiD, S-PA, 2002-2006, IND); Sen et al [12] (USA, DE, NE, REG, R-PA, 1999-2009, IND);
	+	Koening[1] (USA, EX,IV?, R-TI, 2009-2012, IND);
Hospitalizaciones	-	Sen et al [12] (USA, DE, NE, REG, R-PA, 1999-2009, IND);
Medicamentos de prescripción	-	Skipper [13](DEN, NE, RD, R-PA, 2000, IND); Chen at al. 2(USA, DE, NE,REG, R-PA, 2010-2011, IND); Sen et al [12] (USA, DE, NE, REG, R-PA, 1999-2009, IND); Ridley [10] (USA, OB, IV, S-PA, 2000-2002, AGG); Fraeyman et al [5] (BEL, OB, REG, R-PA, 1997-2009, AGG; Puig-Junoy et al [[9] (SPA, OB, TSM R-TI, 2003-2012,AGG); Li et al [4] (CAN, NE, DID, R-PA, 2001-2002, IND); Knott et al [[6](AUS,DE,OB,REG,S-CR,2008,IND)
Prevención	0	Damiani [[3](ITA,DE,NE,TSM,R-TI,2001-2007,AGG)
Urgencias	- 0	Sabik et at [11] (USA, OB, REG, R-PA, 2001-2009, IND); Becker etal [1] (USA, OB, REG, R-PA, 1998-2009, IND); Sen et al [12] (USA, DE, NE, REG, R-PA, 1999-2009, IND)

(0) No efecto significativo; (-)Efecto inverso: aumento de copago reduce la utilización del servicio sujeto a copago; (+) Efecto directo: aumento de copago reduce la utilización del servicio sujeto a copago

En la tabla 7 se aprecia que el aumento del copago de medicamentos generalmente

provoca una disminución en su utilización. La evidencia para hospitalización y emergencias es mucho más limitada.

Puig-Junoy et al(85) estiman el efecto del copago de productos farmacéuticos en España, tras el cambio de 2012, sobre el consumo y el gasto. El estudio concluye que tras imponer el nuevo copago, las prescripciones médicas se redujeron entre un 15% y un 20% (dependiendo de la comunidad autónoma) durante los primeros 14 meses.

De los tres estudios que analizan el copago en los servicios de emergencia, solo uno (87) encuentra efectos negativos.

Solo tres estudios han estimado la elasticidad precio de la demanda ante cambios en el copago de otros servicios sanitarios, dos de ellos para medicamentos(86, 89) y uno para consultas de medicina general(80). La Tabla 8 resume sus resultados, que dan elasticidades bajas, salvo el de Ridley para inhibidores de la bomba de protones en EEUU(86), que podrían llegar a tener elasticidades precio superiores a la unidad en valor absoluto.

Tabla 7. Estimadores de la elasticidad precio de la demanda para varios tipos de servicios sanitarios

Estudio	Grupo de población	Tipo de servicio sanitario	Elasticidad precio de la demanda
Ridley(86) (USA, OB, IV, S-PA, 2000-2002, AGG)	Población total	MED (inhibidores de la Bomba de Protones)	Entre -1,11 y -0,76 (según especificación del modelo)
Skipper (89)(DEN, NE, RD, R-PA, 2000, IND)	Población total	MED (penicilina V)	Entre –0.36 y –0.5
		MED(Dicloxacillina)	Entre –0.22 y –0.37
Farbmacher et al (80) (GER, NE DiD, S-PA, 2002-2006, IND);	Población total; jóvenes de 19-20 años	GP	Entre -0,06 y -0,09 para varones jóvenes; no significativa para mujeres jóvenes

Type of health care service: GP = general practitioner consultations; MED = prescription medicine
Country: USA = United States of America; DEN = Denmark; GER = Germany
Analysis design: EX = experiment; NE = natural experiment; OB = observational study;
Analysis method: REG = regression;
Data type: S- = survey; R- = register; RC = repeated cross-sections; PA = panel data; CR = cross-sectional data
Level: IND = individual

Únicamente dos estudios de esta revisión 2012-2015 estiman efectos cruzados sobre la utilización de otros servicios sanitarios (tabla 8). El copago de medicamentos podría aumentar las consultas de medicina general y hospitalizaciones de personas mayores afectadas por artritis reumatoide en un sistema sanitario como el de British Columbia predominantemente público(84). Es más, el aumento de las visitas médicas estimado (10% con IC95% entre 8% y 13% es mayor que la reducción estimada en el número de prescripciones (-9% con IC95% entre -11% y -7%). El aumento del copago de medicamentos produce un aumento de probabilidad de hospitalizaciones de 0.23, aunque con un IC95% amplio, de 0.04 a 0.43). Condicionado a haber sido hospitalizado, el copago de medicamentos no influye, sin embargo, en el número de ingresos hospitalarios.

El segundo estudio de utilización cruzada es para población infantil en Alabama, donde un aumento de co-pago de tratamientos dentales hace aumentar las visitas preventivas al dentista(88). Ya en un estudio publicado en 2004 se había concluido que al introducir un copago a los medicamentos en Alemania se redujeron las visitas al médico general siendo, por tanto, ambos servicios complementarios)(63). En síntesis, la evidencia sobre efectos cruzados es escasa, parcial e inconsistente. A nuestro juicio, es una de las áreas en las que más se necesita profundizar con estudios metodológicamente rigurosos que presenten visos de validez externa.

Tabla 8. Efectos del copago sobre la salud y sustitución por otros servicios sanitarios

Tipo de servicio sanitario sujeto a copago	Estudio	Efecto sobre la demanda (de tabla 7)	Sustitución por otros tipos de servicios sanitarios
Visitas al médico general			
Atención ambulatoria			
Hospitalizaciones			
Medicamentos de prescripción	Li et al(84)(CAN, NE, DID, R-PA, 2001-2002, IND	-	MG+; HOS+
	Sen et al (88) (USA, DE, NE, REG, R-PA, 1999-2009, IND);	-	
Prevención			
Urgencias			
Tratamientos dentista	Sen et al(88) (USA, DE, NE, REG, R-PA, 1999-2009, IND);	-	DPREV(+)

La Tabla 9 representa el efecto que tiene el copago en el uso de los servicios sanitarios para grupos de la población vulnerables. Únicamente tres estudios analizan esos aspectos de equidad.

Tabla 9. Efecto del copago en el uso de servicios sanitarios para grupos vulnerables

Tipo de servicio sanitario sujeto a copago	Estudio	Asociación entre la sensibilidad precio de la demanda y:					
		Renta Baja	Bajo nivel educativo	Bajo estatus social	Mala salud	Inmigrantes	Personas mayores
Consultas al médicos general							
Atención ambulatoria							
Hospitalizaciones							
Medicamentos prescritos	Terraneo(90) (ITA,OB,REG,R-RC,2001-2010,HOUS)	0					
	Skipper [13](DEN, NE, RD, R-PA, 2000, IND) (solo penicilina V);					-	-
Urgencias	Becker et al (77) (USA, OB, REG, R-PA, 1998-2009, IND)	-					

Dos de los escasos estudios para niños (hasta 19 años) se refieren a los efectos del copago en el programa estatal de Alabama, en 2003, dirigido a familias de renta baja que no cumplen las condiciones para entrar en Medicaid. Los aumentos de co-pago varían entre servicios, pero son pequeños (entre 3$ y 5$ para la mayor parte de los servicios). Hay dos grupos de familias según renta, los de renta inferior no pagaban antes de la reforma, por tanto ésta impone un pequeño copago, a los de renta superior, que ya pagaban una pequeña cantidad, se les subió la aportación. El primero de los estudios(88) estima los efectos a corto plazo y a un año del cambio de co-pago por hospitalización, visitas médicas, servicios ambulatorios, medicamentos de marca y genéricos, tratamiento de alergia, servicios dentales no urgentes y urgencias. Utilizan modelos de regresión segmentada con datos agregados mensuales. Utilizan como referencia de comparación las visitas preventivas al dentista, las visitas al médico de revisión (niño sano) y la utilización de los correspondientes servicios por los indios nativos americanos, ya que quedaron fuera del copago. Los autores concluyen que el copago reduce significativamente la utilización de algunos servicios: hospitalización, urgencias, visitas al médico y medicamentos de marca (que se sustituyen por genéricos, cuyo co-pago es menor). Las visitas preventivas, exentas de copago, aumentaron. Respecto a las urgencias, no encuentran efectos significativos a corto plazo aunque si una pequeña retracción tras un año de copago. Hay dos resultados de particular interés en este estudio: que los efectos a largo plazo (un año) son mayores que los inmediatos cuando hay sustitutivos (por ejemplo, medicamentos de marca por genéricos), y que incluso pequeños copagos son muy eficaces para reducir la utilización, pues la elasticidad en el entorno del cero puede ser alta.

El segundo estudio para el programa estatal de Alabama analiza los servicios de emergencias, que desde 2003 tienen un pequeño co-pago a las familias de renta baja (de 0$ a 5$) y un co-pago incrementado de 5$ a 10$ para las familias de renta entre el 150% y el 200% del nivel federal de pobreza en Alabama(77). Usando modelos de regresión segmentados para los microdatos individuales mensuales de uso de urgencias desde 1998 a 2009, estimaron modelos de probabilidad lineal para el uso mensual de visitas, diferenciando entre las de baja severidad (el 70% de las visitas totales en el periodo), severidad media (23%) y alta (7%). Globalmente, tras un año de co-pago incrementado, las visitas se habían reducido un 3.6%, pero esa reducción se debió fundamentalmente a las visitas por accidente o lesión, pues el modelo no encuentra efectos significativos de reducción de visitas no urgentes (de baja severidad). No encontraron diferencias de respuesta entre las familias de los dos grupos de renta considerados. Por tanto, la conclusión es que la utilización de urgencias por la población infantil y adolescente es poco sensible al copago.

Un experimento natural en British Columbia, Canadá(84), compara el consumo de medicamentos para la artritis reumatoide, y los efectos cruzados sobre las consultas médicas y hospitalizaciones, desde un año antes hasta un año después de un cambio en la regulación del copago de medicamentos. Este cambio afectó sólo a las personas mayores aseguradas bajo el Plan A[5]. Los cubiertos por el Plan E (resto de beneficiarios, no cubiertos por planes específicos no sufrieron cambio de copago, actuando como grupo de control en la estimación por Diferencias en Diferencias). El efecto del

[5] Plan A es el que cubre a las personas mayores de 65 años

aumento de copago se estimó en una reducción del número de medicamentos del 9% (IC 95% entre -11% y -7%), en un aumento de las consultas médicas del 10% (IC95% entre el 8% y el 13%) y en un aumento muy notable, de la probabilidad de hospitalización (0.23) aunque esta estimación, si bien es significativamente distinta de cero, es imprecisa (IC 95% entre 0.04 y 0.43). Los autores atribuyen estos efectos cruzados a que los pacientes sustituyen medicamentos por consultas y hospitalizaciones; estando hospitalizados, reciben los tratamientos farmacológicos gratuitamente (en Canadá, como en España, no hay copagos por servicios médicos). También puede ocurrir que el aumento de utilización se deba a que los pacientes empeoran por dejar de tomar su medicación y acuden al sistema de salud para ser atendidos de esas recaídas. En cualquier caso, el estudio no estima efectos sobre la salud.

Aunque hemos excluido de nuestra revisión los estudios sobre efectos del copago en el contexto de seguros libres, hemos incluido un reciente estudio de Ridley(86) sobre copago de medicamentos inhibidores de la bomba de protones en EEUU, que estima la elasticidad precio de la demanda con datos de 25 meses (2000-2002) para 77 grupos de seguros, 38 de los cuales han cambiado las condiciones del copago durante el periodo de estudio. Los autores justifican la exogeneidad de los copagos (planes de seguros) en su caso. Los resultados, sorprendentemente, encuentran elasticidades precio de la demanda muy altas, próximas a la unidad en valor absoluto. Los modelos incorporan no solo el copago del plan sino también el de los planes competidores, así como los gastos en publicidad de los fabricantes del medicamento. Los autores explican esta anomalía en los resultados por la consideración del comportamiento de la competencia en el modelo. Ese grupo de medicamentos, bajo patente pero en competencia monopolística en los primeros años dos mil con sustitutivos cercanos entre sí, puede sin embargo no ser representativo del conjunto de medicamentos de prescripción, aunque sí de interés para analizar empíricamente la competencia entre marcas y los efectos de la publicidad de los fármacos, como ya habían hecho otros autores previamente(91, 92).

Un estudio para Bélgica(81) analiza también el efecto de los copagos de los agentes bloqueantes de ácido (inhibidores de la bomba de protones y otros) y de los hipolipemiantes, aunque con una perspectiva diferente, la de la competencia entre marcas y genéricos en el contexto de un sistema de precios de referencia que han ido disminuyendo desde su introducción en 2002 hasta 2011. Los dos grupos de medicamentos analizados representan en Bélgica el 10.5% del gasto farmacéutico ambulatorio total. Sus modelos investigan la influencia de los copagos (identificada mediante varios cambios regulatorios a lo largo de los 13 años del periodo de análisis) sobre el volumen de ventas y sobre la cuota de mercado de los genéricos. Concluyen que las reducciones del copago introducidas a lo largo del tiempo, sobre todo los techos máximos de copago anual, en función de la situación económica del hogar, han desvirtuado el sistema de precios de referencia y atenuado la diferencia entre genéricos y marcas. Su principal conclusión respecto a la demanda agregada es que los aumentos de copago pueden reducir el uso de medicamentos, pero solo a corto plazo.

En Dinamarca, las condiciones del co-pago de medicamentos se endurecieron sustancialmente en 2000. Ya en un estudio previo, referenciado por KH(49), Skipper había mostrado a partir de una muestra del 20% de la población danesa, que las reacciones al aumento del copago son heterogéneas, pero había encontrado elasticidades precio bajas. En el nuevo estudio publicado en 2013(89), aplica regresión discontinua a toda la base de microdatos diarios de los más de cuatro millones de daneses residentes en el país en 2000. Específicamente se centra en dos antibióticos, penicilina V y dicloxacinina. El primero es uno de los medicamentos mas frecuentemente utilizados en Dinamarca (el 16.3% de la población danesa lo había tomado al menos una vez el año anterior), para infecciones respiratorias, y el segundo se emplea en infecciones de piel y es de uso menos masivo (1.5% de la población en 1999). Ambos son de uso general en la población, de todas las edades y ambos sexos. Otra ventaja de estos medicamentos es que no es posible predecir su necesidad futura ni por tanto acumularlos en casa antes de la subida de precios, como había ocurrido en el estudio anterior(49). Skipper estima una elasticidad precio relativamente baja (entre -0.36 y -0.5) y encuentra que determinados subgrupos –personas mayores, mujeres, inmigrantes- tienen elasticidades mayores que el conjunto de la población.

En 2004 en Alemania se impuso una tasa de 10€ por trimestre que se pagaba en la primera visita al médico. La medida fue abolida a finales de 2012. Su efecto fue una reducción de entre el 4% y el 8% en la probabilidad de visitar al médico (80). Los jóvenes han reducido su probabilidad alrededor del 8% y el número de visitas un 9%. A diferencia de los dos estudios previos del impacto de esa medida, ya referenciados por HG(60, 62), que analizaban datos autodeclarados de encuestas de salud y no encontraron efectos significativos, en este caso se analizan datos de registro de facturas y se aprecia una reducción de las visitas al médico, particularmente para los varones jóvenes. Las estimaciones para los jóvenes de 19 y 20 años son más fiables que las de la población general, porque utilizan como grupo de control los de 16 y 17 años, no sujetos al co-pago. Para la población general el grupo de control (asegurados en seguros privados) no parece tan obvio que se cumpla la condición de tendencia común que requiere el método de DiD. Una limitación de este estudio es que simultáneamente a la tasa por visita médica se cambió el co-pago de medicamentos, por lo que no se puede estimar los impactos –incluyendo los cruzados- de ambas medidas por separado.

En Estados Unidos, la reducción del co-pago de las estatinas de marca a la población cubierta por Medicare (plan D, que da cobertura de medicamentos) en enero de 2011 ha conseguido mejorar sustancialmente la adherencia(78), definida mediante el umbral del 80% de los días en un intervalo de seis meses en los que el paciente toma la medicación prescrita. Dicha adherencia aumentó un 5.9% según el modelo logístico multivariante que ajusta por las características del paciente. El modelo estima un OR para la probabilidad de adherencia después de la reducción del copago versus antes igual a 1.68 (IC95% 1.55-1.82). Como grupo de control utilizan el colectivo de pacientes tratados con estatinas genéricas (que no cambiaron de estatus de copago). En el diseño del estudio se excluyó a los asegurados de Medicare de renta muy baja, elegibles para subvención de medicamentos, y se incluyó solo a los nuevos usuarios de estatinas, comparando las cohortes de nuevos usuarios de 2011 (post-reforma) y

nuevos usuarios de 2010 (pre-reforma). La reducción del copago de las estatinas de marca ha sido sustancial, del 25%-30% del PVP o 35$ por un mes de tratamiento a 0-4 por un mes de tratamiento.

También en Suecia(83) se ha encontrado una diferencia significativa en la tasa de adherencia a los tratamientos antiepilépticos (de 2% a 4% mayor, p<0.0001) entre los pacientes que han de pagar el 100% del precio y los que tienen el medicamentos gratis porque ya han alcanzado el límite de gasto total anual en medicamentos (209.3€). En cualquier caso, la tasa de adherencia, incluso con el copago del 100%, es alta (91%), y más si se compara con las de adherencia en España a los tratamientos para enfermedades crónicas.

En Italia, los efectos de los múltiples cambios en la regulación del copago en vigor a lo largo de la década 2001-2010 han variado por grupos socioeconómicos y por regiones(90) y es posible analizarlos, ya que después de la supresión del copago estatal de medicamentos en 2001 se dio autonomía a las regiones para establecer sus propios copagos. Así pues, hay variabilidad espacial y temporal de la que los autores extraen conclusiones sobre las reacciones de la demanda y sobre las consecuencias de los copagos de medicamentos para pobres y ricos. Con datos desagregados de gasto real per capita de medicamentos en los hogares para tres regiones con distintas políticas de copago en 2001-2010, los autores concluyen que las familias pobres han mantenido su gasto per cápita en medicinas, en gran medida al quedar exentas del copago. Por tanto, el diseño del copago no parece haber vulnerado la equidad en el acceso gracias a las exenciones por renta. Por el contrario las familias menos pobres se han ajustado al ciclo económico y reducido su gasto farmacéutico con la crisis económica, que trajo consigo aumentos de las tasas de copago. Después de la crisis, el incremento del copago hace que el diferencial del desembolso entre las familias pobres y ricas se reduzca. El análisis sugiere que la aplicación del copago fue parcialmente exitosa entre 2001 y 2007 en términos de equidad y recaudación. Sin embargo, el incremento continuo del copago ha repercutido negativamente sobre aquellas familias que se encuentran por encima de los más pobres (deciles segundo y tercero). Uno no debe olvidar que las familias pobres (por debajo del 60% de la mediana) gastan en porcentaje más que el resto de familias. A falta de evidencia que lo confirme, su estudio muestra indicios de que es posible que el copago esté provocando que familias que antes no tenían problema para comprar medicamentos (segundo decil, tercer decil), debido al incremento del copago, se vean con dificultades para adquirir los medicamentos que realmente necesitan.

Italia se ha convertido en un caso de estudio relevante porque presenta cambios de los copagos (de estatinas y de otros medicamentos) diferenciales entre regiones. Por su organización sanitaria descentralizada territorialmente, por su perfil epidemiológico similar al español y por las variaciones temporales y espaciales en las condiciones de reembolso y copago, es un país especialmente interesante como referencia próxima. Un estudio reciente(79) analiza los efectos del copago a las estatinas que exigieron algunas regiones a partir de 2001(79). De las 17 regiones analizadas, 9 han impuesto copagos (tasa entre 1 y 5 € según la región) y 8 no lo han hecho. Además, en noviembre de 2004 cambiaron las indicaciones clínicas (a nivel estatal) para prescribir

estatinas en el SNS, y los modelos (de series temporales segmentadas) también miden el efecto de ese cambio de guías clínicas, que restringen el reembolso a los pacientes que toman estatinas como prevención primaria, pero se aumentan las indicaciones para diabeticos en prevención secundaria. El estudio concluye que el copago ha reducido ligeramente la tendencia, pero no el nivel, del consumo de estatinas en las regiones donde se ha exigido, comparadas con aquellas que han mantenido la gratuidad. Pero el efecto cuantitativamente relevante y significativo a destacar es el del cambio de guías clínicas, que ha hecho reducir tanto el nivel (-2.8DDD/1000 habitantes mes) como la tendencia de utilización de estatinas en el país (de un aumento mensual de 1.7% antes se ha pasado al 0.5% después de noviembre de 2004).

Entre los medicamentos para procesos crónicos, las estatinas han sido objeto de gran atención en la literatura empírica de los copagos por su gran consumo en prevención primaria y secundaria y por los cambios exógenos en las condiciones de reembolso y copago que algunos países han ido imponiendo durante la última década. Además, la convivencia de estatinas de marca y genéricas permite indagar en la competencia dentro de esta clase de antilipemiantes.

Un estudio para Australia estima que un copago elevado de estatinas para pacientes mayores de 55 años reduce significativamente la adherencia a los tratamientos(82, 90). Sin embargo, el estudio tiene limitaciones metodológicas serias, al comparar transversalmente dos grupos heterogéneos sujetos a distintos copagos, los pobres, que pagan menos, resultan tener mayor adherencia que la población general. Además, la muestra es pequeña (n=1260 pacientes que acuden a 322 médicos generales). Un resultado interesante de este estudio es que los fumadores presentan, ceteris paribus, peor adherencia a los tratamientos. Las diferencias entre los copagos de ambos grupos de pacientes en Australia son muy notables: 5.30 $ por prescripción para los pobres, con un limite anual de gasto farmacéutico de 318$, a partir de ese nivel los subsiguientes medicamentos son gratuitos; 32.9$ por prescripción para la población general hasta el techo anual de gasto de 1264.9$, a partir de ese nivel, las subsiguientes prescripciones co-pagan 5.30$.

4.2.4. El caso específico de las urgencias hospitalarias

En el caso de las urgencias hospitalarias, la posible existencia de riesgo moral origina un doble problema, económico y de calidad de la atención médica. Los pacientes que acuden a urgencias por problemas que podrían y deberían ser atendidos, en el mejor de los casos, en su centro de salud no sólo usan uno de los servicios más complejos y caros de los hospitales, sino que en ausencia de una priorización eficiente pueden dificultar y retrasar la atención de los casos que realmente necesitan atención urgente (93). Es decir, provocan externalidades en costes por congestión y reducen el valor del servicio para los casos realmente urgentes.

Abunda la evidencia descriptiva indicativa de que un uso excesivo de los servicios hospitalarios de urgencias (SUH) asociada a la gratuidad, tanto en España como en otros países apuntando en la dirección de que a menores costes de acceso, más se acude al SUH por problemas no urgentes y que no requieren ingreso. Por eso, no es de extrañar que tanto los seguros públicos como los privados hayan tratado de gestionar y poner orden en el acceso al servicio de urgencias, un servicio, por otra parte, de consulta espontánea por parte del paciente en la mayoría de los casos. La introducción de copagos es una de las posibles medidas entre las diversas intervenciones organizativas disponibles (mejora del acceso a la atención primaria; políticas de gestión de la demanda que incluyen, además de los copagos, intervenciones educativas y barreras del tipo "gatekeeping") para mejorar la eficiencia del uso de los servicios de urgencias, si bien es evidente que no está diseñada para resolver otros problemas tales como la eficacia del servicio o la gestión del flujo de salida de pacientes . No obstante, el copago en urgencias es uno de los que crea más controversia, con acusaciones de que puede retrasar atención necesaria y apropiada y, en consecuencia, agravar la enfermedad y aumentar el gasto sanitario requerido para tratarla. Para hacerlo factible, una cuestión clave es disponer de buenos sistemas de triaje para discriminar entre visitas a urgencias apropiadas y no apropiadas (aquellas que deberían haber sido atendidas en otro nivel asistencial), lo cual permite la implantación de un sistema de copagos *ex post,* es decir, una vez tipificada la consulta a fin de identificar al que no debe copagar. A pesar de los problemas operativos que esta tipificación *ex post* debe resolver, un mecanismo de este tipo palía la crítica de que el paciente desconoce *a priori* el beneficio esperado del tratamiento.

En todos los países de la UE-15 excepto cuatro (Dinamarca, España, Luxemburgo y Reino Unido) existe algún sistema de copago para las urgencias hospitalarias; normalmente una cantidad fija que en algunos países (Grecia e Italia) se devuelve en caso de visita realmente urgente. El copago en las urgencias suele ir unido al copago en las visitas de atención primaria, siendo este último habitualmente más bajo, para evitar que se produzcan desviaciones de visitas del médico de familia hacia las urgencias y el coste termine siendo mayor.

Una reciente revisión sistemática de las intervenciones organizativas destinadas a reducir la utilización de los SUH(94) ha identificado 12 estudios sobre el impacto de los copagos en urgencias, 11 de los cuales corresponden a Estados Unidos y uno a Irlanda, y 10 corresponden a seguros privados. En todos estos estudios, excepto en uno de ellos referido al programa Medicaid, se constata que la introducción o aumento del copago en los SUH, aun siendo de cuantía moderada, está relacionado con una reducción en el número de visitas.

La calidad metodológica de estos estudios es muy variable, si bien entre los de mayor calidad se encuentra un experimento aleatorio y un experimento natural. Además, seis de los estudios incluidos en la revisión citada son quasi-experimentales incluyendo un grupo de control que no ha sido afectado por la intervención (cambio en el precio o copago).

El único experimento aleatorio es el ya clásico Health Insurance Experiment (HIE) que

se ha convertido en el gold standard sobre los efectos de los copagos en atención sanitaria, aunque su validez externa consideramos en entredicho, por la distancia espacial y temporal con nuestro aquí y ahora. En el HIE, las personas en el plan sin copago alguno realizaron un 42% más de visitas a urgencias que las asignadas al plan con un copago del 95%, aunque con un límite máximo según renta. Ahora bien, la reducción de utilización con el copago afectó tanto a visitas realmente urgentes como no urgentes. No obstante este experimento finalizó a principios de los años ochenta y no incluyó a personas mayores de 62 años, que son los mayores frecuentadores de los SUH.

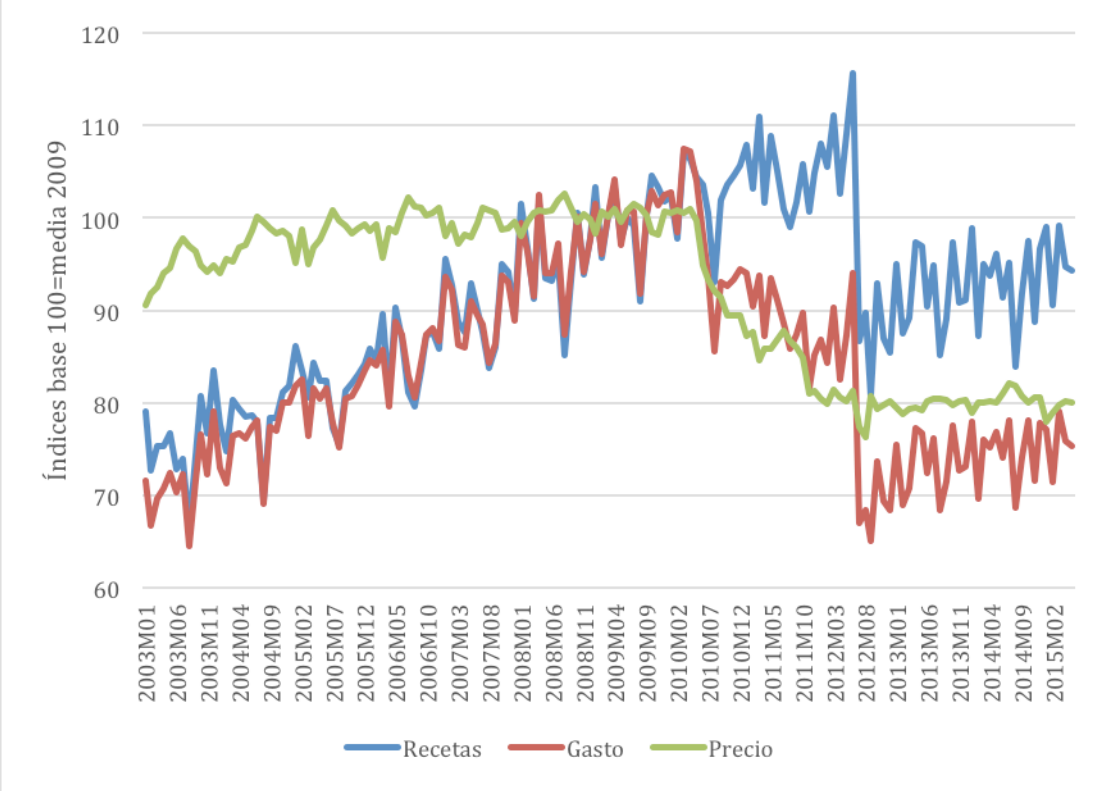
En definitiva, hay pocas dudas de que a la hora de decidir o no acudir a urgencias, el paciente no sólo tiene en cuenta la percepción de gravedad y urgencia de la atención que necesita y el precio que le va a costar, sino que también considera la efectividad y el coste de las alternativas de atención de que dispone, incluido el coste del tiempo(93).

4.2.5. El caso particular de España a partir de 2012

Como hemos visto (cf. 2.3), el Real Decreto-Ley 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, introdujo, por primera vez desde los primeros años ochenta el copago farmacéutico para el colectivo de pensionistas del SNS en los términos descritos más arriba. Mantuvo el *statu quo* de los funcionarios de MUFACE y asimilados (ISFAS, MUJEJU). El objetivo de los cambios hay que situarlo en el contexto de crisis económica y de fuertes presiones exteriores para reducir el gasto público y el déficit, además de la evidencia de una tasa efectiva de copago decreciente y de la constatación de uno de los mayores niveles mundiales de consumo de medicamentos por persona

El gasto en medicamentos de prescripción ambulatoria se ha visto fuertemente comprimido respecto del anterior estado de cosas. Este estaba marcado por una inflación de recetas más que de precios, en una regulación considerablemente obsoleta que cuestionaba precios pero dejaba abierta la espita de 'cantidades'. Hasta 2010 el gasto evolucionaba al ritmo de los cambios en las cantidades (recetas) mientras que a partir de 2010 se imponen rebajas de precios, y desde mediados de 2012 se incrementan los copagos, moderando, al menos a corto plazo, las cantidades de medicamentos dispensados con cargo a la seguridad social pero manteniendo precios medios(95). La figura 3 contiene las series de índices mensuales de cantidades (recetas prescritas en régimen ambulatorio en el SNS), gasto y gasto medio por receta desde 2003 a 2015. Puede apreciarse claramente esa dinámica caracterizada por un gasto público en medicamentos determinado por las cantidades, con gastos medios por receta estables, hasta 2010, año en que tienen lugar las primeras reacciones oficiales defensivas frente a la crisis económica en forma de rebajas de precios.

Figura 3 Índices de series mensuales de recetas prescritas, coste unitario medio financiado por el sector público ("precio") y gasto público. Total España. Enero 2003-Febrero 2015



Fuente:SSSI. Facturación de recetas médicas

http://msc.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm

El número de estudios que tratan de evaluar los efectos de este cambio, con datos temporales agregados es reducido pero más todavía lo es el de estudios con datos desagregados individuales que permitan estimar efectos por subgrupos de población y terapéuticos.

Evaluación empírica de los efectos del cambio de co-pago en España con datos agregados

Con datos mensuales agregados de prescripciones y gasto público en recetas, y modelos de regresión segmentada, hemos evaluado el efecto del cambio de co-pago en los meses siguientes a su introducción, en España y en cada una de sus CCAA(85). Puesto que el País Vasco no introdujo el copago en Julio de 2012, actúa como grupo de control. Madrid y Cataluña, que imponían un co-pago fijo adicional de un euro por receta (hasta ser abolido por el Tribunal Constitucional) constituyen otro grupo diferenciado de Comunidades. La conclusión general es que en la mayor parte de las CCAA ha habido una caída abrupta de las recetas dispensadas en farmacia, aunque la tendencia subyacente es a la recuperación de la tendencia previa. Otro resultado

interesante, y coincidente con la literatura internacional sobre "el primer dólar"(9) es que pasar de la gratuidad a un co-pago, aunque sea muy bajo (el primer euro) retrae la demanda mucho más que cuando el co-pago se incrementa en un euro desde un nivel basal mayor de cero.

También con modelos ARIMA de series mensuales 2003-2013, para el total nacional de recetas prescritas en el SNS y para el gasto, Antoñanzas y colaboradores (96) concluyen que el cambio de co-pago, junto con las otras medidas del RDL16/2012, provocaron un descenso en el número de recetas en el primer año del 12,2% y algo mayor fue el descenso del gasto.

Por su parte, un estudio con datos mensuales agregados para Murcia entre 2008 y 2013(97) que desagrega los cinco grupos de medicamentos de mayor consumo (Inhibidores de la Bomba de Protones, antiagregantes plaquetarios, estatinas, antinflamatorios derivados del ácido propiónico y benzodiacepinas), que representan el 25% del consumo total. Analizando las recetas dispensadas en farmacia por el Servicio Murciano de Salud en términos de Dosis Diarias Definidas por Habitante Año, concluye que a corto plazo ha habido una retracción de la utilización, sobre todo en el grupo de pensionistas. A los 12 meses de implantado el cambio de copago, los pensionistas habían reducido su consumo un 6.8% y los activos un 3.2% (con un intervalo de confianza del 95% amplio, entre -8.2% y -1.1%). Sin embargo, la tendencia lineal posteriormente al RDL16/2012 es mayor que antes. Esto significa que el efecto del RDL se va aminorando e incluso sobre-compensando paulatinamente. Unos grupos de medicamentos (antiagregantes) reducen más que otros el consumo, de hecho el uso de benzodiocepinas incluso aumentó. Un hecho sorprendente es que el comportamiento en el grupo de mutualistas, que al no haber experimentado cambios en el copago podría considerarse grupo de control, es similar al grupo de asegurados activos no mutualistas.

Evaluación empírica de los efectos del cambio de co-pago en España con microdatos

Varios trabajos empíricos que estiman el efecto de los cambios de co-pago con microdatos de historias clínicas están en proceso en España actualmente. Todavía no hay resultados publicados. Los primeros resultados del análisis de una muestra aleatoria estratificada de más de 60.000 personas de Canarias, con información individual y longitudinal del consumo de medicamentos desde un año antes hasta un año después de la entrada en vigor del nuevo co-pago (1 de julio 2012) indican que:

- La aportación de los usuarios podría haberse duplicado, del 6% al 12% del total de la factura farmacéutica
- El 22% de los usuarios no había comprado ningún medicamento durante los dos años del estudio
- Antes del RD16/2012, el 54% de los usuarios no había pagado nada por medicamentos con receta, después del RD, ese porcentaje ha caído hasta el 34%

- El número de recetas anuales por paciente se mantuvo, incluso ha experimentado un ligero aumento
- El índice de Gini de concentración del gasto en medicamentos era 0.69 antes de la reforma y se ha reducido ligeramente (hasta 0.66) después de la misma.

Esos resultados reflejan dos hechos, 1) la gran heterogeneidad individual en el gasto en medicamentos; 2) que la elasticidad precio de la demanda de medicamentos prescritos, como concluye la literatura internacional, es baja y por tanto el copago no sólo reduce el "abuso moral" y la utilización, especialmente cuando se parte de la gratuidad completa, sino que puede estar redistribuyendo la financiación entre el contribuyente y el paciente, cargando a éste con parte de los costes que antes asumía el primero, especialmente para la población activa y sin límite máximo en el importe pagado como co-pago, lo cual sería una indicación de que la tasa efectiva de copago (importe total co-pagado / renta) no está realmente relacionada con la renta con el sistema vigente después de la reforma de 2012.

La nueva regulación del copago permite diferenciar entre tres niveles de renta familiar (inferior a 18.000 euros; entre 18.000 euros y 100.000 y por encima de 100.000 euros). Un análisis más detallado del gasto de los usuarios en medicamentos por niveles de renta excluyendo a los de más de 100.000 euros anuales por su pequeño tamaño muestral[6] (tabla 10) indica que el gasto medio anual financiado por el usuario se multiplicó por 2.2 para los de renta inferior a 18.000 euros anuales, y por 2 para los de renta superior. Las cifras medias son bajas en cualquier caso. Los ratios entre el gasto (medio, mediano, tercer cuartil y percentil 95) de los usuarios de renta alta y los de renta baja se ha mantenido, con ligera reducción (de 1.3 a 1.2). Por tanto, a pesar de que el nuevo copago supuestamente pretende ajustar por renta, el gradiente de gasto según renta se ha mantenido o incluso se ha reducido ligeramente tras la reforma.

Tabla 10. Comparación del gasto medio, mediano y percentiles 75 y 95 un años antes y un año después de la entrada en vigor del RD16/2012.
Usuarios con renta inferior a €18.000 anuales y usuarios con renta entre €18.000 y €100.000

GASTO (CO-PAGO) EN RECETAS DEL SNS	ANTES DEL RD16/2012 (1 JULIO 2011 A 1 JULIO 2012)			DESPUES DEL RD16/2012 (1 JULIO 2012 A 1 JULIO 2013)			Gasto después/gasto antes	
	RENTA < 18.000€(1)	RENTA ENTRE 18.000€ Y 100.000€(2)	RATIO (2)/(1)	RENTA < 18.000€(1)	RENTA ENTRE 18.000€ Y 100.000€(2)	RATIO (2)/(1)	RENTA < 18.000€(1)	RENTA ENTRE 18.000€ Y 100.000€(2)
GASTO MEDIO (€)	18.2	24.1	1.3	40.4	48.7	1.2	2.2	2.0
GASTO MEDIANO (€)	2.0	2.4	1.2	14.9	18.5	1.2	7.5	7.7
TERCER CUARTIL (€)	14.4	18.2	1.3	49.9	57.4	1.2	3.5	3.2
PERCENTIL 95 (€)	95.0	126.9	1.3	165.2	202.1	1.2	1.7	1.6

Fuente: Elaboración propia con datos de una muestra de asegurados del Servicio Canario de Salud. n=36.949

[6]Considerando solo los que han hecho algún gasto en los dos años y no han cambiado de intervalo de renta (n=36.949)

Respecto a los posibles efectos cruzados de los co-pagos, es posible que hayan contribuido a reducir más la frecuentación a la red de atención primaria, pero todavía no se ha evaluado metódicamente y con datos. Según el sistema de información de atención primaria, ha habido una reducción muy significativa de frecuentación al médico de familia en España tras el inicio de la crisis (de 6,10 visitas por persona asignada en 2007 a 5,48 en 2012[7]). Parte de esa caída podría tal vez atribuirse al copago pero dado que la reducción en el número de visitas en varias CC.AA. es previa a la reforma del co-pago, este aspecto requiere de un análisis cuantitativo más afinado y con mejores datos.

La opinión de la población sobre el cambio de los co-pagos de medicamentos

Los co-pagos de muy baja intensidad pueden ser aceptados por la población y reducir la acumulación de stocks caseros de medicamentos "por si acaso". Esta es la percepción de los españoles, según el barómetro sanitario de 2013 (el 72% declara que está muy de acuerdo o bastante de acuerdo con la afirmación de que el nuevo sistema de co-pago contribuye a evitar la acumulación de medicamentos en casa), y también la de los irlandeses, tras el co-pago de 0.50€ impuesto a los medicamentos de prescripción en 2010(98).

Volviendo al caso español, además de la pregunta ya comentada acerca de la opinión de los españoles sobre la acumulación de medicamentos en casa y su relación con el nuevo sistema de co-pagos, el Barómetro Sanitario de España 2013 introdujo tres preguntas con el objeto de valorar el nivel de acuerdo/desacuerdo con el nuevo sistema de prestación farmacéutica que establece el RDL16/2012. Estas preguntas recogen la opinión de los españoles sobre el nivel de justicia, el nivel de protección a grupos sociales desfavorecidos y el de adecuación del importe del co-pago a las características económicas del individuo. Los resultados en cuento al nivel de justicia y el nivel de protección a grupos desfavorecidos son muy similares, dividiendo a la población entre el 40% de personas que opinan que el sistema nuevo es más justo que el anterior sistema de aportaciones de los activos y pensionistas y que protege a grupos sociales desfavorecidos (contestaciones muy de acuerdo y bastante de acuerdo), y el 60% que manifiesta estar poco o nada de acuerdo con ambas afirmaciones.

En donde los encuestados tienen una opinión más homogénea según el Barómetro Sanitario es en la necesidad de que el nuevo sistema contemple más tramos para fijar el importe de la aportación como co-pago más adecuada al nivel de renta. En esta cuestión están muy de acuerdo o bastante de acuerdo más del 73% de las personas que han utilizado el sistema público de salud, y la cifra se eleva hasta el 81% cuando se considera a los que no lo han utilizado.

---

[7] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Sistema de Información de Atención Primaria: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/docs/2012_Actividad_ordinaria_AP.pdf

El Barómetro Sanitario 2013 incorpora una pregunta que permite analizar la existencia de barreras de acceso al consumo de medicamentos en España y, por tanto, los problemas de equidad. A los encuestados se les pregunta si en los últimos doce meses ha dejado de tomar algún medicamento recetado por un médico de la sanidad pública porque era muy caro. El 5,3% de los encuestados declara que sí ha dejado de medicarse por no poder asumir el coste de los medicamentos. Este porcentaje se eleva al 6,3% al considerar solo a aquellos encuestados que han utilizado la sanidad pública en el último año, y al 6,9% si además no se consideran a los funcionarios. Los datos no permiten afirmar que esta falta de equidad este provocada por el nuevo sistema de prestación farmacéutica (no se dispone de los mismos datos para el sistema de prestación previo al RDL 12/2012), pero sí identifica la existencia de barreras de acceso al consumo de medicamentos provocado por factores económicos. Concretamente, son las personas que trabajan o están paradas después de haber trabajado y, en ambos casos, cobran menos de 300 euros al mes las que sufren dicha barrera (activos con renta baja y ningún límite máximo a la cantidad pagada en forma de co-pago).

5. Propuestas sobre diseños de copagos

5.1. Consideraciones generales

Puesto que hay una alarmante falta de evidencia empírica sobre los efectos del copago en la salud, y la que hay se refiere a entornos espaciales y temporales distantes y distintos, las políticas y los diseños del copago en España tendrán que basarse en la lógica especulativa, en el análisis teórico de efectos esperados y en el sentido común. Algunas recomendaciones en negativo –qué evitar– y otras en positivo –qué hacer– se basan en argumentos científicos sólidos, aunque teóricos.

Hay que prestar atención a los precios y sus mecanismos de fijación, pues están directamente relacionados con los co-pagos, en particular cuando el co-pago se define como un porcentaje determinado del precio. En este sentido, España tiene un largo camino por recorrer y deficiencias a subsanar como ha advertido un reciente informe de la Comisión Nacional de Mercados y la Competencia (99). En particular, la fijación de precios de los medicamentos basados en análisis rigurosos de coste-efectividad. La exclusión de una prestación de la cobertura pública equivale a un co-pago del 100%.

El debate sobre los co-pagos está muy conectado al enfoque de la fijación de precios de las tecnologías sanitarias basados en el valor terapéutico. Las decisiones sobre lo que se debe incluir o no dentro de la cobertura pública se basan cada vez más explícitamente en la disposición a pagar de la sociedad por mejoras incrementales en la salud y en la calidad de vida. En este sentido, los precios de compra por el sistema sanitario público y los copagos deberían establecerse según la evidencia científica sobre su valor terapéutico, y deberían emplearse como instrumentos de gestión para incentivar a médicos y pacientes hacia una utilización sanitaria más coste-efectiva y de más valor. A este nuevo entorno corresponden copagos evitables y complementarios que adoptan diversas formas en la experiencia internacional.

Un valor añadido por el debate de los copagos es imbuir en la sociedad de la conciencia del coste y de la escasez, en una nueva cultura del pago (conciencia de que los servicios sanitarios cuestan, los pague quien los pague).

El objetivo de los copagos es triple(17): moderar el consumo de servicios sanitarios, corresponsabilizando a los ciudadanos; conseguir que los servicios que se dejan de consumir sean los de menos valor para no afectar a la salud; y, en ocasiones, servir de fuente adicional de financiación de la sanidad.

Mal aplicados, sin embargo, tienen problemas. Si no se establecen límites o techos máximos, pueden constituir un “impuesto” sobre los más enfermos. Si no se vinculan al nivel de renta (pudiendo llegar a la exención), la carga del copago acaba siendo mucho mayor, en términos relativos, en el caso de los pobres que en el de los ricos. Si se establecen de manera uniforme, sin tener en cuenta la efectividad del servicio o tratamiento, dejan al paciente la difícil decisión de discriminar entre lo de más valor y

lo de menos valor. Si afectan solo a un tipo de bienes o a un nivel asistencial, se corre el riesgo de que se produzcan desviaciones del consumo hacia aquellos bienes o niveles no afectados y el coste termine por ser mayor. Si no se protege a los pobres y los más enfermos, puede haber un efecto compensación y llegar a generar más gasto del que se ahorra debido al empeoramiento de la salud de los enfermos más graves.

El diseño óptimo del copago debe tener en cuenta las discontinuidades en los costes. Imponer copagos tiene costes fijos (reorganización administrativa, costes generales de la infraestructura de gestión de pagos y cobros, etc.). Se trata de encontrar un equilibrio entre la generalización y la excepcionalidad. Conviene admitir la posibilidad de contemplar excepciones de base personal –a los grupos de población vulnerables, ancianos, niños, pobres y/o médica–, –pacientes con tal o cual enfermedad–, y tal vez para algunas enfermedades y procedimientos –los copagos a los crónicos–. Cuanta mayor sea la excepcionalidad, más complejo será el diseño y más difícil de gestionar.

Los copagos, en general, deben ser moderados, y se deben de establecer límites al gasto máximo para el paciente preferiblemente en función de la renta. Asimismo, en el diseño de cualquier sistema de copago conviene tener en cuenta los propios costes de gestión y administración del sistema.

Los copagos deben ser menores o nulos para pacientes crónicos a fin de no empeorar su estado de salud e incluso a fin de no generar un gasto mayor que el que se pretende ahorrar.

En cualquier caso, el sistema ha de garantizar que los pagos son financieramente afrontables para los pacientes más vulnerables y no limitan el uso de servicios y procedimientos efectivos. El peor de los mundos sería aquel en que los copagos redujeran la utilización necesaria de procedimientos esenciales, empeorando la salud y obligando a mayores gastos asistenciales en el futuro para tratar las complicaciones.

Además de para moderar el consumo, los copagos también sirven para recaudar, aunque sea de forma modesta, sobre todo cuando las otras fuentes de financiación de la sanidad escasean. La justificación en este caso no está relacionada con el riesgo moral, sino con el criterio de que quien utiliza paga. Para que esta contribución privada no quiebre el objetivo de equidad, entendida como igualdad de acceso para igual necesidad, hay que ser muy cuidadoso en el diseño de los copagos

Los copagos deberían ser instrumentos de las políticas de salud con reglas del juego sencillas y claras, que no introduzcan distorsiones y cortocircuitos asistenciales incontrolables. No será fácil resolver esta tensión entre automatismo y flexibilidad. Por una parte, los copagos automáticos (por ejemplo, un euro por consulta) son fáciles y su gestión administrativa cuesta poco, pero no diferencian entre utilización necesaria e innecesaria. La flexibilidad implica discrecionalidad y posibilidad de error, y puede socavar la relación de confianza médico-paciente, sobre todo si el primero ha de cumplir una función juzgadora (médico centinela). Esto ocurre con las propuestas de copagos a las visitas a urgencias que no son realmente urgentes.

Pero inevitablemente, los diseños de los copagos han de tener cierto nivel de complejidad con el fin de equilibrar pros y contras, conseguir las mejoras de eficiencia y evitar o minimizar los efectos secundarios adversos sobre la equidad y sobre la salud.

Una consideración de gran importancia es la interconexión entre los distintos servicios y prestaciones asistenciales, y los efectos de sustitución que aparecerán cuando se cambian los precios relativos, por ejemplo, imponiendo copagos a unos servicios y eximiendo a otros. El diseño de los copagos debería tener en cuenta que los inputs de la atención sanitaria (medicamentos, visitas médicas, hospitalizaciones) son complementarios. Por ejemplo, no deberían imponerse copagos únicamente a las consultas de atención primaria porque se provocará una desviación importante de la demanda hacia las consultas de especialidad y de urgencias, menos resolutivas y más caras.

Los copagos tradicionales eran obligatorios para el paciente (cantidad fija; porcentaje del precio o coste; deducibles o franquicias). Los nuevos copagos que se han empezado a aplicar en las dos últimas décadas en muchos países europeos, a diferencia de los tradicionales, son evitables y complementarios u opcionales.

Una de las recomendaciones básicas para un buen sistema de copagos es que éstos deben ser más altos cuanto mayor sea la probabilidad de que exista riesgo moral, y más bajos cuanto mayor sea la eficacia o valor terapéutico, pudiendo incluso ser nulos. Para que esta contribución privada no quiebre el objetivo de equidad hay que ser muy cuidadoso en el diseño de los copagos. Y aquí las reglas mínimas son dos: los copagos, en general, deben ser moderados, y se deben establecer escalones y límites en función de la renta.

Los copagos selectivos podrían ser un instrumento de señalización e incentivo al consumo de los servicios más necesarios, que se combinaría con los mecanismos preexistentes de priorización según necesidad (que espere más el que lo necesite menos). Lo ideal sería imponer copagos selectivos modulados por necesidad médica (efectividad esperada), pero en la práctica no resulta fácil. Lo deseable en este sentido sería, pues, que el copago estuviera en función de la efectividad; que el paciente tuviera que pagar, por ejemplo, únicamente las consultas innecesarias. Pero esto requeriría un cambio organizativo de gran calado en la red asistencial, que pase por diferenciar las consultas burocráticas de las médicas. Además, está el problema de quién y cómo evalúa si cada consulta ha sido o no necesaria. No es prudente ni eficiente socavar la relación de agencia –confianza– entre el médico y el paciente convirtiendo al primero en el juez más que el consejero del segundo, ni conviene recargar todavía más la agenda de trabajo y la lista de tareas del médico.

De los copagos tradicionales a los copagos basados en el valor

El diseño de copagos sanitarios no debe tener en cuenta únicamente el conflicto entre el riesgo financiero y la reducción del riesgo moral, el efecto barrera de acceso sobre los pobres o el impacto recaudatorio. Los copagos también se pueden diseñar de

forma que influyan el comportamiento de pacientes y médicos en la dirección adecuada desde el punto de vista de la salud. Es necesario tener en cuenta no sólo la elasticidad-precio del servicio sanitario sobre el que se impone el copago sino también las elasticidades-precio cruzadas con otros servicios: el efecto compensación en forma de mayor gasto sanitario futuro (por ejemplo, por sustitución de medicamentos por visitas a urgencias e ingresos hospitalarios) puede llegar a tener un impacto negativo sobre el bienestar cuando se imponen copagos demasiado elevados, como se ha observado para pacientes con enfermedades crónicas. Así, se podría incentivar a las personas con enfermedades crónicas mediante copagos reducidos, o incluso negativos, a cumplir con tratamientos efectivos y a adoptar estilos de vida más saludables que reduzcan el gasto sanitario futuro (posible ahorro) y mejoren su salud. Existe evidencia del impacto positivo sobre la adherencia al tratamiento de incentivos financieros moderados (copago negativo) en tratamientos preventivos como en el caso de la vacunación contra la hepatitis B en pacientes bajo tratamiento de deshabituación de la heroína(100). En las enfermedades crónicas se ha observado que la gratuidad (copago nulo) es útil para mejorar la adherencia a tratamientos efectivos y necesarios, pero que incluso en este caso las tasas de adherencia siguen siendo bajas(101, 102).

Por otra parte, los incentivos económicos dirigidos a la demanda, como el copago, deberán en cualquier caso combinarse con incentivos dirigidos a los profesionales sanitarios, particularmente en aquellos servicios y prestaciones que requieren el concurso del médico prescriptor como son las consultas de atención especializada y las hospitalizaciones.

Una cobertura de seguro basada en el valor se fundamenta en que el seguro cubre de forma generosa, hasta alcanzar la gratuidad, aquellos servicios que tienen un mayor potencial de mejora de la salud de los pacientes según la evidencia científica y que consiguen estas mejoras en salud con un coste modesto.

Aunque la aplicación práctica de copagos basados en el valor no es tarea sencilla, existen en Estados Unidos y Europa numerosos ejemplos de utilización de coberturas basadas en el valor(103). Para una revisión y discusión en profundidad puede consultarse el artículo reciente de Puig-Junoy(9). Las áreas principales de aplicación de estas medidas se encuentran en los incentivos a la elección de proveedores preferentes, en incentivos positivos a la participación en programas preventivos y en incentivos en la elección de medicamentos de dispensación en farmacias. En este último caso, los incentivos pueden estar relacionados con la relación coste-efectividad (Estados Unidos), o sólo con el valor terapéutico (Francia) o la indicación clínica o el precio de medicamentos considerados equivalentes.

Los sistemas de precios de referencia con equivalencia terapéutica los podemos considerar como una forma bastante imperfecta de acercarse a un seguro basado en el valor. La diferencia con un copago basado realmente en el valor estriba en el hecho de que el precio de referencia (aquí, precio basado en el valor) no se puede establecer de forma arbitraria en base al precio más bajo o el precio medio del mismo grupo de equivalencia sino en base al valor incremental del beneficio sanitario de cada producto frente a la disposición social a pagar por el mismo(10).

A medida que en diversos países se avanza en la fijación de precios de nuevos medicamentos basada en el valor (umbrales de coste por AVAC), un posible nuevo rol para los copagos se encuentra en el copago complementario para los medicamentos con un precio superior al precio basado en el valor (Drummond y Towse, 2012) abriendo así espacio a las preferencias individuales heterogéneas cuando éstas difieren de las valoradas en la disposición social a pagar. Un precio de referencia basado en un umbral de coste por AVAC que represente la disposición social a pagar supone un copago opcional o evitable para el paciente que debe pagar el sobrecoste de los tratamientos menos coste-efectivos.

Copagos complementarios para prestaciones excluidas de la cobertura: una cuestión abierta al debate

En las dos últimas décadas, cada vez son más los países de renta media y alta que disponen de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y medicamentos que utilizan la relación coste-efectividad incremental para decidir sobre la inclusión o exclusión de prestaciones de la cobertura aseguradora pública universal con escasos o nulos copagos.

Los umbrales de coste por año de vida ajustado por calidad (AVAC), ya sean explícitos o implícitos, se están utilizando para decidir sobre una cobertura binaria en la que no se contempla la posibilidad de pagos adicionales de los pacientes (*top-up payments*).

El resultado de este tipo de decisiones de cobertura binaria que excluye la posibilidad de pago complementario del paciente (cobertura *"non top-up"*) es que los pacientes que prefieren este tratamiento deben pagar de su bolsillo el coste completo del mismo. En la práctica, cuando el tratamiento farmacológico forma parte de un proceso asistencial más complejo (por ejemplo: visitas y pruebas hospitalarias; atención de efectos adversos graves –elevada toxicidad de tratamientos oncológicos-; seguimiento y pruebas clínicas; etc.) la exclusión del mismo puede suponer un coste que va bastante más allá del del medicamento, ya que si el paciente prefiere el que ha sido excluido deberá soportar el coste del proceso asistencial completo.

Entre este tipo de cobertura binaria *"non top-up"* y una cobertura generosa que no excluye ninguna innovación médica o farmacológica con beneficio marginal positivo sea cual sea el coste incremental por AVAC (cobertura completa), se podría encontrar una cobertura pública basada en la disposición social a pagar (coste máximo por AVAC incremental) completada con pagos privados complementarios basados en la disposición individual a pagar (cobertura *"top-up"*).

Los copagos complementarios ya han provocado un encendido debate político en algunos países con sistema nacional de salud y con muy pocos copagos, como es el caso del Reino Unido. La discusión sobre este tipo de copagos estará presente en los sistemas de salud públicos y universales de manera creciente en la medida en la que se apliquen criterios de cobertura selectiva de medicamentos y de tecnologías médicas

basados en la relación coste-efectividad. En realidad, los copagos adicionales no son algo ajeno a estos sistemas de salud: por ejemplo, nadie puede impedir que el paciente que lo valore y se lo pueda permitir pague de su bolsillo sesiones de fisioterapia que le ayuden a recuperarse de una intervención quirúrgica. Ello contrasta con la prohibición de copagos complementarios que supone aplicar una cobertura del tipo *non top-up* en la que estos copagos están prohibidos. En varios países, especialmente el Reino Unido, esta prohibición ha generado un intenso debate a raíz de la exclusión de la cobertura pública de tratamientos oncológicos de muy elevado coste y reducida o nula eficacia.

El informe encargado por el gobierno británico en 2008 al profesor Mike Richards concluía recomendando que se permitiera el pago privado de medicamentos manteniendo el derecho a la atención dentro del sistema público, siempre que la atención se llevara a cabo en instalaciones o servicios separados del resto de pacientes del sistema público(104). En 2009 el Departamento de Salud británico asumió las recomendaciones del informe Richards, lo cual supone que el paciente que desea hacer un pago privado complementario no pierde el derecho a la atención en el SNS (ya no tiene que elegir entre atención en SNS o atención privada), pero sigue teniendo que pagar el coste completo del medicamento excluido.

El debate político sobre este tipo de copagos complementarios es, al igual que el del copago tradicional, un terreno minado y muy controvertido. Los que están a favor ponen el acento en el hecho de que, en mayor o menor medida en cada país, ya existen copagos (por ejemplo, para las gafas o audífonos), por lo que sería inequitativo no permitirlos para problemas de salud más graves; asimismo igualmente ya existen pagos complementarios privados en forma de terapias no cubiertas por el seguro público o realización de pruebas con pago privado para "agilizar" el diagnóstico en la siguiente visita al médico del sistema público. En cambio los que se oponen a estos copagos del tipo *top-up* ponen el énfasis en la falta de equidad: dos tratamientos distintos para necesidades clínicas idénticas dentro del sistema público en función de la capacidad económica de los pacientes.

Las exclusiones de la cobertura pública y los copagos complementarios privados pueden dar lugar a una cobertura aseguradora privada paralela al seguro público para tratamientos muy caros y considerados como no coste-efectivos desde la perspectiva del seguro público. Una elasticidad-precio reducida puede ayudar también a disciplinar a la industria farmacéutica a la hora de fijar precios demasiado elevados para estas innovaciones(105), si bien el desarrollo de un mercado de seguros privados puede aportar demanda adicional para los tratamientos situados por encima del umbral de la relación coste-efectividad. El riesgo es dualizar y reducir el alcance del seguro público.

Síntesis de propuestas generales sobre el diseño de copagos

En síntesis, proponemos las siguientes recomendaciones clave de carácter general para el diseño de los copagos en sanidad:

1. El debate sobre el copago no se debe plantear en ningún caso como una disyuntiva extrema entre el sí y el no
2. El diseño de los copagos está intrínsecamente relacionado con el de la cobertura y fijación de precios de los tratamientos cubiertos por el SNS. Basarse en estudios y criterios de coste-efectividad es una recomendación esencial y primaria
3. Para determinadas prestaciones, la cobertura pública podría basada en la disposición social a pagar (coste máximo por AVAC incremental) completada con pagos privados complementarios basados en la disposición individual a pagar (cobertura *"top-up"*)
4. El diseño de copagos es necesariamente complejo pues ha de encontrar el equilibrio entre la generalización y la excepcionalidad.
5. En general son preferibles los copagos evitables, complementarios u opcionales a los obligatorios

5.2. Propuestas específicas para España

En este apartado proponemos una serie de propuestas específicas para España, a partir de las recomendaciones generales enunciadas y teniendo en cuenta la factibilidad política y aceptación social.

5.2.1. Prestaciones a las que se recomienda no imponer copagos (recomendaciones en negativo):

1. Las prestaciones de la cartera básica común de servicios asistenciales del SNS que según el artículo 8 bis del RDL16/2012 han de estar financiadas en su totalidad por el SNS:
   "La cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública".
   Recomendamos no imponer copagos a las visitas médicas o a las hospitalizaciones necesarias, indicadas y coste-efectivas. En el apartado 5.2.2. discutiremos la posibilidad de imponer copagos voluntarios, discriminatorios, a la utilización no indicada de determinados servicios sanitarios cuya demanda se inicia por el paciente .
2. Los programas de cribado poblacional coste-efectivos, como parte esencial de las políticas de salud, deberían quedar en cualquier caso al margen de los copagos para las personas del grupo diana, aunque fuera de él pudieran considerarse pruebas electivas complementarias eventualmente sujetas, en su caso, a copago.
3. Las vacunas incluidas en los programas de vacunación deben estar exentas de copago.

5.2.2. Recomendaciones en positivo sobre copagos

1. Los tratamientos y prestaciones que no sean eficaces o efectivas deberán tener un co-pago del 100% (es decir, no deberían ser financiadas por el SNS). Por tanto, el SNS no debería financiar la inadecuación. Este punto entornca con el debate abierto sobre desfinanciación o "desinversión".
2. Los servicios efectivos pero no coste-efectivos dado el umbral de disponibilidad a pagar del país y las restricciones presupuestarias podrían recibir una subvención (que es la otra cara de la moneda del copago) hasta el valor de la Ratio de Coste-Efectividad Incremental que resulta de la disposición social a pagar. Quedarían excluídos de la cartera básica común de servicios del SNS. Esta subvención podría tener la forma de reducción fiscal en el IRPF.
3. A priori no hay objeción a los copagos voluntarios de prestaciones complementarias o "extras" que no afectan a la salud sino a dimensiones de comodidad o rapidez. Desde la perspectiva del análisis económico pueden llevar a una mejora paretiana (nadie pierde, alguien gana). La condición, que en la práctica no está garantizada, es que las prestaciones "básicas" incluidas en la póliza pública no se degraden (que sean realmente copagos voluntarios, que no se pase a tener como estándar la habitación cuádruple en los hospitales públicos).
4. Para abordar presupuestariamente la ampliación de la cartera de servicios con nuevas prestaciones (ejemplo, podología) podría proponerse la co-financiación por parte del usuario.
5. Los servicios y prestaciones cuya efectividad (adherencia) depende de la motivación del usuario han de estar sujetos a copago, que proponemos sea condicionado al cumplimiento, en la línea de corresponsabilización con los resultados. Por ejemplo, los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar, o las curas de adelgazamiento.
6. En la medida de lo posible, se diseñarán y articularán co-pagos voluntarios, particularmente en el caso de los precios de referencia de los fármacos, que deberían ser reformulados. El usuario deberá contribuir por la diferencia entre el precio financiado (que se basaría en el valor terapéutico, en las condiciones del mercado y de la competencia) y el precio del medicamento que elige adquirir.

5.2.3. Recomendaciones específicas sobre cambios en el actual copago de medicamentos

1. Eliminar la distinción entre activos y pensionistas, cualidad que en principio no marca ninguna diferencia ni de necesidad ni de renta.
2. Establecer límites máximos anuales (no mensuales) del copago, en euros, en función de la renta, con más tramos que los tres actuales para diferenciar

mejor los tramos entre 18.000 y 100.000 euros anuales de renta familiar. El modelo de copago de Suecia podría servir de orientación.

3. Podrían establecerse varios porcentajes de copago sobre el PVP en función de la efectividad de los tratamientos. Francia podría ser un referente en este sentido.
4. Los tratamientos con un ratio coste-efectividad socialmente aceptable para pacientes crónicos y para grupos vulnerables deberían ser gratuitos o casi-gratuitos.
5. Los tratamientos para síntomas menores, en la medida en que sean efectivos y coste-efectivos, deberían estar incluidos en la cartera de servicio en las mismas condiciones que el resto.

6. Conclusión

Una agenda de reforma ordenada no puede huir de definir mejor el papel de las aportaciones de los usuarios. Si no se desea que el copago se convierta en un impuesto sobre la enfermedad, debe tener un papel recaudatorio limitado. Siempre es preferible un copago evitable y basado en criterios de efectividad a un copago lineal y obligatorio. Los copagos evitables, generalmente asociados a sistemas de precios de referencia de equivalencia química, farmacológica o terapéutica, se basan en hacer pagar al paciente únicamente la diferencia entre el precio de venta de un medicamento y el de otro considerado equivalente o similar que es más barato (precio de referencia).

Referencias

1. Lopez-Casasnovas G, Maynou L, Saez M. Another look at the comparisons of the health systems expenditure indicators. Social Indicators Research. 2014:1-27.

2. Rodríguez M, Puig-Junoy J. Por qué no hay que temer al copago. Gaceta Sanitaria. 2012;26(1):78-9.

3. Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Anderson C. International Profiles of Health Care Systems. Fund hC, editor2015 January 2015.

4. Evans DB, Etienne C. Health systems financing and the path to universal coverage. Bull World Health Organ. 2010;88(6):402.

5. González López-Valcárcel B. Los seguros en la financiación pública de medicamentos. Análisis económico de la financiación pública de medicamentos. Barcelona: Masson; 2002.

6. Jemiai N, Thomson S, Mossialos E. An overview of cost sharing for health services in the European Union. Euro Observer. 2004;6(3):1-4.

7. Barnieh L, Clement F, Harris A, Blom M, Donaldson C, Klarenbach S, et al. A systematic review of cost-sharing strategies used within publicly-funded drug plans in member countries of the Organisation for Economic Co-Operation and Development. PloS one. 2014;9(3):e90434.

8. Atanasova E, Pavlova M, Moutafova E, Rechel B, Groot W. Informal payments for health services: the experience of Bulgaria after 10 years of formal co-payments. The European Journal of Public Health. 2014;24(5):733-9.

9. Junoy JP. El papel de los copagos en sistemas de salud públicos y universales. Papeles de economía española. 2014(142):62-72.

10. Drummond M, Towse A. Is it time to reconsider the role of patient co-payments for pharmaceuticals in Europe? The European Journal of Health Economics. 2012;13(1):1-5.

11. Leopold C, Mantel-Teeuwisse AK, Vogler S, Valkova S, Joncheere Kd, Leufkens HG, et al. Effect of the economic recession on pharmaceutical policy and medicine sales in eight European countries. Bulletin of the World Health Organization. 2014;92(9):630-40.

12. Bundey F. Putting the $7 co-payment in context: Australia's increasingly financialised system of healthcare. 2014.

13. Puig-Junoy J, Garcia-Gomez P, Casado D. Free medicines thanks to retirement: moral hazard and hospitalization offsets in an NHS. 2011.

14. Junoy JP, Casasnovas GL. La aplicación de precios de referencia a los medicamentos. Cuadernos de información económica. 1999;143:77-89.

15. Puig-Junoy J, Garcia-Gomez P, Casado-Marin D. Free Medicines Thanks to Retirement: Impact of Coinsurance Exemption on Pharmaceutical Expenditures and Hospitalization Offsets in a national health service. Health Econ. 2015.

16. García-Codina C, Martínez-del-Cerro F, Álvarez-Cantalapiedra A. Indice SEIS 2014. Sociedad Española de Informatica de la Salud http://82981658/documentos/acuerdosyconvenios/INDICE2014pdf. 2015:Marzo 2015.

17. Puig-Junoy J. ¿ Quién teme al copago?: el papel de los precios en nuestras decisiones sanitarias: Los Libros del Lince; 2012.

18. Atkins D, Eccles M, Flottorp S, Guyatt GH, Henry D, Hill S, et al. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches The GRADE Working Group. BMC health services research. 2004;4(1):38.

19. Chernew ME, Newhouse JP. What does the RAND Health Insurance Experiment tell us about the impact of patient cost sharing on health outcomes? The American journal of managed care. 2008;14(7):412.

20. Pauly MV. Medicare drug coverage and moral hazard. Health Affairs. 2004;23(1):113-22.

21. Pauly MV. Insurance and Drug Spending. The Oxford Handbook of the Economics of the Biopharmaceutical Industry. 2012:336.

22. Kling JR, Congdon WJ, Mullainathan S. Policy and choice: Public finance through the lens of behavioral economics: Brookings Institution Press; 2011.

23. Loewenstein G, Asch DA, Friedman JY, Melichar LA, Volpp KG. Can behavioural economics make us healthier? BMJ. 2012;344.

24. Pauly MV, Blavin FE. Moral hazard in insurance, value-based cost sharing, and the benefits of blissful ignorance. Journal of Health Economics. 2008;27(6):1407-17.

25. Glied S, Smith PC. The Oxford handbook of health economics: Oxford University Press; 2011.

26. Gonzalez Lopez-Valcarcel B, Librero J, Sanfelix-Gimeno G, Peiro S. Are prescribing doctors sensitive to the price that their patients have to pay in the Spanish National Health System? BMC Health Serv Res. 2011;11:333.

27. Tang KL, Ghali WA, Manns BJ. Addressing cost-related barriers to prescription drug use in Canada. CMAJ: Canadian Medical Association Journal. 2014;186(4):276.

28. Sinnott S-J, Buckley C, David O, Bradley C, Whelton H. The effect of copayments for prescriptions on adherence to prescription medicines in publicly insured populations; a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2013;8(5):e64914.

29. Nolan A. Evaluating the impact of eligibility for free care on the use of general practitioner (GP) services: a difference-in-difference matching approach. Social Science & Medicine. 2008;67(7):1164-72.

30. Layte R, Nolan A, McGee H, O'Hanlon A. Do consultation charges deter general practitioner use among older people? A natural experiment. Social Science & Medicine. 2009;68(8):1432-8.

31. Gemmill MC, Costa‐Font J, McGuire A. In search of a corrected prescription drug Elasticity estimate: a meta‐regression approach. Health economics. 2007;16(6):627-43.

32. Kiil A, Houlberg K. How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011. The European Journal of Health Economics. 2014;15(8):813-28.

33. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. Systematic reviews. 2015;4(1):1.

34. Blais L, Couture J, Rahme E, LeLorier J. Impact of a cost sharing drug insurance plan on drug utilization among individuals receiving social assistance. Health Policy. 2003;64(2):163-72.

35. Contoyannis P, Hurley J, Grootendorst P, Jeon SH, Tamblyn R. Estimating the price elasticity of expenditure for prescription drugs in the presence of non‐linear price schedules: an illustration from Quebec, Canada. Health Economics. 2005;14(9):909-23.

36. Grootendorst PV, Levine M. Do drug plans matter? Effects of drug plan eligibility on drug use among the elderly, social assistance recipients and the general population. McMaster University, 2002.

37. Li X, Guh D, Lacaille D, Esdaile J, Anis AH. The impact of cost sharing of prescription drug expenditures on health care utilization by the elderly: own-and cross-price elasticities. Health Policy. 2007;82(3):340-7.

38. Pilote L, Beck C, Richard H, Eisenberg MJ. The effects of cost-sharing on essential drug prescriptions, utilization of medical care and outcomes after acute myocardial infarction in elderly patients. Canadian Medical Association Journal. 2002;167(3):246-52.

39. Poirier S, LeLorier J. V. Pagé aand A. Lacour, 1998, The effect of a $2 co-payment on prescription refill rates of Quebec elderly and its relationship to socio-economic status. Canadian Pharmaceutical Journal.30:34.

40. Tamblyn R, Laprise R, Hanley JA, Abrahamowicz M, Scott S, Mayo N, et al. Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. Jama. 2001;285(4):421-9.

41. Wang PS, Patrick AR, Dormuth C, Maclure M, Avorn J, Canning CF, et al. Impact of drug cost sharing on service use and adverse clinical outcomes in elderly receiving antidepressants. The journal of mental health policy and economics. 2010;13(1):37.

42. Zhong H. Equity in pharmaceutical utilization in Ontario: a cross-section and over time analysis. Canadian Public Policy. 2007;33(4):487-507.

43. Cockx B, Brasseur C. The demand for physician services: evidence from a natural experiment. Journal of Health Economics. 2003;22(6):881-913.

44. Van De Voorde C, Van Doorslaer E, Schokkaert E. Effects of cost sharing on physician utilization under favourable conditions for supplier ‐ induced demand. Health Economics. 2001;10(5):457-71.

45. Christensen B. Characteristics of attenders and non-attenders at health examinations for ischaemic heart disease in general practice. Scandinavian journal of primary health care. 1995;13(1):26-31.

46. Christensen B. Payment and attendance at general practice preventive health examinations. Family medicine. 1995;27(8):531-4.

47. Gundgaard J. Income-related inequality in utilization of health services in Denmark: evidence from Funen County. Scandinavian Journal of Public Health. 2006;34(5):462-71.

48. Simonsen M, Skipper L, Skipper N. Price sensitivity of demand for prescription drugs: exploiting a regression kink design. Journal of Applied Econometrics. 2015.

49. Skipper N. On Utilization and Stockpiling of Prescription Drugs when Co-payments Increase: Heterogeneity Across Types of Drugs. Aarhus University School of Economics Working Paper. 2010(2010-12).

50. O'Reilly D, O'Dowd T, Galway KJ, Murphy AW, O'Neill C, Shryane E, et al. Consultation charges in Ireland deter a large proportion of patients from seeing the GP: results of a cross-sectional survey. European Journal of General Practice. 2007;13(4):231-6.

51. Atella V, Peracchi F, Depalo D, Rossetti C. Drug compliance, co ‐ payment and health outcomes: evidence from a panel of Italian patients. Health economics. 2006;15(9):875-92.

52. Fiorio CV, Siciliani L. Co-payments and the demand for pharmaceuticals: evidence from Italy. Economic Modelling. 2010;27(4):835-41.

53. Costa-Font J, Kanavos P, Rovira J. Determinants of out-of-pocket pharmaceutical expenditure and access to drugs in Catalonia. Applied Economics. 2007;39(5):541-51.

54. Elofsson S, Unden A-L, Krakau I. Patient charges—a hindrance to financially and psychosocially disadvantage groups seeking care. Social science & medicine. 1998;46(10):1375-80.

55. Jordin B, Engholm G. Besöksfrekvenser för unga och äldre efter införandet av avgiftsfrihet för patienter yngre än 20 år. Socialmedicinsk tidsskrift: Organ för sjuk-och hälsovård. 2001;1:85-90.

56. Lundberg L, Johannesson M, Isacson DG, Borgquist L. Effects of user charges on the use of prescription medicines in different socio-economic groups. Health Policy. 1998;44(2):123-34.

57. Cherkin DC, Grothaus L, Wagner EH. Is magnitude of co-payment effect related to income? Using census data for health services research. Social science & medicine. 1992;34(1):33-41.

58. Krůtilová V. Impact of user fees in health care system on health care consumption. Review of Economic Perspectives. 2010;10(4):113-32.

59. Zapal J. Doctor-visit co-payment exemption for children: first look at the data. FINANCE A UVER-CZECH JOURNAL OF ECONOMICS AND FINANCE. 2010;60(1):58-72.

60. Augurzky B, Bauer TK, Schaffner S. Copayments in the German Health System-Do They Work? 2006.

61. Rückert I-M, Böcken J, Mielck A. Are German patients burdened by the practice charge for physician visits ('Praxisgebuehr')? A cross sectional analysis of socio-economic and health related factors. BMC health services research. 2008;8(1):232.

62. Schreyögg J, Grabka MM. Copayments for ambulatory care in Germany: a natural experiment using a difference-in-difference approach. The European Journal of Health Economics. 2010;11(3):331-41.

63. Winkelmann R. Co‐payments for prescription drugs and the demand for doctor visits–Evidence from a natural experiment. Health economics. 2004;13(11):1081-9.

64. Bolin K, Lindgren A, Lindgren B, Lundborg P. Utilisation of physician services in the 50+ population: the relative importance of individual versus institutional factors in 10 European countries. International journal of health care finance and economics. 2009;9(1):83-112.

65. Or Z, Jusot F, Yilmaz E. Impact of health care system on socioeconomic inequalities in doctor use: IRDES; 2008.

66. Van Doorslaer E, Wagstaff A, Van der Burg H, Christiansen T, Citoni G, Di Biase R, et al. The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. Journal of health economics. 1999;18(3):291-313.

67. Wagstaff A, Van Doorslaer E, van der Burg H, Calonge S, Christiansen T, Citoni G, et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. Journal of health economics. 1999;18(3):263-90.

68. Lostao L, Regidor E, Geyer S, Aïach P. Patient cost sharing and social inequalities in access to health care in three western European countries. Social science & medicine. 2007;65(2):367-76.

69. Lostao L, Regidor E, Geyer S, Aïach P. Patient cost sharing and physician visits by socioeconomic position: findings in three Western European countries. Journal of epidemiology and community health. 2007;61(5):416-20.

70. Rosen B, Brammli‐Greenberg S, Gross R, Feldman R. When co‐payments for physician visits can affect supply as well as demand: findings from a natural experiment in Israel's national health insurance system. The International journal of health planning and management. 2011;26(2):e68-e84.

71. Scott KM, Marwick JC, Crampton PR. Utilization of general practitioner services in New Zealand and its relationship with income, ethnicity and government subsidy. Health Services Management Research. 2003;16(1):45-55.

72. Kupor SA, Liu Y-c, Lee J, Yoshikawa A. The effect of copayments and income on the utilization of medical care by subscribers to Japan's National Health Insurance System. International Journal of Health Services. 1995;25(2):295-312.

73. Kim J, Ko S, Yang B. The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea. Health Policy. 2005;72(3):293-300.

74. McManus P, Donnelly N, Henry D, Hall W, Primrose J, Lindner J. Prescription Drug Utilization Following Patient Co‐Payment Changes in Australia. Pharmacoepidemiology and Drug Safety. 1996;5(6):385-92.

75. Nexøe J, Kragstrup J, Rønne T. Impact of postal invitations and user fee on influenza vaccination rates among the elderly: a randomized controlled trial in general practice. Scandinavian journal of primary health care. 1997;15(2):109-12.

76. Manning WG, Newhouse JP, Duan N, Keeler EB, Leibowitz A. Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. The American economic review. 1987:251-77.

77. Becker DJ, Blackburn J, Morrisey MA, Sen B, Kilgore ML, Caldwell C, et al. Co-payments and the use of emergency department services in the children's health insurance program. Medical Care Research and Review. 2013;70(5):514-30.

78. Chen S-Y, Shah SN, Lee Y-C, Boulanger L, Mardekian J, Kuznik A. Moving branded statins to lowest copay tier improves patient adherence. J Manag Care Pharm. 2014;20(1):34-42.

79. Damiani G, Federico B, Anselmi A, Bianchi CB, Silvestrini G, Iodice L, et al. The impact of Regional co-payment and National reimbursement criteria on statins use in Italy: an interrupted time-series analysis. BMC health services research. 2014;14(1):6.

80. Farbmacher H, Winter J. Per‐Period Co‐Payments And The Demand For Health Care: Evidence From Survey And Claims Data. Health economics. 2013;22(9):1111-23.

81. Fraeyman J, Verbelen M, Hens N, Van Hal G, De Loof H, Beutels P. Evolutions in Both Co-Payment and Generic Market Share for Common Medication in the Belgian Reference Pricing System. Applied health economics and health policy. 2013;11(5):543-52.

82. Knott RJ, Petrie DJ, Heeley EL, Chalmers JP, Clarke PM. The effects of reduced copayments on discontinuation and adherence failure to statin medication in Australia. Health Policy. 2015;119(5):620-7.

83. Lesén E, Sundell KA, Carlsten A, Mårdby A-C, Jönsson AK. Is the level of patient co-payment for medicines associated with refill adherence in Sweden? The European Journal of Public Health. 2013:ckt062.

84. Li X, Anis A. Cost sharing of prescription drugs and demand for health-care utilization among seniors with rheumatoid arthritis. Applied Economics Letters. 2013;20(1):23-7.

85. Puig-Junoy J, Rodríguez-Feijoó S, Lopez-Valcarcel BG. Paying for Formerly Free Medicines in Spain After 1 Year of Co-Payment: Changes in the Number of Dispensed Prescriptions. Applied health economics and health policy. 2014;12(3):279-87.

86. Ridley DB. Payments, promotion, and the purple pill. Health economics. 2015;24(1):86-103.

87. Sabik LM, Gandhi SO. Copayments and Emergency Department Use Among Adult Medicaid Enrollees. Health economics. 2015.

88. Sen B, Blackburn J, Morrisey MA, Kilgore ML, Becker DJ, Caldwell C, et al. Did copayment changes reduce health service utilization among CHIP enrollees? Evidence from Alabama. Health services research. 2012;47(4):1603-20.

89. Skipper N. On the Demand for Prescription Drugs: Heterogeneity in Price Responses. Health economics. 2013;22(7):857-69.

90. Terraneo M, Sarti S, Bordogna MT. Social Inequalities and Pharmaceutical Cost Sharing in Italian Regions. International Journal of Health Services. 2014;44(4):761-85.

91. Berndt ER, Bui L, Reiley DR, Urban GL. Information, marketing, and pricing in the US antiulcer drug market. The American Economic Review. 1995:100-5.

92. Berndt ER, Pindyck RS, Azoulay P. Consumption externalities and diffusion in pharmaceutical markets: antiulcer drugs. The Journal of Industrial Economics. 2003;51(2):243-70.

93. Ródríguez M, Puig-Junoy J. Cuando hay que pagar, a veces lo urgente puede esperar. Emergencias. 2013;25(6):491-4.

94. Flores-Mateo G, Violan-Fors C, Carrillo-Santisteve P, Peiro S, Argimon JM. Effectiveness of organizational interventions to reduce emergency department utilization: a systematic review. PLoS One. 2012;7(5):e35903.

95. Puig-Junoy J, Rodriguez-Feijoo S, Lopez-Valcarcel BG. Paying for formerly free medicines in Spain after 1 year of co-payment: changes in the number of dispensed prescriptions. Applied health economics and health policy. 2014;12(3):279-87.

96. Villar FA, Ibeas RR, Castelló CAJ, Antoñanzas MRL. Impacto del Real Decreto-Ley 16/2012 sobre el copago farmacéutico en el número de recetas y en el gasto farmacéutico. Revista Española de Salud Pública.

97. Sánchez DP, Guillén JJ, Torres AM, Arense JJ, López Á, Sánchez FI. La recuperación del consumo farmacéutico tras la modificación del copago: evidencia de un servicio regional de salud. Atención Primaria. 2014.

98. Sinnott S-J, Guinane M, Whelton H, Byrne S. Is 50 cent the price of the optimal copayment?-a qualitative study of patient opinions and attitudes in response to a 50 cent charge on prescription drugs in a publicly funded health system in Ireland. BMC health services research. 2013;13(1):16.

99. CNMC. Comisión Nacional de Mercados y la Competencia. Informe sobre el Proyecto de Real Decreto por el que se regula la financiación y fijación de precios de medicamentos y productos sanitarios. 01/12/2015. http://www.cnmc.es/es-es/promoci%C3%B3n/informessobrenormativa.aspx?num=IPN/CNMC/023/15&ambito=Informes de Propuestas Normativas&b=IPN/CNMC/023/15&p=0&ambitos=Informes de Propuestas Normativas&estado=0&sector=0&av=0. 2015.

100. Weaver T, Metrebian N, Hellier J, Pilling S, Charles V, Little N, et al. Use of contingency management incentives to improve completion of hepatitis B vaccination in people undergoing treatment for heroin dependence: a cluster randomised trial. The Lancet. 2014;384(9938):153-63.

101. Choudhry NK, Avorn J, Glynn RJ, Antman EM, Schneeweiss S, Toscano M, et al. Full coverage for preventive medications after myocardial infarction. New England Journal of Medicine. 2011;365(22):2088-97.

102. Choudhry NK, Glynn RJ, Avorn J, Lee JL, Brennan TA, Reisman L, et al. Untangling the relationship between medication adherence and post–myocardial infarction outcomes: Medication adherence and clinical outcomes. American heart journal. 2014;167(1):51-8. e5.

103. Thomson S, Schang L, Chernew ME. Value-based cost sharing in the United States and elsewhere can increase patients' use of high-value goods and services. Health Affairs. 2013;32(4):704-12.

104. Richards M. Improving access to medicines for NHS patients: a report for the Secretary of State for Health: COI; 2008.

105. van de Vooren K, Curto A, Garattini L. Optional copayments on anti-cancer drugs. BMJ. 2013;346.