

Modalidades de coste compartido en la prestación farmacéutica en Europa

Cambiar para mejorar

ANTARES
consulting 

Barcelona, 31 de marzo de 2010

Índice

1	Objetivos	3
2	Introducción	4
	2.1 Contexto	4
	2.2 Modalidades de costes compartidos	5
	2.3 Políticas asociadas	6
3	Sistemas de costes compartidos	8
	3.1 Sistemas de costes compartidos	8
	3.2 Clasificación de los países	9
	3.3 Coseguro	9
	3.4 Copago	10
	3.5 Sistema mixto	10
	3.6 Tabla comparativa de los países con sistemas de Coseguro	11
	3.7 Tabla comparativa de los países con Sistemas de Copago	13
	3.8 Tabla comparativa de los países con Sistemas Mixtos	14
	3.9 Exenciones y reducciones en las contribuciones	15
4	Escenarios	16
	4.1 Escenario 1: Contribución del paciente no intensivo en función del precio del medicamento en distintos países	17
	4.2 Escenario 2: Contribución del paciente intensivo (crónico) en función del precio del medicamento en distintos países	19
5	Conclusiones y recomendaciones	21
6	Bibliografía	23

1 Objetivos

Proporcionar elementos de reflexión a los diferentes agentes del sistema de salud y contribuir, mediante una discusión serena, a situarnos en los índices de contribución de los países de nuestro entorno.

Mediante la descripción y el análisis de las diferentes modalidades de costes compartidos en la prestación farmacéutica, podemos sacar algunas enseñanzas que, de aplicarse en nuestro entorno inmediato, proporcionarían, no solo reducciones de costes, si no un cambio de cultura en el uso de los medicamentos por parte de los ciudadanos.

Poner en valor el medicamento es una tarea difícil en estos momentos, debido a la facilidad de acceso al mismo, al desconocimiento de los ciudadanos de lo que representa usar una tecnología de esta naturaleza y a su gratuidad. De ahí que no sea oportuno referirnos a los medicamentos en términos exclusivamente económicos, si queremos que todo su "valor" sea comprendido, tanto por parte de los profesionales sanitarios, como por parte de los pacientes y sus familias; sin olvidar que las Autoridades sanitarias además de tener la obligación de financiarlos de la forma más adecuada, con sus Políticas han de facilitar un uso responsable y seguro, por lo que la responsabilidad del paciente, en última instancia, aparece como un reto de primera magnitud si queremos que la alta tecnología del medicamento sea coste-efectiva y segura.

El trabajo se basa en el análisis de datos y en la construcción de información que oriente a la reflexión. A partir de ahí se construyen dos escenarios para comparar el nivel de contribución entre países.

Al final del documento el equipo de Antares Consulting, mediante un trabajo de reflexión interna, se posiciona y propone mejoras y plantea retos a asumir por los diferentes actores del sistema de salud.

2 Introducción

2.1 Contexto

La Sanidad que se define como pública, universal y gratuita se plantea el interrogante de la sostenibilidad. Durante estos últimos años se han ido aplicando diferentes medidas de contención enfocadas principalmente en el área del medicamento –afectando a Industria Farmacéutica (de genéricos e innovadora), a la Distribución Farmacéutica y a las Oficinas de Farmacia-, y focalizadas en 3 direcciones: bajada de precios, contribución al sistema a través de diferentes fórmulas de aportación y recorte del margen.

Todas ellas son medidas que afectan a la oferta, fáciles de implantar debido a que se resuelven mediante una norma legal que suele entrar en vigor a las pocas semanas de haber tomado la decisión.

Medidas coyunturales que con el tiempo se ha visto diluidas por el propio sistema, demostrándose que hace falta un replanteamiento más estructural que implique a todos los agentes y lo que es más importante, haga copartícipe al ciudadano de la sostenibilidad del sistema.

Las Políticas que inciden sobre la demanda implican un cambio de conductas y actitudes, tanto de profesionales como de pacientes y ahí, se necesitan habilidades de gestión del cambio y movilización de personas que, no siempre, están al alcance de todos.

Entre las causas del incremento del gasto en medicamentos destacamos:

- El incremento del número de personas cubiertas por el sistema sanitario.
- El envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida. Sobre todo el fenómeno de la comprensión de la morbilidad que produce un gran incremento de recursos a partir de los 80 años.
- El incremento del número de recetas por paciente.
- La gran variabilidad en la prescripción en las diferentes CC.AA. y ausencia de indicadores de seguimiento en un gran número de ellas.
- La función “estabilizadora” que ejerce el medicamento ante deficiencias del propio sistema como son las listas de espera.

Un gran número de países en Europa ya están aplicando modelos de costes compartidos a los beneficiarios del sistema público de salud para el acceso a la prestación farmacéutica.

España, pese a mantener muy buenos estándares de calidad y esperanza de vida, se sitúa en el número 23 (de 31) en materia de inversión per capita en salud – alrededor de los 2.300 €, casi 1.000 € menos que países como Francia- y en cambio está entre los 5 países con mayor consumo de medicamentos.

Paralelamente **la contribución del paciente en el coste de medicamentos ha disminuido considerablemente en los últimos años.**

La contribución efectiva en 1990 era del 11% del precio del medicamento, en el 2000 era del 7,1% y en el 2010 oscila entre el 5,4-5,8%.

2.2 Modalidades de costes compartidos

Aunque coloquialmente hablamos de copago para referirnos en general a todos los costes compartidos, éste es sólo una de las formas posibles.

Hay tres grandes modalidades de contribución del paciente en la financiación de recursos, y cada una de ellas busca provocar distintas respuestas en la conducta de los pacientes:

- **Coseguro:**

Los pacientes pagan un porcentaje del coste de los servicios utilizados. España y Francia tienen implantada este tipo de modalidad.

Se busca la preocupación del paciente en el gasto del asegurador público.

- **Copago:**

Carga una cantidad por unidad de servicio utilizado (no por su coste). Algunos países con copago son Reino Unido y Alemania.

Se busca una conducta de moderación en el volumen de servicios demandados o utilizados.

- **Deducibles:**

Se establece un nivel de gasto inicial (deducible o franquicia) que asume el paciente a partir del cual empieza a actuar la cobertura pública. El deducible se puede aplicar en casos específicos o en un período de tiempo determinado. Un ejemplo claro de esta modalidad de contribución es Suecia.

La conducta que provoca es la de contención inicial de la utilización, inhibiendo el uso en problemas menos graves e hipocondrías, pero también en estadios iniciales de enfermedades y visitas periódicas preventivas.

2.3 Políticas asociadas

Existen otras políticas asociadas a estas modalidades de coste compartido que modulan la contribución del paciente o de la aseguradora pública:

- **Inclusiones/exclusiones de medicamentos en la cobertura pública:**

No todos los medicamentos están incluidos en la financiación pública. Los países incorporan medidas de financiación selectiva mediante la definición de un catálogo de medicamentos financiables (lista positiva) o uno de medicamentos excluidos (lista negativa). La inclusión/exclusión de los medicamentos depende principalmente de una valoración de su utilidad terapéutica y/o de evaluaciones de coste-eficacia por parte de comisiones u organismos especiales.

En general, cuanto mayor es el número de medicamentos incluidos, mayor es la necesidad de establecer límites a través de modalidades de coste compartido.

- **Exenciones/reducciones de la cobertura pública en diferentes colectivos:**

En otros países la financiación selectiva no se realiza únicamente en función de la utilidad terapéutica de los medicamentos, sino en función de otros factores muy variables que afectan a diferentes colectivos de pacientes. Para estos colectivos pueden realizarse reducciones de las contribuciones normales establecidas o bien una exención total de su contribución.

Entre los factores más utilizados para delimitar estos colectivos encontramos:

- Condiciones médicas especiales. El grado de discapacidad suele ser uno de los factores más empleados.
- Intensidad de uso de la prestación farmacéutica.

- Renta o ingresos del paciente/hogar.
- Edad (niños y mayores)
- Situación laboral (activos y pensionistas).
- Otras situaciones circunstanciales (embarazo, lactancia, etc.).

• **Niveles o techos máximo de contribución:**

Que pueden llegar a pagar el paciente o la aseguradora pública.

- *Beneficio máximo:* se reembolsa hasta un límite predefinido de la cantidad gastada durante un periodo de tiempo determinado; fuera de este plazo, el paciente es plenamente responsable de los pagos.
- *Máxima contribución individual del paciente:* el individuo/hogar asegurado hace frente al coste de la asistencia hasta un límite predefinido para un periodo de tiempo determinado; por encima de esa cantidad, todos los gastos deberán ser asumidos por la aseguradora.

• **Precios de referencia:**

Cuando el asegurador público sólo cubre el coste del medicamento equivalente más barato.

3 Sistemas de costes compartidos

3.1 Sistemas de costes compartidos

La aplicación de las políticas anteriormente mencionadas pueden conformar una gran variabilidad de sistemas de costes compartidos.

Para conocer la realidad en Europa se analizan los sistemas implantados en todos los países que conformaban la Unión Europea de los 15 (UE-15). Con estos países quedan representados todos los tipos de modelos financiación del Sistema de Salud (Bismarck y Beveridge).

Los datos recogidos en este documento son los vigentes a 01/01/2010. En caso contrario, se ha indicado específicamente.

Se han clasificado los países en tres grandes grupos: Coseguro, Copago y Mixto. Los dos primeros grupos coinciden con la clasificación de las modalidades de coste compartido. En el tercer grupo figuran países que utilizan un sistema mixto entre estos dos. No existen países con sistemas basados únicamente en la modalidad "deducibles", por lo que no se ha conformado un grupo propiamente dicho.

1

Coseguro

Sistema de coste compartido basado en la modalidad del coseguro, en el que el paciente asume un porcentaje del coste del medicamento prescrito.

2

Copago

Sistema de coste compartido basado en la modalidad de copago, en el que el paciente aporta una cantidad o tarifa por cada medicamento o receta que se le prescribe, independientemente del precio.

3

Mixto

Sistema de coste compartido mixto en el que el paciente aporta una cantidad o tarifa fija por receta (modalidad de copago) más un variable según medicamento prescrito (modalidad de coseguro).

3.2 Clasificación de los países

En los diferentes países analizados encontramos diferentes modalidades de costes compartidos que se pueden agrupar en tres grandes grupos:

■ Coseguro:

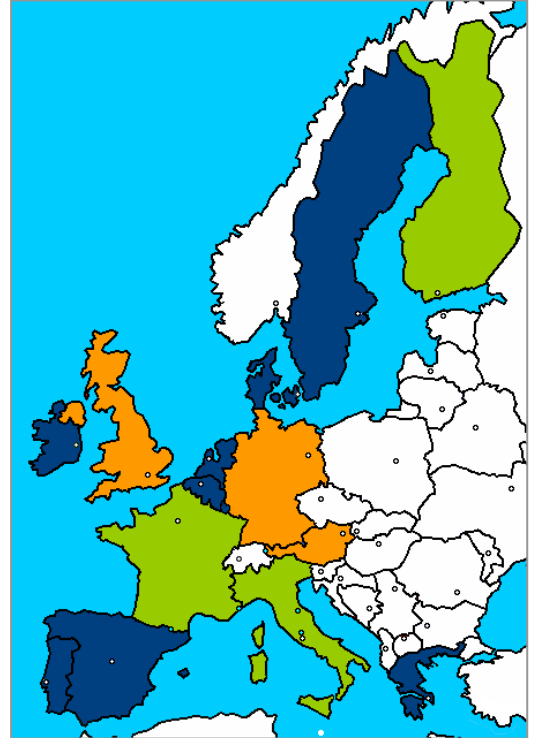
- Bélgica
- Dinamarca
- España
- Grecia
- Irlanda
- Luxemburgo
- Países Bajos
- Portugal
- Suecia

■ Copago:

- Alemania
- Austria
- Reino Unido

■ Mixto:

- Finlandia
- Francia
- Italia



3.3 Coseguro

- Los porcentajes que abona el paciente son muy dispares.
- En la mayoría de países existe un escalado de % de contribución en función de diferentes conceptos.
 - Tipo de enfermedades (España, Grecia y Portugal).
 - Categorías de medicamentos, en base a su utilidad terapéutica o su coste/efectividad (Bélgica, Países Bajos y Luxemburgo).
 - Gasto anual del beneficiario en medicamentos (Dinamarca, Irlanda, Suecia).
 - Otros parámetros.
- Hay numerosos casos de exenciones, también por varios motivos: Enfermedades crónicas (Dinamarca, Grecia), Pensionistas (España), Maternidad y SIDA (Grecia), etc.

- En Dinamarca, Irlanda y Suecia existe un deducible (nivel de gasto mínimo a partir del cual empieza a actuar la cobertura aseguradora).

3.4 Copago

- El paciente paga una tarifa por prescripción / receta / envase.
- El precio a aportar por receta es variable (de 5€ a 10€ por receta/envase en función del país).
- En el caso de Alemania el precio de la receta puede ir de 5€ a 10€ por receta en función del precio del medicamento (10% del PVP) y del poder adquisitivo del paciente.
- En el Reino Unido existe una tarifa única por envase y unas contribuciones máximas formuladas a través de bonos de compra anuales o para períodos de 4 meses.

3.5 Sistema mixto

- En Finlandia según la enfermedad el paciente éste aporta un precio fijo por receta (con un máximo anual) o paga un porcentaje del precio del medicamento.
- En Italia hay categorías de medicamentos en función de su precio o de la gravedad de la enfermedad, para algunas paga un fijo por receta y por otras paga el precio total.
- En Francia se paga un % que depende de la clasificación de fármacos y además una tarifa por envase (con un máximo anual).

3.6 Tabla comparativa de los países con sistemas de Coseguro

País (año)	Sistema de Salud	% que paga el paciente	Tarifa	Deducible	Techo máximo	Observaciones	Media (año)
Bélgica (2010)	Esquema de seguro social obligatorio para empleados y grupos asimilados.	15% 25% 50% 60% 80%	--	--	Contribuciones máximas para las categorías B y C en función de la presentación y si hay genérico disponible (de 7,2€ a 18,5€* por envase)	% en función de la utilidad terapéutica del fármaco (categorías A, B, C, Cs, Cx): - Para categoría A (medicamento contra el cáncer, diabetes, epilepsia, etc.): Sólo se pagan algunos medicamentos cuando exceden del precio de referencia. - Para categoría B (antibióticos, hipocolesterolémicos, etc.): 25% y techos de 10,8 y 13,5€*. - Para categoría C (expectorantes, antiácidos, etc.): 50% y techos de 13,5€*. - Para categoría Cs (vacunas, antialérgicos): 60% - Para categoría Cx (píldora anticonceptiva): 80% Existen algunos % y techos máximos reducidos para viudas, incapacitados, pensionistas, huérfanos y rentas bajas. - Para categoría B (antibióticos, colesterol, etc.): 15% y techos de 7,2 y 8,9€*. - Para categoría C (expectorantes, antiácidos, etc.): 50% y techos de 8,9€*. (* Si hay genérico disponible (ATC nivel 4) los techos máximos se incrementan.	Sin Datos
Dinamarca (2010)	Sistema Nacional de Salud financiado por impuestos.	15% 25% 50% 60% 75% 85% 100%	--	114€ /anuales (DKK 850) Sólo mayores de 18 años	Beneficio máximo para enfermedades crónicas de €469 / año (DKK 3.490)	% en función de la edad del paciente y del gasto anual: a) Mayores de 18 años: - Para un gasto anual por debajo de 114€ (DKK 850): 100% (Deducible). - Para un gasto anual entre 114€-186€ (DKK 1.385): 50%. - Para un gasto anual entre 186-402€ (DKK 2.990): 25%. - Para gasto anual superior a 402€: 15%. - En el caso en enfermedades crónicas si el tratamiento es superior a 2.168€ (DKK 16.131) puede haber 100 % de reembolso hasta 469€ (DKK 3.490). b) Menores de 18 años: - Para un gasto anual por debajo de 114€ (DKK 850): 40%. - Para un gasto anual entre 114€-186€ (DKK 1.385): 40%. - Para un gasto anual entre 186-402€ (DKK 2.990): 25%. - Para gasto anual superior a 402€: 15%. - En el caso en enfermedades crónicas si el tratamiento es superior a 2.673€ (DKK 19.888) puede haber 100 % de reembolso hasta 469€ (DKK 3.490). Los enfermos terminales están exentos. El médico puede solicitar el reembolso de medicamentos y OTC que en principio no entran dentro de la cobertura pública. Estos deben ser autorizados. (1 DKK=0,1344€)	39%(2005)
España (2010)	Sistema Nacional de Salud financiado por impuestos.	10% 30% 40%	--	--	Máxima contribución para enfermedades concretas y de carácter crónico de 2,64€ por envase.	% en función del colectivo: - 40% para activos. - 30% para funcionarios Civiles, Fuerzas Armadas, Administración de Justicia. - 10% para enfermedades concretas y de carácter crónico, con aportaciones máximas de 2,64€ en medicamentos con precio igual a superior a 26,4€. Los pensionistas están exentos.	5,4-5,6% (2010)
Grecia (2010)	Esquema de seguro social obligatorio para empleados y grupos asimilados (no hay exenciones).	10% 25%	--	--	--	25% para la mayoría de medicamentos. 10% para algunas enfermedades (principalmente crónicas: osteoporosis, Parkinson, enfermedades coronarias, etc.) y pensionistas. Exenciones para ciertas condiciones de enfermedad crónica (como cáncer, leucemia, diabetes, Alzheimer, psicosis, epilepsia), vacunas, antiretrovirales para el SIDA y maternidad (embarazo - parto) o accidentes laborales.	15% (2008)

País (año)	Sistema de Salud	% que paga el paciente	Tarifa	Deducible	Techo máximo	Observaciones	Media (año)
Irlanda (2010)	Sistema Nacional de Salud financiado por impuestos.	12% (PVL) 100%	GMS: 0,5€ por envase	--	Máxima contribución para GMS:10€ familia/mes, para DPS:120€ familia/mes y para HTD:100€ familia/mes	En función de los 4 sistemas a los que se puede acoger el paciente: general (GMS), rentas bajas (DPS), pacientes con alguna de las 15 condiciones crónicas incluídas - diabetes, epilepsia, esclerosis múltiple, etc. - (LTI) y medicamentos Hi-tech (HTD): - GMS: el paciente abona 0,5€ por envase hasta un máximo de 10€ familia/mes. Además la aseguradora pública abona al farmacéutico una tasa de dispensación de 3.59€ por receta (4.54€ por receta si son mayores a 70 años). - DPS: el paciente abona todo hasta un máximo de 120€ familia/mes. Además la aseguradora abona una tasa de dispensación de 3,16€ por receta y un markup del 50% coste del medicamento. - LTI: Exención. Además la aseguradora abona una tasa de dispensación de 3,16€ por receta y un margen bruto del 50% del coste del medicamento. - HTD: Se trabaja con PVL. Exención para algunas condiciones médicas. En caso contrario hasta un máximo de 100€/familia/mes. Además la aseguradora abona un margen bruto del 12% sobre el PVL y una tasa de 60,52€ por paciente.	20% (2010)
Luxemburgo (2010)	Esquema de seguro social obligatorio para población activa y receptores de subsidios de la Seguridad Social.	20% 60%	--	--	--	Clasificación en 3 categorías según efectividad y necesidad de tratamiento: - 20% para la mayoría de medicamentos. - 60% para medicamentos interés moderado en la práctica médica y que están destinados para el tratamiento sintomático de enfermedades benignas. - Exención para los medicamentos con indicación terapéutica específica, que contenga un único principio activo, insustituible o vital interés en el tratamiento de las enfermedades particularmente graves o crónicas.	Sin Datos
Países Bajos (2006)	Seguro obligatorio financiado por contribuciones de asegurados complementado por un seguro general para riesgos graves que cubre a todos los residentes.	Diferencia entre el precio y el precio de referencia.	--	--	--	En función de la relación cote-eficacia del medicamento y de su impacto presupuestario. Se evalúa su epidemiología (datos sobre incidencia y prevalencia), población diana y los tratamientos alternativos, posología, duración del tratamiento, precio, etc. Para algunos fármacos (Anexo 1a) se paga el coste que sobrepase el precio de referencia. Para el resto dependerá de la utilidad terapéutica de cada medicamento. No hay exenciones para el seguro obligatorio	Sin Datos
Portugal (2010)	Sistema Nacional de Salud financiado por impuestos.	5% 31% 63% 85%	--	--	--	En función de la clasificación del medicamento a partir de una evaluación farmacéutica, clínica y económica (4 categorías) : - A - Antineoplásicos, inmunomoduladores, hormonas, etc.: 5% - B - Antiinfecciosos, SNS, Sistema cardiovascular, etc.: 31% - C - Aparato locomotor, antialérgicos, etc.:63% - D - Nuevos medicamentos, : 85% En pensionistas cuya renta anual no exceda de 14 veces el salario mínimo, la categoría A se reduce un 5% (exención) y la B, C, D un 15% (16, 48 y 70% respectivamente). Exención en la categoría A y los genéricos en pensionistas.	Sin Datos
Suecia (2010)	Sistema Nacional de Salud financiado por impuestos.	10% 25% 50% 100%	--	92€ (SEK 900) /año	Máxima contribución de 184€ (SEK 1.800) /año	A partir de un deducible de 92€ anual (SEK 900) existe un escalado de reembolso: - De 92€ a 173€ (SEK 1.700): 50% - De 173€ a 337€ (SEK 3.300): 25% - De 337 a 439€ (SEK 4.300): 10% A partir de 439€ (SEK 4.300) anuales la cobertura es del 100% (contribución 0%). Con este escalado el máximo anual que un paciente paga está en 184€ (SEK 1.800). La insulina es totalmente reembolsada. Los gastos de los menores de 18 años de la familia se agrupan. (1 SEK = 0,102€)	21% (2007)

3.7 Tabla comparativa de los países con Sistemas de Copago

País (año)	Sistema de Salud	% que paga el paciente	Tarifa	Deducible	Techo máximo	Observaciones	Media (año)
Alemania (2010)	Esquema de seguro social obligatorio para empleados y asimilados hasta un cierto límite de renta. Contribuciones sociales relacionadas con el nivel de renta.	10%	5€ - 10€ por envase	--	Contribución máxima: 2% de la renta familiar (para los enfermos crónicos: 1%)	El paciente paga un 10% con un mínimo de 5€ y un máximo de 10% (en la práctica se traduce que en la gran mayoría de medicamentos el paciente paga una tarifa fija). Para algunos medicamentos se han establecido precios de referencia. En estos casos el paciente, además de la tarifa, paga la diferencia entre el PVP y el precio de referencia. Exenciones en menores de 18 años. Exenciones en medicamentos con precio un 30% menor al del precio de referencia.	Sin Datos
Austria (2009)	Esquema de seguro social obligatorio para empleados y grupos asimilados.	--	4,9€ por envase	--	Contribución máxima: 2% de la renta del paciente	Lista positiva de medicamentos con cobertura. Exenciones en algunas enfermedades, niños, discapacitados y jubilados.	Sin Datos
Reino Unido (2010)	Sistema Nacional de Salud financiado por impuestos.	--	8,2€ (£7.20) por envase	--	Existen bonos de compra anuales: 118€ (£104) o para cuatrimestre: 32€ (£28,25)	Existen muchas exenciones (menores 16 años, menores estudiantes entre 16-19 años, mayores 60 años, embarazadas, etc.) El 50% de la población no paga, el resto paga un precio fijo por receta.	Sin Datos

3.8 Tabla comparativa de los países con Sistemas Mixtos

País (año)	Sistema de Salud	% que paga el paciente	Tarifa	Deducible	Techo máximo	Observaciones	Media (año)
Finlandia (2009)	Esquema público gestionado por los municipios, y financiado mediante impuestos y copagos. La asistencia sanitaria privada complementa el esquema público. Su coste es parcialmente reembolsado por el seguro general de enfermedad.	28% 58%	3€ por medicamento en reembolso mayor especial (1,5 € por medicamento una vez superado el techo máximo)	--	Contribución máxima 672,70€ / año	<p>En función de la severidad y cronicidad de las enfermedades a que están indicados los medicamentos, estos se clasifican en las siguientes categorías de reembolso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reembolso mayor especial (enfermedades muy severas o crónicas): pago único de 3€ por medicamento. - Reembolso especial menor (enfermedades severas o crónicas): contribución del 28% del precio del medicamento. - Reembolso básico: contribución del 58% del precio del medicamento. <p>A partir de una contribución anual en medicamentos superior a los 672,70 € el reembolso por la aseguradora pública es completo (0% de contribución) pero el paciente paga 1,50 € por medicamento.</p> <p>Existen algunas enfermedades en los que los medicamentos indicados tienen un reembolso limitado. En estos casos, puede haber reembolso si hay indicación del médico y las autoridades sanitarias lo autorizan.</p>	36% (2008)
Francia (2010)	Esquema de seguro social obligatorio con afiliación basada en criterios profesionales y de residencia.	35% 85%* (65%)	0,5€ por envase	--	50 € anuales de costes sanitarios (tarifa)	<p>En función de la efectividad del medicamento y de las severidad de la enfermedad (clasificados en 3 categorías):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etiqueta blanca cruzada: medicamentos innovadores y con beneficios clínicos): gratuitos. - Etiqueta blanca (medicamentos más comunes): 35% - Etiqueta azul (homeopatía o medicamentos con pocos beneficios clínicos): 85%* (65 %). <p>Existe un máximo anual de tarifa fija de 50 € donde se incluyen otras tarifas fijas sanitarias (Ej: transporte 2€, actos paramédicos 0,5€).</p> <p>Para muchos medicamentos existen precios de referencia. En estos casos el reembolso se realiza sólo sobre el precio de referencia, por lo que el paciente debe abonar la diferencia.</p> <p>Exención en las tarifas para los menores de 18 años, los beneficiarios del complemento CMU o la Ayuda Médica del Estado (AME) y las mujeres durante el embarazo.</p> <p>(*) A partir de abril 2010.</p>	Sin Datos
Italia (2006)	Financiación por contribuciones fijadas sobre los contribuyentes.	Categoría C: 100%. Categoría A: 0%	Categoría A: medicamentos dosis única 1,55€; medicamentos multidosis 3,10€	--	--	<p>Categorías según el precio del medicamento o de la gravedad de la enfermedad. Existen también precios de referencia.</p>	Sin Datos

3.9 Exenciones y reducciones en las contribuciones

País	Sistema de contribución de costes	Utilidad terapéutica / condiciones medicas	Discapacitados	Pacientes intensivos	Renta	Niños / menores	Mayores	Otros
Alemania	Copago	--	--	--	R	E	--	--
Austria	Copago	E	E	--	E	E	E	R
Bélgica	Coseguro	R E	R	--	R	--	R	R
Dinamarca	Coseguro	--	--	--	--	--	R (>18 años)	E
España	Coseguro	R	R	--	--	--	E	R
Finlandia	Sistema Mixto	R	--	--	--	--	--	--
Francia	Sistema Mixto	R E	--	--	R	R (tarifa fija)	--	R (tarifa fija)
Grecia	Coseguro	R	--	--	--	--	R	R
Irlanda	Coseguro	E	E	--	E	E	E	E
Italia	Sistema Mixto	R E	--	--	R	--	--	--
Luxemburgo	Coseguro	R E	--	--	--	--	--	--
Países Bajos	Coseguro	--	--	--	--	--	--	--
Portugal	Coseguro	R	--	--	--	--	R E	R
Reino Unido	Copago	E	E	--	E	E	E	E
Suecia	Coseguro	E	--	R	--	R	--	--

4 Escenarios

Para comparar el impacto de las políticas de los diferentes países en la contribución efectiva del coste de medicamentos se construyen dos escenarios:

a) Escenario 1: Contribución del paciente no intensivo en función del precio del medicamento en distintos países.

En la tabla se indica la contribución teórica de un paciente estándar sobre 5 medicamentos con un amplio espectro de precios (PVP): 1€, 5€, 10€, 20€ y 50€.

Este escenario tiene en cuenta las siguientes asunciones:

- Paciente estándar: no se le aplica ninguna de las exenciones, ni reducciones implementadas en el país.
- Coseguros: se utiliza el % de contribución que afecta al mayor número de medicamentos del catálogo de cobertura pública o el mayor colectivo de la población.

b) Escenario 2: Contribución del paciente intensivo en función del precio del medicamento en distintos países.

En la tabla se indica la contribución teórica de un paciente estándar "intensivo" (crónico) sobre 5 medicamentos con un amplio espectro de precios (PVP): 1€, 5€, 10€, 20€ y 50€.

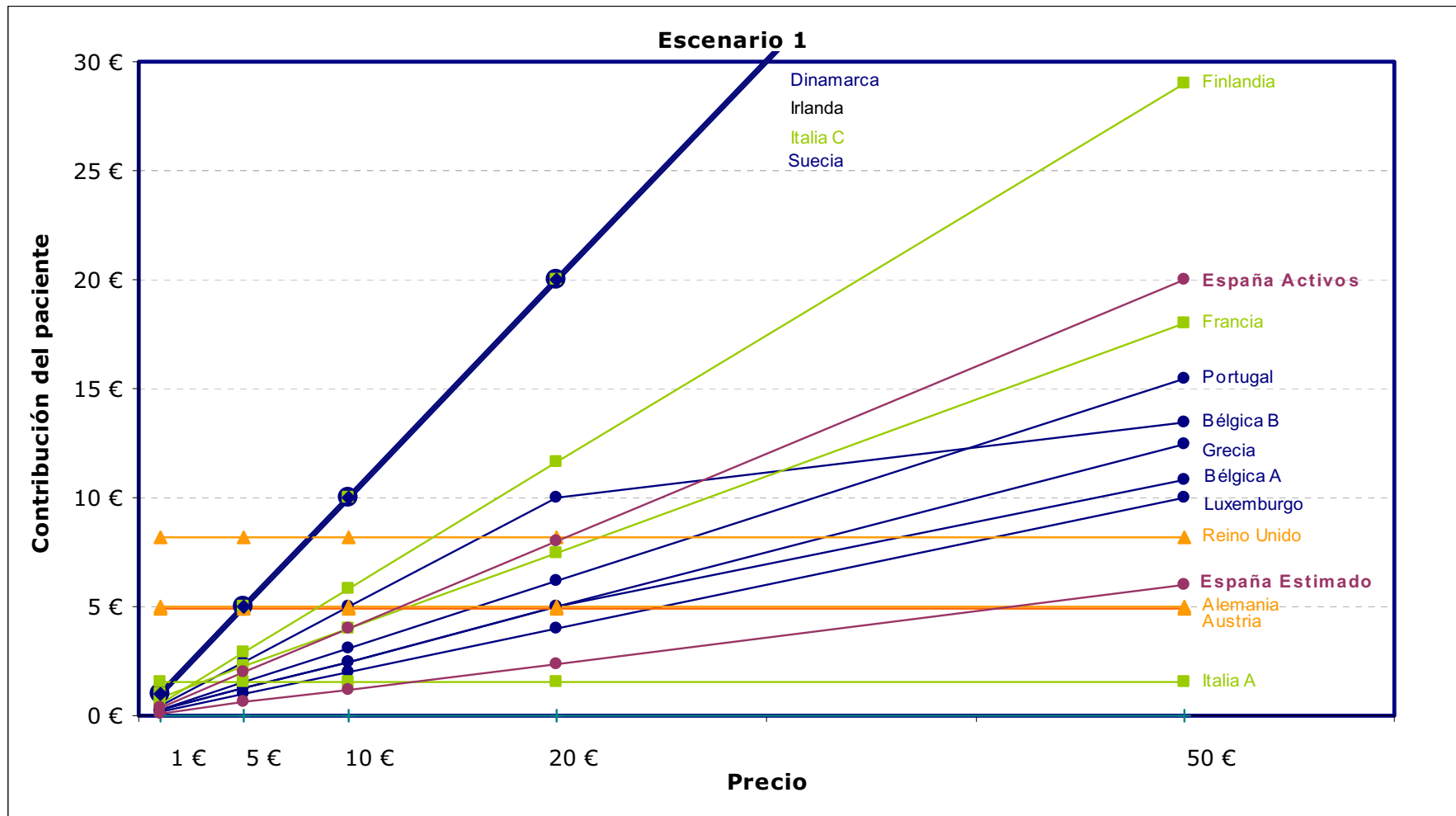
Se utilizan las mismas asunciones que en el Escenario 1 pero además:

- Paciente "intensivo": se le prescribe 25 medicamentos en un periodo de referencia.
- Las 25 prescripciones son del mismo precio de medicamento.

4.1 Escenario 1: Contribución del paciente no intensivo en función del precio del medicamento en distintos países

País	Sistema de contribución de costes	1€	5€	10€	20€	50€	Consideraciones
Alemania	Copago	5,0 €	5,0 €	5,0 €	5,0 €	5,0 €	5 € - 10€ por envase / 10%.
Austria	Copago	4,9 €	4,9 €	4,9 €	4,9 €	4,9 €	4,9 € por envase.
Bélgica B	Coseguro	0,3 €	1,3 €	2,5 €	5,0 €	10,8 €	Categoría B: 25% y techos de 10,8€.
Bélgica C		0,5 €	2,5 €	5,0 €	10,0 €	13,5 €	Categoría C: 50% y techos de 13,5€.
Dinamarca	Coseguro	1,0 €	5,0 €	10,0 €	20,0 €	50,0 €	Mayores de 18 años y gasto anual por debajo de 114€ (DKK 850):100%. Deducible 114€ /anuales.
España activos	Coseguro	0,4 €	2,0 €	4,0 €	8,0 €	20,0 €	Activos: 40%.
España estimado		0,1 €	1,0 €	1,0 €	2,0 €	6,0 €	Se estima que la población activa representa un 30% del gasto (contribución 40%). El resto de pensionistas un 70% (contribución 0%).
Finlandia	Sistema Mixto	0,6 €	2,9 €	5,8 €	11,6 €	29,0 €	Reembolso básico: 58%. A partir de una contribución anual en medicamentos superior a los 672,70 € el reembolso por la aseguradora pública es completo (0% de contribución) pero el paciente paga 1,50 € por medicamento.
Francia	Sistema Mixto	0,9 €	2,3 €	4,0 €	7,5 €	18,0 €	Etiqueta blanca (medicamentos más comunes): 35%.
Grecia	Coseguro	0,3 €	1,3 €	2,5 €	5,0 €	12,5 €	25% (mayoría de medicamentos).
Irlanda	Coseguro	1,0€	5,0€	10,0€	20,0€	50,0€	Sistema DPS: el paciente abona todo hasta un máximo de 120€ familia/mes. Se considera que no se llega nunca al máximo establecido.
Italia A	Sistema Mixto	1,6 €	1,6 €	1,6 €	1,6 €	1,6 €	Categoría A: tarifa única de 1,55€.
Italia C		1,0 €	5 €	10 €	20 €	50 €	Categoría C: 100%.
Luxemburgo	Coseguro	0,2 €	1,0 €	2,0 €	4,0 €	10,0 €	20% (mayoría de medicamentos).
Países Bajos	Coseguro	--	--	--	--	--	--
Portugal	Coseguro	0,3 €	1,6 €	3,1 €	6,2 €	15,5 €	Categoría B: Antiinfecciosos, SNS, Sistema cardiovascular, etc.: 31%.
Reino Unido	Copago	8,2 €	8,2 €	8,2 €	8,2 €	8,2 €	8,2 € (£7.20) por envase. No se considera el uso de los bonos de compra anuales ni trimestrales.
Suecia	Coseguro	1,0 €	5,0 €	10,0 €	20,0 €	50,0 €	A partir de un deducible de 92€ anual (SEK 900) existe un escalado de reembolso: 92€ - 173€: 50% / 173€ - 337€: 25% / 337 - 439€: 10% y superior a 439€: 0%.

En rojo: contribución inferior que en el escenario "España activos". En verde: contribución superior que en el escenario "España activos".

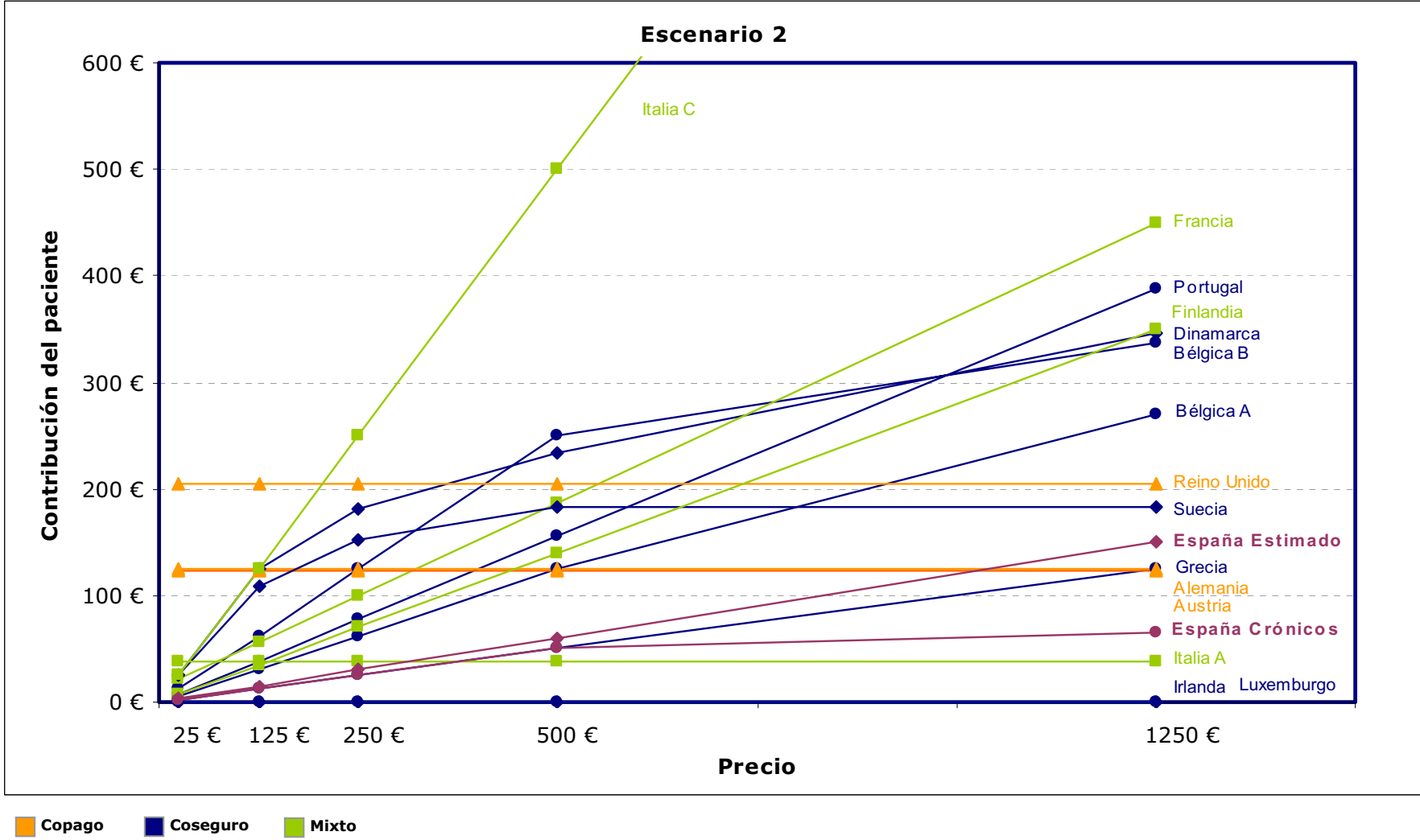


■ Copago
 ■ Coseguro
 ■ Mixto

4.2 Escenario 2: Contribución del paciente intensivo (crónico) en función del precio del medicamento en distintos países

País	Sistema de contribución de costes	25x1€=25€	25x5€=125€	25x10€=250€	25x20€=500€	25x50€=1.250€	Consideraciones
Alemania	Copago	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €	5 € - 10€ por envase / 10%.
Austria	Copago	123 €	123 €	123 €	123 €	123 €	4,9 € por envase.
Bélgica B	Coseguro	6 €	31 €	63 €	125 €	270 €	Categoría B: 25% y techos de 10,8€.
Bélgica C		13 €	63 €	125 €	250 €	338 €	Categoría C: 50% y techos de 13,5€.
Dinamarca	Coseguro	25 €	125 €	181 €	234 €	346 €	Mayores de 18 años y gasto anual por debajo de 114€ (DKK 850):100% (deducible), para un gasto anual entre 114€-186€ (DKK 1.385): 50%, para un gasto anual entre 186-402€ (DKK 2.990):25% y para gasto anual superior a 402€:15%. En el caso en enfermedades crónicas si el tratamiento es superior a 2.168€ (DKK 16.131) puede haber 100 % de reembolso hasta 469€ (DKK 3.490).
España crónicos	Coseguro	3 €	13 €	25 €	50 €	66 €	Crónicos:10% con una aportación máxima de 2,64€ en medicamentos con precio igual a superior a 26,4€.
España estimado		3 €	15 €	30 €	60 €	150 €	Se estima que la población activa representa un 30% del gasto (contribución 40%). El resto de pensionistas un 70% (contribución 0%).
Finlandia	Sistema Mixto	7 €	35 €	70 €	140 €	350 €	Reembolso especial menor (enfermedades severas o crónicas): contribución del 28% del precio del medicamento.
Francia	Sistema Mixto	21 €	56 €	100 €	188 €	450 €	Etiqueta blanca (medicamentos más comunes): 35%.
Grecia	Coseguro	3 €	13 €	25 €	50 €	125 €	10% para algunas enfermedades crónicas.
Irlanda	Coseguro	0€	0€	0€	0€	0€	Sistema LTI: pacientes con alguna de las 15 condiciones crónicas incluidas -diabetes, epilepsia, esclerosis múltiple, etc.
Italia A	Sistema Mixto	39 €	39 €	39 €	39 €	39 €	Categoría A: tarifa única de 1,55€.
Italia C		25 €	125 €	250 €	500 €	1.250 €	Categoría C: 100%.
Luxemburgo	Coseguro	0€	0€	0€	0€	0€	Exención para los medicamentos con indicación terapéutica específica, que contenga un único principio activo, insustituible o vital interés en el tratamiento de las enfermedades particularmente graves o crónicas.
Países Bajos	Coseguro	--	--	--	--	--	--
Portugal	Coseguro	8 €	39 €	78 €	155 €	388 €	Categoría B: Antiinfecciosos, SNS, Sistema cardiovascular, etc.: 31%.
Reino Unido	Copago	118-205 €	118-205 €	118-205 €	118-205 €	118-205 €	8,2 € (£7.20) por envase. Existen bonos de compra anuales: 118€ (£104) o para cuatrimestre: 32€ (£28,25)
Suecia	Coseguro	25 €	109 €	152 €	184 €	184 €	A partir de un deducible de 92€ anual (SEK 900) existe un escalado de reembolso: 92€ - 173€: 50% / 173€ - 337€: 25% / 337 - 439€: 10% y superior a 439€: 0%.

En rojo: contribución inferior que en el escenario "España activos". En verde: contribución superior que en el escenario "España activos".



5 Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

- Existe una gran variabilidad de modalidades de costes compartidos entre los países europeos, al igual que existen también muchas diferencias en las variables elegidas para establecer exenciones y reducciones.
- España se encuentra entre aquellos países cuyo modelo es la contribución del ciudadano a través de un porcentaje sobre el PVP (Coseguros), modalidad que siguen el 60% de los países analizados.
- Gran parte de los países analizados disponen de particularidades que hacen que la contribución efectiva sea superior a la española que se encuentra en una media aproximada del 5,5%.
- La contribución del paciente en los costes en España es de las más bajas de los países analizados debido a la baja contribución de los pacientes intensivos, un porcentaje elevado de los cuales son pensionistas y por tanto exentos de contribución.

Recomendaciones

- Aumento de la aportación del ciudadano en aquellos medicamentos financiados para síntomas menores que tienen equivalentes dentro de los Medicamentos Publicitarios.
- Información directa al paciente de los costes anuales totales en medicamentos, con el fin de concienciar y corresponsabilizarlo con la sostenibilidad del sistema.
- En cuanto a la aportación del usuario, proponemos un sistema mixto que añada a la aportación actual, un copago por parte del paciente de 0,5 € por receta con un máximo de 4,5€ al mes. Esto supondría que el usuario podría llegar a pagar un máximo de 1 € semanal por su medicación y la traducción económica podría oscilar entorno a los 500 millones de euros anuales, pero lo más importante sería el efecto disuasorio de la medida y crear conciencia del valor de la atención sanitaria y del propio medicamento.
- Indicadores de prescripción vinculados directamente al número de recetas. Realización de perfiles de pacientes altamente

consumidores sin correspondencia con sus patologías. Vincularlo a la práctica profesional del médico prescriptor que tiene que asumir de forma plena su responsabilidad

- Utilización de tecnologías de la información y comunicación para realizar seguimientos sobre el cumplimiento de los tratamientos de los pacientes, implicando a los farmacéuticos de oficina de forma activa.
- Desarrollar sistemas de conciliación de la medicación en el ingreso hospitalario y en el momento de darle al alta en el hospital para transferirlo al médico de medicina general. Con ello podemos evitar duplicidades y medicamentos innecesarios, aumentando la seguridad de los pacientes y reduciendo los costes de los tratamientos.
- Proponemos como pauta general, informar en todos los ámbitos de los servicios de salud, sobre el coste del tratamiento y, de forma sistemática, del coste de no seguirlo tal y como lo ha prescrito el médico. El medicamento no es un envase con unos comprimidos dentro, es una tecnología altamente compleja que ha representado un esfuerzo de muchas personas durante, al menos 10 años y que necesita que todos lo valoremos de la misma manera.
- En la línea de lo anterior, proponemos explorar la posibilidad de un copago por la asistencia sanitaria recibida, con el objetivo principal de incentivar el consumo eficiente reduciendo la utilización innecesaria que no aporta salud pero genera costes.
- En definitiva, todos y cada uno de los profesionales que intervienen en el proceso farmacoterapéutico han de asumir nuevos roles y nuevas responsabilidades, sacando el máximo provecho de sus capacidades para contribuir a un uso adecuado a las necesidades y peculiaridades de cada uno de los pacientes que lo necesitan.
- Todo ello ha de estar soportado por planes sistemáticos, medidos, menos superficiales que los actuales, con un enfoque al uso más que al coste, pero con un componente de coste-efectividad claramente explícito.

6 Bibliografía

- J. Puig-Junoy. Políticas de fomento de la competencia en precios en el mercado de genéricos: lecciones de la experiencia europea. Artículo aceptado para publicación en GACETA SANITARIA (17/12/2009).
- J. Puig-Junoy. Impacto de la regulación de precio de los medicamentos sobre la competencia en el mercado de genéricos: valoración de los efectos y necesidad de reforma. Informe Técnico de la Autoritat Catalana de la Competència, Generalitat de Catalunya, Barcelona. 2009
- Prieto D. et al. La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada. Bilbao. Fundación BBVA. 2006.
- Repullo J.R. Copago sí, copago no: revisando modalidades y efectos de los costes compartidos en el contexto europeo. Escuela Nacional de Sanidad / Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. 2009.
- Review of prescription charges in Western Europe, North America and Australia. The Scottish Executive. 2006.
- Tur A, Planas I. Un panorama de la Contribución Financiera del Usuario Sanitario en Europa. En: Puig-Junoy J (dir). La Corresponsabilidad Individual en la Financiación Pública de la Atención Sanitaria. Barcelona: Fundación Rafael de Campalans, 2006; 57-77.
- <http://www.mc.be/fr/129/remboursements/medicaments/index.jsp>
- <http://www.dkma.dk/1024/visUKLSArtikel.asp?artikelID=1528>
- http://www.seg-social.es/Internet_1/Normativa/097377?ssSourceNodId=1139&C1=1001&C2=2010&C3=3028
- <http://www.ika.gr/gr/infopages/asf/benefits/kind/medicin.cfm>
- <http://www.ipha.ie/alist/medicines-supply-and-reimbursement.aspx>
- <http://www.sante.public.lu/fr/rester-bonne-sante/medicaments/remboursement-medicaments/index.html>
- http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/AVALIACAO_ECONOMICA_E_COMPARTICIPACAO
- http://ppri.oebig.at/Downloads/Results/Sweden_PPRI_2007.pdf
- <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/medicaments-et-vaccins/remboursement-des-medicaments-et-tiers-payant/quels-remboursements-pour-vos-medicaments.php>
- <http://www.kela.fi/in/internet/english.nsf/NET/131003131216MH?OpenDocument>

Autores:

- **Rafael Borrás**
Socio-Director Área de Bioindustria y Farmacia
rborras@antares-consulting.com
+34 666-527-265
Antares Consulting Barcelona
- **Jordi Fábrega**
Manager
jfabrega@antares-consulting.com
+34 649-824-040
Antares Consulting Barcelona

Colaboradores:

- **Lluís Triquell**
Socio-Director Área Bioindustria y Farmacia
ltriquell@antares-consulting.com
+34 630-986-618
Antares Consulting Barcelona
- **Dolores Mateo**
Directora Área Bioindustria y Farmacia
dmateos@antares-consulting.com
+34 600-928-228
Antares Consulting Madrid



Josep Tarradellas, 8-10 - Tel. (34) 93 241 89 50 - Fax. (34) 93 209 95 67 - 08029 BARCELONA
Leganitos, 47 (esquina Pl.España) - Tel. (34) 91 781 06 66 - Fax. (34) 91 781 06 67 - 28013 MADRID

BARCELONA · MADRID · LISBOA · LAUSANNE · PARIS
<http://www.antares-consulting.com>