

LOS SISTEMAS DE COPAGO EN EUROPA, ESTADOS UNIDOS Y CANADA: IMPLICACIONES PARA EL CASO ESPAÑOL

Núria Mas

Laia Cirera

Guillem Viñolas

El Public-Private Sector Research Center es un centro de investigación adscrito al IESE. Su misión es impulsar investigación académica que analice la relación entre el sector económico privado y las administraciones públicas prioritariamente en los siguientes campos: regulación y competencia, innovación, economía regional y política industrial, y economía de la salud.

Los resultados de la investigación se difunden a través de publicaciones, foros y coloquios. Con todo ello, se desea abrir una puerta a la cooperación y al intercambio de ideas e iniciativas.

Son patronos del Public-Private Sector Research Center las siguientes entidades:

- Accenture
- Ajuntament de Barcelona
- Departament d' Economia i Coneixement de la Generalitat de Catalunya
- Departament d' Empresa i Ocupació de la Generalitat de Catalunya
- Diputació de Barcelona
- Endesa
- Fundació AGBAR
- Institut Català de les Indústries Culturals
- Mediapro
- PricewaterhouseCoopers
- Sanofi
- ATM, FGC y TMB

El contenido de esta publicación refleja conclusiones y hallazgos propios de los autores y no refleja necesariamente las opiniones de los patronos del Centro.

LOS SISTEMAS DE COPAGO EN EUROPA, ESTADOS UNIDOS Y CANADA: IMPLICACIONES PARA EL CASO ESPAÑOL*

Núria Mas¹

Laia Cirera²

Guillem Viñolas²

Resumen

La crisis actual y el elevado déficit público han reabierto el debate sobre la sostenibilidad de un sistema de salud que cuesta ya el 9,5% del producto interior bruto (PIB) español. En este contexto, el copago ha reaparecido como la solución de moda para tratar de paliar el actual déficit sanitario.

En este informe hemos revisado los distintos modelos de copago sanitario existentes en la actualidad en los países europeos, Estados Unidos y Canadá para entender cuáles son sus consecuencias –no solo para la utilización de los servicios sanitarios, sino también para la salud de la población– y extraer conclusiones acerca de cuál sería su mejor fórmula y diseño. Para hacerlo hemos explorado la literatura empírica existente sobre los efectos de los diferentes tipos de copago en estos países. Nos interesa entender las implicaciones del copago como mecanismo para «promover el buen uso» de los servicios sanitarios por parte del paciente y no como forma de recaudación. Por eso, nuestro análisis se ha centrado en el copago que recae sobre los servicios en los que la decisión (en España) es del usuario, como lo son las visitas a urgencias o al médico de familia y el consumo de medicamentos. Estos son los principales resultados:

En primer lugar, en todos los casos analizados el copago ha traído como consecuencia una reducción en la utilización de los servicios sanitarios. Además, el copago supone un reto importante, ya que impacta en la toma de decisiones sobre la utilización de servicios por parte del paciente, que no es experto en sanidad y puede cometer errores, pudiendo reducir el consumo sanitario tanto de tratamientos valiosos como poco valiosos para su salud. Se trata, por tanto, de encontrar la fórmula en la que aquellos servicios que se dejen de consumir sean los menos beneficiosos para la salud del ciudadano.

En segundo lugar, en promedio, el copago no parece traducirse en un peor estado de salud de la población, sin embargo, hay dos excepciones importantes: los pacientes con rentas más bajas y los pacientes de alto riesgo (por ejemplo, pacientes crónicos).

En tercer lugar, los pacientes no reaccionan de la misma manera en todos los servicios. Por ejemplo, la demanda, en general, es más sensible al precio en el caso de los servicios preventivos que en el caso de enfermedades agudas.

En cuarto lugar, comparando las experiencias internacionales de copago en servicios de atención primaria y en servicios de urgencias encontramos, por un lado, que el copago limitado únicamente a la atención primaria puede llevar al paciente a utilizar más los servicios de urgencias por querer ahorrarse el coste, pudiendo aumentar de este modo el gasto para el sistema. Por otro lado, el copago en atención primaria puede traer una reducción en el uso de medidas preventivas (como revisiones periódicas), mientras que el copago en general no parece reducir el uso de las urgencias en situaciones realmente críticas.

Finalmente, el copago es solo una herramienta más que se puede utilizar para ayudar a racionalizar el gasto en sanidad, pero no es la única. Asimismo, en ningún caso puede sustituir a una reforma más profunda del sistema que permita dar respuesta a las nuevas necesidades derivadas del envejecimiento de la población y del cambio en la composición de la morbilidad.

Con estos resultados podemos concluir que en caso de optar por el copago este no debería ser indiscriminado, sino que sería aconsejable diferenciar entre pacientes y servicios. El copago debería tener en cuenta la renta de la población para proteger las rentas más bajas y debería incorporar alguna fórmula que limitase el gasto máximo de los pacientes (como, por ejemplo, la «cláusula *stop loss*»). Su diseño, por tanto, debería ser distinto del que actualmente tiene el copago en los medicamentos, que es independiente de la capacidad económica del ciudadano. También parece ser más óptimo implantar el copago para el uso de los servicios de urgencias que para el acceso a la atención primaria. En cualquier caso, un copago en la atención primaria debería ir acompañado de un copago en urgencias, para evitar así la sustitución del médico de familia por los servicios de urgencias. Además, existen evidencias a favor de un copago diferencial por tipo de servicio, por ejemplo, más bajo o nulo para la medicina preventiva o para las revisiones periódicas.

Palabras clave: copago, salud, crónicos, pobreza

* Adaptación del artículo de investigación titulado «The Health and Utilization Effects of Copayments», *A literature review of experiences in Europe, US and Canada*.

¹ Profesora Agregada de Economía, IESE

² Asistente de Investigación, IESE

LOS SISTEMAS DE COPAGO EN EUROPA, ESTADOS UNIDOS Y CANADA: IMPLICACIONES PARA EL CASO ESPAÑOL

Introducción

La crisis actual y el elevado déficit público han reabierto el debate sobre la sostenibilidad de un sistema de salud que ha alcanzado ya el 9,5% del PIB español. En las últimas décadas, el gasto público en sanidad ha crecido a mayor ritmo que el PIB en los países de la Unión Europea¹. Esta trayectoria se ha acentuado debido a la reciente recesión: el gasto en salud de España pasó de representar el 8,5% del PIB en 2007, al 9% en 2008 y hasta el 9,5% en 2009.

La tendencia creciente del gasto sanitario y la crisis de deuda actual han llevado a muchas voces a postular el copago como principal herramienta para tratar de paliar el problema. Sin embargo, una implementación responsable del copago requiere plantearnos las siguientes preguntas: primero, ¿qué efecto tendría la disminución de la utilización de los servicios sanitarios sobre la salud de la población? Segundo, ¿cómo cambiarían esos efectos con las características de los pacientes y qué tipo de servicios de salud (necesarios y menos necesarios) disminuirían más con la introducción del copago? Y tercero, ¿qué forma tendría que adoptar el copago?

En este documento primero, vamos a revisar algunos hechos empíricos sobre el gasto en salud y, después, a presentar los resultados obtenidos al analizar los estudios empíricos de la literatura existente sobre el impacto del copago siguiendo las experiencias de otros países europeos y Estados Unidos.

2. algunos hechos empíricos sobre el gasto sanitario

Las estadísticas internacionales nos indican que a medida que un país se enriquece la proporción de su renta (pública y privada) destinada a salud aumenta.

La Figura 1 del apéndice pone de manifiesto la relación positiva entre el gasto sanitario per cápita y el PIB per cápita en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Esta tendencia se repite tanto en países ricos como pobres, con sistemas de salud públicos o privados y lo hace a lo largo del tiempo (véase Figura 2). De este modo, en el

¹ Estadísticas de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

futuro es más que probable que destinemos una proporción aún mayor de nuestro PIB al gasto sanitario (algunas estimaciones hablan de un 15% en el año 2050).

Además, dicha tendencia se ve agudizada por el envejecimiento de la población, que conlleva un incremento en la tasa de dependencia y en la composición de la enfermedad. En la actualidad, la tasa de dependencia (personas menores de 16 años y mayores de 64 años en relación con las personas en edad de trabajar) en España es del 47,8% y se estima que en el año 2049 podría llegar a ser casi del 90% (el 61% serían personas mayores de 64 años y el 29% serían menores de 16)², presionando aún más las finanzas públicas. Asimismo, hay que tener en cuenta que la composición de la morbilidad también ha cambiado; hace algunos años los sistemas sanitarios de las economías avanzadas experimentaron una gran transformación al pasar de centrarse en enfermedades contagiosas a tratar enfermedades agudas. Hoy en día tienen que enfrentarse al tratamiento de las enfermedades crónicas, que suponen ya entre un 60 y un 80% de la utilización de los servicios sanitarios.

La introducción de nuevas tecnologías juega también un papel importante en el incremento del gasto sanitario. Las estimaciones más conservadoras³ les atribuyen más de la mitad del incremento en el gasto en salud. La proliferación de nuevos medicamentos, procedimientos médicos y nuevos tratamientos se ha acelerado en los últimos años dando lugar a un fuerte incremento del gasto sanitario, en parte debido, y eso no hay que obviarlo, a que ahora podemos tratar enfermedades para las que antes no había solución médica posible.

Este incremento del peso del gasto sanitario irá muy probablemente acompañado de un mayor nivel de exigencia de los ciudadanos, que querrán saber con más insistencia si ese gasto adicional vale la pena. Más aún si tenemos en cuenta que los recursos destinados a salud estarán compitiendo con los que podamos destinar a pensiones, por ejemplo.

Por tanto, la pregunta relevante ya no es cuánto gastamos sino en qué estamos gastando. ¿Estamos consiguiendo la mejor salud que podríamos conseguir con los recursos que le estamos dedicando?

Hay espacio para mejorar

El primer ejemplo de la existencia de posibilidades de mejora es el Dartmouth Atlas of Health Care, que revela que más del 70% de las diferencias en el uso de muchos procedimientos en las distintas áreas de salud de Estados Unidos no se pueden explicar por ninguna diferencia de edad o ingresos de sus poblaciones ni por variaciones en la prevalencia de enfermedades. España está realizando experimentos similares con los llamados Atlas de Variaciones en la Práctica Médica (Atlas VPM), que confirman la existencia de diferencias relevantes en el tratamiento de ciertas enfermedades. También para el caso español, Peiró *et al.* (2010) encuentran variaciones significativas en la frecuentación de urgencias entre las distintas comunidades autónomas.

² Proyección de población a largo plazo según el Instituto Nacional de Estadística (INE).

³ Newhouse, en su artículo de 1992 «Medical care cost, how much welfare loss?» ya estimaba que más de la mitad del crecimiento del gasto en salud era debido a las nuevas tecnologías. Cutler y McClellan en «The determinants of technological change in heart attack treatments» (1996) atribuían casi el 60% del incremento del gasto en el tratamiento de problemas cardiovasculares a las nuevas tecnologías.

El segundo ejemplo son algunos datos de Estados Unidos recogidos por Cutler (2010), como que alrededor de un tercio del gasto sanitario americano no se traduce en una mejor salud o que el 20% de los pacientes hospitalizados por episodios agudos son readmitidos en menos de treinta días. Además, un estudio realizado por RAND Corporation (Research and Development) pone en evidencia que aún en los casos donde hay acuerdos sobre el protocolo recomendado, en Estados Unidos solo el 55% de los pacientes acaba recibiendo los cuidados avalados por los estándares generales científicamente probados.

En un reciente estudio de la OCDE, Gay *et al.* (2011) establecen un *ranking* de países estimando las muertes que se podrían haber evitado con una atención sanitaria eficiente. El país con una menor mortalidad evitable⁴ es Francia, mientras que España se encuentra en el número 10 de 31. Por otro lado, Erlandsen (2011) compara la eficiencia de un grupo seleccionado de hospitales de varios países de la OCDE, y sus resultados estiman que hay diferencias de alrededor de un 30% entre los hospitales estudiados.

Gestionar bien los pacientes crónicos es fundamental para la solvencia de los sistemas de salud.

El gasto sanitario de los pacientes crónicos supone entre el 70 y el 80% de dicho gasto. En Estados Unidos los pacientes con al menos una enfermedad crónica utilizan el 85%⁵ y en el Reino Unido el 80% de las visitas a atención primaria, el 66% de las admisiones a urgencias corresponden también a este grupo de pacientes⁶. Por tanto, la correcta gestión de las enfermedades crónicas se ha convertido en una variable estratégica clave para nuestros sistemas de salud.

Además, la encuesta nacional de salud pone de manifiesto que la prevalencia de enfermedades crónicas aumenta sustancialmente a partir de los 65 años de edad, de manera que, con nuestra actual pirámide de población, su relevancia para la sostenibilidad del sistema muy probablemente vaya a aumentar.

3. Predicciones sobre los efectos del copago

Estos tres hechos ponen de manifiesto que, a medio y largo plazo, es muy posible que el gasto en sanidad de las economías avanzadas aumente tanto por las nuevas tecnologías (que suponen más de un 50% del incremento en el gasto⁷), como por el cambio en la composición de la población.

⁴ Los autores diferencian entre *amenable mortality* y *avoidable mortality*. La primera es la que mencionamos en el artículo. La segunda se refiere a las muertes debidas a enfermedades prevenibles o tratables en un sistema de salud.

⁵ «Chronic Care: making the case for ongoing care», Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and Robert Wood Johnson Foundation, 2010.

⁶ «Chronic disease management: a compendium of information», London, Department of Health, 2004.

⁷ Newhouse, en su artículo de 1992 «Medical care cost, how much welfare loss?» ya estimaba que más de la mitad del crecimiento en el gasto en salud era debido a las nuevas tecnologías. Cutler y McClellan en «The determinants of technological change in heart attack treatments» (1996) atribuían casi el 60% del incremento del gasto en el tratamiento de problemas cardiovasculares a las nuevas tecnologías.

Ante esta realidad, y dadas las presiones presupuestarias existentes, las economías avanzadas están adoptando todo tipo de medidas de contención del gasto público. Dichas medidas pueden optar por intervenir en la demanda: trasladando una parte del coste de los servicios sanitarios al paciente, o en la oferta: priorizando prestaciones, cambiando los incentivos a los proveedores, protocolizando e, incluso, repensando todo el sistema para que se adapte a las nuevas necesidades demográficas. A nuestro entender, los sistemas sanitarios de las economías avanzadas tienen por tanto tres opciones que no son excluyentes entre sí: la primera sería promover un cambio de modelo que intente aprovechar los espacios para mejorar la eficiencia en el gasto respondiendo a las nuevas necesidades de los pacientes crónicos; se trata de entender no solo qué funciona en sanidad, es decir, qué es eficiente, sino también por qué. Habría que establecer un protocolo con las mejores prácticas e integrar la atención primaria y la especializada, priorizar las prestaciones (esta sería la segunda opción), acotar la lista de servicios que cubre la sanidad pública y (tercera opción) extender el copago.

Este estudio se basa en analizar la tercera vía de contención del gasto: los mecanismos de copago. Existen distintos elementos a considerar en la efectiva implantación de estas políticas. En primer lugar, los seguros sanitarios implican dos tipos «de riesgo moral»: por un lado, los pacientes que están completamente asegurados tienden a ser menos cuidadosos con su salud, es decir, toman menos medidas preventivas o llevan peores estilos de vida, por ejemplo; por otro lado, como «cuesta cero» en el momento de su consumo, el paciente puede tender a sobre consumir los servicios de salud. En este contexto, la principal justificación del copago es contribuir a racionalizar el uso de los servicios que son consumidos en exceso, con la finalidad de moderar el gasto sanitario asociado a estos servicios pero sin que ello se traduzca en peores niveles de salud para algunos colectivos de la población. El copago puede tener también una aportación adicional: contribuir al aumento de la recaudación para financiar el sistema sanitario; pero la justificación aquí, teniendo en cuenta la teoría de la tributación óptima, es más complicada.

En consecuencia, en este trabajo nos vamos a centrar en analizar las experiencias internacionales del copago desde la perspectiva de la racionalización del gasto, no desde la recaudatoria. En este sentido, la principal ventaja del copago es que si se responsabiliza a los ciudadanos de una parte del gasto en salud, estos serán más conscientes y lo tendrán más en cuenta en el momento de decidir. La desventaja es precisamente que como el que decide es el paciente, éste se puede equivocar, ya que no es un experto en salud. Destaca el ya clásico estudio del *RAND Health Insurance Experiment (HIE)* en Estados Unidos, que entre los años 1971 y 1982 asignó unas 2.750 familias a seguros de salud con distintos copagos, cuyos resultados ponen de manifiesto que los pacientes reducen el consumo tanto de los servicios que los expertos consideraban médicamente efectivos como de los que eran menos efectivos e, incluso, inefectivos (Lohr *et al.*, 1986). Adicionalmente, el estudio confirma que los colectivos de pacientes de alto riesgo así como los más pobres pueden verse perjudicados en mayor medida por la introducción de un copago (Newhouse *et al.*, 1993; Manning *et al.*, 1987).

Con estas premisas ya podemos empezar a caracterizar los distintos sistemas de copago que nos podrían interesar. Primero, si el objetivo es la racionalización del gasto a través de la corresponsabilización del paciente, el copago relevante es el que se aplica a algún tipo de servicio cuya utilización dependa de la decisión de los ciudadanos. Por tanto, este estudio va a centrarse en el impacto del copago en aquellos servicios sanitarios donde las decisiones del paciente influyen directamente en su utilización, como las visitas al médico de atención primaria, los servicios de urgencias y el consumo de medicamentos.

Segundo, dado que el paciente no es experto en sanidad, éste puede cometer errores y reducir el consumo sanitario tanto de tratamientos valiosos como poco valiosos para su salud. Se trata, por tanto, de encontrar la fórmula en la que aquellos servicios que se dejen de consumir tengan el menor impacto negativo en la salud de la población. Para conseguir tal fin, debemos tener en cuenta que ni los pacientes reaccionan de la misma manera en todos los servicios sanitarios, ni los distintos colectivos de individuos lo hacen ante un mismo nivel de copagos.

Por un lado, la teoría indica que los pacientes no necesariamente reaccionan del mismo modo ante un copago similar en distintos servicios. Así, al implantar un sistema de copagos, este debe considerar la sensibilidad de la demanda al precio de los distintos servicios y establecer un copago diferencial para cada tipo de servicio. Los estudios muestran que los individuos, en general, son más sensibles al precio en el caso de los servicios preventivos que en el caso de los servicios de urgencias o para enfermedades agudas.

Por otro lado, además de diferenciar entre servicios, se trata de encontrar una forma de copago que discrimine entre pacientes en función de sus necesidades y posibilidades económicas. Así, el sistema de copago debe tener en cuenta la renta y necesidades de la población para proteger a los sectores más vulnerables, como los pacientes de alto riesgo (enfermos crónicos) y las personas con bajas rentas. La próxima sección aporta evidencia empírica acerca del actual esquema de copagos vigente en distintos países europeos.

4. Los sistemas de copago en Europa

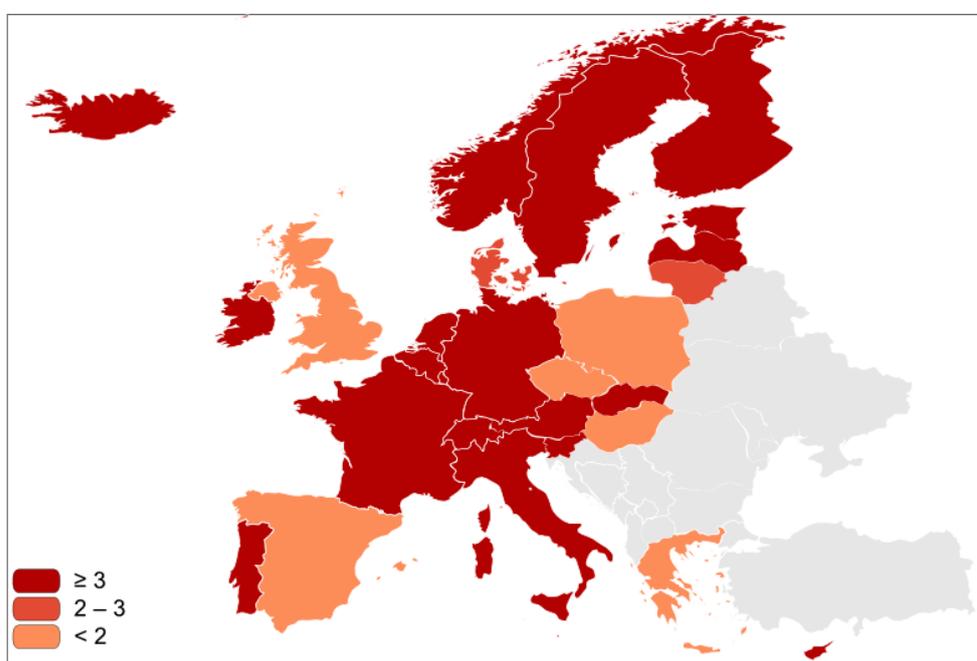
En este apartado analizamos como se articulan en la práctica los principales sistemas de copago existentes en Europa. La información procede de un exhaustivo análisis que ha partido de los *Health Systems in Transition (HITs)* correspondientes a cada país, unos informes realizados por el *European Observatory on Health Systems and Policies* que contienen información actualizada y detallada acerca de los distintos sistemas sanitarios en los países europeos, así como las principales reformas e iniciativas políticas características en cada región. De los 16 países objeto de estudio (los países que conforman la UE-15 más Noruega), los informes *HITs* nos han proporcionado información actualizada para 7 de ellos (Bélgica, España, Francia, Grecia, Holanda, Portugal y Reino Unido), mientras para el resto de países se disponía de información anterior al 2010.

A fin de completar la información, hemos consultado los datos disponibles en MISSOC (*Mutual Information System on Social Protection in the EU Member States and the EEA*), una base de datos elaborada por la Comisión Europea que proporciona tablas comparativas acerca de los mecanismos de copago sanitario vigentes en los distintos países europeos. MISSOC nos ha proporcionado datos a 2010 sobre Alemania, Austria, Finlandia, Italia, Luxemburgo, Noruega y Suecia. Desde 2011 MISSOC desarrolla una serie de guías (*Your rights country by country*) acerca de los diferentes sistemas de seguridad social europeos, que nos ha permitido complementar la información de países como Francia, Grecia y Holanda.

En los casos donde no se ha obtenido información lo suficientemente actualizada a través de las distintas fuentes mencionadas, como es el caso de Dinamarca e Irlanda, hemos contactado directamente con los responsables de los Ministerios de Sanidad de los países en cuestión. Para aquellos países que tenían los informes *HITs* anteriores a 2008, como es el caso de Alemania, Austria, Luxemburgo, Noruega y Suecia, también se ha enviado una encuesta a los responsables de los ministerios en cuestión, a fin de confirmar que la información obtenida a través del *MISSOC* era actualizada. Las respuestas por parte de los propios ministerios han sido de gran utilidad para validar algunos datos, así como para ampliar y corregir otros datos. Los resultados del trabajo de búsqueda, que contienen información a enero de 2012 acerca de los sistemas de copago en distintos países europeos, quedan reflejados en el siguiente gráfico:

Gráfico 1

Los sistemas de copago en Europa: extensión del copago (Enero, 2012)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados por los informes *Health Systems in Transition (European Observatory on Health Systems and Policies)*, la base de datos *MISSOC (Comisión Europea)*, las guías *"Your rights Country by Country" (Comisión Europea)* y las respuestas a las encuestas enviadas a los responsables en materia de copago de los distintos ministerios europeos en cuestión.

El Gráfico 1 y la Tabla A (Apéndice), muestran que el copago está muy extendido en Europa y prácticamente todos los países europeos tienen establecidas políticas de participación del usuario en algún nivel asistencial. Solamente España, Dinamarca y Reino Unido no han extendido esta participación más allá de los fármacos. Esta información queda resumida y reflejada en la siguiente tabla:

Tabla 1

El copago en Europa.

País	Atención Primaria	Especialistas	Atención Hospitalaria	Servicios de urgencias	Fármacos
Alemania	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Austria	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Bélgica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Dinamarca	No	No	No	No	Sí
España	No	No	No	No	Sí
Finlandia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Francia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Grecia	No	No	Sí	Sí	Sí
Holanda	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Irlanda	No	No	Sí	Sí	Sí
Italia	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Luxemburgo	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Noruega	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Portugal	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Reino Unido	No	No	No	No	Sí
Suecia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados por los informes *Health Systems in Transition (European Observatory on Health Systems and Policies)*, la base de datos MISSOC (*Comisión Europea*), las guías *"Your rights Country by Country"* (*Comisión Europea*) y las respuestas a las encuestas enviadas a los responsables en materia de copago de los distintos ministerios europeos en cuestión.

En Europa, parece que los mecanismos de copago tienen finalidad tanto recaudatoria como disuasoria. Así, la gran mayoría de países tienen sistemas de copago en servicios donde el paciente puede decidir, como es el caso de la atención primaria (9 países), los servicios de urgencias (12 países) o el consumo de fármacos (la totalidad de los países); pero también tienen copagos en niveles asistenciales donde la decisión del paciente tiene muy poco peso, como las visitas a los médicos especialistas (11 países) y la atención hospitalaria (12 países).

En cuanto al tipo de servicios afectados por los sistemas de copago, observamos que el nivel y los mecanismos de contribución son muy variados. Por ejemplo, entre los países que aplican una tarifa fija en atención primaria, como es el caso de Alemania (10€), Austria (10€), Finlandia (13,70€), Noruega (23,5€), Portugal (5€) o Suecia (11-22€), el coste por visita va desde los 5€ en Portugal hasta los 23,5€ en Noruega, con determinadas variaciones en función del tipo de paciente. En otros países, el contribuyente paga un porcentaje del coste de la visita médica, que puede oscilar entre el 8% del coste, como es el caso de Bélgica, hasta el 30% en Francia, pasando por el 12% en Luxemburgo. En determinados países como Bélgica y Luxemburgo, hay también una tarifa adicional para las visitas a domicilio.

Los copagos en la atención especializada siguen, por regla general, el mismo esquema que los copagos en la atención primaria, como es el caso de Alemania, Austria, Francia y Luxemburgo. No obstante, hay países como Italia y Holanda que no aplican copagos en atención primaria y sí lo hacen en la atención especializada. Otros países como Finlandia, Portugal o Suecia, han establecido una tarifa más elevada que la fijada para la atención primaria.

En el caso de la atención hospitalaria, los mecanismos de copago varían ampliamente en función de la patología y del tratamiento, hecho que dificulta la comparativa entre sistemas. No obstante, existen una serie de servicios homogéneos y comunes referentes a la estancia hospitalaria, que generalmente están sujetos a algún mecanismo de copago. Por ejemplo, en Alemania (10€), Austria (8€), Bélgica (27,7€), Luxemburgo (19,44€) y Suecia (8,76€) se aplica un copago por día de hospitalización. Por el contrario, países como Noruega establecen un copago proporcional al coste total de la hospitalización (20%). Por último, hay países como Francia que han optado por una fórmula que incluye tanto el pago de un porcentaje del coste de la hospitalización (20%) como una cantidad fija por día de estancia hospitalaria (18€/día). No obstante, en todos estos países, sea cual sea la fórmula efectiva de copago aplicada, estos siempre establecen un máximo de días durante los cuales el usuario afrontará el coste.

Una de las políticas de cofinanciación por parte del usuario que ha creado más controversia, es la introducción de copagos en los servicios de urgencias. No obstante, es una medida cada vez más extendida y usada entre los países europeos. Aunque los niveles de copago son generalmente superiores a los niveles establecidos en otros servicios, varios países aplican la política de devolver el dinero pagado en caso de tratarse de una visita de urgencia (i.e. Grecia e Italia). Finalmente, la participación del usuario en la financiación del gasto sanitario es especialmente importante en el caso de los medicamentos. El copago farmacéutico se encuentra prácticamente en todos los sistemas sanitarios de los países europeos, a excepción de España, Dinamarca y el Reino Unido.

En general, observamos que los sistemas de copago europeos establecen niveles de copago más bajos para la medicina preventiva o para las estancias hospitalarias que para los médicos especialistas o la atención a urgencias. Interesantemente, también observamos que de los 9 países que tienen copago en atención primaria, 8 tienen copago también en los servicios de urgencias, y 9 de los 12 países que tienen copago en urgencias, también lo han implantado en atención primaria, probablemente para evitar la derivación de visitas del médico de familia hacia los servicios de urgencias, ya que si los copagos afectan solo a un nivel asistencial, se corre el riesgo de que se produzcan desviaciones del consumo hacia aquellos niveles no afectados y el coste termine por ser mayor.

En los sistemas de copago europeos, también es generalizado el uso de mecanismos de protección de los colectivos más vulnerables –i.e. los pacientes con rentas más bajas y los pacientes de alto riesgo–, como la fijación de un límite máximo de contribución al año o la exención total. Observamos que todos los países de la UE-15 (más Noruega), tienen algún mecanismo de protección para los colectivos más frágiles. Destacan Alemania, Francia, Italia y Portugal, que tienen exenciones para un amplio colectivo de personas en situación de vulnerabilidad, y que abarcan todos los niveles asistenciales. Por el contrario, países como Finlandia no aplican ninguna política de exención para estos colectivos, aunque sí introducen unos niveles de copago menores. En general, se observa que las exenciones son más comunes en primaria y en la medicina preventiva que en urgencias.

El nivel asistencial donde existen un mayor grado de exenciones para la población de alto riesgo y las rentas más bajas es en el consumo de fármacos. Observamos pero, que España es el único que discrimina a favor de las personas mayores de 65 años con independencia de la capacidad económica de estos ciudadanos^{8, 9}.

5. Metodología

Este estudio presenta los resultados obtenidos al analizar la literatura sobre el efecto del copago en los distintos países de la OCDE. El objetivo es aprovechar la gran variedad existente entre los distintos diseños de copago para poder entender sus consecuencias no solo sobre la utilización de los servicios sanitarios sino también sobre la salud de la población.

Vamos a analizar si la evidencia muestra que el copago tiene distintas implicaciones según el nivel de renta de los pacientes o según sus dolencias (por ejemplo, sobre pacientes con enfermedades crónicas ya que pueden tener la necesidad de utilizar los servicios sanitarios con más frecuencia). También nos vamos a centrar en el efecto del copago sobre aspectos como el cumplimiento del tratamiento o la prevención. Como ya hemos indicado, nos vamos a concentrar en el impacto del copago sobre la utilización de aquellos servicios de salud cuya decisión está en manos del paciente.

Para ello, hemos recurrido tanto a la búsqueda manual como a la electrónica (PubMed, EconLit y ScienceDirect) para localizar estudios empíricos sobre el copago y su impacto en la salud de los pacientes. Hemos utilizado combinaciones de palabras clave como «copayment», «cost-sharing», «compliance», «poor», «chronic», «drug», «emergency» o «preventive care». Dos de los artículos encontrados consistían ya en una revisión de la literatura: Adams *et al.* (2001) y Rice y Matsuoka (2004). El primero se centra solamente en las recetas médicas de Estados Unidos. El segundo amplía su análisis a otro tipo de servicios sanitarios y evalúa el impacto del copago sobre el uso y la salud de los pacientes, pero se centra únicamente en Estados Unidos y Canadá y no incluye ninguna experiencia europea ni presta especial atención a la prevención. Utilizando este criterio de selección, hemos analizado 47 artículos, 12 de los cuales incluyen experiencias europeas, 5 de Canadá, 3 de países diversos (Chile, Israel y Australia) y el resto hacen referencia a Estados Unidos. De estos artículos, sólo 19 tienen información clara y directa sobre el impacto de los copagos en la salud de la población¹⁰.

La contribución de este estudio es doble: por un lado, abarca un horizonte temporal mayor –hasta el año 2010– y se extiende a experiencias europeas que aportan gran diversidad; por otro lado, ampliamos las referencias sobre el impacto del copago en varios tipos de servicios, separando los estudios analizados en función del tipo de servicio sanitario al que se le aplica el copago. Además, los estudios centrados en la experiencia europea, en muchos casos, suelen basarse en cambios que afectan a todo el sistema. De esta manera se elimina en muchos casos la preocupación bastante generalizada sobre los resultados de estudios basados en experiencias de Estados Unidos donde los pacientes se pueden autoseleccionar en distintos tipos de seguro, así, los pacientes más sanos suelen preferir planes de salud más baratos, pero con más copago,

⁸ Consultar la Tabla A del Anexo para información detallada acerca del nivel de copago, diseño y exenciones existentes en cada país de la UE-15 (más Noruega).

⁹ En algunos municipios de Suecia también se aplican exenciones para el colectivo de personas mayores de 65 años.

¹⁰ Todos los artículos usados en este análisis están anotados en las referencias.

mientras que los pacientes que prevén utilizar los servicios con más frecuencia suelen decantarse por seguros más caros, pero con un copago menor o nulo. De este modo, los resultados obtenidos al comparar diferentes tipos de seguro pueden tener un sesgo debido a que los pacientes comparados pueden ser distintos. Esto es menos probable en los sistemas europeos, donde la mayoría de cambios estudiados afectan a toda la población.

6. Resultados

Mostramos a continuación un resumen de los resultados del estudio de Mas *et al.* (2011). Hasta la fecha, los resultados de referencia siguen siendo los aportados por el Rand Health Insurance Experiment en Estados Unidos, que entre los años 1971 y 1982 asignó unas 2.750 familias a seguros de salud con distintos copagos. Sus resultados demuestran, primero, que un mayor copago, en promedio, no se traduce en una peor salud de la población; segundo, que hay dos excepciones: los pacientes de alto riesgo (hipertensos, con problemas de corazón, etcétera) y los más pobres, que se verían perjudicados por un mayor copago; tercero, que cuando los pacientes pagan parte del coste cometen muchos errores y no saben priorizar, de manera que acaban reduciendo su consumo sanitario tanto de tratamientos valiosos como de los menos valiosos para su salud. La única excepción son los servicios de urgencias, donde el copago no pareció reducir su uso en situaciones realmente urgentes.

También hay que tener en cuenta que, aunque la literatura existente es bastante extensa, muchos de los estudios se basan en experiencias internacionales muy concretas y con un diseño muy específico de copago. Finalmente, también se sabe que el efecto del copago es distinto cuando este se introduce que cuando un copago ya existente se incrementa.

Impacto del copago en el uso de servicios de salud

Todos los estudios analizados han encontrado evidencias de que el copago repercute en la utilización de los servicios de salud y en el consumo de medicamentos. Este es especialmente relevante en el caso de las rentas más bajas y las poblaciones más vulnerables.

Veinte de los artículos examinados nos permiten, además, explorar el impacto del copago sobre el uso de distintos tipos de servicios y de medicamentos.

En general, el análisis realizado sugiere que el copago reduce el consumo adecuado de medicamentos –los que han sido prescritos por un médico– y también el uso adecuado de servicios de salud, aunque las evidencias sobre el uso de servicios son más escasas y muy variadas, de forma que las conclusiones son menos consistentes, aunque suelen ir en la dirección de una menor disminución en las visitas y consumo de medicamentos relacionados con enfermedades agudas y más impacto en la prevención.

Blustein (2001) y Adams *et al.* (2001) consideran que la introducción del copago en medicamentos reduce el uso de antihipertensivos en Estados Unidos. La evidencia del impacto en el cumplimiento de los tratamientos son también muy extensas y, en general, indican que este se ve negativamente afectado por el copago (Cox *et al.*, 2001; Yoon *et al.*, 2001; Atella *et al.*, 2005). Además, Atella *et al.* (2001) creen que el menor cumplimiento de los tratamientos aumenta las hospitalizaciones y la mortalidad en Italia. Merece la pena destacar dos estudios sobre la implantación del copago en Canadá, Tamblyn *et al.* (2001) piensan que el copago reduce el consumo de ciertos medicamentos, como los antidepresivos, medicamentos para la

enfermedad de Parkinson o para el tiroidismo. En cambio, Blais *et al.* (2001) no encuentran ningún efecto de la introducción del copago sobre el consumo de medicamentos para enfermedades cardíacas.

Aunque el copago reduce la utilización de todo tipo de servicios sanitarios, en general, su impacto es menor en el caso de enfermedades agudas o de tratamientos más esenciales y es mayor en las visitas preventivas y en los tratamientos menos esenciales. Por ejemplo, Blustein (1995) encuentra que el copago en Estados Unidos redujo el número de mamografías recomendadas. Van Vliet (2001), analizando el caso holandés, considera que la sensibilidad al precio de las visitas al médico era muy alta para las visitas al fisioterapeuta y más baja para las visitas a especialistas, mientras que las visitas al médico de familia se encontraban en el medio. Cherkin *et al.* (1990), mirando el efecto del copago en Estados Unidos encontraron que un copago de 5 dólares por visita reducía un 14% las revisiones médicas, pero no afectaba de forma significativa las vacunaciones infantiles, ni los test de detección de cáncer en mujeres ni el consumo de medicamentos cardíacos. Recomiendan que en caso de implantar un copago en la atención primaria no se aplique de forma indiscriminada para cualquier tipo de servicio preventivo y se mantenga la gratuidad para aquellos que son considerados esenciales.

Busch *et al.* (2006) analizan el impacto de la política llevada a cabo por Alcoa que afectó a una parte de su plantilla de trabajadores. Dicha política eliminó el copago para los cuidados preventivos, incrementando al mismo tiempo el copago para otros servicios (servicios hospitalarios y servicios externos); los resultados muestran que disminuyeron los costes sanitarios (5%), manteniendo el uso de los servicios más importantes para la salud de los trabajadores (los preventivos). Finalmente, Duarte (2010) estima que en Chile los pacientes responden más al copago en el caso de tratamientos electivos (visitas a domicilio, al psicólogo y revisiones periódicas) que en los servicios agudos (apendicitis, fracturas de brazo o colecistectomías).

Efectos del copago sobre la salud de la población

De los artículos analizados, dieciocho se refieren a resultados directos del efecto del copago sobre salud de la población, cinco tratan directamente su impacto sobre la mortalidad, mientras que otros analizan el efecto sobre hospitalizaciones evitables y sobre la salud en general.

De forma habitual, y confirmando los resultados del RAND HIE, el copago no parece traducirse en una peor salud de la población, aunque aquí, los resultados son menores y presentan una gran variación, de manera que las conclusiones son menos sólidas.

Dos de los cinco estudios (Doerscher, 2000, y Lichtenberg, 2001) establecen que el copago aumenta la probabilidad de mortalidad en personas mayores en el caso de Estados Unidos pero analizan el caso de individuos que han sufrido un ataque al corazón. El resto de estudios, en general, no encuentra un efecto sobre la salud de la población. Duarte (2010) no encuentra ningún efecto significativo del copago sobre la salud en el caso de Chile; Cherkin (1990), tampoco lo hace en Estados Unidos Von Korff (2003), en un estudio sobre el copago en el Estado de Washington, concluye que este no afectó al control glicérico de los diabéticos.

Algunos resultados también apuntan hacia un efecto más negativo del copago para la salud de las poblaciones más vulnerables (Austvoll-Dahlgren *et al.*, 2008; Westhoff *et al.*, 2004).

Un área específica sobre la que hay un extenso debate es sobre las visitas a urgencias, debido a la masificación existente y a la percepción de que es (en los servicios de urgencias) donde se

hace una mayor utilización inapropiada. Hay un amplio consenso y existen pruebas evidentes de que la introducción de copagos en los servicios de urgencias haría disminuir el uso de los mismos (Cherkin *et al.* 1989; O'Grady *et al.* 1985), no obstante, el punto esencial a investigar es el impacto que estos copagos pueden tener en el nivel de salud de la población. Sin ir más lejos, este hecho se apunta muy claramente en el RAND HIE, en el que se destaca que los pacientes que tenían que hacer frente a un copago eran dos tercios más sensibles al precio que los que disponían de un plan libre de copago.

Un estudio retrospectivo con datos de Kaiser Permanente en Estados Unidos (Selby *et al.*, 1985) muestra que el incremento de copagos en urgencias de 5-10 dólares a 25-35 dólares produjo una disminución de las visitas en un 15%; no obstante, no hubo ningún impacto perceptible en términos de salud. Otro estudio (O'Grady, 1985) realizó un experimento aleatorio y asignó a los individuos a programas con distintos niveles de copago (0%, 25%, 50%, 95%), los resultados muestran que el grupo de personas sin copago utilizó los servicios de urgencias un 42% más que las personas con un 95% de copago, y aproximadamente un 16% más que aquellas personas con un 25% de copago; sin embargo, no se observó ningún efecto adverso en términos de salud. Un estudio más reciente (Hsu *et al.*, 2006) analiza datos de Kaiser Permanente Northern California y encuentra que con la introducción de copagos más elevados en el año 2000, el número de visitas a urgencias disminuyó pero nuevamente, el copago no tuvo ningún impacto negativo en la salud de los individuos.

En Europa, el informe de Thompson, Mossialos y Jemai (2002) recoge algunas experiencias interesantes. En Finlandia, donde se introdujo un copago modesto para las visitas a urgencias de una unidad de traumatología pediátrica, las visitas descendieron entre un 18% (para niños más pequeños) y un 27% (para los niños más mayores), ese descenso afectó tanto a las visitas serias como a las leves. Otro estudio en Irlanda encontró que las visitas a urgencias disminuyeron con la introducción de un copago, tanto las apropiadas como las inapropiadas, lo que tuvo efectos adversos sobre el control de la presión arterial y la supervivencia de pacientes de alto riesgo.

7. Conclusiones

La crisis actual y la estructura demográfica de nuestra población están realizando una fuerte presión sobre el Estado del bienestar y, muy en particular, sobre el gasto sanitario. En este contexto, el copago ha reaparecido con fuerza. Sin embargo, esta no es la única alternativa para garantizar la sostenibilidad del sistema de salud. Numerosas experiencias internacionales han puesto ya de manifiesto que las intervenciones en el lado de la oferta –rediseñar el sistema, aumentar la integración de los servicios, priorizar prestaciones, establecer protocolos, etc.– suelen tener mayores y mejores resultados tanto en el gasto como en el nivel de salud de la población, que las actuaciones en el lado de la demanda.

Dado el apremio con el que se ha reabierto el debate, creemos que es importante aprender de las diversas experiencias de los países europeos con la finalidad de poder encontrar la mejor fórmula posible, aquella que consiga moderar el consumo reduciendo en la menor medida posible los servicios de más valor para la salud. Las opciones son múltiples, pero las soluciones correctas son menos y mirar las experiencias internacionales nos puede ayudar a encontrarlas. Con esta finalidad hemos analizado en este documento la literatura empírica existente sobre las experiencias de copago en Estados Unidos, Canadá y Europa.

Referencias

- Aaserud, M., A. T. Dahlgren, J. P. Kösters, A. D. Oxman, C. Ramsay y H. Sturm (2006), "Pharmaceutical policies: effects of reference pricing, other pricing, and purchasing policies", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 19 de abril, (2), CD005979.
- Adams, A., S. Soumerai y D. Ross-Degnan (2001), "Use of antihypertensive drugs by Medicare enrollees: Does type of drug coverage matter?" *Health Affairs* 20, págs. 276-286.
- Ahlamaa-Tuompo, J., M. Linna y M. Kekomaki (1997), "Copayment and demand for care in pediatric traumatology. Results of a natural, partially controlled experiment", *Annual Meeting of the International Society of Technology Assessment in Health Care*, 13, pág. 111.
- Artiga, S., D. Rousseau, B. Lyons, S. Smith y D. S. Gaylin (2006), "Can States Stretch The Medicaid Dollar Without Passing The Buck? Lessons from Utah", *Health Affairs*, 25, No. 2, págs. 532-540.
- Atella, V., F. Peracchi, D. Depalo y C. Rossetti (2006), "Drug compliance, co-payment and health outcomes: Evidence from a panel of Italian patients", *Health Economics*, 15, págs. 875-892.
- Atlas de Variaciones en la Práctica Médica del Sistema Nacional de Salud, www.atlasvpm.org/avpm/.
- Austvoll-Dahlgren, A., M. Aaserud, G. Vist, C. Ramsay, A. Oxman, H. Sturm, J. Kösters y Å. Vernby (2008), Scientific paper, Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD007017
- Barron, J., P. Wahl, M. Fisher y C. Plauschinat (2008), "Effect of prescription copayments on adherence and treatment failure with oral antidiabetic medications", *P T.*, septiembre, 33 (9), págs. 532-553.
- Beck, R. (1974), "The effects of co-payment on the poor", *Journal of Human Resources*, 9, págs. 129-142.
- Bishop, C. E., A. M. Ryan, D. M. Gilden, J. Kubisiak y C. P. Thomas (2009), "Effect of an Expenditure Cap on Low-Income Senior's Drug Use and Spending in a State Pharmacy Assistance Program", *Health Services Research*, 44 (9), págs. 1010-1028.
- Blais, L., M. Boucher, J. Couture, E. Rahme y J. LeLorier (2001), Impact of a cost-sharing drug insurance plan on drug utilization among older people, *Journal of the American Geriatric Society*, 49 (Abril), págs. 410-414.
- Blustein, J. (1995), Medicare coverage, supplemental insurance, and the use of mammography by older women, *New England Journal of Medicine*, 332 (17), págs. 1138-1143.
- Busch, S., L. Colleen, S. Barry, J. Vegso y M. Cullen (2006), "Effects Of A Cost-Sharing Exemption On Use Of Preventive Services At One Large Employer", *Health Affairs*, 25, no.6 (2006), págs. 1529-1536.
- Chandra, Amitabh, Jonathan Gruber y Robin McKnight (2010), "Patient Cost-Sharing and Hospitalization Offsets in the Elderly", *American Economic Review*, 100, 1 (Marzo 2010), págs. 193-213.

“Chronic disease management: a compendium of information”, London, Department of Health, 2004.

Cockx, B. y C. Brasseur (2003), “The Demand for Physician Services. Evidence from a Natural Experiment”, *The Journal of Health Economics*, 22, págs. 881-913.

Cole, J. A., H. Norman, L. B. Weatherby y A. M. Walker (2006), “Drug copayment and adherence in chronic heart failure: effect on cost and outcomes”, *Pharmacotherapy*, 26 (8), págs. 1157-1164.

Costa-Font, J. y M. Gemmill (2010), “Does Cost Sharing Really Reduce Inappropriate Prescriptions?” (Marzo 2010), *CESifo Working Paper Series* No. 3002.

Cox, E., S. Jernigan, J. Coons y L. Draugalis (2001), “Medicare beneficiaries’ management of capped prescription benefits, *Medical Care*, 39 (Marzo), págs. 296-301.

Cutler, D. (2010), “Where are the Healthcare entrepreneurs?”, *NBER Working Paper*, No. 16030.

Cutler, D. y M. McClellan (1996), “The Determinants of Technological Change in Heart Attack Treatments”, *NBER Working Paper*, No. 5751.

Cherkin, D. C., L. Grothaus y E. H. Wagner (1990), “The effect of office visit copayments on preventive care services in an HMO”, *Inquiry*, 27, págs. 24-38.

Chiappori, P., F. Durand y P. Y. Geoffard (1998), “Moral Hazard and the Demand for Physician Services: First Lessons from a French Natural Experiment”, *European Economic Review*, 42 (3-5), págs. 499-511.

Contoyannis, P., J. Hurley, P. Grootendorst, S. Jeon y R. Tamblyn (2005), 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 Sep., 14 (9), págs. 909-923.

Dartmouth Atlas of Health Care, www.dartmouthatlas.org.

Doerscher, Mark P., Peter Franks, Jessica S. Banthin, y Carolyn M. Clancy (2000), “Supplemental Insurance and Mortality in Elderly Americans”, *Archives of Family Medicine*, 9, págs. 251-257.

Duarte, Fabian (2010), “Price Elasticity of Expenditure Across Health Care Services”, Yale University dissertation, chapter 1.

Erlandsen, E. (2007), “Improving the Efficiency of Health Care Spending: Selected Evidence on Hospital Performance”, *OECD Economics Department Working Papers*, No. 555, OECD Publishing.

Gay, J. G. *et al.* (2011), “Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries”, *OECD Health Working Papers*, No. 55.

Hsu, J., M. Price, R. Brand, G. T. Ray, B. Fireman, J. P. Newhouse y J. V. Selby (2006), “Cost-sharing for emergency care and unfavorable clinical events: findings from the safety and financial ramifications of ED copayments study”, *Health Services Research*, octubre, 41 (5), págs. 1801-1820.

- Hsu J., M. Reed y R. Brand, et al. (2004), "Cost sharing: patient knowledge and effects on seeking emergency department care", *Medical Care*, 42, págs. 290-296.
- Hynd A., E. E. Roughead y D. B. Preen, et al. (2008), "The impact of co-payment increases on dispensings of government-subsidised medicines in Australia", *Pharmacoepidemiol Drug Safety*, 17, págs. 1091-1099
- Johnson, R., M. Goodman, C. Hornbrook y M. Eldredge (1997), "The impact of increasing patient prescription drug cost sharing on therapeutic classes of drugs received and on the health status of elderly HMO members", *Health Services Research*, 1997 Abril, 32 (1), págs. 103-122
- Kennedy, J. y C. Erb (2002), "Prescription noncompliance due to cost among adults with disabilities in the United States", *American Journal of Public Health*, 2002 Jul., 92 (7), págs. 1120-1124.
- Kowalski, A. E. (2009), "Censored Quantile Instrumental Variable Estimates of the Price Elasticity of Expenditure on Medical Care", *NBER Working Paper*, No. 15085.
- Lexchin, J. y P. Grootendorst (2004), "Effects of prescription drug user fees on drug and health services use and on health status in vulnerable populations: a systematic review of the evidence", *International Journal of Health Services*, 34, págs. 101-122.
- Lichtenberg, Frank R. (2002), "The Effects of Medicare on Health Care Utilization and Outcomes", *National Bureau of Economic Research*, Vol 5.
- Lohr, K. N., R. H. Brook, C. J. Kamberg, G. A. Goldberg, A. Leibowitz, J. Keeseey, D. Reboussin y J. P. Newhouse (1986), "Effect of cost-sharing on use of medically effective and less effective care", *Medical Care*, 24 (suplemento), S31-38.
- Lostao, L., E. Regidor, S. Geyer y P. Aïach (2007), "Patient cost sharing and physician visits by socioeconomic position: findings in three Western European countries", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2007, 61, págs. 416-420.
- Magid D. J., T. D. Koepsell y N. R. Every et al. (1997), "Absence of association between insurance copayments and delays in seeking emergency care among patients with myocardial infarction", *New England Journal Medicine*, 336, págs. 1722-1729.
- Manning, G. Willard et al. (1987), "Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment", *The American Economic Review*, junio, Vol. 77, No. 3.
- Newhouse, J. (1992), "Medical care costs: How much welfare loss", *Journal of Economic Perspectives*.
- Newhouse J. P. (1993), "Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment", *Cambridge, MA: Harvard University Press*, Newhouse, J. P. (1992), "Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?", *The Journal of Economic Perspectives*.
- Mas, N. et al. "The Health and Utilization Effects of Copayments", *A literature review of experiences in Europe, US and Canada*, Mimeo.
- Nolan, B. (1993), "Economic incentives, health status and health services utilization", *The Journal of Health Economics*, julio, 12 (2), págs. 151-169.

O'Grady, K. F., W. G. Manning y J. P. Newhouse (1985), "The Impact of Cost Sharing on Emergency Department Use", *New England Journal of Medicine*, 313 (8), págs. 484-490.

Peiró, S. *et al.* (2010), "Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios del Sistema Nacional de Salud", *La Gaceta Sanitaria*.

Philipson, T. J., E. Mozaffari y J. R. Maclean (2010), "Pharmacy cost sharing, antiplatelet therapy utilization and health outcomes for patients with acute coronary syndrome", *American Journal of Managed Care*, abril, 16 (4), págs. 290-297.

Puig-Junoy J., D. Casado y P. García (2008), "L'exemPCIó del copagament i llurs efectes sobre el consum de medicaments", *Estudi elaborat en el marc del conveni de col·laboració entre el Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) i el CATSALUT*.

Reuveni H., B. Sheizaf, A. Elhayany, M. Sherf, Y. Limoni, S. Scharff y R. Peled (2002), "The effect of drug co-payment policy on the purchase of prescription drugs for children with infections in the community", *Health Policy*, 62 (1), págs. 1-13.

Rice, T. y K. Matsuoka (2004), "The Impact of Cost-Sharing on Appropriate Utilization and Health Status: A Review of the Literature on Seniors", *Medical Care Research Review*, Diciembre (2004), vol. 61, no. 4, págs. 415-452.

Schneeweiss, S., S. Soumerai, R. Glynn, M. Maclure, C. Dormuth y A. Walker, "Impact of reference-based pricing for angiotensin-converting enzyme inhibitors on drug utilization". *Canadian Medical Association Journal*, Marzo 19, 166 (6), págs. 737-745.

Schreyoegg, Jonas y Grabka, Markus M. (2008), "Copayments for Ambulatory Care in Germany: A Natural Experiment Using a Difference-in-Difference Approach", MPRA Paper 23035, *University Library of Munich, Germany*.

Selby, J. V., B. H. Fireman y B. E. Swain (1996), "Effect of a copayment on use of the emergency department in a health maintenance organization", *The New England Journal of Medicine*, 334, págs. 635-641.

Soumerai, S. B. *et al.* (1994), "Effects of a Limit on Medicaid Drug-Reimbursement Benefits on the Use of Psychotropic Agents and Acute Mental Health Services by Patients with Schizophrenia", *New England Journal of Medicine* 331, no. 10, págs. 650-655.

Tamblyn, R. *et al.* (2001), "Adverse Events Associated with Prescription Drug Cost-Sharing among Poor and Elderly Persons", *Journal of the American Medical Association*, enero, 285 (4), págs. 421-429.

Thompson, S., E. Mossialos y N. Jemai (2003), "Cost sharing for health services in the European Union", Report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment and Social Affairs, European Observatory on Health Care Systems, London School of Economics.

Van De Voorde C., E. Van Doorslaer y E. Schokkaert (2001), "Effects of cost sharing on physician utilization under favourable conditions for supplier-induced demand", *Health Economics*, John Wiley & Sons, Ltd., Vol. 10 (5), págs. 457-471.

Van Vliet, R. C. J. A. (2001), "Effects of Price and Deductibles on Medical Care Demand Estimated from Survey Data", *Applied Economics*, 33, págs. 1515-1524.

Von Korff, M., M. Oliver, P. Fishman y J. Burbank (2008), "Cost-sharing for low-income workers: health insurance in the on-your-ownership society", *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, noviembre, Vol. 19, No. 4, págs. 1229-1240.

Westhoff, G., J. Listing y A. Zink (2004), "Out-of pocket medical spending for care in patients with recent onset rheumatoid arthritis", *Z Rheumatol*, 63, págs. 414-424.

Winkelmann, R. (2004), "Co-payments for prescription drugs and the demand for doctor visits - Evidence from a natural experiment", *Health Economics*, 13, págs. 1081-1089.

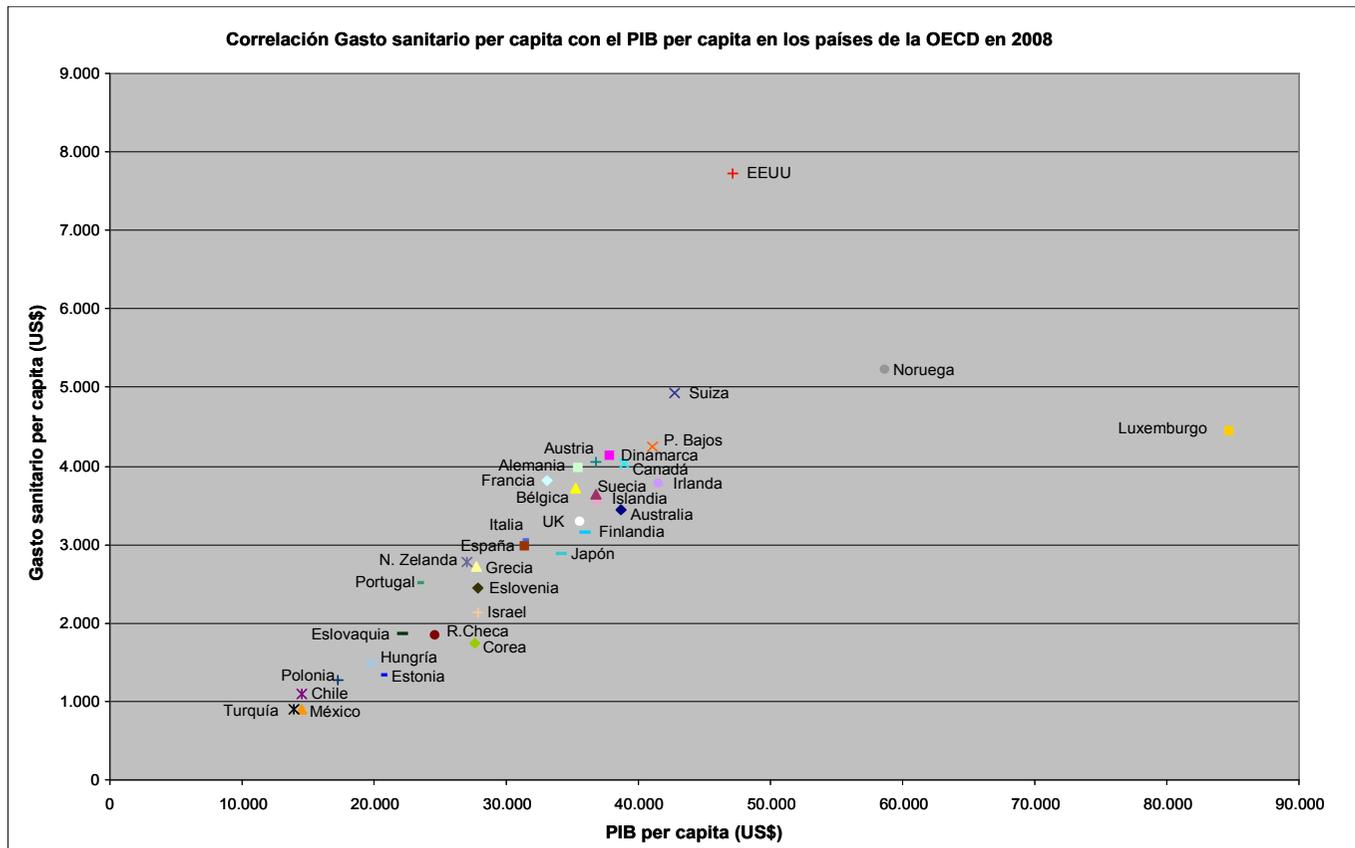
Wong, M., R. Andersen, C. Sherbourne, D. Hays y F. Shapiro (2001), Effects of cost sharing on care seeking and health status: results from the Medical Outcomes Study, *American Journal of Public Health*, 2001 Nov. 91 (11), págs. 1889-94.

Yoon, J. y S. L. Ettner (2009), "Cost-sharing and adherence to antihypertensives for low and high adherers", *The American Journal of Managed Care*, Vol. 15, No. 11, págs. 833-839.

Apéndice

Figura A

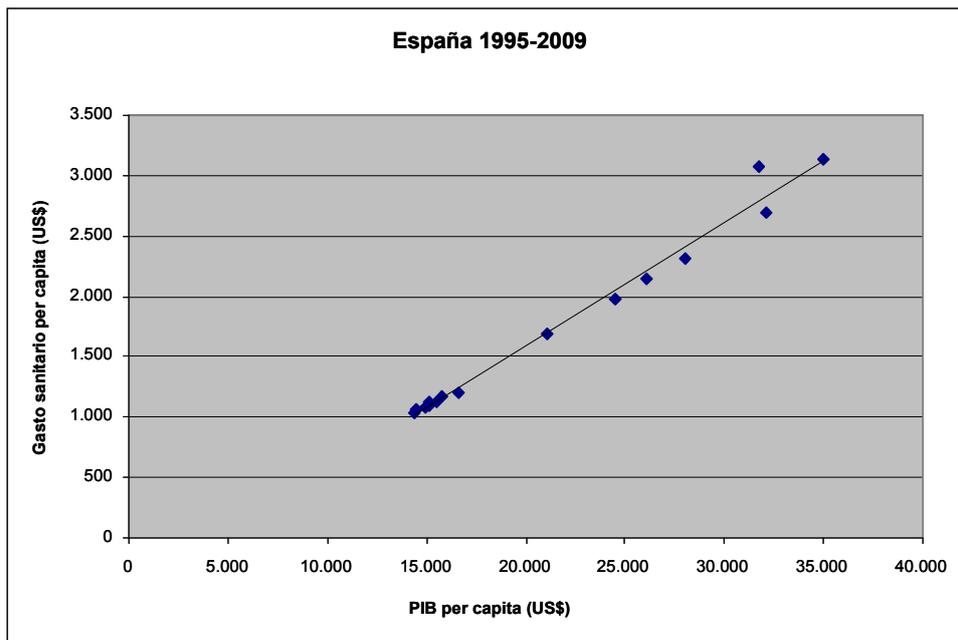
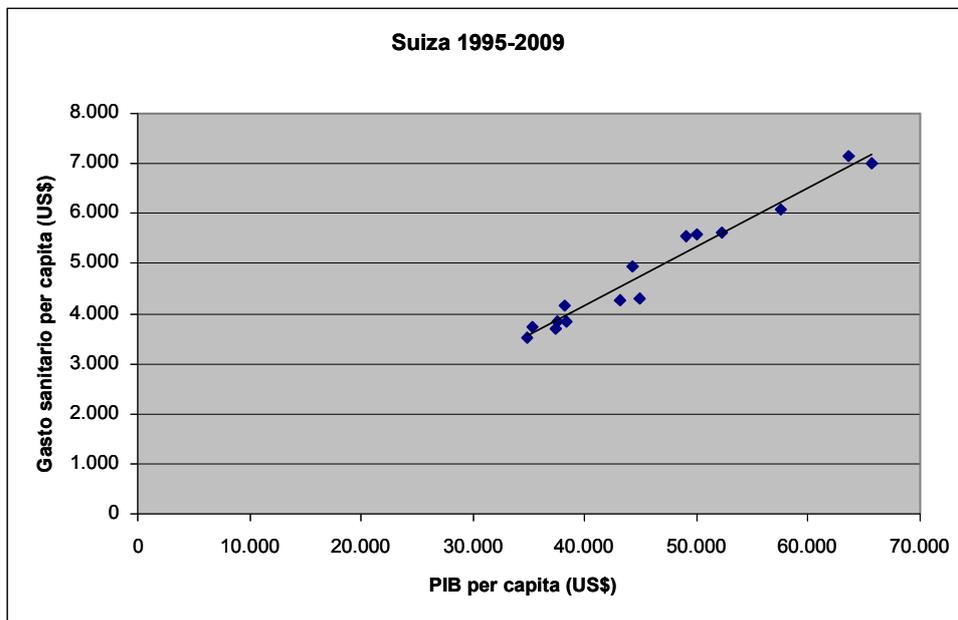
Relación entre el gasto en salud per cápita y el PIB per cápita en los países de la OCDE (2008).



Fuente: OECD Health Data, 2008.

Figura B

Relación entre el gasto sanitario per cápita y el PIB per cápita entre 1995 y 2009.



Fuente: base de datos del Banco Mundial.

Tabla A

El copago en los sistemas de salud de Europa.

Copago en los Sistemas de Salud en Europa											
País	Atención Primaria		Especialistas		Atención Hospitalaria		Urgencias		Exenciones Médicas	Atención Farmacéutica	
	Copago	Exen.	Copago	Exen.	Copago	Exen.	Copago	Exen.		Copago	Exenciones
Alemania	10 € primera consulta (primer contacto con el sistema) / trimestre	SÍ	10 € primera consulta (primer contacto con el sistema) / trimestre	SÍ	10€/día (máx. 28 días) + 10% costes totales pruebas y tratamientos	SÍ	10€/día (máx. 28 días) + 10% costes totales pruebas y tratamientos	SÍ	<18 años, investigaciones detección temprana de enfermedades, medidas durante el embarazo, víctimas de guerra. Límite del copago: 2% de los ingresos brutos anuales (1% en el caso de enfermos crónicos).	10% precio medicamento (Mín 5€ / máx. 10€)	<18 años, investigaciones detección temprana de enfermedades, medidas durante el embarazo, víctimas de guerra. Límite del copago: 2% de los ingresos brutos anuales (1% en el caso de enfermos crónicos).
Austria	3,63 € / trimestre sin e-card + 10 € / año con e-card (obreros y empleados); Funcionarios, autónomos y empleados de los ferrocarriles (20%)	SÍ	3,63 € / trimestre sin e-card + 10 € / año con e-card (obreros y empleados); Funcionarios, autónomos y empleados de los ferrocarriles (20%)	SÍ	8 € / día (máx. 28 días por año) (Titular); 10% costes hospitalización durante las primeras 4 semanas (beneficiario); Promoción rehabilitación salud: 6,33-16,11 € / día; Tratamientos fertilidad (in vitro): 30% (si se está casado)	SÍ	3,63 € / trimestre sin e-card + 10 € / año con e-card (obreros y empleados); Funcionarios, autónomos y empleados de los ferrocarriles (20%)	SÍ	Niños, pensionistas y colectivos rentas bajas.	5 € / receta Prótesis: 10% (min. 24,20 €) Lentes: 10% (min. 72,6 €)	Ciertas enfermedades infecciosas y rentas bajas
Bélgica	8% (rentas bajas), discapacitados, pensionistas, viudos / viudas y huérfanos; 30% para el resto; 35% (visitas domiciliarias)	NO	Hasta el 40%; 8% (rentas bajas), discapacitados, pensionistas, viudos / viudas y huérfanos	NO	De 27,7 (suma fija) €/día (8 días) a € 14,13 / día (estancias superiores a 90 días); 0,62 € / día para los medicamentos; tasas menores para rentas bajas	NO	Hasta el 40%; 8% (rentas bajas), discapacitados, pensionistas, viudos / viudas y huérfanos	NO	NO	(máx.) de 1,10 € a 2,20 € / receta; en función categoría: (A, B, C, C, Cx): 0% -80%, con topes máximos; tasas reducidas para las rentas bajas.	NO
Dinamarca	0% para el 98% de la población; facturación restringida al 2% de la población según elección del médico)	-	0% para el 98% de la población; facturación restringida al 2% de la población según elección del médico); referencia de fisioterapia: 60%; fisioterapia: 80%; psicología Bypass: 25%	-	0%	-	0%	-	-	Si el gasto anual es <116 € (0%); 116-190 € (50%); 190-410 € (75%); > 410 € (85%). Enfermos crónicos techo máximo € 478; Menores de 18 años 50% (si gasto anual <70€).Lentes: 100%; Prótesis: 0%; Auriculares: 727 €	Si los costos anuales atención farmacéutica <116 € / año: 100%
España	0%	-	0%	-	0%	-	0%	-	-	Medicamentos sin prescripción (100%); medicamentos prescritos (40%); funcionarios públicos (30%); enfermos crónicos (10%)	Personas con discapacidad grave, personas que han sufrido accidentes de trabajo y pensionistas

Finlandia	13,70 € / visita y máx. de 40 € por 3 visitas (o pago anual de 22 €).	Sí	(máx.) 27,40 € / visita ambulatoria al hospital	Sí	32,50 € hospital general (si paciente ha pagado 633 € en los últimos 12 meses, 12 €/día); máx. 89,90 € /día (proceso quirúrgicos); máx. 80% ingreso mensual paciente (enfermedad a largo plazo); 9,25 €/trayecto y máx. 157,25 €/anual	NO	9,25 € / trayecto (máx 157,25 €/ anual)	NO	Menores de 18 años.	1.50 € / receta; 42% del precio (reembolso básico); 72% -100% (tasa de reembolso de enfermedades graves y de largo plazo después deducción cuota usuario 3 €); 627,70 € (máx. anual gastos farmacéuticos); Prótesis: 0%; Lentes: 100%	NO
Francia	30% + 1 € (visita, prueba biológica y radiografía); máx. 4 € / día y 50 € / año	Sí	30% + 1 € (visita, prueba biológica y radiografía); máx. 4 € / día y 50 € / año	Sí	20% + 18 € / día (tasa catering/día) máx. 30 días; 40% + tarifa fija (Tests de laboratorio); 40% (Servicios auxiliares en el hospital); 2 € (Transporte)	Sí	40% + tarifa fija (Tests de laboratorio); 40% (Servicios auxiliares en el hospital); 2 € (Transporte)	Sí	Enfermedades de larga duración, accidentes de trabajo, mujeres embarazadas después del quinto mes de embarazo, niños discapacitados y pensionistas, enfermos VIH	0.5 € / receta (máx 50 € / año); 0, 35, 65% dependiendo de la categoría del medicamento; Prótesis: 35%	0, 35, 65% dependiendo de la categoría del medicamento
Grecia	0%	-	0%	-	Financiamento de los productos farmacéuticos, sí como las pruebas de laboratorio o pruebas de diagnóstico.	NO	3 € / visita	Sí	Sólo reembolsados por parte de los fondos de seguridad social en caso de emergencia real; OGA miembros (trabajadores agrícolas en su mayoría)	25%: General; 10%: Crónicos; 25%: Prótesis	Maternidad , accidentes de trabajo, enfermedades crónicas (INADA), los pacientes con SIDA y los medicamentos en el hospital.
Holanda	0%	-	155 € (deducible obligatorio); 12,60 € Enfermería / hora (varía en función capacidad económica); Fisioterapia: 15 € / sesión, máximo de € 675 / año	Sí	% sueldo con límite máximo; 81 € / año. Gratuita para los usuarios habituales (transporte)	Sí	Incluido en los 155 € (deducible obligatorio)	Sí	< 22 años; atención de maternidad; aseguradoras de salud pueden no cobrar el deducible cuando los pacientes (1) van a proveedores preferidos, (2) usan medicamentos preferidos, o (3) siguen programas prevención diabetes, depresión, enfermedades cardiovasculares, sobrepeso	Precios de referencia y copago para algunos medicamentos.	< 22 años; atención de maternidad; aseguradoras de salud pueden no cobrar el deducible cuando los pacientes (1) van a proveedores preferidos, (2) usan medicamentos preferidos, o (3) siguen programas prevención diabetes, depresión, enfermedades cardiovasculares, sobrepeso
Irlanda	0%	-	0%	-	Elegibilidad total: 0%; Elegibilidad limitada: 75 € / día, máx. € 750 / año	Sí	Elegibilidad total: 0%; Elegibilidad limitada: 100 € para urgencias excepto con carta de recomendación médico	Sí	Elegibilidad total: que no pueden pagar los servicios de medicina general para ellos y sus dependientes	Elegibilidad total: 0,5 / receta, (máximo 10 € / mes); Elegibilidad limitada: 120 € / primer mes en que haga uso.	NO
Italia	0%	-	10 € / visita; exámenes de diagnóstico: 85% y 51,65 € (máx); Rentas bajas: 70% coste y 30,99 € (máx.)	Sí	77,47 € / chequeo global (día) + copago para las pruebas de diagnóstico (rentas altas); 38,73 € chequeo global (día) + copago prueba de diagnóstico (rentas bajas)	Sí	25 € si no es una visita de emergencia real.	NO	> 65 o 6 <, rentas bajas (aprox. \$36.000), personas con enfermedades crónicas, prisioneros, y mujeres embarazadas	A) Medicamentos esenciales: 0%, excepto la cantidad fijada para la prescripción (1,55 € / receta y 3,10 € / multidosis); B) Medicamentos para afecciones menos graves: 50%, excepto para ciertos colectivos que es gratuito; c) Otros Medicamentos sin receta:100%	Medicamentos esenciales

Luxemburgo	20% visita domiciliaria; 12 % para las intervenciones y consultas generales.	Sí	20% visita domiciliaria; 12 % para las intervenciones y consultas generales.	Sí	19,44 € / día de hospitalización (máx. 30 días); suma global de co-pago es de € 2,5 por cada episodio de tratamiento en una clínica ambulatoria, salvo en tratamientos de pacientes hospitalizados	Sí	0%	-	Menores 18 años. (Asistencia Hospitalaria); Hemodiálisis, quimioterapia, tratamientos de radioterapia y exámenes médicos preventivos. En un año, la participación no puede superar el 2,5% de los ingresos sujetos a las contribuciones anuales.	Reembolso según la clasificación de los medicamentos: Reembolso Normal: 80%; Reembolso preferencial: 100%; Reducción de reembolso: el 40%; No reembolsable.	Colectivos con enfermedades específicas.
Noruega	23,5 € (NOK 180) / visita (máx de 241 € (NOK 1880) al año); pacientes copagan la consulta a médicos, psicólogos, medicamentos y artículos importantes de enfermería, exámenes radiológicos / tratamiento, exámenes de laboratorio y gastos de viaje.	Sí	9 € (NOK 307)/visita médico; 28,5€(NOK 218) (Radiología); 6 € (NOK 47) (pruebas Laboratorio); <18 años: 0% (Fisioterapia); Esterilización masculina: 100%, esterilización femenina: 50%, tratamientos fertilidad 1.826 € (tratamiento hormonal) y 365 € (tratamiento hospital)	Sí	20% del coste total de hospitalización (reforma de Integración, aprobada por el Parlamento y que entrará en vigor en 2012)	Sí	No copago para at. hospitalaria y servicios emergencia. Sin embargo, traslado al hospital que no es una emergencia, es copagado. También hay copago para la radiología y pruebas de laboratorio.	NO	< 16 años , enfermedades específicas y grupos específicos de pacientes.	Medicamentos no esenciales: 100%. 90% de reembolso de los gastos anuales superiores a 205 € (NOK 1600). Medicamentos esenciales: 38% (máx. de 67 € (NOK 520) para cada período de 3 meses).	<16 años y pensionistas (que reciben una pensión mínima de vejez o discapacidad)
Portugal	5 € / visita	Sí	7.5 € / visita; 10 € / visita domiciliaria	Sí	0%	-	Entre 15 y 20 € / visita	Sí	Mujeres embarazadas, niños hasta 12 años de edad, usuarios con más de 60% de incapacidad, rentas bajas, donantes de sangre, donantes de tejidos, bomberos, pacientes de trasplante, militares con discapacidad por el servicio.	Copago basado en criterios de eficacia y de efectividad clínica. Desde 1992, cuatro categorías; A)10% (el Estado reembolsa el 90% de los costos), B) 31%, C) 73% y D) 95%. Pensionistas tienen entre un 5%-15% de reducción.	Mujeres embarazadas, niños hasta 12 años de edad, usuarios con más de 60% de incapacidad, rentas bajas, Salud donantes de sangre, Órgano vivo y donantes de tejidos, bomberos, pacientes de trasplante, militares con discapacidad por el servicio.
Reino Unido	0%	-	0%	-	0%	-	0%	-	-	8,17 € / receta (EUR 7,40); Se puede obtener un certificado por 115€ anual que ofrece un ahorro considerable y 32 € (EUR 29,10) por 3 meses.	<16, entre 16-18 años (en educación a tiempo completo), > 60 años, mujeres embarazadas y que han dado a luz en los últimos 12 meses, rentas bajas y personas con enfermedades específicas
Suecia	De 11 € (100 SEK) a 22 € (200 SEK) / visita.	Sí	De 25 € (SEK 230) a 35 € (SEK 320).	Sí	Máx. de 8,76 € (80 SEK) / día.	Sí	De 11 € (SEK 100) a 44 € (SEK 400).	Sí	La mayoría de las diputaciones provinciales no cobra nada a los niños / jóvenes, personas mayores de 65 años o con bajos ingresos.	Si durante 12 meses desde la primera compra gasta 99 €, 100%; entre 99 € (SEK 901) y 186 € (SEK 1700), 50%; entre 186 € (SEK 1701) y 362 € (SEK 3.300), 75%; entre 362 € (SEK 3.300) y 471 € (SEK 4.300), 90%, por encima de 471 €,0%.	La insulina para diabéticos es gratuita. Ciertos medicamentos son subvencionados al 100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados por los informes *Health Systems in Transition (European Observatory on Health Systems and Policies)*, la base de datos MISSOC (*Comisión Europea*), las guías *"Your rights Country by Country"* (*Comisión Europea*) y las respuestas a las encuestas enviadas a los responsables en materia de copago de los distintos ministerios europeos en cuestión.