

A: Secretaría de Estado de Sanidad. Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia

ASUNTO.- Participación en la consulta previa sobre el anteproyecto de Ley de Medidas para la Equidad, Universalidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud.

En Barcelona, Madrid y Las Palmas de Gran Canaria, a 18 de noviembre de 2020

Los abajo firmantes, especialistas en economía de la salud, doctores en economía y Catedráticos de Universidad acreditados, con una trayectoria de décadas de servicio público, consideran oportuno trasladar a este Ministerio su opinión sobre algunos de los aspectos planteados en el cuestionario de esta consulta pública previa sobre la base de la interpretación de la evidencia científica relacionada con el impacto y alcance de las medidas planteadas en el citado Anteproyecto de Ley de Medidas para la Equidad, Universalidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud que se refieren en especial a la aportación del usuario de la atención sanitaria y la prestación farmacéutica.

A tal efecto EXPONEMOS lo siguiente:

Parte I. RESUMEN DEL CONTENIDO DEL CUESTIONARIO DEL ANTEPROYECTO DE LEY EN LO RELATIVO A APORTACIÓN DEL USUARIO

1. La exposición de *“Antecedentes de la norma”* expresa como uno de los objetivos a alcanzar *“evitar la incorporación de nuevos copagos sanitarios, eliminando la relación de financiación con el tipo de cartera, de tal forma que no puedan establecerse copagos sanitarios”*.
2. En la relación de *“Problemas que se pretenden solucionar con la nueva norma”* se matiza y precisa de forma muy sustancial y más apropiada al alcance del objetivo anterior indicando que se *“pretende establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse copagos sanitarios nuevos que no atiendan a la situación socioeconómica de las personas”*.
3. En la justificación de la *“Necesidad y oportunidad de su aprobación”* se indica que la Ley 16/2003 de 28 de mayo *“abrió la posibilidad de establecer nuevos copagos, siguiendo las mismas reglas que los copagos farmacéuticos, en prestaciones en que hasta la fecha no están impuestos, tales como el transporte sanitario no urgente, los productos dietoterápicos y los productos ortoprotésicos”*. Asimismo se indica que en la situación actual: a) *“la prestación ortoprotésica ambulatoria está sujeta a aportación, pero esta no sigue el patrón definido para la prestación farmacéutica de medicamentos dispensados en oficinas de farmacia”*; b) *“la prestación con productos dietéticos y el transporte sanitario no urgente nunca han tenido*

aportación del usuario". En esta misma sección del cuestionario se manifiesta sin aportar más evidencia que *"de poder establecerse estos nuevos copagos, incrementarían las cargas financieras de las familias españolas y aumentarían las desigualdades sociales en salud actuales al no poder ser asumidos por parte de la población..."*.

4. Finalmente, en la sección sobre *"Objetivo de la norma"* resulta muy destacable la explicitación de los objetivos siguientes relacionados con la aportación del usuario: *"1) Reestablecer la cartera común de servicios del SNS, unificando la cartera común de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios"; "2) Evitar la incorporación de nuevos copagos sanitarios eliminando la relación de financiación con el tipo de cartera, de tal forma que no puedan establecerse copagos sanitarios nuevos"*. En ningún caso se hace mención alguna a la necesidad de mejorar la equidad del actual sistema de copago de la prestación farmacéutica en oficinas de farmacia.

Parte II. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL IMPACTO DE LOS COPAGOS SANITARIOS SOBRE LA EFICIENCIA, LA EQUIDAD Y EL IMPACTO PRESUPUESTARIO DEL SNS

La primera consideración, que es la base de todo el desarrollo propositivo posterior, es que los co-pagos deberían ser instrumentos efectivos para las políticas de salud, evitando el consumo innecesario e inapropiado de prestaciones sanitarias y medicamentos, y con ello el consiguiente riesgo para la salud. En ningún caso los co-pagos deberían entenderse ni plantearse como instrumentos recaudatorios. No son, pues, instrumentos fiscales, sino que forman parte de las políticas de salud.

1. La participación de los pacientes en el coste de los bienes y servicios sanitarios (visitas médicas, pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas, urgencias, hospitalizaciones, medicamentos) es una práctica habitual en todos los sistemas sanitarios. 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. La inclusión en la cobertura pública no debe ni se considera como una decisión equivalente a la gratuidad total o exclusión total de la cobertura pública en la mayoría de sistemas de salud de la Unión Europea, ya se trate de sistemas nacionales de salud o de seguros nacionales de salud. Las decisiones de inclusión en la cobertura pública de servicios y prestaciones necesarias y de eficacia demostrada hace décadas que en la mayoría de países de nuestro entorno han de dejado de ser binarias para, entre otros criterios, ser definidas según el grado de financiación con fondos públicos, abarcando desde la gratuidad para el paciente, pasando por la aportación moderada con límites máximos y criterios relacionados con la capacidad económica, hasta la exclusión, equivalente a un copago del 100% para el usuario. El debate sobre el copago no se debería plantear en ningún caso como una disyuntiva extrema entre el sí y el no.

2. En España, 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 copago. Tras la reforma de 2012, en la mayor parte de las CCAA se experimentó una caída abrupta de las recetas dispensadas con cargo al sistema nacional de salud, aunque la tendencia subyacente fue la recuperación de la tendencia previa. La aportación de los usuarios, en porcentaje de participación sobre el coste total, podría haberse duplicado dentro del total de la factura farmacéutica. Por tanto, el efecto más permanente del copago podría haber sido el redistributivo, lo cual requiere mejor análisis y debería ser descartada la opción de no hacer nada al respecto.

3. El diseño óptimo del copago debe tener en cuenta las discontinuidades en los costes y la existencia de 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. **El diseño óptimo de copagos debe tener en cuenta su impacto sobre la eficiencia, la equidad y el impacto presupuestario.** El análisis del impacto de los mismos sobre la equidad debe poner especial atención, como mínimo, a los tres hechos siguientes: a) el impacto sobre la equidad depende de los detalles en el diseño del sistema de copago siendo erróneo atribuir contribución a las desigualdades a los copagos con independencia del diseño de los mismos; b) existe evidencia teórica y empírica de que un diseño adecuado del sistema de copagos puede resultar en una mejora de la equidad superior a la del Euro marginal obtenido mediante un aumento de la presión fiscal (desde hace años, claramente regresivo en España); y, c) el impacto de los copagos sobre la equidad no puede llevarse a cabo sin considerar el hecho de que cualquier exclusión de la cobertura pública de un servicio o prestación sanitaria necesarios es equivalente y debe ser considerado como un copago por el 100% del precio de los mismos con el previsible impacto negativo sobre la equidad (regresividad) en comparación con un diseño adecuado de copagos y su inclusión en la cobertura pública.

4. Los copagos sanitarios, como criterio 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. El copago de los pacientes debe 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 las consultas de atención especializada y las hospitalizaciones. En general y cuando ello es posible, como en el caso de los medicamentos para los que existe competencia terapéutica, son preferibles los copagos evitables, complementarios u opcionales a los obligatorios. Para determinadas prestaciones, la cobertura pública podría estar basada en la disposición social a pagar (coste máximo por AVAC incremental ganado) completada con pagos privados complementarios basados en la disposición individual a pagar (cobertura “*top-up*”).

Parte 3. RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LA INCLUSIÓN EN LA CARTERA PÚBLICA DE SERVICIOS Y EL GRADO DE FINANCIACIÓN PÚBLICA

1. Recomendaciones en negativo.-

1.1 No imponer copagos a las visitas médicas ni a las hospitalizaciones necesarias, indicadas y coste-efectivas.

1.2 Tampoco imponer copagos a los programas de cribado poblacional coste-efectivos, para las personas del grupo diana, aunque fuera de él pudieran considerarse pruebas selectivas complementarias eventualmente sujetas.

1.3 Las vacunas incluidas en el calendario vacunal deberían en todo caso quedar exentas de copago.

2. Recomendaciones en positivo.-

2.1 Los tratamientos y prestaciones que no sean eficaces o efectivos deberán tener un copago del 100% (es decir, no deberían ser financiadas por el SNS).

2.2 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 (RCEI) que resulta de la disposición social a pagar. Quedarían excluidos de la cartera básica común de servicios del SNS. Esta subvención podría tener la forma de reducción fiscal en el IRPF que debería ser objeto de estudio detallado.

2.3 Podrían ofrecerse copagos voluntarios de prestaciones complementarias o “extras” que no afectan a la salud sino a dimensiones de comodidad o rapidez.

2.4 Para abordar presupuestariamente la ampliación de la cartera de servicios con nuevas prestaciones (ejemplo, podología) podría proponerse su co-financiación por parte del usuario.

2.5 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 (por ejemplo, los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar, o las curas de adelgazamiento).

2.6 En la medida de lo posible, se diseñarán y articularán copagos 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.

Parte IV. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS SOBRE CAMBIOS NECESARIOS EN EL ACTUAL COPAGO DE MEDICAMENTOS PARA MEJORAR LA EQUIDAD Y LA EFICIENCIA EN LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

1. Suprimir la distinción entre activos y pensionistas, cualidad que en principio no marca ninguna diferencia ni de necesidad ni de renta ni puede seguir siendo equiparada con una distinción en favor de la equidad..
2. Establecer límites máximos anuales (no mensuales) del copago, en euros, en función de la renta, con más tramos que los tres actuales, para toda la población. 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.

Nota final.- Para una descripción y fundamentación más amplia de las afirmaciones y recomendaciones contenidas en esta aportación a la consulta pública previa se remite al informe siguiente realizado por encargo de la AIREF para FEDEA: 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. Asimismo, se remite al interesado a los documentos y publicaciones científicas de los tres autores sobre financiación y copagos que se pueden consultar en las páginas web que se relacionan más abajo.

FIRMANTES:

Dr. **Jaume Puig Junoy**, *Distinguished Professor* en la Universitat Pompeu Fabra – Barcelona School of Management. DNI 77289577D. Email: jaume.puig@upf.edu. Webpage: <https://jaumepuigjunoy.cat/en/home/>. Perfil de [Google Scholar](#). Blog [Pilleconomics](#).

Dr. **Félix Lobo Aleu**, Catedrático Emérito en la Universidad Carlos III de Madrid. DNI 00368819Z. Email: flobo@eco.uc3m.es. Webpage: <http://www.felixlobo.com/>

Dra. **Beatriz González López Valcárcel**, Catedrática en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. DNI 35990507S. E-mail: beatriz.lopezvalcarcel@ulpgc.es. Webpage: <https://www2.ulpgc.es/index.php?pagina=bvalcarcel.dmc&ver=inicio>. Perfil de [Google Scholar](#).